

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мухарямова Лайсан Музиповна
Должность: и.о.первого проректора
Дата подписания: 12.03.2026 18:04:43
Уникальный программный ключ:
b57b96507511d4669a7e8b1e807a3d3e7412a55d

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Фонд оценочных средств к программам дисциплин и практик
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования по направлению подготовки 32.04.01
Общественное здравоохранение
(сборник)**

Квалификация: магистр

Уровень: магистратура

Направленность (профиль) программы: Управление в здравоохранении

Форма обучения: очная (очно-заочная)

Срок обучения: 2 года (2 г 6 мес)

*Руководитель ОПОП,
декан ФПК и ППС,
зав. кафедрой общей гигиены,
д.м.н., профессор*



Казань - 2022

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.А.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Общественное здоровье
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1,2
Лекции (час.)	38 (20)
Практические занятия (час.)	87 (44)
Самостоятельная работа (час.)	127 (206)
Экзамен (час.)	36 (18)
Зачет (час.)	
Всего (час.)	288 (288)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	8 (8)
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Зав. кафедрой, профессор Шулаев А.В.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Теоретические основы общественного здоровья и организации здравоохранения Тема 1.1. Теоретические основы общественного здоровья и организации здравоохранения. Исторические аспекты формирования теорий здоровья. Представления о здоровье периода античности, эпохи Возрождения, 19- 20 вв. Современные теории здоровья. Сущность космогонических, биологизаторских, психосоциальных, кибернизаторских теорий. Содержание понятия общественного здоровья и его связь с индивидуальным здоровьем.	ОПК-5. Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами		Тесты Кейс задачи	
	ОПК-5.1. Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности	Знать: методы организации публичных мероприятий национального и международного уровней Уметь: владеть методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней Владеть: методами организации публичных мероприятий национального и международного уровней		
	ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов			
	ПК-1.1. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными стратегиями поиска научной информации	Знать: стратегии поиска научной информации дополнительные профессиональные компетенции и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области Уметь: работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) Владеть: современными стратегиями поиска научной информации		

	ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения	Знать: методы планирования научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения Уметь: формулировать цель, задачи научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения Владеть: методами планирования научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения		
	ПК-1.6. Умеет представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов	Знать: формы научных публикаций, информационно-аналитических материалов Уметь: представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов Владеть: методами научных публикаций, информационно-аналитических материалов		
Раздел 2. Здоровье населения и факторы его формирующие Тема 2.1. Здоровье населения и факторы его формирующие. Уровни, тенденции и динамика показателей рождаемости, смертности, младенческой смертности, ожидаемой продолжительности жизни, заболеваемости (первичной, распространенности, патологической пораженности, госпитализированной, с	ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов		Тесты Кейс задачи	
	ПК-1.1. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными стратегиями поиска научной информации	Знать: стратегии поиска научной информации дополнительные профессиональные компетенции и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области Уметь: работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) Владеть: современными стратегиями поиска научной информации		

временной утратой трудоспособности, социально-значимыми болезнями), инвалидности. Показатели физического развития. Международная классификация болезней. Медико-социальные аспекты образа жизни населения. Основные факторы риска образа жизни и их медико-социальное значение.	ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения	Знать: методы планирования научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения Уметь: формулировать цель, задачи научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения Владеть: методами планирования научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения		
	ПК-1.6. Умеет представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов	Знать: формы научных публикаций, информационно-аналитических материалов Уметь: представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов Владеть: методами научных публикаций, информационно-аналитических материалов		
Раздел 3. Социально-гигиеническое значение важнейших заболеваний и их характеристика. Тема 3.1. Социально-гигиеническое значение важнейших заболеваний и их характеристика. Оценка влияния социально-экономических, климатогеографических, социально-психологических, эколого-гигиенических, генетических,	ПК-2. Способность и готовность оценивать состояние здоровья и его детерминанты		Тесты Кейс задачи	
	ПК-2.1. Владеет современными подходами к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени	Знать: современные подходы к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени компетенции состояние здоровья и его детерминанты Уметь: владеть современными подходами к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени Владеть: методами современных подходов к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени		

профессиональных, бытовых факторов, образа жизни на здоровье населения в целом и отдельных социально-профессиональных групп. Пути предотвращения воздействия неблагоприятных факторов и меры по укреплению здоровья. Международное сотрудничество в области охраны здоровья населения. Организация работы, структура, задачи	ПК-2.2. Умеет идентифицировать и анализировать детерминанты здоровья населения	Знать: детерминанты здоровья населения Уметь: идентифицировать и анализировать детерминанты здоровья населения Владеть: методами идентификации и анализа детерминант здоровья населения		
	ПК-3. Способность и готовность определять и оценивать факторы риска и разрабатывать мероприятия по их предупреждению		Тесты Кейс задачи	
	ПК-3.1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний	Знать: методы оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний Уметь: владеть методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний Владеть: методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний		
	ПК-3.2. Владеет основными принципами и методами профилактического консультирования	Знать: принципы и методы профилактического консультирования Уметь: применять основные принципы и методы профилактического консультирования Владеть: методами и принципами профилактического консультирования		
Раздел 4. Правовая система охраны здоровья населения. Тема 4.1. Правовая система охраны здоровья населения. Социально-гигиеническое значение болезней системы кровообращения и организация медицинской помощи больным с и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Социально-	ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний		Тесты Кейс задачи	
	ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья	Знать: современные подходы к укреплению здоровья Уметь: реализовывать современные подходы к укреплению здоровья Владеть: современными подходами к укреплению здоровья		
	Компетенция ПК-5. Способность и готовность эффективно взаимодействовать с различными социокультурными, профессиональными и			

гигиеническое значение злокачественных новообразований и организация онкологической помощи, населению. Туберкулез как социально-гигиеническая проблема организация медицинской помощи больным туберкулезом. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Болезни органов дыхания. Заболеваемость населения инфекционными болезнями.	социоэкономическими группами для решения проблем общественного здоровья			
	ПК-5.1. Умеет использовать информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества в решении проблем общественного здоровья	Знать: информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества Уметь: использовать информационно-коммуникационные технологии Владеть: методами информационно-коммуникационных технологий		
	ПК-5.2. Демонстрирует умение выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья	Знать: адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья Уметь: выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья Владеть: методами выбора каналов коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья		
	ПК-5.3. Демонстрирует способность к работе в команде, способность брать на себя личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности	Знать: механизмы работы в команде Уметь: использовать методы работы в команде, брать личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности Владеть: методами работы в команде и лидерства		
Раздел 5. Методика расчета и анализа показателей здоровья населения.	ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний		Тесты Кейс задачи	

Тема 5.1. Методика расчета и анализа показателей здоровья населения. Значение демографических данных для характеристики здоровья населения. Статика населения: важнейшие показатели (численность, плотность населения, возрастно-половой состав и др.). Характеристика изменений численности населения, возрастно-полового состава в последнее десятилетие. Типы возрастно-половой структуры населения. Динамика населения, ее виды. Воспроизводство населения (естественное движение). Общие и специальные показатели, методы расчета, анализ и оценка	ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья	Знать: международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья Уметь: адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья Владеть: методами адаптации международных рекомендаций по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья		
	ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний	Знать: инновационные стратегии и технологии по укреплению здоровья и профилактике Уметь: разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний Владеть: инновационными стратегиями и технологиями по укреплению здоровья и профилактике заболеваний		
	ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения		Тесты Кейс задачи	
	ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов	Знать: принципы организации работы в системе общественного здоровья Уметь: применять знания по организации работы в системе общественного здоровья и здравоохранения Владеть: методами организации работы в системе общественного здоровья		

	ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан	Знать: методы оценки экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан Уметь: применять знания по оценке экономических и финансовых рисков Владеть: методами оценки экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан		
Раздел 6. Реализация национальных программ в охране здоровья населения Тема 6.1. Реализация национальных программ в охране здоровья населения.	ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний		Тесты Кейс задачи	
	ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья	Знать: современные подходы к укреплению здоровья Уметь: реализовывать современные подходы к укреплению здоровья Владеть: современными подходами к укреплению здоровья		
	ПК-5. Способность и готовность эффективно взаимодействовать с различными социокультурными, профессиональными и социоэкономическими группами для решения проблем общественного здоровья			
	ПК-5.1. Умеет использовать информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества в решении проблем общественного здоровья	Знать: информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества Уметь: использовать информационно-коммуникационные технологии Владеть: методами информационно-коммуникационных технологий		
	ПК-5.2. Демонстрирует умение выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для	Знать: адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья		

	различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья	Уметь: выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья Владеть: методами выбора каналов коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья		
	ПК-5.3. Демонстрирует способность к работе в команде, способность брать на себя личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности	Знать: механизмы работы в команде Уметь: использовать методы работы в команде, брать личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности Владеть: методами работы в команде и лидерства		
	ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний		Тесты Кейс задачи	
	ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья	Знать: международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья Уметь: адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья Владеть: методами адаптации международных рекомендаций по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья		
	ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению	Знать: инновационные стратегии и технологии по укреплению здоровья и профилактике		

	здоровья и профилактике заболеваний	Уметь: разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний Владеть: инновационными стратегиями и технологиями по укреплению здоровья и профилактике заболеваний		
Раздел 7. Роль международного сотрудничества и всемирной организации здравоохранения в охране здоровья населения. Тема 7.1. Роль международного сотрудничества и всемирной организации здравоохранения в охране здоровья населения . Организация и структура национальной системы здравоохранения. Состояние здоровья населения и государственная политика. Основные проблемы формирования общественного здоровья и предпосылки реформирования системы	ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний		Тесты Кейс задачи	
	ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья	Знать: международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья Уметь: адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья Владеть: методами адаптации международных рекомендаций по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья		
	ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний	Знать: инновационные стратегии и технологии по укреплению здоровья и профилактике Уметь: разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний Владеть: инновационными стратегиями и технологиями по укреплению здоровья и профилактике заболеваний		
Промежуточная аттестация – экзамен			В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой экзамена	

Спецификация фонда оценочных средств

а. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется устный опрос, тестирование, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

б. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на заданную тему, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ в сфере здравоохранения, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

с. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Устный опрос (Контрольные вопросы)

Критерии оценки:

Оценка «9» ставится, если обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий; обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.

«8» – обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «9», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

«7» – обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но неполно излагает материал, допускает неточности в определении понятий, не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения, излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.

Оценка «6» ставится, если обучающийся обнаруживает полное незнание темы.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» – обучающийся демонстрирует сформированное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, умение применять полученные в курсе знания, правильно выстраивает алгоритм действий.

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует в целом хорошее умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, хорошее умение применять полученные в курсе знания, в целом правильно выстраивает алгоритм действий.

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует в целом успешное, но не систематическое умение применять законодательные, нормативные и правовые акты

Российской Федерации в сфере здравоохранения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстраивает с ошибками.

«Неудовлетворительно» – обучающийся демонстрирует частичное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстроить не может.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Компетенция ОПК-5. Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами

ОПК-5.1. Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. К организации публичного мероприятия относится:
 - а) оповещение возможных участников публичного мероприятия и подача уведомления о проведении публичного мероприятия в соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации или орган местного самоуправления
 - б) проведение предварительной агитации
 - в) изготовление и распространение средств наглядной агитации
 - г) другие действия, не противоречащие законодательству Российской Федерации, совершаемые в целях подготовки и проведения публичного мероприятия
 - д) **верно все перечисленное**
2. Организатором публичного мероприятия могут быть:

- а) один или несколько граждан Российской Федерации (организатором демонстраций, шествий и пикетирований - гражданин Российской Федерации, достигший возраста 18 лет, митингов и собраний - 16 лет)
- б) политические партии,
- в) другие общественные объединения и их региональные отделения
- г) религиозные объединения, их региональные отделения и иные структурные подразделения, взявшие на себя обязательство по организации и проведению публичного мероприятия
- д) **все перечисленное верно**

3. Верно ли следующее утверждение: в соответствии со статьей 8 «Место проведения публичного мероприятия» Федерального закона от 19.06.2004 № 54-ФЗ (ред. от 05.12.2022) Публичное мероприятие может проводиться в любых пригодных для целей данного мероприятия местах в случае, если его проведение не создает угрозы обрушения зданий и сооружений или иной угрозы безопасности участников данного публичного мероприятия. Условия запрета или ограничения проведения публичного мероприятия в отдельных местах могут быть конкретизированы федеральными законами.

- а) **Да**
- б) **Нет**

4. Основные этапы, которые должны быть выполнены организаторами массовых мероприятий и органами здравоохранения при оценке рисков, связанных с проведением массовых мероприятий:

- а) оценка факторов риска проведения массового мероприятия, включая COVID-19 и другие факторы риска;
- б) разработка мер, направленных на смягчение рисков, связанных с проведением массового мероприятия; и
- в) информирование персонала, участников и широкой общественности о рисках, связанных с проведением мероприятия, и предоставление рекомендаций относительно информирования о рисках и взаимодействия с населением
- г) **верно все перечисленное**

5. Верно ли следующее утверждение: в соответствии со статьей 9 «Время проведения публичного мероприятия» Федерального закона от 19.06.2004 № 54-ФЗ (ред. от 05.12.2022) публичное мероприятие не может начинаться ранее 7 часов и заканчиваться позднее 22 часов текущего дня по местному времени, за исключением публичных мероприятий, посвященных памятным датам России, публичных мероприятий культурного содержания.

- а) **Да**
- б) **Нет**

6. Какие виды массовых мероприятий в зависимости от задач их проведения можно выделить:

- а) культурно-спортивные и зрелищные: концерты, спортивные соревнования, спортивные праздники, праздничные представления
- б) рекламно-коммерческие (ярмарки, презентации, распродажи и т.д.).

- в) деловые встречи и приемы партнеров по бизнесу (собрания акционеров, а также иные встречи и приемы, проводимые в форме шведского стола, фуршета или коктейля).
- г) иные массовые мероприятия
- д) **все перечисленное верно**

7. Перечислите факторы, от которых будет зависеть вероятность перебоев в работе служб здравоохранения, связанных с массовым скоплением людей при проведении массовых мероприятий:

- а) текущая эпидемическая ситуация в районе проведения мероприятия, любые текущие всплески заболеваемости в районе проведения мероприятия и в районах, из которых прибывает большинство участников мероприятия.
- б) географическая представленность и количество участников, а также их индивидуальное восприятие риска, соблюдение мер защиты, статус вакцинации или перенесенная инфекция и профиль риска – например, пожилые люди, наличие сопутствующих заболеваний (диабет, гипертония и т.д.)
- в) реализуемые меры по защите здоровья населения и социальные меры, направленные на сокращение масштабов распространения инфекции и возможности местной системы здравоохранения по реагированию на увеличение нагрузки
- г) факторы, связанные с местом проведения мероприятия: следует проанализировать общий контекст организации массового мероприятия и характеристики места его проведения (на открытом воздухе или в закрытом помещении).
- д) **все перечисленное верно**

Компетенция ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов

ПК-1.1. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными стратегиями поиска научной информации

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. «Здоровье населения» с точки зрения общественного здоровья рассматривается (изучается) как многофакторная проблема, включающая в себя изучение:
- а) детерминант здоровья населения
 - б) влияющих факторов окружающей среды
 - в) величины, определяющая здоровье общества как целостно функционирующего организма
 - г) **верно все перечисленное**

2. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются

- а) **демографические показатели**
- б) заболеваемость
- в) инвалидность
- г) физическое развитие
- д) временная нетрудоспособность

3. Медицинская демография изучает:

- а) «статистику» населения (численность, расселение, плотность)
- б) «динамику» населения (механическое и естественное)
- в) **верно все перечисленное**

4. Основными показателями естественного движения населения являются:

- а) **рождаемость и смертность**
- б) инвалидность и смертность
- в) первичную и общую заболеваемость
- г) показатели госпитализации

5. Обобщающим показателем естественного движения населения является

- а) рождаемость
- б) смертность
- в) **естественный прирост**
- г) средняя продолжительность жизни

6. Основными источниками информации о состоянии здоровья и уровне заболеваемости населения служат данные:

- а) официальной информации о заболеваемости и смертности населения
- б) эпидемиологической информации
- в) регистров заболеваний, несчастных случаев и травм
- г) **верно все перечисленное**

7. На сохранение и укрепление здоровья населения влияют следующие факторы

- а) уровень культуры населения и экологические факторы среды обитания
- б) качество и доступность медицинской помощи
- в) безопасные условия труда
- г) сбалансированность питания
- д) **все вышеперечисленное**

8. Первичная заболеваемость – это:

- а) **заболевания, впервые установленные в этом году**
- б) заболевания, записанные врачом в медицинскую документацию

- в) заболевания, известные ранее, по поводу которых больные неоднократно обращались в медицинскую организацию
- г) заболевания, выявленные при проведении профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)

9. Сущность термина «распространенность»:

- а) вновь выявленные заболевания в данном году
- б) **все заболевания, зарегистрированные в данном году**
- в) заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах
- г) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах

10. Общая заболеваемость – это:

- а) заболевания, впервые установленные в этом году
- б) заболевания, записанные врачом в медицинскую документацию
- в) **совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году**
- г) заболевания, выявленные при проведении профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)
- д) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий инфекционную заболеваемость, неэпидемическую заболеваемость, заболеваемость с ВН, госпитализированную заболеваемость

11. Под термином «обращаемость» понимается:

- а) **число больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания**
- б) соотношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения
- в) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения
- г) отношение числа всех посещений больными амбулаторно-поликлинического учреждения к общему числу обслуживаемого населения

12. Заболевание, которым больной страдает в течение ряда лет и ежегодно обращается к врачу поликлиники войдет в расчёт показателя:

- а) первичной заболеваемости
- б) **общей заболеваемости**
- в) патологической пораженности
- г) нет правильного ответа

13. При анализе первичной заболеваемости населения учитываются

- а) **статистические талоны только со знаком (+)**
- б) все статистические талоны
- в) статистические талоны без знака (+)
- г) нет правильного ответа

14. При анализе общей заболеваемости населения учитываются

- а) статистические талоны только со знаком (+)
 - б) все статистические талоны**
 - в) статистические талоны без знака (+)
 - г) нет правильного ответа
15. Укажите основные виды заболеваний, подлежащих специальному учету
- а) острая инфекционная заболеваемость
 - б) важнейшая неэпидемическая
 - в) госпитализированная
 - г) заболеваемость с ВУТ
 - д) все вышеперечисленное**
16. Укажите основные виды регистрируемой заболеваемости по данным обращаемости
- а) общая заболеваемость
 - б) острая инфекционная и важнейшая неэпидемическая
 - в) госпитализированная и заболеваемость с ВУТ
 - г) все вышеперечисленное**
17. Какие объективные факторы влияют на уровень зарегистрированной заболеваемости (обращаемости)?
- а) объем оказания медицинской помощи
 - б) доступность медицинской помощи
 - в) санитарно-культурный уровень населения
 - г) все вышеперечисленное**
18. Укажите основные методы изучения заболеваемости
- а) по данным обращаемости
 - б) по данным профилактических осмотров
 - в) анализ зарегистрированных причин смерти
 - г) все вышеперечисленное**
20. При изучении общей заболеваемости (по данным амбулаторно-поликлинических учреждений) используется:
- а) медицинская карта амбулаторного больного**
 - б) единый талон амбулаторного пациента
 - в) журнал регистрации инфекционных заболеваний в МО и Управления Роспотребнадзора
 - г) персональная карта работающего
 - д) сводная ведомость учета заболеваний по месяцам, врачам, отделениям

ДОПОЛНИТЕ:

1. Медицинская демография изучает: статистику населения (численность, расселение, плотность и т.д.) и _____ (динамику) населения (механическое и естественное движение)
2. Для наглядности изображения структуры заболеваемости может быть использована

- _____ (секторная) диаграмма.
3. Для расчёта условных показателей при сравнении неоднородных групп применяются _____ (стандартизованные) показатели.
 4. Основной метод, используемый при составлении таблиц – метод _____ (группировки).
 5. К методам изучения заболеваемости относятся данные, полученные по _____ (обращаемости), по медицинским осмотрам и по причинам смерти

Кейс-задачи

Задача 1.

У больного язвенная болезнь желудка. Болеет 10 лет, каждый год обращается к врачу. Сколько статистических талонов на него будет заполнено и сколько из них со знаком (+)?

Эталон ответа: 10 статистических талонов, первый из них со знаком (+)

Задача 2.

По поводу гриппа больной обращался к врачу 9 января, 15 марта, 12 декабря. Когда и каким статистическим талоном будет зарегистрировано заболевание при посещении врача?

Эталон ответа: 9 января с (+), 15 марта, 12 декабря

Задача 3.

В городе «А» сердечно-сосудистые заболевания составляют 20%, а в городе «Б» – 30% среди всех заболеваний. Можно ли утверждать, что в городе «Б» эти заболевания встречаются чаще?

Эталон ответа: нет, нельзя; мы не знаем базы этих показателей, т.е. общее число заболеваний в каждом городе, принятое за 100%

ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения

Тестовые задания.

Выберите один правильный ответ:

1. Цель научного исследования по актуальным проблемам общественного здоровья – это...
- А. краткая и точная формулировка того, что автор намеревается сделать в рамках исследования**
- Б. уточнение проблемы, конкретизирующее основной замысел
- В. источник информации, необходимой для исследования
- Г. то, что предстоит открыть, доказать, нечто неизвестное в науке

2. Гипотеза научного исследования при изучении актуальных проблем общественного здоровья – это...

А. уточнение проблемы, конкретизирующее основной замысел

Б. то, что предстоит открыть, доказать, нечто неизвестное в науке

В. предположительное суждение о закономерной (причинной) связи явлений

Г. источник информации, необходимой для исследования

3. Метод научного исследования при изучении актуальных проблем общественного здоровья – это...

А. система последовательных действий, модель исследования

Б. предварительные обобщения и выводы

В. временное предположение для систематизации имеющегося фактического материала

Г. способ исследования, способ деятельности

4. Метод научного познания при изучении актуальных проблем общественного здоровья, основанный на изучении каких-либо объектов посредством их моделей:

А. Моделирование

Б. Аналогия

В. Эксперимент

Г. Синтез

5. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

а) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности

б) показатели заболеваемости, физического развития, демографические показатели, инвалидности

в) показатели соотношения, наглядности, инвалидности

г) демографические показатели, физического развития, обеспеченности кадрами

6. По определению ВОЗ здоровье – это:

а) состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему ни и лучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции

б) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

в) состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения

г) состояние полного физического, духовного и социального благополучия

7. При проведении социально-гигиенических исследований применяются следующие методы:

а) исторический

б) статистический, исторический, географический

в) этнический, статистический, корреляционный

г) исторический, социологический, статистический, экономический

8. Общественное здоровье – это:

а) наука о социологии здоровья

б) система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья

в) наука о социальных проблемах медицины

г) **наука о закономерностях здоровья**

д) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

9. Здравоохранение – это:

а) наука о социологии здоровья

б) **система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья**

в) наука о социальных проблемах медицины

г) наука о закономерностях здоровья

д) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

10. Приоритетным направлением развития здравоохранения на современном этапе является:

а) узкоспециализированная медицинская помощь,

б) стационарная медицинская помощь.

в) санаторно-курортная помощь

г) **первичная медико-санитарная помощь**

д) реабилитация

11. Предметом изучения общественного здоровья и здравоохранения является:

а) здоровье индивидуума

б) **здоровье населения и факторы, влияющие на него**

в) эпидемиология заболеваний

г) здоровье работающего населения

д) экономика здравоохранения

12. Социально-экономические факторы, влияющие на здоровье:

а) условия жизни

б) условия жизни и труда

в) условия жизни, труда, социальная защищённость

г) условия жизни, труда, социальная защищённость, доступность медицинской помощи

д) **условия жизни, труда, социальная защищённость, доступность медицинской помощи, социально-экономическое положение государства**

ДОПОЛНИТЕ:

13. Метод _____ (**опроса**) – это метод исследования актуальных проблем общественного здоровья источником первичной социологической информации является человек (респондент) – непосредственный участник исследуемых социальных процессов и явлений.

14. Опрос, анкета, интервью, анализ документов относятся к _____ (**социологическим**) методам исследования актуальных проблем общественного здоровья.

15. Общая схема проведения исследования, описание того, как оно будет построено, — это _____ (**дизайн**) исследования при изучении актуальных проблем общественного здоровья.

16. Исследования актуальных проблем общественного здоровья, в которых выделяется группа людей, за которыми в течение некоторого времени наблюдают и повторно, хотя бы один раз, оценивают их состояние, называются _____ (**продольными**).

17. Исследование актуальных проблем общественного здоровья, в которых выделяется группа больных, которая специально формируется для исследования и целенаправленно отслеживается – это _____ (**проспективное**) исследование.

18. Исследования актуальных проблем общественного здоровья, могут проводиться методом: «случай-контроль», в этом случае _____ («**контроль**») отличается от «случая» только изучаемым состоянием.

ПК-1.6. Умеет представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов

Тестовые задания.

Выберите один правильный ответ:

1. К информационно-аналитическим материалам относятся сведения:
 - а) государственных информационных ресурсов, баз данных, банков данных в случаях, предусмотренных актами законодательства,
 - б) официальная статистическая информация,
 - в) справочники, справки, информационные письма, отчеты, доклады
 - г) **верно все перечисленное**

2. К научным публикациям относятся:
 - а) научная статья; препринты
 - б) монография
 - в) материалы конференции; сборник научных трудов; тезисы докладов
 - г) авторефераты диссертаций
 - д) **верно все перечисленное**

3. Верно ли следующее утверждение: *«Научными публикациями являются подготовленные и описанные в научном стиле работы, опубликованные в научных или научно-публицистических печатных изданиях, в том числе, в их Интернет-версиях, предварительно прошедшие процедуру рецензирования».*
 - а) **Да**
 - б) Нет

4. Верно ли следующее утверждение: *«Рецензирование – это проверка экспертами научной публикации перед ее изданием на актуальность, полноту представленных данных, точность описания проведенных исследований и т.п.»*

- а) Да
- б) Нет

5. Стандартизованные показатели применяются при подготовке и публикации научных исследований для:

- а) характеристики первичного материала
- б) полученных данных
- в) сравнения между собой
- г) **расчёта условных показателей при сравнении неоднородных групп**
- д) характеристики всей совокупности

5. Примером текущего наблюдения при проведении научного исследования будет являться:

- а) перепись населения
- б) **регистрация случаев рождения живого ребёнка**
- в) медицинский осмотр
- г) диспансеризация

6. При обобщении данных научного исследования при помощи составления таблиц, используется:

- а) метод корреляции
- б) метод стандартизации
- в) **метод группировки**
- г) статистическая сводка
- д) любой метод статистического анализа, адекватный целям исследования

Дополните:

1. Письменный опубликованный отчёт, описывающий итоги исследования актуальных проблем общественного здоровья – это _____ (**научная**) статья.
2. Краткая характеристика статьи, рукописи научной работы, в которой излагается основное содержание актуальных проблем общественного здоровья, даются сведения об авторах – это _____ (**аннотация**).
3. Краткое изложение содержания предстоящего научного сообщения об актуальных проблемах общественного здоровья – это _____ (**тезисы**) доклада.
4. Критический обзор научной статьи, в котором дается анализ важности, актуальности представленных исследований, оценивается качество изложения, приводятся результаты работ других специалистов в области актуальных проблем общественного здоровья – это _____ (**рецензия**).
5. Для наглядности изображения структуры заболеваемости чаще всего используют _____ (**секторную**) диаграмму.
6. Материалы, содержащие сведения, сравнительную информацию, аналитическую информацию о функционировании, перспективах развития системы образования. К информационно-аналитическим материалам относятся справочники, статистические сборники, справки, информационные письма, отчеты, доклады и иные материалы – это информационно-_____ (**аналитические**) материалы.
7. Подготовка аналитической информации об актуальных проблемах общественного

здоровья для руководителей, администрации, лиц принимающих решения, ключевых стейкхолдеров необходима для разработки и принятия: стратегических решений, действий, планов и потому должна содержать: анализ динамики, прогноз; анализ потенциальных _____ (**угроз**); описание основных участников различных сфер деятельности, в том числе предприятий, компаний, СМИ, представителей общественных и политических организаций, федеральных органов власти.

8. При подготовке информационно-аналитических материалов об актуальных проблемах общественного здоровья придерживаются следующих этапов: сбор информации; создание базы данных; хранение информации; обработка информации; подготовка _____ (**аналитического**) документа, экспертных оценок, альтернативных вариантов развития ситуации; представление итогового документа руководителю.

Компетенция ПК-2. Способность и готовность оценивать состояние здоровья и его детерминанты

ПК-2.1. Владеет современными подходами к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени

Тестовые задания.

Выберите один правильный ответ:

1. К методам изучения заболеваемости не относятся данные, полученные:
 - а) по обращаемости
 - б) по медицинским осмотрам
 - в) по данным диспансерного наблюдения**
 - г) по причинам смерти
2. Первое место в структуре заболеваемости детей в возрасте до 1 года занимают:
 - а) инфекционные и паразитарные болезни
 - б) болезни нервной системы
 - в) болезни органов дыхания**
 - г) болезни костно-мышечной системы
 - д) болезни органов пищеварения
3. Заболеваемость населения – это:
 - а) структура по нозологии
 - б) распределение больных по диагнозам
 - в) распределение больных по группам здоровья
 - г) распространенность заболеваний среди населения**
4. Социально значимые заболевания – это заболевания, лидирующие в структуре:
 - а) смертности и инвалидности**
 - б) общей и госпитализированной заболеваемости

- в) заболеваемости по данным медицинских осмотров
- г) госпитализированной и инфекционной заболеваемости

5. Индивидуальная оценка заболеваемости определяется:

- а) уровнем заболеваемости
- б) структурой заболеваемости
- в) кратностью заболеваний в год**
- г) средней длительностью одного заболевания

6. Низкий культурно-образовательный уровень населения:

- а) может способствовать развитию заболевания только у конкретного индивидуума
- б) может способствовать подъему заболеваемости только в конкретной общественной группе
- в) может способствовать как развитию заболеваний у конкретного индивидуума, так и подъему заболеваемости в обществе (популяции) в целом**
- г) может способствовать развитию заболеваний в целом обществе (популяции)
- д) не влияет на уровень заболеваемости

7. Низкий уровень материального благосостояния населения:

- а) может способствовать развитию заболевания только у конкретного индивидуума
- б) может способствовать подъему заболеваемости в конкретной общественной группе**
- в) может способствовать как развитию заболеваний у конкретного индивидуума, так и подъему заболеваемости в общественной группе
- г) не влияет на уровень заболеваемости
- д) нет верного утверждения

8. Верно ли следующее утверждение: «Факторы риска - факторы внешней и внутренней среды организма, поведенческие факторы, способствующие увеличению вероятности развития заболевания, его прогрессированию и неблагоприятному исходу».

- а) Да**
- б) Нет

9. Критериями причинной связи факторов риска с заболеванием являются:

- а) постоянство (подтверждаемость)
- б) устойчивость (сила связи)
- в) специфичность
- г) последовательность во времени
- д) соответствие (согласованность)
- е) верно все перечисленное**

10. К немодифицируемым факторам риска НИЗ относят:

- а) возраст
- б) пол
- в) генетическая предрасположенность
- г) верно все перечисленное**

ПК-2.2. Умеет идентифицировать и анализировать детерминанты здоровья населения

Тестовые задания.

Выберите один правильный ответ:

1. В структуре заболеваемости населения по данным обращаемости на первом месте стоят болезни:
 - а) системы кровообращения
 - б) системы пищеварения
 - в) органов дыхания**
 - г) нервной системы
 - д) костно-мышечной системы

2. В структуре травм и отравлений наибольшую долю составляют:
 - а) травмы и отравления в связи с производством
 - б) травмы и отравления в быту**
 - в) травмы и отравления по пути на работу
 - г) травмы и отравления по пути с работы

3. Первичная заболеваемость населения – это:
 - а) структура по нозологии
 - б) распределение больных по диагнозам
 - в) распределение больных по группам здоровья
 - г) число заболеваний, впервые выявленных и зарегистрированных в течение календарного года**
 - д) контингент больных

4. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности наибольший удельный вес занимают:
 - а) травмы, отравления и несчастные случаи
 - б) острые респираторные заболевания**
 - в) заболевания сердечно-сосудистой системы
 - г) заболевания периферической нервной системы

5. В структуре причин временной нетрудоспособности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:
 - а) злокачественным новообразованиям
 - б) болезням системы кровообращения
 - в) инфекционным и паразитарным болезням
 - г) травмам и отравлениям
 - д) болезням органов дыхания**

6. При выявлении онкологического заболевания или подозрении на него врач заполняет:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) извещение о больном с впервые установленным диагнозом злокачественного образования**
- в) листок нетрудоспособности
- г) направление на госпитализацию
- д) статистический талон регистрации уточнённого диагноза

6. Патологическая пораженность рассчитывается на:

- а) прошедших медицинский осмотр**
- б) обратившихся по поводу заболеваний
- в) обратившихся в поликлинику
- г) среднегодовую численность населения данной территории
- д) зарегистрированные случаи заболевания в календарном году

Компетенция ПК-3. Способность и готовность определять и оценивать факторы риска и разрабатывать мероприятия по их предупреждению

ПК-3.1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

ДОПОЛНИТЕ:

1. Состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма – _____ (здоровье).
2. Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг – _____ (медицинская) помощь.
3. Комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания – _____ (профилактика).
4. Комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни – _____ (лечение).
5. Система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи – _____ (охрана) здоровья граждан.
6. Комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством

- сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий – _____ (диагностика)
7. Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния – _____ (пациент).
 8. врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения – _____ (лечащий) врач.
 9. Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма – _____ (заболевание).
 10. Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата – _____ (качество) медицинской помощи.

Кейс-задачи

Задача 1

Изучите данные результатов 5-летнего наблюдения за группой лиц, подверженных действию предполагаемого фактора риска F_1 при болезни А:

	Частота возникновения болезни А по годам в ‰				
	2018	2019	2020	2021	2022
Здоровые (N=12000 чел)	2,0	4,0	7,0	10,0	12,0

И ответьте на вопрос: являются ли представленные данные доказательством того, что F_1 является фактором риска болезни А. Свой ответ обоснуйте

Эталон ответа: Доказательства того, что F_1 является фактором риска - **НЕТ**, потому что в исследовании отсутствовала контрольная группа на которую фактор риска F_1 не оказывал влияния.

Задача 2.

Изучите данные результатов 5-летнего когортного исследования по оценке влияния предполагаемого фактора риска F_1 при болезни А:

	F_1	Частота возникновения болезни А по годам в ‰				
		2018	2019	2020	2021	2022
Здоровые (N=28000 чел)	есть	2,0	3,0	8,0	15,0	18,0
Здоровые (N=2800 чел)	нет	0,0	2,0	6,0	7,0	10,0

И ответьте на вопрос: являются ли представленные данные доказательством того, что F_1 является фактором риска болезни А. Свой ответ обоснуйте

Эталон ответа: Нет, окончательный вывод делать рано, потому что в группе без F_1 (фактора риска) также отмечается значительное число заболеваний с тенденцией роста по годам.

ПК-3.2. Владеет основными принципами и методами профилактического консультирования

ДОПОЛНИТЕ:

1. Профилактическое консультирование — это эффективная технология профилактики ХНИЗ и коррекции факторов риска их развития, включенная в программу профилактического медицинского осмотра и _____ (диспансеризации) взрослого населения.
2. Профилактическое консультирование — это процесс _____ (информирования) и обучения пациента для повышения его приверженности выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска развития заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).
3. Конечной целью профилактического консультирования является: каждый гражданин, прошедший профилактическое консультирование, должен быть информирован об основах здорового образа жизни, порядке действий в случае возникновения жизнеугрожающих состояний, получить адресную профилактическую консультацию, способствующую формированию мотивации к ведению здорового образа жизни и коррекции выявленных факторов _____ (риска) развития ХНИЗ и других патологических состояний.
4. Виды профилактического консультирования: краткое индивидуальное профилактическое консультирование; индивидуальное углубленное профилактическое консультирование; групповое _____ (углубленное) профилактическое консультирование (школы пациентов).
5. Соблюдение принципов профилактического консультирования: _____ (информирование), обучение, мотивирование — являются наиболее эффективными для достижения конечной цели профилактического консультирования.

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. Классификация конфиденциальной информации

- 1) персональные данные, служебная тайна, коммерческая тайна;
- 2) коммерческая тайна, профессиональная тайна, персональные данные, интеллектуальная собственность, авторское право;**
- 3) коммерческая тайна, персональные данные, врачебная тайна;
- 4) служебная тайна, врачебная тайна, персональные данные, авторское право, интеллектуальная собственность;
- 5) профессиональная тайна, авторское право.

2. Сведения об объектах и явлениях окружающей среды, их параметрах, свойствах и состоянии, которые воспринимают информационные системы (живые организмы, управляющие машины и др.) в процессе жизнедеятельности и работы является определением для термина

- 1) показатели
- 2) информация**
- 3) знание
- 4) данные
- 5) показания

3. Перечень сведений, которые относят к персональным данным

- 1) касается только сведений о банковских вкладах
- 2) касается только фактов личной жизни человека
- 3) не определен — любые сведения, по которым можно установить личность человека, могут быть расценены как персональные данные**
- 4) содержит только биометрические сведения о человеке
- 5) строго определен и носит исчерпывающий характер

4. Формулировка правила конфиденциальности

- 1) врачебная тайна – это право врача скрывать от пациента информацию, которая может повредить его здоровью
- 2) информация о пациенте, которая становится известна врачу или иному медицинскому работнику, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента**
- 3) медицинский работник должен быть правдив с пациентом, он не должен скрывать или искажать важную для пациента информацию, которая касается его здоровья и лечения
- 4) пациент имеет право на деликатность со стороны медицинских работников при выполнении интимных процедур
- 5) пациент имеет право хранить в тайне от врача любую информацию, даже если она касается его здоровья

5. Правило конфиденциальности

- 1) может быть нарушено в отношении пациента, страдающего алкоголизмом
- 2) может быть нарушено в отношении пациента, страдающего психическим расстройством
- 3) может быть нарушено в отношении подростка 16 лет
- 4) может быть нарушено в ситуациях, регламентируемых законодательством**

- 5) является абсолютной нормой, которую нельзя нарушать ни при каких обстоятельствах
6. Соблюдение правила конфиденциальности при оказании консультационных услуг в сети Интернет
- 1) зависит от возраста и заболевания пациента
 - 2) зависит от личного выбора врача
 - 3) зависит от политики сайта
 - 4) не является обязательным
 - 5) обязательно, кроме случаев, когда пациент не возражает против публикации его данных**

Компетенция ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья

ДОПОЛНИТЕ:

1. Первое место в структуре заболеваемости детей в возрасте до 1 года занимают болезни органов _____ (дыхания).
2. Социально значимые заболевания – это заболевания, лидирующие в структуре инвалидности и _____ (смертности).
3. Индивидуальная оценка заболеваемости определяется кратностью заболеваний в течении _____ (года).
4. В структуре заболеваемости населения по данным обращаемости на первом месте стоят болезни органов _____ (дыхания).
5. В структуре травм и отравлений наибольшую долю составляют травмы и отравления в _____ (быту).
6. Число заболеваний, впервые выявленных и зарегистрированных в течение календарного года – это _____ (первичная) заболеваемость населения
7. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности наибольший удельный вес занимают острые _____ (респираторные) заболевания.
8. В структуре причин временной нетрудоспособности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит болезням органов _____ (дыхания).

Компетенция ПК-5. Способность и готовность эффективно взаимодействовать с различными социокультурными, профессиональными и социоэкономическими группами для решения проблем общественного здоровья

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ:

1. Телемедицинские технологии могут использоваться при оказании следующих видов медицинской помощи:

- а) первичной медико-санитарной помощи
- б) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
- в) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
- г) паллиативной медицинской помощи
- д) верно все перечисленное**

2. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий проводятся:

- а) в экстренной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного
- б) в неотложной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного
- в) в плановой форме - при проведении профилактических мероприятий
- г) в плановой форме - при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью.
- д) верно все перечисленное**

3. Участниками консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований являются:

- а) лечащий врач;
- б) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование;
- в) консультант
- г) верно все перечисленное**

4. Государственная система обнаружения, предупреждения и ликвидации последствий компьютерных атак на информационные ресурсы Российской Федерации

- 1) единая государственная информационная система в сфере здравоохранения
- 2) лабораторная информационная система медицинской организации
- 3) ГосСОПКА**
- 4) ФСТЭК
- 5) медицинская информационная система медицинской организации

5. Защищённость информации и поддерживающей инфраструктуры от случайных или преднамеренных воздействий естественного или искусственного характера, способных нанести ущерб владельцам или пользователям информации и поддерживающей инфраструктуры является определением для термина

1) база данных

2) информационный процесс

3) защита информации

4) информационная безопасность

5) информационная система

6. Оператор информационных систем в сфере здравоохранения должен проводить организационные мероприятия, направленные на повышение уровня знаний работников по вопросам обеспечения безопасности информационных систем в сфере здравоохранения и о возможных угрозах безопасности информации

1) не реже одного раза в год

2) по приказу руководителя

3) ежеквартально

4) ежемесячно

5) каждое полугодие

Дополните

1. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в медицинской организации и системе здравоохранения – это медицинская _____ (**информационная**) система (МИС).

2. Процесс внедрения и использования информационных технологий в сфере медицины и оказания медицинских услуг – это _____ (**информатизация**) здравоохранения.

3. Медицинское обслуживание, осуществляемое с использованием современных информационных и коммуникационных технологий, дистанционное оказание медицинской помощи – это _____ (**телемедицина**).

4. Электронный документ, который содержит информацию о здоровье и медицинских записях пациента – это _____ (**электронная**) медицинская карта.

5. Применение компьютерных технологий для обработки и анализа огромного объема информации, собранной врачами и медицинскими учреждениями – это анализ _____ (**больших**) данных в медицине (Big Data).

6. Согласно определению ВОЗ, электронное здравоохранение – это использование информационно-коммуникационных _____ (**технологий**) для здравоохранения.

7. Цифровое здравоохранение включает в себя: электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение и _____ (**телемедицину**).

8. Консультации врачей при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени или _____ (отложенных) консультаций.

9. В настоящее время в РФ реализуется пилотный проект по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с использованием информационной системы «_____ (персональные) медицинские помощники».

10. Базовыми действиями, производимые с информацией, которые могут содержать в себе угрозу являются _____ (уничтожение), сбор, утечка и модификация информации.

11. Программное обеспечение, сотрудники организации и аппаратные средства являются источниками _____ (внутренних) информационных угроз.

12. Под термином «информационные технологии» понимают процесс, использующий совокупность средств и методов сбора, передачи, накопления, обработки, хранения, представления и использования данных (первичной информации) для получения информации нового качества о состоянии объекта, _____ (явления) или процесса (информационного продукта).

13. Оператор информационных систем в сфере здравоохранения должен проводить организационные мероприятия, направленные на повышение уровня знаний работников по вопросам обеспечения безопасности информационных систем в сфере здравоохранения и о возможных угрозах безопасности информации не реже одного раза в _____ (год).

14. Источниками внутренних информационных угроз являются: аппаратные средства; программное _____ (обеспечение); сотрудники организации

15. Базовые действия, производимые с информацией, которые могут содержать в себе угрозу: сбор, утечка, модификация или искажение, _____ (уничтожение) информации

16. ГосСОПКА – это государственная система обнаружения, _____ (предупреждения) и ликвидации последствий компьютерных атак на информационные ресурсы Российской Федерации

17. Защищённость информации и поддерживающей инфраструктуры от случайных или преднамеренных воздействий естественного или искусственного характера, способных нанести ущерб владельцам или пользователям информации и поддерживающей инфраструктуры является определением для термина _____ (информационная) безопасность.

18. Информационные и коммуникационные технологии (ИКТ) – это обобщающее понятие, описывающее методы, способы и алгоритмы сбора, хранения, обработки, представления и передачи _____ (информации).

19. Под информационными и коммуникационными технологиями (ИКТ) понимают комплекс объектов, действий и правил, связанных с подготовкой, переработкой, доставкой _____ (**информации**) при персональной, массовой и производственной коммуникации, а также все технологии и отрасли, интегрально обеспечивающие перечисленные процессы.

КЕЙС-ЗАДАЧИ

Задача 1.

В рамках проведения Диспансеризации несовершеннолетних на основании приказа МЗ РФ от 10.08.2017 г. №514 «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних» диагностическое обследование сердца ЭКГ проводится: в 12 месяцев, 6 лет, 15 и 17 лет. В настоящее время в рамках проекта «Единый кардиолог Республики Татарстан» все обследования несовершеннолетних проводятся с использованием ИС «Единый кардиолог». Про проведение Диспансеризации несовершеннолетнего пациента 15 лет сделали ЭКГ. Какие консультации будут оформлены и в какой информационной системе?

Эталон ответа:

Программный комплекс «Единый кардиолог Республики Татарстан» позволяет снимать и описывать данные ЭКГ в автоматическом режиме. После этого данные отправляются дистанционно на подтверждение врачу кабинета функциональной диагностики. Вносятся в электронную медицинскую карту пациента, подписываются электронной цифровой подписью. Бумажная версия вклеивается в амбулаторную карту пациента.

Задача 2.

Врачам-хирургам одной из ЦРБ РТ требуется консультация-обучение профессора З***. из города Красноярск.

1. Какой вид телемедицинской технологии потребуется для этой консультации?
2. Какие каналы связи необходимо использовать в этом случае?

Эталон ответа:

1. Телеобучение (дистанционное обучение или телеобразование). Телеобучение подразумевает внедрение телемедицинских методов обучения в непрерывную систему подготовки медицинских кадров (теленаставничество). Особенностью направления является внедрение телемедицинских систем тестирующего контроля и сертификации, а также внедрение методов направляемой деятельности обучаемого во время проведения медицинских манипуляций.
2. Высокоскоростные каналы связи сети Интернет, например, оптические каналы связи и радиоканалы, в том числе спутниковые линии связи.

ПК-5.2. Демонстрирует умение выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. Верно ли следующее утверждение: *«К настоящему времени доказано, что хорошо спланированные профилактические коммунальные программы могут существенно повлиять на образ жизни и распространенность факторов риска»*

- а) Да
- б) Нет

2. Верно ли следующее утверждение: *«Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска действительно приводит к снижению сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний среди населения»*

- а) Да
- б) Нет

3. Верно ли следующее утверждение: *«Демонстрационные проекты могут быть хорошим этапом в последующем развитии национальных программ».*

- в) Да
- г) Нет

ДОПОЛНИТЕ:

1. Для реализации программ укрепления здоровья может использоваться такой канал коммуникации как социальные интернет-сервисы – современные средства, сетевое программное обеспечение, поддерживающее _____ (**групповые**) взаимодействия, включающие: персональные действия участников: записи мыслей (блог или ВикиВики); заметки и аннотирование чужих текстов (блог, Делишес) размещение медийных файлов (Фликр, ВикиВики); коммуникации участников между собой (мессенджеры, почта, чат, форум, комментарии в блоге)

2. Для реализации программ укрепления здоровья поиск _____ (**информации**) о заинтересованных участниках и различных целевых групп может осуществляется посредством поисковых систем, (например: yandex.ru, rambler.ru, mail.ru, и другие) представляющих собой web-сайты.

3. Телекоммуникации – это технологии, основанные на возможности не только передавать информацию между компьютерами, объединенными в сети, но и обеспечивать организацию обратной. При этом, общение при передаче информации может происходить как отсрочено (так называемые, offline-технологии или асинхронные), так и в _____ (**реальном**) времени (on-line-технологии).

ПК-5.3. Демонстрирует способность к работе в команде, способность брать на себя личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. Медицинскую практику, в основе которой лежит четкая проверка имеющихся доказательств о пользе или вреде того или иного медицинского вмешательства, называют
 - а) бюджетной медициной
 - б) доказательной медициной**
 - в) достоверной медициной
 - г) научной медициной
 - д) страховой медициной

2. Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их
 - а) безопасности и эффективности**
 - б) коммерческой выгоды
 - в) экономической целесообразности
 - г) социальной необходимости
 - д) научного интереса

3. Подход доказательной медицины к медицинской практике предполагает использование информации о доказательствах эффективности и безопасности
 - а) диагностических мероприятий
 - б) лечебных мероприятий
 - в) профилактических мероприятий
 - г) реабилитационных мероприятий
 - д) верно все перечисленное**

4. Укажите, какие из видов исследований можно отнести к наблюдательным описательным.
 - а) клинический случай**
 - б) проспективное когортное исследование
 - в) ретроспективное когортное исследование
 - г) «случай-контроль»
 - д) нет верных ответов

5. Наименее достоверное доказательство в пирамиде доказательств
 - а) исследование типа «случай-контроль»;
 - б) когортное исследование;
 - в) описание серии случаев;
 - г) систематический анализ;
 - д) экспертное мнение без критической оценки**

Компетенция ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ДОПОЛНИТЕ:

1. Элементом системы охраны здоровья работающих и включают расширенный перечень задач по управлению здоровьем работающих помимо профилактики профессиональных и профессионально связанных заболеваний и травм, что находится в компетенции мер по охране труда, являются _____ (**корпоративные**) программы укрепления здоровья.
2. Коммуникационный проект, направленный на профилактику, раннее выявление и повышение приверженности к лечению _____ (**онкологических**) заболеваний (их факторах риска, профилактике, диагностике и лечении), осуществляемый при поддержке и развитие официального портала Минздрава России Onco-life.ru проводится в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение».
3. В федеральный проект «Старшее поколение» включен как отдельный результат проект «Комплекс мер по профилактике _____ (**падений**) и переломов», что, по оценкам, поможет сохранить до 30 тысяч жизней в год.

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

4. Верно ли следующее определение: *«Корпоративные программы укрепления здоровья – это инвестиционный проект, участниками которого выступают государство-работодатель-работник, как элемент корпоративной культуры и программы лояльности в системе управления персоналом и достижении конкретных измеримых результатов».*
 - а) Да
 - б) Нет
5. Укажите уровни, являющиеся патерналистским инструментом выстраивания взаимодействия в системе управления рисками (мероприятия по охране труда и внедрению корпоративных программ на производстве):
 - а) государство-работодатель
 - б) работодатель-работник
 - в) государство-работник
 - г) **верно все перечисленное**
6. Перечислите какие виды аргументов для работодателя рассматриваются как основополагающие в пользу внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников:
 - а) финансовые аргументы
 - б) управляющие аргументы
 - в) имиджевые аргументы

г) верно все перечисленное

Кейс-задачи:

Задача 1.

Прочитайте аргументы в пользу внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников и скажите к какой категории они относятся?

Аргумент 1. В результате внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников сокращаются расходы на медицинское обслуживание сотрудников, приверженных принципам ЗОЖ. Данные исследования ВОЗ: меры по охране здоровья на рабочих местах помогают сократить на 27% продолжительность пребывания на больничном и на 26% расходы компаний на медико-санитарное обслуживание.

Аргумент 2. В результате внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников сокращаются финансовые потери, связанные с абсентеизмом и презентеизмом. Опыт Dow Chemical: курильщики отсутствуют на работе на 5,5 дней больше, чем некурящие, что стоит компании \$650 000 в год без учета дополнительных затрат на медицинское обслуживание.

Аргумент 3. В результате внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников сокращаются косвенные расходы, связанные с вредными привычками сотрудников. Опыт Air Canada: политика запрета курения помогла сэкономить \$700 000 в год за счет того, что отпала необходимость чистить пепельницы и увеличился интервал между генеральными уборками самолетов с 6 до 9 месяцев.

Эталон ответа: финансовые аргументы

Задача 2.

Прочитайте аргументы в пользу внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников и скажите к какой категории они относятся?

Аргумент 1. В результате внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников наблюдается повышение продуктивности сотрудников, более результативная работа. Данные Центра по контролю и профилактике заболеваний: депрессия среди работников американских компаний в среднем приводит к 11,5 дням пониженной производительности труда каждый месяц. Издержки достигают до \$ 44 млрд. ежегодно.

Аргумент 2. В результате внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников наблюдается формирование более здорового психологического климата в коллективе. Данные опроса 100 ведущих компаний: корпоративный спорт сплачивает и формирует командный дух - 59%, корпоративные программы управления здоровьем считаются важным инструментом стимулирования работников.

Аргумент 3. В результате внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников наблюдается сокращение количества несчастных случаев, аварий, инцидентов и профзаболеваний вследствие сокращения потребления алкоголя и табака. По данным ВОЗ употребление табака на опасных производствах умножает вероятность таких заболеваний, как рак легких, рак мочевого пузыря, хронический бронхит и др. До 45% травм и несчастных случаев на производстве связано с алкоголем.

Эталон ответа: управленческие аргументы

Задача 3.

Прочитайте аргументы в пользу внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников и скажите к какой категории они относятся?

Аргумент 1. В результате внедрения корпоративных программ укрепления здоровья работников наблюдается Укрепление имиджа работодателя и повышение привлекательности для новых кандидатов. Согласно исследованию HeadHunter: 52% опрошенных считают наличие спорта в компании значительным конкурентным преимуществом среди работодателей. 87% считают работодателя ответственным за здоровье сотрудников.

Аргумент 2. Повышение лояльности сотрудников и сокращение текучести кадров. Опыт SAS Institute: после введения корпоративных wellness программ ротация кадров снизилась до 4%, коэффициент окупаемости инвестиций ROI вырос до 6,9, компания вошла в число лучших работодателей Великобритании.

Аргумент 3. Возможности получения дополнительных премий и наград (в России - People Investor, в Европе - Employee Engagement Award (Wellbeing Award), European Business Awards (Workplace and people) и другие).

Эталон ответа: имиджевые аргументы

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. Для успешного применения международных рекомендаций по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья, увеличения продолжительности жизни и улучшения состояния здоровья, необходимо:
 - а) сделать каждого гражданина активным участником сохранения собственного здоровья
 - б) обеспечить доступность знаний о состоянии здоровья, мерах по его укреплению и предотвращению заболеваний
 - в) совершенствовать профессиональную подготовку врачей всех специальностей в области профилактики инфекционных заболеваний, форм и методов профилактической работы с населением.
 - г) верно все перечисленное
2. Проект, направленный на формирование ЗОЖ, сохранение и укрепление здоровья у детей, повышение медико-психологической грамотности у родителей, создание здоровьесберегающей среды на основе международного протокола CINDI-CHILDREN.
 - а) «Здоровьесберегающая школа»

- б) «Здоровые города»
- в) «Брось курить и выиграй!»
- г) «Формирование здорового образа жизни»
- д) «Укрепление общественного здоровья»

3. За основу Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года в Российской Федерации приняты целевые ориентиры:

- а) **Глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2013-2020 годы**
- б) Европейской политики «Здоровье–2020»
- в) международной интегрированной программы «CINDI», реализуемой при участии Европейского регионального бюро ВОЗ
- г) международной интегрированной программы «TACIS», реализуемой при участии Европейского регионального бюро ВОЗ
- д) международной интегрированной программы «Здоровые города, районы и поселки», реализуемой при участии Европейского регионального бюро ВОЗ

4. Верно ли следующее утверждение: *«PR (public relations – связи с общественностью) – планируемые продолжительные усилия, направленные на создание и поддержание доброжелательных отношений и взаимопонимания между организацией и общественностью».*

- а) Да
- б) Нет

5. Верно ли следующее утверждение: *«PR-кампания – ряд мероприятий, проводимых для осуществления важной общественно-политической или социальной задачи, которые нацелены на совершенствование имиджа (репутации) субъекта связей с общественностью и поддержание гармоничных отношений с общественностью».*

- а) Да
- б) Нет

6. Отличительными признаками лидеров мнений – людей, способных оказывать влияние на мнение собеседников, являются:

- а) активная жизненная позиция,
- б) большой круг общения,
- в) желание постоянно узнавать новое,
- г) умение и желание давать советы и решать чужие проблемы,
- д) заинтересованность и вовлеченность

КЕЙС-ЗАДАЧИ

Задача 1.

Разрозненность (несогласованность) информационных и PRкампаний, общественно-просветительских мероприятий на тему ЗОЖ. Например, большое количество

разрозненных сюжетов по одной теме не отражает общую политику государства в отношении ЗОЖ.

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: (государственные органы во взаимодействии с общественными организациями согласовывают между собой перечень основных мероприятий и пиар-компаний по самым актуальным темам ЗОЖ для продвижения

Задача 2.

Отсутствуют разработанные «примерные» национальные стандарты информационных материалов по ЗОЖ. Например, информация в разных СМИ по одной теме часто носит противоречивый характер, статьи и сюжеты не учитывают возрастные, образовательные, гендерные особенности целевых групп, отсутствует оценка эффективности информации.

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: разработать примерные качественные информационные материалы по данным темам и провести обучение в специальных группах студентов на факультетах журналистики – для подготовки специалистов, способных освещать тему ЗОЖ.

Задача 3.

Недостаточное использование СМИ, как системного инструмента воздействия на различные целевые группы страны. Невысокая эффективность обучающих мероприятий для основного звена СМИ – журналистов, корреспондентов, обозревателей, блогеров. Например, преобладают в использовании классические, но не всегда эффективные способы преподнесения информации – пресс релизы, листовки и т.д., в СМИ информация представлена лишь по некоторым компонентам здоровья – в социальных сетях ориентирована лишь на поддержание красоты у молодежи.

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: при реализации информационной стратегии необходимо начать подготовку квалифицированных специалистов в сфере информационной работы в области ЗОЖ и профилактики НИЗ. Для этого предлагается организовать спецкурсы для студентов (2-3 курс) факультетов журналистики и пиар-коммуникаций.

Задача 4.

Отсутствие эффективной социальной рекламы на тему ЗОЖ. Например, значительное количество информации представлено в декларативной форме, не содержит четко сформулированную идею и предложения о путях решения освещаемой в рекламе социальной проблемы.

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: разработка новых подходов к содержанию, производству и размещению социальной рекламы – более креативной, рассчитанной на различные категории и

возрастные группы. Необходимо разрабатывать разные рекламные варианты для газет, журналов, СМИ, социальных сетей и т.д.

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ДОПОЛНИТЕ:

1. Профилактическая стратегия выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска неинфекционных заболеваний осуществляется, главным образом, на индивидуальном и _____ (**групповом**) уровнях в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи и санаторно-курортного лечения.
2. Важнейшими инструментами стратегии высокого риска являются _____ (**диспансеризация**) и профилактические осмотры населения.
3. В рамках реализации профилактической стратегии выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска неинфекционных заболеваний создана сеть школ _____ (**здоровья**), цель которых не только информировать население о пагубном влиянии факторов риска здоровья, но и изменить поведение пациентов с помощью влияния врача, помочь им приобрести здоровые привычки, сформировать отношение к курению, алкоголю, наркотикам, физической активности, питанию.
4. Планомерная деятельность организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ – это _____ (**управление**).
5. «Здоровые _____ (**города**)» – это комплексная и масштабная программа межсекторального характера, направленная на разработку и внедрение мер по формированию ЗОЖ и профилактику НИЗ в субъектах РФ.
6. Работа в рамках программы «Здоровые города» осуществляется по следующим направлениям: _____ (**профилактика**) заболеваний; пропаганда ЗОЖ; сохранение и укрепление здоровья детей и подростков; здоровье на рабочем месте; улучшение качества жизни и здоровья пожилых людей; адаптация инвалидов трудоспособного возраста; здоровое городское планирование.
7. Цель проекта «Здоровьесберегающая _____ (**школа**)» — формирование ЗОЖ, сохранение и укрепление здоровья у детей, повышение медико-психологической грамотности у родителей, создание здоровьесберегающей среды. Оценка результатов программы осуществляется на основе международного протокола CINDI-CHILDREN.
8. Программа «Три шага к долголетию» состоит из трех подпроектов: «Профилактика и лечение артериальной гипертензии»; «Совершенствование травматологической помощи»; «Совершенствование системы _____ (**профилактики**) и медицинской помощи населению при новообразованиях (онкология)».

КЕЙС-ЗАДАЧИ

Задача 1.

Информация о понятии «здоровье» и «ЗОЖ» в Интернете и СМИ подается как: «здоровый = красивый». Например, материалы в СМИ, касающиеся здоровья, часто посвящены средствам и приемам, рекламирующим создание красоты, имеющиеся в журналах рубрики, посвященные здоровью, не редко существуют под названием: «Красота тела», «Красота = здоровье», «Химия красоты». Занятия йогой и фитнесом обосновываются необходимостью совершенствовать тело.

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: предоставление компетентной информации о здоровье и ЗОЖ от ведущих специалистов-экспертов в области здравоохранения для размещения в СМИ и Интернет.

Задача 2.

Информацию о последствиях негативного поведения для здоровья часто перекрывают мнения известных людей, которые не смогли избавиться от пагубной привычки. Например, нередко можно слышать от знаменитых людей такие ответы в интервью СМИ, которые отрицают вред аддикций: «Сосед мой всю жизнь курил и дожил до 80-ти лет».

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: информация о значительном влиянии собственного поведения на состояние здоровья должна исходить от лидеров мнений, групп. В том числе, о негативе, который несет здоровью рискованные формы поведения - вредные привычки.

Задача 3.

Недостаточно понятной и четкой информации об эффективных формах поведения, направленных на сохранение и поддержание здоровья. Например, человек, который решил заняться улучшением собственного здоровья, получает информацию о формах поведения, направленных на улучшение состояния здоровья, из некомпетентных источников: недостоверная Интернет-реклама, листовки в почтовых ящиках, подруга или соседка - учат как «чистить печень».

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: активная, как можно более подробная информация о качественных, эффективных формах поведения, направленных на сохранение и поддержание здоровья, из компетентных источников).

Задача 4.

Информацию о негативном влиянии пассивного курения на здоровье пролистывают, «пробегают глазами», не обращают на нее внимание. Например, лояльное отношение женщины к курению мужа в доме: «Ничего страшного со мной не будет, у нас хорошая вентиляция. Это же не я курю, а он».

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: информация об альтернативных формах реагирования на курение вне отведенных для этого мест должна быть повсеместно.

Задача 5.

Отсутствие полной информации о созависимости. Например, непонимание того, что сложившиеся взаимоотношения в семье способствуют продолжению (возобновлению) злоупотребления алкоголем – поведение заботливой и оправдывающей жены: «Муж не алкоголик, он выпивает потому, что у него тяжелые отношения с начальником».

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: необходимо вести профилактическую и психотерапевтическую работу с родственниками зависимых пациентов, оказывать помощь в поиске путей решения проблемы, информация о созависимости как о проблеме и о способах ее решения, об альтернативных формах взаимоотношений с зависимым человеком должна быть доступной.

Задача 6.

Избыток информации, способствующей в массовом сознании переносу социальной ответственности за состояние здоровья на государственные структуры; уверенность в возможности излечения от большинства болезней. Например, реклама о повседневной и круглосуточной доступности первичной медицинской помощи, реклама широкого спектра чудодейственных лекарственных препаратов.

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: данная реклама, а также газеты, распространяющиеся посредством почтовых ящиков, перед процедурой издания в типографии, должны проходить официальную процедуру получения лицензии в Мининформе, получать разрешение в Министерстве здравоохранения на предмет медицинской рекламы, в том числе – БАДов, чудодейственных порошков и мазей. Без этих разрешительных документов, ни одна типография, не должна печатать подобные рекламные информационные листки.

Задача 7.

Недостаточное использование современных направлений информационного воздействия и форм подачи информации о здоровье и ЗОЖ. Например, отдельные услуги или продукты для населения становятся более привлекательными т.к. «вкусно» преподносятся, что приводит к значительному разрыву между привлекательностью рекламируемых новых методов диагностики, новых лекарств, «легких» способов избавления от болезней и кажущейся непривлекательностью, обыденностью профилактических мер.

Что необходимо сделать для изменения ситуации?

Эталон решения: информация о здоровом образе жизни в широком смысле, о первоочередном значении соблюдения профилактических мер – легче болезнь предотвратить, чем ее лечить.

Компетенция ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов

Тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. К задачам экономики здравоохранения относятся:

- а) анализ эффективности использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов здравоохранения
- б) изучение рентабельности, экономической эффективности различных форм оказания медицинской помощи
- в) экономическое обоснование затрат в здравоохранении на оказание различных видов медицинской помощи
- г) разработка экономических критериев эффективности здравоохранения
- д) верно все перечисленное

2. Важным направлением научной организации труда (НОТ) для эффективного использования трудовых и экономических ресурсов в области общественного здоровья и здравоохранения является решение трех взаимосвязанных задач:

- а) социальных, коллективных, организационных
- б) экономических, психофизиологических, коллективных
- в) экономических, психофизиологических, организационных
- г) **экономических, психофизиологических, социальных**

3. Цель управления в здравоохранении:

- а) **снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при рациональном использовании ресурсов**
- б) увеличение размера заработной платы медицинских работников
- в) создание новых методов диагностики и лечения
- г) рациональное использование финансов
- д) решение поставленных задач

4. Экономическая эффективность здравоохранения выражается:

- а) в достижении поставленных целей в области профилактики заболеваний
- б) в улучшении состояния пациента
- в) в снижении уровня заболеваемости
- г) в увеличении продолжительности жизни
- д) **верно все перечисленное**

5. Верно ли следующее утверждение: «Модель конечных результатов как метод оценки в системе управления качеством медицинской помощи содержит показатели, характеризующие результаты деятельности, нормативные значения данных показателей и шкалу для численной оценки результатов деятельности»

- а) Да
- б) Нет

6. Модель конечных результатов (МКР) включает:

- а) показатели здоровья населения
- б) шкалу для количественной оценки и результатов деятельности
- в) показатели деятельности организации здравоохранения;
- г) знак отклонения «+» или «-».
- д) **верно все перечисленное**

7. К показателям результативности модели конечных результатов (МКР) относится:
Варианты ответа:

- а) уровень качества диспансеризации
- б) распространенность отдельных заболеваний
- в) средняя длительность одного случая заболевания
- г) уровень качества лечения;
- д) **верно все перечисленное**

8. В основу оценки деятельности системы здравоохранения в современных экономических условиях положено:

- а) обеспеченность населения койками
- б) обеспеченность населения врачами
- в) **конечный результат с учетом состояния здоровья населения**
- г) объем финансирования здравоохранения на одного жителя в год
- д) общее количество стационарных коек

9. К показателю результативности в модели конечных результатов (МКР) относятся следующие показатели:

- а) средняя численность населения участка
- б) обеспеченность населения врачами
- в) обеспеченность населения койками
- г) коэффициенты дифференциации
- д) **распространенность отдельных заболеваний, уровень качества лечения, средняя продолжительность случаев заболевания**

10. Видами экономического анализа организаций здравоохранения является:

- а) внешний и внутренний
- б) сплошной и выборочный
- в) систематический и разовый
- г) текущий и оперативный
- д) **верно все перечисленное**

11. Какие показатели деятельности амбулаторной организации необходимы при анализе эффективности ее деятельности?

- а) число прикрепленного населения
- б) обеспеченность кадрами
- в) число обоснованных жалоб в год
- г) среднее число посещений жителем в год
- д) **верно все перечисленное**

12. Основным направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи является:

- а) **развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения**
- б) перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный, развитие стационарозамещающих технологий
- в) укрепление и развитие Федеральных научно-практических центров и Республиканских (краевых, областных) больниц
- г) развитие высокотехнологичной медицинской помощи
- д) развитие скорой медицинской помощи

13. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются:

- а) недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- б) использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- в) сохранения общественного сектора здравоохранения
- г) увеличения кадрового потенциала
- д) **верно все перечисленное**

14. К методам изучения личности подчиненного, которые целесообразно применять в медицинских организациях для эффективного использования трудовых и экономических ресурсов, относятся

- а) анкетирование
- б) тестирование
- в) наблюдение
- г) эксперимент
- д) **все перечисленные методы**

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан

Тесты

Укажите один правильный ответ:

1. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо
- а) усилить ведомственный и общественный контроль за расходованием финансовых средств
 - б) совершенствовать систем учета средств
 - в) совершенствовать конкурсную систему закупок
 - г) широкое использование финансового лизинга
 - д) **верно все перечисленное**
2. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет
- а) виды, нормативы объема медицинской помощи
 - б) нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи
 - в) подушевые нормативы финансирования
 - г) порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь
 - д) **верно все перечисленное**
3. Здоровый образ жизни в общественном здоровье рассматривается как
- а) медицинская категория
 - б) социально экономическая категория
 - в) личная проблема
 - г) **верно все**
4. При использовании метода различия для формулирования или оценки гипотез о факторах риска путем сравнения показателей заболеваемости на двух территориях предполагается сходство этих территорий по:
- а) численности населения
 - б) возрастной структуре населения
 - в) жилищным условиям жизни населения
 - г) экономическому положению населения
 - д) **всем эпидемиологически значимым признакам за исключением одного: фактора риска**
5. В структуре причин, влияющих на состояние здоровья населения, наибольший удельный вес имеет:
- а) наследственность
 - б) факторы окружающей среды
 - в) природно-климатические условия
 - г) **образ жизни**
 - д) уровень оказания медицинской помощи
6. Что такое режим дня?
- а) порядок выполнения повседневных дел
 - б) строгое соблюдение определенных правил
 - в) перечень повседневных дел, распределенных по времени выполнения

г) **установленный распорядок жизни человека, включающий в себя труд, сон, питание и отдых**

7. Что такое рациональное (от лат. ratio - разум) питание?

- а) питание, распределенное по времени принятия пищи
- б) питание с учетом потребностей организма
- в) питание с набором определенных продуктов
- г) питание с определенным соотношением питательных веществ
- д) **питание, сбалансированное в энергетическом отношении и по содержанию питательных веществ в зависимости от пола, возраста и рода деятельности.**

8. Периодичность проведения курсового гигиенического обучения:

- а) не регламентирована:
- б) 1 раз в 2 года
- в) **дифференцирована по профессиональным группам работников**
- г) 1 раз в год

9. Верно ли следующее утверждение: «Выбор методов и средств пропаганды гигиенических знаний зависит от количественного состава аудитории и степени однородности группы?»

- а) **Да**
- б) Нет

10. Метод печатной пропаганды гигиенических знаний использует средства:

- а) **буклеты (памятки)**
- в) лекции
- б) телевидение
- г) музеи

11. Метод наглядной (изобразительной) пропаганды гигиенических знаний использует средства:

- а) **музеи и выставки**
- в) радио
- б) телевидение
- г) статьи

12. Профессиональная гигиеническая подготовка проводится:

- а) до заключения врача о допуске к работе
- б) **после получения заключения врача о допуске к работе**
- в) сразу после оформления медицинской книжки
- г) после получения результатов лабораторных исследований .

13. Аттестация профессиональных контингентов по результатам гигиенической подготовки проводится:

- а) **органом госсанэпиднадзора**
- б) центром медицинской профилактики
- в) образовательным учреждением, имеющим лицензию

г) некоммерческими общественными организациями

14. Ответственность за несвоевременное прохождение медицинского осмотра работниками предприятия несут:

а) органы госсанэпиднадзора

б) руководители предприятия

в) работники предприятия

г) начальники отделов кадров предприятий

15. Медицинскую практику, в основе которой лежит четкая проверка имеющихся доказательств о пользе или вреде того или иного медицинского вмешательства, называют

а) бюджетной медициной

б) доказательной медициной

в) достоверной медициной

г) научной медициной

д) страховой медициной

16. Наименее достоверное доказательство в пирамиде доказательств

а) исследование типа «случай-контроль»;

б) когортное исследование;

в) описание серии случаев;

г) систематический анализ;

д) экспертное мнение без критической оценки

Дополните

17. Состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма - _____ (**здоровье**).

18. Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг _____ (**медицинская**) помощь.

19. Комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания _____ (**профилактика**).

20. Комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни _____ (**лечение**).

21. Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их безопасности и _____ (**эффективности**).
22. Подход доказательной медицины к медицинской практике предполагает использование информации о доказательствах эффективности и безопасности диагностических мероприятий, лечебных мероприятий и _____ (**профилактических**) мероприятий.
23. Применение статистических методов при создании систематического обзора в целях обобщения результатов, включенных в обзор исследований, называется _____ (**метаанализ**).
24. Разновидность научного исследования с заранее спланированными методами, где объектом изучения служат результаты оригинальных исследований, называется _____ (**систематический**) обзор.
25. Главным отличием мета-анализа от систематических обзоров является не только рассмотрение результатов ряда исследований, но и _____ (**количественная**) оценка их результатов.
26. Клинический случай и серия случаев можно отнести к _____ (**наблюдательным**) описательным видам исследований.
27. С точки зрения математической статистики данные подразделяют на _____ (**качественные**) и количественные.
28. Пол и самочувствие пациента является _____ (**качественными**) данными.
29. Температура тела и возраст пациента являются _____ (**количественными**) данными.
30. Повышение _____ (**качества**) оказания медицинской помощи населению возможно добиться только при совместном участии всех сотрудников медицинской организации в мероприятиях по созданию условий повышающих вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствующих профессиональным знаниям, основанным на фактических данных.

Кейс-задачи

Задача 1

Изучите данные результатов 5-летнего наблюдения за группой лиц, подверженных действию предполагаемого фактора риска F₁ при болезни А:

	Частота возникновения болезни А по годам в ‰				
	2018	2019	2020	2021	2022

Здоровые (N=12000 чел)	2,0	4,0	7,0	10,0	12,0

И ответьте на вопрос: являются ли представленные данные доказательством того, что F_1 является фактором риска болезни А

Эталон ответа: Нет доказательства того, что F_1 является фактором риска, потому что в исследовании отсутствовала контрольная группа на которую фактор риска F_1 не оказывал влияния.

Задача 2.

Изучите данные результатов 5-летнего когортного исследования по оценке влияния предполагаемого фактора риска F_1 при болезни А:

	F_1	Частота возникновения болезни А по годам в ‰				
		2018	2019	2020	2021	2022
Здоровые (N=28000 чел)	есть	2,0	3,0	8,0	15,0	18,0
Здоровые (N=2800 чел)	нет	0,0	2,0	6,0	7,0	10,0

И ответьте на вопрос: являются ли представленные данные доказательством того, что F_1 является фактором риска болезни А

Эталон ответа: Нет, окончательный вывод делать рано, потому что в группе без F_1 (фактора риска) отмечается значительное число заболеваний с тенденцией роста по годам.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры №____
от «____» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Медико-биологическая статистика и математическое моделирование
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1,2
Лекции (час.)	24 (8)
Практические занятия (час.)	54 (24)
Самостоятельная работа (час.)	66 (112)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	144 (144)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	4
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Введение в биостатистику. Значение для науки и практики. Цели и задачи статистической обработки результатов.	Компетенция – ОПК-2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности. (ОПК-2.1. Соблюдает конфиденциальность при работе с информационными базами данных, с персональными данными граждан ОПК-2.2. Соблюдает в работе принципы информационной безопасности (кибербезопасность))	Знать: принципы соблюдения конфиденциальности при работе с данными. Уметь: применять методы соблюдения конфиденциальности при работе с данными. Владеть: навыками соблюдения конфиденциальности при работе с данными. Знать: принципы информационной безопасности (кибербезопасность) Уметь: применять методы соблюдения принципов информационной безопасности (кибербезопасность) Владеть: навыками соблюдения принципов информационной безопасности (кибербезопасность)	Тестирование	10

Раздел 2. Основы математической статистики и теория вероятности. Раздел 3. Медико-биологические показатели их статистический характер.	Компетенция – ОПК-4. Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения. (ОПК-4.1. Обосновывает адекватность выбора методов описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования) ОПК-4.2. Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретирует результаты для решения профессиональных задач)	Знать: методы выбора описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования Уметь: обосновывать выбор методов описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования Владеть: методами выбора описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования	Тестирование	10
		Знать: статистический анализ данных с помощью компьютерных программ Уметь: проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретировать результаты для решения профессиональных задач Владеть: статистическим анализом данных с помощью компьютерных программ	Тестирование Кейс-задача	21 1
Раздел 4. Значимость и достоверность	ПК-1. Способность и готовность к организации и	Знать: современные методы	Тестирование	12

различий в медико-биологических исследованиях. Критерий сравнения статистических показателей	проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов (ПК-1.4. Владеет современными методами статистической обработки результатов и качественного анализа)	статистической обработки Уметь: проводить статистическую обработку Владеть: современными методами статистической обработки результатов и качественного анализа.		
Раздел 5. Медико-статистический анализ здоровья населения с использованием методов математической статистики	Компетенция – ОПК-2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности. (ОПК-2.1. Соблюдает конфиденциальность при работе с информационными базами данных, с персональными данными граждан ОПК-2.2. Соблюдает в работе принципы информационной безопасности (кибербезопасность))	Знать: принципы соблюдения конфиденциальности при работе с данными. Уметь: применять методы соблюдения конфиденциальности при работе с данными. Владеть: навыками соблюдения конфиденциальности при работе с данными. Знать: принципы информационной безопасности (кибербезопасность) Уметь: применять методы соблюдения принципов информационной безопасности (кибербезопасность) Владеть: навыками соблюдения принципов информационной безопасности (кибербезопасность)	Тестирование Кейс-задачи	10 2

Раздел 6. Математическое моделирование в общественном здоровье и здравоохранении	Компетенция – ОПК-4. Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения.	Знать: методы выбора описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования Уметь: обосновывать выбор методов описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования Владеть: методами выбора описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования	Тестирование Кейс-задача	6 1
	(ОПК-4.1. Обосновывает адекватность выбора методов описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования) ОПК-4.2. Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретирует результаты для решения профессиональных задач)	Знать: статистический анализ данных с помощью компьютерных программ Уметь: проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретировать результаты для решения профессиональных задач Владеть: статистическим анализом данных с помощью компьютерных программ		
Раздел 7. Анализ показателей здоровья и здравоохранения	ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных	Знать: современные методы статистической обработки	Тестирование Кейс-задача	17 3

отдельного региона с использованием методов математической статистики	исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов (ПК-1.4. Владеет современными методами статистической обработки результатов и качественного анализа)	Уметь: проводить статистическую обработку Владеть: современными методами статистической обработки результатов и качественного анализа.		
Промежуточная аттестация – зачет			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, решение кейс-задач.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с учебной и научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Фонд оценочных средств

ОПК-2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности

ОПК-2.1. Соблюдает конфиденциальность при работе с информационными базами данных, с персональными данными граждан

ОПК-2.2. Соблюдает в работе принципы информационной безопасности (кибербезопасность)

Раздел 1

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Под медицинской статистикой понимают
 - a) отрасль статистики, изучающей здоровье населения
 - b) совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности ЛПУ
 - c) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением**
 - d) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной и социальной гигиеной
 - e) отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с социальной гигиеной, планированием и прогнозирование деятельности ЛПУ
2. Предметом изучения медицинской статистики являются
 - a) информация о здоровье населения
 - b) информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека
 - c) информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения
 - d) информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине
 - e) все вышеперечисленное**
3. Интенсивные показатели характеризуют
 - a) структуру, состав явления
 - b) частоту явлений**
 - c) распределение целого на части
 - d) соотношение двух разнородных совокупностей
4. Экстенсивные показатели характеризуют
 - a) структуру явлений**
 - b) частоту явлений в своей среде
 - c) соотношение двух разнородных сред
 - d) наглядность явления
5. Показатель соотношения характеризует
 - a) структуру, состав явления
 - b) частоту явления в своей среде
 - c) соотношение двух разнородных совокупностей**
 - d) распределение целого на части

6. Виды относительных величин все, кроме
- a) интенсивных показателей
 - b) экстенсивных показателей
 - c) показателей наглядности
 - d) показателей соотношения
 - e) **показателей информативности**
7. Какие показатели позволяют демонстрировать сдвиги явления во времени или по территории, не раскрывая истинного уровня этого явления?
- a) экстенсивные
 - b) интенсивные
 - c) соотношения
 - d) **наглядности**
8. Какой статистический показатель характеризует развитие явления в среде, непосредственно с ним не связанной?
- a) экстенсивный
 - b) интенсивный
 - c) **соотношения**
 - d) наглядности
9. Перечень сведений, которые относят к персональным данным
- 1) касается только сведений о банковских вкладах
 - 2) касается только фактов личной жизни человека
 - 3) **не определен — любые сведения, по которым можно установить личность человека, могут быть расценены как персональные данные**
 - 4) содержит только биометрические сведения о человеке
 - 5) строго определен и носит исчерпывающий характер
10. Защищённость информации и поддерживающей инфраструктуры от случайных или преднамеренных воздействий естественного или искусственного характера, способных нанести ущерб владельцам или пользователям информации и поддерживающей инфраструктуры является определением для термина
- 1) база данных
 - 2) информационный процесс
 - 3) защита информации
 - 4) **информационная безопасность**
 - 5) информационная система

Раздел 5

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Раздел медицинской статистики, называемый «статистика здравоохранения», включает в себя, кроме
- a) обеспеченность населения медицинскими кадрами
 - b) анализ деятельности ЛПУ
 - c) **показатель общей смертности**
 - d) обеспеченность населения койками
2. Информация статистики здоровья включает в себя, кроме
- a) **нагрузка врача-терапевта на приеме в поликлинике**

- b) показатели младенческой и общей смертности
- c) показатели общей заболеваемости
- d) показатели инвалидности

3. К общим показателям воспроизводства (естественного движения) населения не относится

- a) рождаемость
- b) смертность
- c) естественный прирост
- d) средняя продолжительность жизни**

4. Коэффициент естественного прироста — это отношение

- a) годовое число родившихся /годовое число умерших
- b) годовое число умерших /годовое число родившихся
- c) годовое число родившихся – годовое число умерших / 1000
- d) (годовое число родившихся - годовое число умерших) x 1000 / среднегодовая численность населения**

5. Основные методы изучения заболеваемости все, кроме

- a) по причине смерти
- b) по обращаемости
- c) по данным переписи населения**
- d) по данным медицинских осмотров

Дополните

6. Процентное отношение прироста к предшествующему уровню — это темп _____(прироста).

7. Отношение в процентах данного уровня к предшествующему — это темп _____(роста).

8. Метод сравнения показателей в качественно неоднородных совокупностях путем элиминирования этой неоднородности называется _____ (стандартизация).

9. Основными показателями естественного движения населения являются рождаемость и _____ (смертность).

10. Обобщающим показателем естественного движения населения является _____ (естественный) прирост.

Кейс-задача 1

В городе «А» сердечно-сосудистые заболевания составляют 20%, а в городе «Б» - 30% среди всех заболеваний. Можно ли утверждать, что в городе «Б» эти заболевания встречаются чаще?

Ответ: нельзя; мы не знаем базы этих показателей, т.е. общее число заболеваний в каждом городе, принятое за 100%

Кейс-задача 2

В двух районах крупного промышленного города за отчетный период были зарегистрированы инфекционные заболевания. В районе А с численностью населения 87 500 человек число заболевших составило: дифтерией - 3, скарлатиной - 252, полиомиелитом - 2, корью - 360, коклюшем - 316, цереброспинальным менингитом - 1, эпидемическим паротитом - 211, ветряной оспой - 152, вирусным гепатитом - 24. В районе Б с численностью населения 60 000 человек дифтерией заболели - 2, скарлатиной - 205, полиомиелитом - 1, корью - 302, коклюшем - 270, цереброспинальным менингитом - 1, эпидемическим паротитом - 174, ветряной оспой - 137, вирусным гепатитом - 17 человек.

Вопросы (задание):

1. Определите уровень инфекционной заболеваемости населения в районах А и Б, а также в городе в целом.
2. Укажите, к какому виду относительных величин относятся рассчитанные показатели.
3. Какие относительные показатели, исходя из имеющихся сведений, могут быть рассчитаны дополнительно.

Ответ:

1. В отчетном году уровень инфекционной заболеваемости населения города составил 1647,5 на 100 000 населения. В районе А заболеваемость населения инфекционными болезнями составила 1509,7 на 100 000 населения, в районе Б - 1848,3 на 100 000 населения.
2. Рассчитанные статистические коэффициенты относятся к интенсивным показателям.
3. На основании представленных сведений можно рассчитать структуру инфекционной заболеваемости городского населения в целом, а также структуру инфекционной заболеваемости населения, проживающего в районах А и Б.

ОПК-4. Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения

ОПК-4.1. Обосновывает адекватность выбора методов описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования

ОПК-4.2. Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретирует результаты для решения профессиональных задач

Раздел 2

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. К интенсивным статистическим показателям относятся
 - a) распределение больных по полу и возрасту
 - b) **показатели заболеваемости, смертности**
 - c) структура заболеваний по нозологическим формам
 - d) число заболеваний и число умерших
2. Математико-статистическая обработка данных позволяет

- a) совершенствовать и оптимизировать регистрацию, сводку и группировку статистических данных
 - b) получать различного вида статистические таблицы
 - c) получать различного вида показатели и средние величины, оценку их достоверности
 - d) создать регистр и банк данных
 - e) **все вышеперечисленное**
3. Из приведенных определений единицу совокупности характеризует
- a) **первичный элемент статистического наблюдения, являющийся носителем признаков, подлежащих регистрации**
 - b) первичный элемент, из которого состоит вся наблюдаемая совокупность
 - c) перечень элементов, определяющих комплекс признаков, подлежащих регистрации
 - d) перечень элементов, определяющих совокупность наблюдения
4. Выбор единицы наблюдения зависит
- a) от программы исследования
 - b) от плана исследования
 - c) **от цели и задач исследования**
 - d) от объема исследования
5. Программа статистического исследования — это
- a) перечень вопросов
 - b) **совокупность изучаемых признаков**
 - c) определение масштаба исследования
 - d) определение времени исследования
6. Выборочное наблюдение — это
- a) **наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого**
 - b) наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту
 - c) наблюдение в порядке текущей регистрации
 - d) обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности
7. Сплошное наблюдение — это
- a) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого
 - b) наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту
 - c) наблюдение в порядке текущей регистрации
 - d) **обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности**
8. Единовременное наблюдение — это
- a) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого
 - b) **наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту**
 - c) наблюдение в порядке текущей регистрации
 - d) обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности
9. Текущее наблюдение — это

- a) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого
- b) наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту
- c) **наблюдение в порядке текущей регистрации**
- d) обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности

10. Укажите виды наблюдений по объему

- a) случайные
- b) текущие и единовременные
- c) **сплошные и выборочные**
- d) объемное

Раздел 3

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Оценку вида распределения проводят, если объем выборки

- 1) <159
- 2) <20
- 3) >10
- 4) **>30**

2. Соответствие характеристик выборки характеристикам генеральной совокупности называют

- 1) значимостью
- 2) мощностью
- 3) надежностью
- 4) **репрезентативностью**

3. Число случаев, включённых в выборочную совокупность, обычно называют

- 1) мощностью исследования
- 2) населённостью группы
- 3) **объёмом выборки**
- 4) численностью выборки

4. Основными источниками информации о здоровье населения служат следующие, кроме

- a) официальной информации о смертности населения
- b) **данных страховых компаний**
- c) данных мониторинга окружающей среды и здоровья населения
- d) регистров заболеваний, несчастных случаев и травм

5. Под статистическим термином «обращаемость» понимается

- a) **число больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу заболевания**
- b) соотношение числа всех первичных посещений по поводу болезни к общему числу обслуживаемого населения
- c) абсолютное число всех первичных и повторных посещений больными медицинского учреждения
- d) отношение числа всех посещений больными амбулаторно-поликлинического учреждения к общему числу обслуживаемого населения

6. Вариационный ряд — это

- a) ряд чисел
- b) совокупность вариантов
- c) варианты, расположенные в определенной последовательности
- d) ряд величин, показывающих изменение явления во времени
- e) ряд изучаемой совокупности по варьирующему признаку**

7. При соблюдении каких условий средняя арифметическая наиболее точно характеризует средний уровень варьирующего признака

- a) при условии симметричности совокупности, полном представлении в выборочной совокупности специфических особенностей генеральной совокупности
- b) при условии симметричности совокупности, числа наблюдений в ней не менее 100
- c) только в генеральной совокупности
- d) в нормальном распределении при достаточно большом числе наблюдений и однородности изучаемого явления**
- e) при достаточно большом числе наблюдений и однородности изучаемого явления

8. От чего зависит объем выборочной совокупности?

- a) от принятой вероятности безошибочного прогноза и степени однородности изучаемого явления
- b) от достаточного количества единиц в генеральной совокупности
- c) от принятой вероятности безошибочного прогноза и величины предельной ошибки
- d) от величины предельной ошибки и степени однородности изучаемого явления**
- e) от специфики изучаемого явления, от достаточного количества единиц в генеральной совокупности

9. Какой вид графического изображения применяется для отражения показателей, имеющих сезонный характер колебаний?

- a) линейная диаграмма
- b) полярная диаграмма**
- c) секторная диаграмма
- d) пирамидальная диаграмма

10. Секторная диаграмма служит для отражения:

- a) сезонных колебаний
- b) интенсивных показателей
- c) структуры явления**
- d) динамики явления

11. Амплитуда вариационного ряда это

- a) варианта, которой соответствует наиболее количество частот вариационного ряда
- b) варианта, делящая вариационный ряд на равные половины
- c) разность между наибольшей и наименьшей вариантами**
- d) разность между каждыми двумя последующими вариантами

Дополните

12. Первичный элемент объекта статистического наблюдения, являющийся носителем признаков, подлежащих регистрации, — это _____ (единица) наблюдения.

13. Обобщающая характеристика варьирующего признака — это _____ (средняя) величина.

14. Варианта – это _____ (**величина**) признака.
15. Минимальное число наблюдений при малой выборке - _____ (**30**).
16. Центральная варианта, делящая ряд пополам, - это _____ (**медиана**).
17. Варианта, встречающаяся чаще других – это _____ (**мода**).
18. Типичность средней арифметической величины характеризуют среднее квадратичное _____ (**отклонение**) и коэффициент _____ (**вариации**).
19. Чем меньше колеблемость признака, тем величина средней ошибки _____ (**меньше**).
20. Чтобы уменьшить ошибку выборки, число наблюдений нужно _____ (**увеличить**).
21. Чем меньше число наблюдений, тем величина средней ошибки _____ (**больше**).

Кейс-задача 1

В городе проживает 240 000 человек. За последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту смертности населения, чем обусловлено формирование регрессивного типа структуры населения. За отчетный год в городе родилось 3 100 детей, из них на первом году жизни умерло 30 человек, в том числе 16 - от состояний, возникших в перинатальном периоде, 10 - от врожденных аномалий, 4 - от пневмонии.

Вопросы (задание):

1. Объясните, на каком основании специалисты делают вывод о регрессивном типе структуры населения.
2. Исходя из имеющихся данных, рассчитайте показатели, характеризующие демографическую ситуацию в городе.

Ответ:

1. О регрессивном типе структуры населения аналитики судят на основании соотношения доли возрастных групп от 0 до 14 лет включительно и 50 лет и старше. При этом доля лиц в возрасте 50 лет и старше должна превышать долю лиц от 0 до 14 лет включительно.

2. На основании имеющихся данных можно рассчитать показатели рождаемости (12,9 на 1000 населения), младенческой смертности (9,7 на 1000 родившихся) и структуру причин младенческой смертности (состояния, возникшие в перинатальном периоде - 53,4%; врожденные аномалии - 33,3%, пневмонии - 13,3%.

Раздел 6

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Коэффициент корреляции – это
- 1) мера тесноты (силы) связи между параметрами
 - 2) мера центральной тенденции

- 3) случайное значение параметра в выборке
 - 4) среднее значение параметра, поделённое на дисперсию
2. Обнаружение статистически значимых, но логически не объяснимых корреляций
- 1) **возможно**
 - 2) невозможно
 - 3) часто встречается
 - 4) является следствием неверного расчёта коэффициента корреляции

3. Коэффициент парной корреляции между показателем заболеваемости населения и показателем госпитализации при сердечно-сосудистой патологии на 1000 городского населения равняется +0,88. Какой вывод можно сделать на основании величины данного коэффициента

- a) зависимость между рассматриваемыми явлениями отсутствует, так как коэффициент корреляции имеет положительный знак
- b) зависимость между рассматриваемыми явлениями сильная и обратная
- c) **зависимость между рассматриваемыми явлениями – прямая и сильная**
- d) зависимость – прямая и средняя
- e) зависимость – обратная и средняя

Дополните

- 4. Коэффициент корреляции оценивает только _____ (линейную) связь.
- 5. При корреляционном анализе используются коэффициенты _____ (корреляции).
- 6. Значение коэффициента корреляции может колебаться в пределах от ____ (-1) до ____ (+1).

Кейс-задача 1

В медицинских организациях города за отчетный период было зарегистрировано 800 000 первичных обращений населения, в том числе по поводу болезней органов дыхания – 260 000; травм, отравлений и других последствий внешних причин – 130 000; болезней нервной системы – 50 000. Среднегодовая численность населения в отчетном году составила 1 200 000 человек.

Вопросы (задание):

- 1. На основании представленных абсолютных данных рассчитайте относительные показатели.
- 2. Укажите, к какому виду относительных величин они относятся.
- 3. Назовите 4 вида относительных величин и раскройте их сущность.

Ответ:

1. За отчетный период уровень первичной заболеваемости городского населения составил 666,7 на 1000 человек. В структуре выявленной патологии более половины всех заболеваний (55,0%) пришлось на три класса болезней, в том числе 32,5% - болезни органов дыхания, 16,3% - травмы, отравления и другие последствия внешних причин, 6,2% - болезни нервной системы. Остальные классы болезней составили 45,0%.

2. Уровень заболеваемости относится к интенсивным показателям. Показатели структуры являются экстенсивными показателями.

3. По своему содержанию относительные величины, чаще всего применяемые в

медицинской статистике, подразделяют на 4 вида: экстенсивные, интенсивные показатели соотношения, показатели наглядности.

ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов

ПК-1.4. Владеет современными методами статистической обработки результатов и качественного анализа

Раздел 4

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. В каких показателях должны быть представлены результаты исследования при изучении состава госпитализированных больных по отделениям стационара?
а) **экстенсивных**
b) интенсивных
c) соотношения
d) наглядности
2. Укажите показатели, в которых должны быть представлены результаты исследования при изучении распространенности гипертонической болезни у лиц разного возраста
а) **интенсивные**
b) экстенсивные
c) соотношения
d) наглядности
3. Какой метод стандартизации следует применить, если имеются численность населения, численность умерших их возрастно-половой состав, но нет возрастно-полового состава населения?
а) прямой метод
b) косвенный метод
c) **обратный метод**
d) унифицированный метод
e) регрессионный метод
4. Стандартизированные показатели применяются
а) для характеристики первичного материала
b) для полученных данных
c) **для сравнения между собой показателей в неоднородных по составу совокупностях**
d) все вышеперечисленное
5. К какому виду статистических величин относится показатель календарных дней заболеваемости с временной утратой трудоспособности?
а) экстенсивности
b) **интенсивности**
c) соотношения
d) наглядности
e) нормированного отношения

6. При сравнении интенсивных показателей, полученных на однородных по своему составу совокупностях, необходимо применять

- a) оценку показателей соотношения
- b) определение относительной величины
- c) стандартизацию
- d) оценку достоверности разности показателей**
- e) все вышеперечисленное

Дополните

7. Статистический критерий, который следует использовать в конкретном случае, определяется в зависимости от количества _____ (**выборки**), типа данных и типа распределения.

8. Статистическая совокупность как объект статистического исследования включает группу или множество относительно однородных элементов, обладающих признаками _____ (**сходства**).

9. Разность между двумя относительными показателями считается достоверной, если превышает свою ошибку в _____ (**2**) и более раз.

10. Колебания средней величины с вероятностью 95,5% возможны в границах _____ (**$M \pm 2m$**)

11. Доверительный интервал $R \pm 2m$ соответствует вероятности _____ (**95,5%**)?

12. Разница между средними величинами считается достоверной, если $t \geq$ (**2**).

Раздел 7

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Первичная заболеваемость — это

- a) **заболевания, впервые выявленные в этом году**
- b) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации
- c) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
- d) учет всех заболеваний (инфекционных, неэпидемических, с ВУТ)

2. Сущность термина «распространенность»

- a) вновь выявленные заболевания в данном году
- b) **все заболевания, зарегистрированные в данному году**
- c) заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах
- d) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах

3. Общая заболеваемость — это

- a) показатель заболеваемости по данным обращаемости
- b) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации
- c) **совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году**

- d) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий инфекционную заболеваемость, неэпидемическую заболеваемость, заболеваемость с ВН, госпитализированную заболеваемость
4. Комплексная методика определения истинной («исчерпанной») заболеваемости не включает в себя
- a) изучение заболеваемости по обращаемости
 - b) изучение госпитализированной заболеваемости
 - c) выборочные комплексные осмотры населения группой специалистов
 - d) **экспертный метод**
5. Укажите основные виды заболеваний, подлежащих специальному учету
- a) острая инфекционная заболеваемость
 - b) важнейшая неэпидемическая
 - c) госпитализированная
 - d) заболеваемость с ВУТ
 - e) **все вышеперечисленное**
6. Укажите основные виды регистрируемой заболеваемости по данным обращаемости
- a) общая заболеваемость
 - b) важнейшая неэпидемическая
 - c) острая инфекционная
 - d) госпитализированная
 - e) заболеваемость с ВУТ
 - f) **все вышеперечисленное**
7. Укажите основные методы изучения заболеваемости
- a) обращаемость
 - b) профилактические осмотры
 - c) регистрация причин смерти
 - d) **все вышеперечисленное**
8. При изучении общей заболеваемости (по данным амбулаторно-поликлинических учреждений) используется
- a) **медицинская карта амбулаторного больного**
 - b) единый талон амбулаторного пациента
 - c) журнал регистрации инфекционных заболеваний в ЛПУ и ЦСЭН
 - d) персональная карта работающего
9. Укажите единый нормативный документ для статистических разработок госпитализированной заболеваемости
- a) международная классификация болезней, травм и причин смерти
 - b) **статистическая карта выбывшего из стационара, ф. № 066/у**
 - c) листок учета движения больных и коечного фонда стационара, ф. № 007/у
 - d) сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек, ф. № 01 б/у
10. Интенсивный показатель досуточной летальности определяется
- a) отношением числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице
 - b) **отношением числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар**

- c) отношением числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
- d) отношением числа выбывших из стационара к числу умерших в первые сутки

11. При изучении заболеваемости инфарктом миокарда среди лиц умственного и физического труда единицей наблюдения является

- a) **работающий человек**
- b) больной инфарктом миокарда
- c) больной человек
- d) ребенок
- e) взрослый человек

12. При изучении заболеваемости язвенной болезнью желудка у работающих в различных отраслях народного хозяйства единицей наблюдения является

- a) **работающий человек**
- b) больной язвенной болезнью желудка
- c) больной человек
- d) ребенок
- e) взрослый человек

Дополните

13. Заболевание, которым больной страдает в течение ряда лет и ежегодно обращается к врачу поликлиники войдет в статистику _____ (**общей**) заболеваемости.

14. При анализе первичной заболеваемости населения учитываются _____ (**статистические**) талоны только за знаком (+).

15. При анализе общей заболеваемости населения учитываются _____ (**все**) статистические талоны.

16. При изучении инфекционной заболеваемости применяется _____ (**экстренное**) извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, профессиональном заболевании.

17. Основной учетный документ при изучении диспансерной заболеваемости – это _____ (**контрольная**) карта диспансерного наблюдения.

Кейс-задача 1

В одном из районов крупного промышленного города несколько десятилетий работает предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 240 детей младшего школьного возраста. Из общего числа обследованных тонзиллит диагностирован у 120 детей, конъюнктивит обнаружен у 74, кариес - у 100, кожными болезнями страдали 24 человека. В районе сравнения обследовано 268 детей того же возраста, из них тонзиллитом страдали 32 человека, конъюнктивитом - 16, кариесом - 24, кожными болезнями - 6.

Вопросы (задание):

1. Вычислите интенсивные и экстенсивные показатели заболеваемости детей

младшего школьного возраста тонзиллитом, конъюнктивитом, кариесом зубов и кожными болезнями, проживающими в районе загрязнения воздушного бассейна и в районе сравнения; сравните частоту распространенности оториноларингологической патологии в изученных группах.

Ответ:

Частота распространенности оториноларингологической патологии, болезней глаз, заболеваний зубов и кожных покровов у детей анализируемого района в 4,6 раза превышает аналогичный показатель группы сравнения (132,5% и 29,1% соответственно). В изучаемой группе тонзиллит обнаружен у каждого второго обследованного ребенка (50,0% против 11,9% в группе сравнения), кариес зубов – у 47,7% (против 9,0% в группе сравнения), конъюнктивит – у 30,8% (против 6,0% в группе сравнения), кожные болезни – у 10,0% (против 2,2% в группе сравнения). Данные показатели относятся к интенсивным показателям.

В структуре выявленной патологии у детей анализируемого района преобладают болезни горла (37,7%) и кариес (31,4%), конъюнктивит и кожные болезни составили соответственно 23,3% и 7,6% от общего числа выявленных заболеваний. В структуре патологии группы сравнения менее половины (41,0%) всех заболеваний пришлось на тонзиллит, еще треть (30,8%) – на кариес, 20,5% - на конъюнктивит и 7,7% - на кожные болезни. Данные показатели относятся к экстенсивным показателям.

Кейс-задача 2

У больного язвенная болезнь желудка. Болеет 10 лет, каждый год обращается к врачу. Сколько статистических талонов на него будет заполнено и сколько из них со знаком (+)?

Ответ: 10 статистических талонов, первый из них со знаком (+).

Кейс-задача 3

По поводу гриппа больной обращался к врачу 9 января, 15 марта, 12 декабря. Когда и каким статистическим талоном будет зарегистрировано заболевание при посещении врача?

Ответ: с (+) 9 января, 15 марта, 12 декабря.

Промежуточная аттестация: зачет (тестирование).

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Заведующий кафедрой
д. пед. н., доцент
Макарова О.Ю.

(подпись)

«26» мая 2022г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Деловой английский
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1,2
Лекции (час.)	-
Практические занятия (час.)	72 (32)
Самостоятельная работа (час.)	72 (112)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	144
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	4
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Доцент, канд. филолог. наук Андреева М.И., старший преподаватель Горбунова Д.В.

2022 год

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	3
II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	5
III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	10
IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	42

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Контролиру- емые темы дисциплины / модуля / практики	Контро- лируемые компетен- ции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
				Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)	Кол.- во
1. <					

№ п/п	Контролиру- емые темы дисциплины / модуля / практики	Контро- лируемые компетен- ции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
				Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)	Кол.- во
		ПК-5 ПК- 5.1	<i>Знать:</i> социокультурные нормы общения.	тестирование	140
			<i>Уметь:</i> осуществлять толерантное социальное и профессиональное взаимодействие.	устный опрос	14
			<i>Владеть:</i> навыками конструктивного социального взаимодействия на основе принципов толерантности и выбора речевых клише.	выполнение практических заданий	14
		ПК-5 ПК- 5.2	<i>Знать:</i> общие морально-этические принципы межкультурного взаимодействия.	тестирование	140
			<i>Уметь:</i> адекватно воспринимать различия коммуникацию на основе принципов толерантности.	устный опрос	14
			<i>Владеть:</i> навыками конструктивного социального взаимодействия на основе принципов толерантности и выбора речевых клише в условиях профессиональной деятельности.	выполнение практических заданий	14

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Текущий контроль

Каждая из форм работы на практическом занятии оценивается преподавателем. В журнал выставляются все оценки. Возможны две формы оценивания: индивидуальное, когда оценивается индивидуальный вклад обучающегося в общее обсуждение или его выступление с устным сообщением /презентацией и групповое, когда оценивается деятельность группы (это не исключает дополнительного поощрения наиболее отличившихся индивидуальных участников этой группы).

2. Контроль по разделам

Продолжительность курса обучения иностранному языку на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов составляет 2 семестра. В каждом семестре проводится 1 модульное тестирования. Соответственно, обучающийся получает 2 оценки. Модульное тестирование проводится на компьютерах или в письменном виде.

3. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа занимает важное место при освоении дисциплины. Студенты обязаны выполнять задания преподавателя по каждой теме. Контроль за выполнением самостоятельной работы включает в себя: тестирование, устный опрос, выполнение письменных заданий. Важнейшую часть самостоятельной работы по дисциплине составляют подготовка доклада с презентацией, выполнение письменного перевода, анализ проблемной ситуации.

3. Критерии оценки по формам текущего контроля.

Уровень 1

Лексико-грамматическое тестирование

Критерии оценки:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Уровень 2

Устный опрос:

- контрольный перевод,
- контрольное чтение

Контрольный перевод

Контрольное чтение

9-10 (высокий уровень)

Перевод текста полностью соответствует содержанию. Переведён и сам текст, и заголовок. Отсутствуют лексическо-грамматические ошибки. Представлен правильный перевод фразеологизмов и устойчивых словосочетаний. Правильно передан смысл сложных слов. Все профессиональные термины переведены верно. Перевод полностью соответствует профессиональной стилистике и направленности текста.

Речь воспринимается легко: необоснованные паузы отсутствуют; фразовое ударение и интонационное оформление, произношение слов без нарушений нормы.

Контрольный перевод

Контрольное чтение

8 (средний уровень)	Перевод текста на 80 % от общего объёма соответствует содержанию. Переведён и сам текст, и заголовок. В переводе допущены 3-5 лексическо-грамматических ошибок. Смысл текста передан. Неточно переведены некоторые устойчивые словосочетания, фразеологические обороты. Профессиональные термины в основном переведены верно. Перевод в основном соответствует профессиональной стилистике и направленности текста.	Речь воспринимается легко: необоснованные паузы отсутствуют; фразовое ударение и интонационные контуры, произношение слов практически без нарушений нормы; допускается не более пяти фонетических ошибок.
7 (пороговый уровень)	Перевод текста на 70 % от общего объёма соответствует содержанию. Допущены лексические ошибки, но смысл текста передан. Неправильно переведены устойчивые словосочетания, сложные слова, фразеологизмы. Некоторые (3-4) профессиональные термины переведены неверно. В переводе 6-8 грамматических ошибок (орфографических, пунктуационных и др.). Перевод частично соответствует профессиональной стилистике и направленности текста.	Речь воспринимается достаточно легко, однако присутствуют необоснованные паузы; фразовое ударение и интонационные контуры практически без нарушений нормы; допускается не более семи фонетических ошибок, в том числе три ошибки, искажающие смысл.
6 (очень низкий уровень)	Заголовок текста переведен, но перевод самого текста отражает его основное содержание лишь на 30-50% от общего объёма. Общий смысл текста не понятен. Допущено >15 лексико-грамматических ошибок. Выбранные речевые клише в основном не соответствуют основному смыслу текста. Неправильно переведены устойчивые словосочетания, фразеологизмы, профессиональные термины.	Речь воспринимается с трудом из-за значительного количества неестественных пауз, запинок, неверной расстановки ударений и ошибок в произношении слов, допущено более семи фонетических ошибок или сделано четыре и более фонетические ошибки, искажающие смысл.

Уровень 3

Для оценивания результатов обучения в виде навыков используются следующие типы контроля:

- **Выполнение практических заданий**
- **Аннотирование текста**

Лексико-грамматическое оформление речи

9-10 (высокий уровень)	Анализ полностью соответствует представленному плану; использованы представленные фразы-клише в каждом пункте; использованы дополнительных языковых средств в ходе изложения информации; изложение грамотное и логичное, грамматических и лексических ошибок нет; правильно определена главная тема (проблема) статьи; статья структурирована верно; наряду с авторской позицией излагает и свою.
8 (средний уровень)	Анализ полностью соответствует представленному плану (или отсутствует один из пунктов; использованы представленные фразы-клише в каждом пункте; изложение грамотное и логичное, но допущено

1-7 грамматических и/или лексических ошибок; правильно определена главная тема (проблема) статьи; статья структурирована верно; собственное мнение по проблеме изложено кратко (в одном-двух предложениях)

- 7 (пороговый уровень) Анализ не полностью соответствует представленному плану (некоторые пункты отсутствуют или порядок нарушен); представленные фразы-клише использованы в минимальном количестве и/или не соответствуют материалу; допущено больше 7 грамматических и/или лексических ошибок; неправильно определена главная тема (проблема) статьи; статья структурирована неверно; собственное мнение по проблеме отсутствует.
- 6 (очень низкий уровень) Анализ не соответствует представленному плану; представленные фразы-клише не использованы и/или не соответствуют материалу; допущено больше 12 грамматических и/или лексических ошибок; не определена или неправильно определена главная тема (проблема) статьи; статья структурирована неверно; собственное мнение по проблеме отсутствует.

- диалог-обмен мнениями

	Содержание	Лексическое оформление речи	Грамматическое оформление речи	Произношение
9-10 (высокий уровень)	Задание полностью выполнено: цель общения успешно достигнута, тема раскрыта в заданном объеме, социокультурные знания использованы в соответствии с ситуацией общения	Демонстрирует словарный запас, адекватный поставленной задаче.	использует грамматические структуры в соответствии с поставленной задачей; не делает ошибок.	Речь понятна: в целом соблюдает правильную интонацию, не допускает фонематических ошибок, все звуки в потоке речи произносит правильно
8 (средний уровень)	Задание выполнено: цель общения достигнута, однако тема раскрыта не в полном объеме, в основном социокультурные знания использованы в соответствии с ситуацией общения.	Демонстрирует достаточный словарный запас, в основном соответствующий поставленной задаче, однако наблюдается некоторое затруднение при подборе слов и отдельные неточности в их употреблении.	Использует структуры, в целом соответствующие поставленной задаче; допускает ошибки, не затрудняющие понимания.	Речь понятна: в целом соблюдает правильный интонационный рисунок, не допускает фонематические ошибки, все звуки в потоке речи произносит правильно.
7 (пороговый уровень)	Задание выполнено частично: цель общения достигнута не полностью, тема раскрыта в ограниченном объеме, социокультурные	Демонстрирует ограниченный словарный запас, в некоторых случаях недостаточный для выполнения поставленной задачи.	Делает многочисленные ошибки или допускает ошибки, затрудняющие понимание.	В основном речь понятна: не допускает фонетических ошибок, звуки в потоке речи в большинстве случаев произносит

	Содержание	Лексическое оформление речи	Грамматическое оформление речи	Произношение
	знания использованы в соответствии с ситуацией общения в ограниченном объеме.			правильно, однако в интонации прослеживается влияние родного языка.
6 (очень низкий уровень)	Задание не выполнено: цель общения не достигнута.	Словарный запас недостаточен для выполнения поставленной задачи.	Неправильное использование грамматических структур делает невозможным выполнение поставленной задачи.	Речь почти не воспринимается на слух из-за большого количества фонематических ошибок и неправильного произнесения отдельных звуков.

Дискуссия

Критерии оценки дискуссии

Оценка	Значение	Требования
9-10	высокий уровень	Активное участие в дискуссии; аргументированность и корректность высказываний; умение обосновывать своё согласие и не согласие; тактичность во взаимодействии с оппонентом; отсутствие необоснованного отклонения от темы дискуссии; выразительность речи умение перефразировать собственные высказывания, исправляя речевые и логические ошибки.
8	средний уровень	Достаточно активное участие в дискуссии; аргументированность и корректность высказываний – допускаются незначительные лексико-грамматические ошибки (оговорки) и фонетические неточности, не искажающие смысла высказывания; умение перефразировать собственные высказывания, исправляя речевые и логические ошибки; умение обосновывать своё согласие и не согласие; тактичность во взаимодействии с оппонентом.
7	пороговый уровень	Пассивное участие в дискуссии – реплики односложны; взаимодействие с другими участниками дискуссии ограниченное, однако внимательно слушает собеседников; значительные лексико-грамматические ошибки и фонетические неточности; отсутствие умения перефразировать собственные высказывание; частые переходы на родной язык.
6	низкий уровень	Пассивное участие в дискуссии – односложно отвечает на вопросы преподавателя, в общей дискуссии участия не принимает; допущены значительные лексико-грамматические ошибки и фонетические неточности, демонстрирует скудный словарный запас, часто переходя на родной язык.

Критерии оценки / шкала оценивания зачёта:

Зачёт – чтение и перевод аутентичного текста; итоговое тестирование.

При проведении зачёта оценивается сформированность знаний, умений и навыков владения иностранным языком в деловой коммуникации, способность работать с адаптированной и неадаптированной профессиональной литературой.

Критерии оценивания:

«Зачтено»	Обучающийся демонстрирует хорошую степень подготовки: владение необходимым лексико-грамматическим минимумом; правильное интонационное оформление речи; отсутствие или незначительное количество фонетических неточностей, не затрудняющих понимание; аргументированность и корректность высказываний; умение выражать свою точку зрения; использование устойчивых выражений и фраз-клише.
«Не зачтено»	Степень подготовки является недостаточной: присутствует значительное количество фонетических ошибок, затрудняющих понимание; недостаточное владение лексико-грамматическим минимумом: неспособность самостоятельно перевести текст; отсутствие навыков ведения беседы; неумение корректно отвечать на простые вопросы.

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тема 1.1. Structure and presentation (УК-4, ОПК-5, ПК-5)

Уровень 1

1. Лексико- грамматическое тестирование

EXERCISE 1 Choose the best word to fit the gap.

- 1 It was decided to _____ the meeting until after lunch.
A finish B hold C adjourn D interrupt
- 2 Copies of the _____ for the meeting were distributed to the heads of departments.
A proposal B summary C plan D agenda
- 3 The management committee _____ that flexitime should be limited to permanent members of staff.
A stipulated B required C asked D wanted
- 4 The members were asked to _____ on the proposal to introduce flexitime.
A conclude B vote C elect D opt
- 5 They agreed that the system wasn't working well and there was a need to _____ a more radical approach.
A choose B designate C prefer D adopt
- 6 The chair suggested that we got _____ to business as quickly as possible as there was a lot to get through.
A on B up C down D about
- 7 She made sure that everyone was able to express their points of _____.
A view B opinion C idea D impression
- 8 He thanked the management _____ behalf of the staff for taking their suggestions seriously.
A with B on C in D for
- 9 The management decided _____ to accept the proposals put forward by the committee.
A unanimously B altogether C completely D totally
- 10 He was unable to stay for the _____ of the meeting as he had other business to attend to.
A time B length C extent D duration

EXERCISE 2 Put sentences A-F under the correct headings.

1 Tips for chairing a meeting

2 Proposals

3 Agenda

4 Summary

- A Flexitime: discuss staff suggestions and management stipulations.
- B Provide more car-parking places.
- C Make sure everyone has a chance to give their views.
- D Flexible hours should only be worked on Mondays and Fridays.
- E If there is disagreement on any point, call for a vote.
- F The meeting ended at 5.15 pm.
- G Any other business.
- H It was agreed that most people were happy with the present system.
- I There should be 'core time' for all staff.
- J Arrangements for the Company picnic.

Уровень 2

Контрольный перевод и чтение

Текст 1.

General approach. Your abilities to speak. Part 1

1. Developing your ability to speak to an audience is one of the greatest benefits you'll ever derive from your time in further or higher education. We've said "developing" because it's likely that you've already had some experience of

giving a talk, perhaps at school, for a club you belong to or in your place of work.

You will now have the chance to practise speaking effectively in a range of situations and in front of audiences of differing backgrounds and levels of knowledge.

If you make the most of these opportunities you will be gaining expertise which will be vital for your future and which may change you in ways you didn't expect when you began.

2. Let's look first at the practical outcome of your speaking abilities. A great deal is spoken and written nowadays about "transferable skills" that you can carry into your future, whether you are going to stay in academic life, teach or follow some job opportunities. In years to come, you may well change not only jobs but also your career itself. Transferable skills are those that you can take with you: they are valuable for the rest of your life. The ability to speak well enough to interest, influence or persuade other people is a major asset, whatever you choose to do in the future.

3. Many people are worried about talking to an audience and this is understandable – you may feel both nervous and vulnerable when you look at a roomful of people waiting to listen to you. This is a natural reaction and is in itself absolutely nothing to worry about. Most truly excellent speakers are nervous at the prospect of speaking.

But – and this is the greatest advantage of having a go – once you have made a successful presentation, you'll gain enormously in confidence. This means that you are likely to make an even better presentation next time.

4. When we talk to other people whether formally or in conversation, we use at least three different techniques: we vary our voices, use changes of tone and reveal body language. People's voices have qualities that may be attractive or unattractive: a low voice is usually easier to listen to than a high-pitched voice; a harsh voice can sound aggressive even when its owner feels at ease; a very soft voice may be pleasant at first, but becomes irritating if we, the listeners, have to concentrate hard to catch the words. Such qualities are easy to change, but we're generally aware that we will speak more loudly if we're annoyed, more softly in an intimate setting, more rapidly if we're agitated and probably more slowly if we're not sure how to put across an idea.

Текст 2.

General approach. Your abilities to speak. Part 1

5. Tone of voice is also very powerful in showing your meaning. Think of the many ways in which you can say something as simple as "Thank you". You can sound truly grateful, fully appreciating of the trouble someone has taken on your behalf, casual almost to the point of rudeness or impatient and sarcastic if you're not really feeling grateful at all. We use differences of tone to reflect an emotional response beyond the straightforward meaning of our words.

6. What about non-verbal communication? It's much harder to control our body language. This is considered largely by the cultural framework in which we grew up but also by the situation in which we find ourselves at the time of speaking. It can reveal a state of mind which we'd prefer to keep quiet about, and in this way the body language is both dangerous and important: it can either reinforce or contradict the words we use. We shall be looking at non-verbal communication in detail when we discuss making a presentation.

7. We've mentioned words which are the principle medium for communicating our ideas to other people. Choosing the "right" words is also a complex procedure, as it depends upon the meaning we want to convey, the person receiving the message and the situation in which the communication takes place.

When we are talking to a friend, we can usually be informal or even careless about our words, knowing that the recipient will understand our meaning even if we don't express ourselves very clearly. If we are speaking to a prospective employer, we will be much more formal and careful about the words we choose.

8. If speaking is clearly an art we need to think about carefully so too is listening. We depend on the goodwill of the people who hear our words: do they really want to listen? Do they know how to interpret

out tone of voice and out body language? Are they preoccupied by their own thoughts? Is their knowledge of the language we're speaking good enough for our purposes?

So, you'll be expected to listen well and speak effectively whether this will be one-to-one situations, for example, meetings with your tutor or in small groups such as seminars, or make formal presentations.

Уровень 3

Аннотирование текста

- выполните аннотирование представленного текста

Текст 1.

Participative Leadership

Also known as democratic leadership style, participative leadership consults employees and seriously considers their ideas when making decisions. When a company makes changes within the organization, the participative leadership style helps employees accept changes easily because they had given a big role in the process. Participative Leadership may be required for tasks that are non routine or unstructured, where relationships are non-authoritarian and the subordinate's locus of control is internal.

Directive Leadership

Directive Leadership provides guidance about what should be done and how to do it, scheduling work, and maintaining standards of performance. Thus, it may be inferred that directive leadership is effective as the subordinator has an external locus of Control, lacks experience, has a high need for clarity or a low need of achievement. Also, when the task is unstructured, or there is conflict between work groups, a more directive style would be useful.

Supportive Leadership

Supportive Leadership show concern for the needs of the employees, leader is friendly and approachable. Supportive Leadership would be more suitable for highly structured tasks, under bureaucratic and formal authority relationship. In supportive Leadership, leader support to their subordinates officially and some time personally also. Leader always try to fulfill their requirements, it boost employees moral also.

Achievement Oriented Leadership

Achievement oriented Leadership encourage employees to perform at their highest level by setting challenging goals, emphasizing excellence and demonstrating confidence in employees abilities. Achievement Oriented Leadership is largely suitable for unstructured tasks, where the subordinate need for achievement is high.

Дискуссия

- Прочтите текст А и составьте мини-диалог на тему «Типы презентаций»:

A

Types of presentation

Melanie Kray is an expert in giving presentations. Here, she gives some examples of different presentations:

- **press conference:** two chief executives tell journalists why their companies have merged.
- **briefing:** a senior officer gives information to other officers about a police operation they are about to undertake.
- **demonstration:** the head of research and development tells non-technical colleagues about a new machine.
- **product launch:** a car company announces a new model.
- **lecture:** a university professor communicates information about economics to 300 students.
- **talk:** a member of a stamp-collecting club tells other members about 19th century British stamps.
- **seminar:** a financial adviser gives advice about investments to eight people.
- **workshop:** a yoga expert tells people how to improve their breathing techniques and gets them to practise.



A briefing

- Расскажите о структуре презентации

Introduction

An introduction is like a roadmap that tells your audience the direction your presentation will take.

- State your topic and tell the audience what your presentation will cover.
- Outline the main points.

A good introduction will capture an audience's attention.

- Start your talk by greeting the audience and introducing yourself (even if they already know you).
- State your purpose. For example:
 - 'I'm going to talk about...'
 - 'Today I'd like to discuss...'
- Provide any necessary background or definition of terms.

Body

The body of your presentation is where you develop the main points and present examples and evidence.

The information in the body needs to be well-structured. Decide on an organising principle. It could be by chronological order, theme or order of importance.

Make sure you provide clear links between main points, explanations and examples.

Use visual aids to engage the interest of your audience and 'show' instead of just 'tell'.

Emphasise important information. Tell your audience when information is particularly important or interesting. Tell them why.

- Use verbal 'signposts' to guide your audience through the presentation, highlight key points and indicate the different sections of your presentation.
 - 'Another point is...'
 - 'A contrary view to consider is'
 - 'In conclusion'
- Move from one point to the next by using phrases (such as 'Firstly ... secondly' ... 'finally').
- Introduce supporting evidence
 - 'For example ...'
 - '[Author name] states that ...'

Conclusion

The conclusion is usually a summary of the main points made in the body of the talk.

- Restate the main points.
- Re-answer the question.

Don't introduce any new information in the conclusion. Take the opportunity to show that you have covered all the points you made in your introduction.

- Work out how you will finish your talk. You can signal your conclusion with the phrase 'In conclusion ...'
- Thank the audience, and invite questions.
- Restate the purpose of your talk, and say that you have achieved your aim:
 - 'I think it's now clear that ...'

Тема 1.2. Contents and style (УК-4, ОПК-5, ПК-5)

Уровень 1

Лексико-грамматическое тестирование

EXERCISE 1 Choose the best word to fit the gap.

- 1 Neither the customer or the salesperson wants to feel _____ over a deal.
A checked B changed C cheated D charged
- 2 The retailer was allowed to order the goods on a sale or _____ basis.
A return B revert C restore D retract
- 3 The service engineer was _____ to guarantee the work for six months.
A granted B conceded C accepted D prepared
- 4 It was agreed that the full cost would be refunded if the goods were returned in perfect _____.
A condition B state C situation D shape
- 5 We are willing to supply the goods _____ a discount of 5%.
A in B after C at D over
- 6 Before negotiating a deal make sure you know the strengths and weaknesses of _____ products.
A competing B conflicting C commanding D connecting
- 7 A good salesperson can _____ almost anybody to buy anything.
A satisfy B appeal C persuade D adapt
- 8 Once they had agreed terms the deal was pushed _____ very quickly.
A over B through C in D by
- 9 The goods will be delivered by Wednesday at the _____.
A last B longest C least D latest
- 10 The most effective sales technique is one which tells the customer how the product will _____ him or her.
A better B improve C profit D benefit

EXERCISE 2 Match the words on the left with those on the right.

1 after-sales	A offer
2 trade	B service
3 advertising	C discount
4 guarantee	D campaign
5 introductory	E period

Now fit these pairs into the following sentences.

- 1 The cost to the retailer is \$50 minus the usual _____ .
- 2 There is a special _____ of free film processing with this particular camera.
- 3 We are running a national _____ in all the Sunday newspapers next week.
- 4 All our electrical components carry a _____ of 12 months.
- 5 The company has recently taken on 6 engineers, so any problems we have had with our _____ will be a thing of the past.

Уровень 2

Контрольный перевод и чтение

How to create your presentation content

As a presentation design agency, it's often assumed that our role is routed in the visual side of things. But before our design team fire up Photoshop and PowerPoint, our team of storytellers craft the presentation content from start to finish.

Would you illustrate a book before it was written? Or choose the score for your Netflix series while you were still writing the script? That'd be a strange thing, right? Here's how to craft your presentation content. What is presentation content?

When we talk about presentation content, it's much more than the words that appear on your slides. In fact, we try to keep these to a minimum. The content on the slides should re-inforce what the speaker is saying, not distract from it. If your audience are reading your slides, guess what? They aren't listening to you. A huge proportion of our presentation content goes into the speaker notes. Speaker notes are prompts that you can refer to keep on track, but your audience can't see.

How important is the presentation content?

Content is the essential supporting structure of any presentation. The building blocks, the skeleton, the linchpin: content is the driving force of an outstanding PowerPoint presentation. The importance of getting the presentation content right can't be overstated. It's what the audience will remember once the presentation is over. It's what activates peoples' imaginations and what motivates them to take action. And that's what you want, right?

But where to begin? How do we create the type of exceptional presentation content that first inspires our designers and subsequently (and more importantly) our clients' audiences? What are the best practices when it comes to creating presentation content?

Have no fear, Buffalo 7 is here. We're going to teach you how create content that leaves a lasting impression on those who hear it.

When writing presentation content or speaker notes that will have optimal impact, you have to focus on three things: language, structure and the audience.

Уровень 3

Аннотирование текста

- выполните аннотирование представленного текста

THE LANGUAGE OF PRESENTATION CONTENT

When it comes to the language of presentation content, clarity is paramount. The content must be clear and concise, with each point seamlessly following on from the previous one.

While we are telling a story, we want the story to be told in the most comprehensible style. We want people to understand, absorb and remember, so it's important to use words that are familiar and to keep your word choice simple. The audience don't have time to check the dictionary.

To keep them engaged, you've got to express your complex ideas in short, simply-constructed sentences and be straight to the point. No faffing about, no waffling.

Audiences love content that's qualified with facts, statistics and figures. For example, if you're making a statement about potential savings or ROI, make sure you're backing it up with a real-life case study or survey. Don't bore them with spreadsheets full of data and don't get too technical. Keep it short, keep it snappy and keep it relevant to the point you're making. Doing this will ensure that the audience believe in the credibility of your presentation content and will help establish you as a reputable speaker.

Quoting from thought-leaders and famous figures can also add further credibility to your presentation content. Opening with a quotation can reaffirm the validity of your argument, launch an idea and strengthen it. Choose your quote wisely and you'll make your presentation stand out and appear more professional.

The audience the content is addressing

Personalising the presentation content to the audience you're addressing is key to ensuring the message resonates with them. Consider the kind of people they are, their attitudes to what you are talking about, their hopes and their fears.

The more you consider the kind of person you're speaking to and tailor your presentation content to them, the better chance you have of achieving your outcome.

Who are they? What is their attitude to your topic? What is their communication style? What do they already know about this topic? What are their anxieties? What are their aspirations? There's lots you can consider and lots you can extrapolate from to fortify your presentation content.

Дискуссия

- Прочтите текст и приготовьтесь к обсуждению темы The structure of presentation content;
- Часто ли вы сталкиваетесь с презентациями? Каковы особенности успешной презентации? Какие цели преследует каждый раздел презентации?

THE STRUCTURE OF PRESENTATION CONTENT

Presentation content is what informs the design work. Before our designers add their artistic finesse and bring our clients' presentations to life, the content has to be finalised. Without content to accompany the design work, even the most skilful and innovative designs, graphics and illustrations can seem pointless. The content will inspire designers and give meaning to the design work, so getting it right before the design process begins is important.

The arrangement of presentation content will form the structure of the presentation as a whole. Make sure your content follows the order of a story: a beginning, a middle and an end. This might sound simple, but storytelling for presentations is something you may not be familiar with. We've spoken about how to structure your presentation before, but to recap, here's a summary of the main elements:

1) The beginning– Establish a connection with the audience by describing a situation they're familiar with. No, don't tell them a tale about how you saw a man about a dog; start with something striking that will immediately capture their attention. Introduce a problem and then introduce your vision of what could be. Set up your ideas for the solution you're going to give them.

2) The middle– Explore the problem you're addressing. Move back and forth between what is and what could be. Summarise your points on the slides in short, concise statements or with just one word. The speaker notes are where you'll delve into the details and tell the story. You want the audience to focus on what the speaker is saying, not the amount of content on the slides, so keep the number of words on the slides to a minimum. In order to make your points memorable, it's important not to give the audience a cognitive overload.

3) The end– End with a summation of how much better their lives will be if they adopt your ideas. Make sure your call to action is clear, and wrap up your presentation content with a statement that will linger in their minds long after the end of your speech. This is your culmination, your final opportunity to make your message heard. Tough, we know, that's why we leave it up to our storytellers.

Тема 1.3. Enquiries and reply (УК-4, ОПК-5, ПК-5)

Уровень 1

Лексико-грамматическое тестирование

EXERCISE 1 Choose the best word to fit the gap.

- 1 Neither the customer or the salesperson wants to feel _____ over a deal.
A checked B changed C cheated D charged
- 2 The retailer was allowed to order the goods on a sale or _____ basis.
A return B revert C restore D retract
- 3 The service engineer was _____ to guarantee the work for six months.
A granted B conceded C accepted D prepared
- 4 It was agreed that the full cost would be refunded if the goods were returned in perfect _____.
A condition B state C situation D shape
- 5 We are willing to supply the goods _____ a discount of 5%.
A in B after C at D over
- 6 Before negotiating a deal make sure you know the strengths and weaknesses of _____ products.
A competing B conflicting C commanding D connecting
- 7 A good salesperson can _____ almost anybody to buy anything.
A satisfy B appeal C persuade D adapt
- 8 Once they had agreed terms the deal was pushed _____ very quickly.
A over B through C in D by
- 9 The goods will be delivered by Wednesday at the _____.
A last B longest C least D latest
- 10 The most effective sales technique is one which tells the customer how the product will _____ him or her.
A better B improve C profit D benefit

EXERCISE 2 Match the words on the left with those on the right.

1 after-sales	A offer
2 trade	B service
3 advertising	C discount
4 guarantee	D campaign
5 introductory	E period

Now fit these pairs into the following sentences.

- 1 The cost to the retailer is \$50 minus the usual _____ .
- 2 There is a special _____ of free film processing with this particular camera.
- 3 We are running a national _____ in all the Sunday newspapers next week.
- 4 All our electrical components carry a _____ of 12 months.
- 5 The company has recently taken on 6 engineers, so any problems we have had with our _____ will be a thing of the past.

Уровень 2

Контрольный перевод и чтение

Enquiries and Replies

In international trade, letters of enquiry (also inquiry) are an important routine document in the pre-deal business stage. Enquiries can be made either by the supplier or the buyer. However, the buyer makes most of the enquiries in practice. Enquiries are sent and received by postal letters, emails, and faxes in business for information about goods or services. Generally speaking, there are two kinds of enquiries: general and specific. In a general enquiry, the buyer may only request some general information such as a catalogue, price list or quotation sheets, samples, illustrated prints, and so on. In a specific enquiry, the buyer can enquire about quality, quantity, specifications, terms of payment, date of shipment and delivery, and other specific requirements. Enquiries mean potential business, so they must be acknowledged promptly and courteously. If an immediate sale is not available, an enquiry must be acknowledged to establish goodwill, informing the enquirer, e.g. when the goods can be supplied, or introducing some substitutes which perhaps will bring in more business in the future. If the enquiry is from an established customer, say how much you appreciate it; if it is from a prospective customer, i.e. a first enquiry, say you are glad to receive the enquiry and express the hope of a lasting and friendly business relationship. An important principle with enquiries, as indeed with all business communication, is that of always replying and helping existing or potential customers. Even if you cannot supply their immediate needs, you may be able to offer alternative products of interest or help them locate what they are looking for. Not replying is not an option: it will close the door to any future business and lose goodwill. In replying to enquiries it is possible and even desirable to personalise your answers by encouraging the customer to contact you and actively encouraging them to make contact with you or another named person.

Уровень 3

Аннотирование текста

- выполните аннотирование представленного текста

You say it best when you say nothing at all....5 things to know about replies to commercial property enquiries

You say it best when you say nothing at all....5 things to know about replies to commercial property enquiries.

In a typical commercial property transaction, the seller/ landlord will provide the buyer/ tenant with replies to CPSEs (commercial property standard enquiries), and often, replies to additional enquiries. Whilst the preparation of replies can be a laborious, time consuming process, a failure to provide accurate and up-to-date replies can have unfortunate consequences for sellers and landlords. Here are 5 key points to remember for anyone involved in the preparation of replies.

1. There is no legal obligation to provide replies

In general, the principle of “caveat emptor” (let the buyer beware) applies, but if the seller is aware of or ought reasonably to know of latent defects in title in the property, there is a duty to disclose. A latent defect is one not discoverable on a reasonable inspection of the property, such as third party rights (if identified in the title documents, these may come to the buyer’s attention and needn’t require separate disclosure). Otherwise, a seller is entitled to remain silent.

2. Silence is less risky than a “half-truth”

If a reply is given, it is vital that this is accurate and not a “half-truth”, perhaps painting a misleading picture of the actual state of affairs. In *Greenridge* (discussed on this blog in October 2016), in response to a reply asking for details have of “disputes...or complaints that are currently outstanding, likely or have arisen in the past”, the landlord stated that there had been “no complaints or disputes as such”, only “queries on mainly historic issues” and recent “further queries”[1]. Whilst the decision didn’t turn on this specific point, historic correspondence with the tenant over the service charge was such that it had repeatedly referred to a “dispute”. The judge concluded that the reply created a “misleading” impression.

3. You may look to qualify a reply but this is risky

In the recent case of *First Tower*, the landlord failed to disclose the presence of asbestos[2]. CPSEs asked the landlord to provide details of notices etc “under environmental law or otherwise relating to real or perceived environmental problems that affect the Property”. The landlord replied that it had not received any notices but the tenant must “satisfy itself”. However, the landlord could not rely on the attempted

qualification given the prior statement. Similarly, in *Morris*, the seller attempted to qualify a statement ("None to the Vendor's knowledge but caveat emptor must apply and the purchasers should rely entirely upon their own inspection and survey") [3]. The qualification was also unhelpful. The reply contained a misrepresentation (i.e. the seller did know). In this instance, a seller is well advised to just state "rely on your own inspection/ survey", or say nothing at all.

4. You may not think you are aware but...

Replies are often littered with the words "not so far as the seller is aware". However, this implies that the seller has taken reasonable steps to ascertain whether this is the case. A seller should ensure that it has consulted records and all employees/ agents who may know. If it cannot (e.g. records no longer exist, employees have left), a seller should explain and qualify the reply. As per *William Sindall Plc*, there's no duty on a seller to maintain adequate records, but if "deeds have been eaten by mice or destroyed by enemy action, the vendor must disclose these facts" [4].

5. Updating replies is crucial

Replies must remain accurate and up-to-date until the buyer contractually commits. In *First Tower*, the asbestos specialist notified the landlord of its presence only 10 days before exchange. In *Greenridge*, CPSEs stated there were no "service charge arrears" and when originally drafted, this was true. However, the position changed before exchange. In each case, the landlord didn't update the reply and bore the consequences.

Дискуссия

- Изучите представленные примеры в парах и выявите лексико-грамматические закономерности:

A Request for a catalogue and price-list

Dear Sir, Please would you send me your Spring catalogue and price-list quoting c.i.f. prices, Le Havre? Thank you.
Yours faithfully,

B Request for a prospectus

Dear Sir, I would like some information about your Proficiency courses in English beginning this July. Please send me a prospectus, details of your fees, and information about accommodation in London for the period July-December. If possible, I would like to stay with an English family. Thank you.
Yours faithfully,

C Request for general information

Dear Sir, Could you please send me details of your tubeless tyres, which are being advertised, in garages around the country? I would appreciate a prompt reply quoting trade prices.
Yours faithfully,

- Разыграйте диалог на тему *Enquiries and reply*, происходящий по телефону. В чём заключаются отличия устной коммуникации в подобном контексте от письменной?

Тема 2.1. Quotations and offer (УК-4, ОПК-5, ПК-5)

Уровень 1

Лексико-грамматическое тестирование

EXERCISE 1 Choose the best word to fit the gap.

- 1 There is always a lot of _____ to attend to on a Monday morning.
A letters B correspondence C communications D information
- 2 Please leave a message on the answer phone if you need to contact us _____ office hours.
A outside B over C through D against
- 3 The annual general meeting was _____ in the conference centre.
A conducted B provided C run D held
- 4 One of the _____ advantages of writing over talking to someone face-to-face is that you can take your time.
A remaining B related C relative D relevant
- 5 Make sure that the addressee's job _____ is correct.
A title B description C name D type
- 6 A well laid out letter always gives a good _____.
A idea B reaction C impression D effect
- 7 If you are _____ in attending, please let me know as soon as possible.
A concerned B pleased C sure D interested
- 8 You must _____ your application by the end of the week.
A submit B subject C subscribe D subcontract
- 9 There has been a _____ agreement to supply Texmills with our products and services.
A long-winded B long-lasting C long-standing D long-lived
- 10 Managers should _____ staff to maintain the no-smoking policy throughout the building.
A suggest B encourage C support D co-operate

Актив

EXERCISE 2 Fill in the appropriate word from the box.

Dear Mr Jacobs,

Thank you very much for your letter (1) _____ 5 March. (2) _____ answer to your request, we have (3) _____ in enclosing our latest (4) _____ and price list.

I would like to (5) _____ your attention to the special offers. These products are available at a reduced price for a limited time only.

If you would like any (6) _____ information, please get in (7) _____ with me.

I look (8) _____ to hearing from you.

Yours (9) _____ ,

Howard Johnson

Sales Manager

(10) _____ : catalogue, price list, special offers supplement.

pleasure	touch	in	catalogue	of	further	forward
enclosed	draw	faithfully	from	delight	notice	sincerely

Уровень 2

Контрольный перевод и чтение

A 1-Page Contract is Significantly Less Intimidating for the Recipient.

Think about it – what goes through your mind when you start thumbing through a 12-page contract vs. a 1-page contract? Which one causes you to ask more questions? Which one causes your subconscious defense mechanisms to kick in? Which one causes your mind to go numb with confusion?

When I designed my contract, I wanted to include ONLY the most essential items that actually mattered in the real estate transaction. My goal was to keep out the bulk of the confusing terminology because it only served to cloud the minds of my average recipient.

If you've ever looked through one of these “standard” purchase agreements, you may have noticed that most of the language is completely inapplicable to your specific offer.

Why? Because the whole point of these “standard” contracts is to include *as much boilerplate language as possible* – so that the contract will apply to *as many different kinds of deals as possible*. Of course, this is great for real estate agents (because they don't need to re-create the wheel with every deal they close), but it usually doesn't serve your purposes very well – especially when you're trying to steer clear of confusion and keep your offer as simple as possible.

What About Wholesaling? Is This Contract “Assignable”?

YES.

I was sure to include section “9. Assignment” in this contract, which contains the necessary language to make this purchase contract *fully assignable*. This means I have the ability to use it for wholesaling if/when I need to (aka – selling the contract to a third-party buyer without ever taking ownership of the property myself). It's a nice feature to have and I've been able to use it on several occasions by assigning this type of contract to other investors *when I don't want the hassle or liability of owning it myself*.

Follow Up Letter

If, for some reason, the seller doesn't respond to my written offer (either they get cold feet, or they somehow didn't receive my original purchase agreement), the “Follow Up Letter” is my last attempt at catching some of those sellers who may be on the fence about selling their property to me.

If you're making offers the way I am, there are inevitably going to be some purchase agreements that just *don't get accepted*. Finding amazing deals is a numbers game, so when people don't respond (or respond negatively) – rather than just ignoring them and moving on, a simple letter like this allows me to *keep the doors of communication open with the property owner*.

This is our last chance to figure out why the seller didn't accept the initial offer and whether there is any chance we can come together and agree on a mutually acceptable sale price.

Уровень 3

Аннотирование текста

выполните аннотирование представленного текста

What is “Value”?

The funny thing about value is, it comes in many different forms. The word means different things to different people.

To some, value comes in the form of *money*.

To others, value is found in the *alleviation from pain*.

Some people find great value in the *elimination of a problem*.

And others place a high value on things that are *easy or convenient*.

I've worked with many sellers who were happy to accept my ridiculously low offers. Why? *Because they didn't care about money*, period! What they valued was the fact that I was able to eliminate an annoying problem in their life AND make the process very easy for them. Their property had become a major nuisance and *by offering to remove that nuisance*, I was giving them all the value they could ever hope for!

Even though the money would matter a great deal to ME, *not every property owner cares about the same things*. Everybody has a different set of problems to deal with, and many motivated sellers have a

completely different perspective on money than most people do. Some people are in desperate need of an “easy button”, and it pays to be the one who can offer this kind of solution!

On the same coin... it's important to recognize that when you send out a lot of low offers – many people won't agree with your value proposition and they'll simply say “No” to you. That's okay too.

Your proposed solution to their problem (aka – the terms of your offer) won't always be the right fit for everybody, and the seller has every right to turn you down (and in many cases, they will – believe me). If a seller isn't getting what they need from the deal, *it's their responsibility to say “No” to you* – and you certainly can't fault them for it.

The goal of an investor is to find the sellers who want the kind of value they can offer. These are the kinds of property owners who are willing to give away large portions of free equity in their property (and this usually happens when the people are apathetic and want the property out of their lives) and let's get one thing straight – *these deals won't happen without the seller's full, written consent.*

A Good Deal Will Always Be Mutually Beneficial

In the end, the only transactions you'll end up doing are the ones that both parties have determined to be mutually beneficial.

In order for a deal to get done, both the buyer and the seller have to accept it. If the buyer doesn't like it, they won't send the offer. If the seller doesn't like it, they won't accept it. It's that simple!

Sure – an investor could always offer more (that is, if they don't really care about abiding by their established business model) but if an investor isn't concerned about making a profit, *why are they doing in this business in the first place?*

Some people are more concerned with helping people through charity and giving and I think that's awesome... but there are MUCH better ways to help people than through some misguided attempt at running a “business”.

Think about it – if someone is criticizing you for the kinds of offers you're sending to a seller, why aren't THEY sending this seller a better offer? If they can't (or won't) put their money where their mouth is – what position are they in to tell you how to run your business?

Sending low offers can be a real mind game for a lot of investors – but when you boil it down to the numbers and logic of the process, it's pretty simple stuff.

Дискуссия

- Прочтите текст и приготовьтесь к обсуждению темы Difference between a quotation and an estimate
- Составьте диалог-обсуждение с вопросами и пояснениями

Difference between a quotation and an estimate

Some businesses simply cannot give standard prices for goods and services. This may be because the skills, time and materials required for each job vary depending on different customers' needs.

This situation is common in trades such as building work or producing custom products, where no two jobs are exactly the same. When it's not possible to work from a standard price list, you have to give a quotation or an estimate instead.

The main **difference between a quotation and an estimate** is that:

- a quotation is an agreed fixed price
- an estimate is approximate price that may change

What is a price quotation?

A **quotation** is a fixed price offer that can't be changed once accepted by the customer. You must adhere to the quotation price even if you carry out more work than you expected. If you think this is likely to happen, it makes more sense to give an estimate. You can also specify in the quotation precisely what it covers, and situations that will lead to additional charges.

What is a price estimate?

An **estimate** is an educated guess at what a job may cost. It isn't binding. To account for possible unforeseen developments, you should provide several estimates based on various circumstances, including the worst-case scenario. This will prevent your customer from being surprised by the costs.

How to give a price quotation or estimate

To work out a quote or estimate you need to know your **fixed and variable costs**. These include the cost-per-hour of manual labour and the cost of the materials you'll need. You can then calculate your quote or estimate based on what you think the job will involve.

You should provide all your quotes and estimates in writing, including a detailed breakdown. This will help to avoid any disputes about what work is included in your overall price. Be sure to state clearly whether it is a quotation or an estimate.

You could also set an **expiry date**, after which quote or estimate will no longer be valid.

Тема 2.2. Orders (УК-4, ОПК-5, ПК-5)

Уровень 1

Лексико- грамматическое тестирование

EXERCISE 1 Choose the best word to fit the gap.

- 1 We are happy to replace the _____ goods free of charge.
A injured B hurt C destroyed D damaged
- 2 All the cars in this particular range were recalled because of a design _____.
A fault B mistake C error D slip
- 3 The customer complained that the assistant he spoke to had been most _____.
A helpless B incapable C unhelpful D impotent
- 4 There was a _____ in the order at the factory and the wrong package was sent.
A mix-up B mixture C mixing D mixed-up
- 5 The delay in despatch was due to circumstances _____ our control.
A above B beyond C under D in
- 6 There was a serious staff _____ at the time so several shipments were held up.
A shortage B reduction C decrease D contraction
- 7 The complaint about the cost of the item was soon _____ out.
A dealt B sorted C taken D cleared
- 8 As we were entirely responsible for the confusion your account has been _____ with the full amount.
A debited B added C given D credited
- 9 The poor quality of the products was _____ on inadequate supervision of the workforce.
A caused B blamed C explained D put
- 10 The customer demanded a _____ when he discovered the equipment was missing.
A return B repair C refund D reply

FAX

Dear Mr North,

We very much regret the (1) _____ about your order. There was a (2) _____ fault that day which resulted in a number of errors being made. Unfortunately, your order was one of those (3) _____. This error has now been (4) _____ and you should be receiving the goods in the next few days.

We are very sorry about the (5) _____ caused.

Yours sincerely,

Jill South

Customer Care Officer

electric	affected	put right	inconvenience
repaired	confusion	inefficient	computer

Уровень 2

Контрольный перевод и чтение

The term social order can be used in two senses. In the first sense, it refers to a particular set or system of linked social structures, institutions, relations, customs, values and practices, which conserve, maintain and enforce certain patterns of relating and behaving. Examples are the ancient, the feudal, and the capitalist social order. In the second sense, social order is contrasted to social chaos or disorder and refers to a stable state of society in which the existing social structure is accepted and maintained by its members. The problem of order or Hobbesian problem, which is central to much of sociology, political science and political philosophy, is the question how and why it is that social orders exist at all.

Sociology

Thomas Hobbes is recognized as the first to clearly formulate the problem, to answer which he conceived the notion of a social contract. Social theorists (such as Karl Marx, Émile Durkheim, Talcott Parsons, and Jürgen Habermas) have proposed different explanations for what a social order consists of, and what its real basis is. For Marx, it is the relations of production or economic structure which is the basis of a social order. For Durkheim, it is a set of shared social norms. For Parsons, it is a set of social institutions regulating the pattern of action-orientation, which again are based on a frame of cultural values. For Habermas, it is all of these, as well as communicative action.

Principle of extensiveness

Another key factor concerning social order is the principle of extensiveness. This states the more norms and the more important the norms are to a society, the better these norms tie and hold together the group as a whole.

A good example of this is smaller religions based on the U.S., such as the Amish. Many Amish live together in communities and because they share the same religion and values, it is easier for them to succeed in upholding their religion and views because their way of life is the norm for their community.

Groups and networks

In every society, people belong to groups, such as businesses, families, churches, athletic groups, or neighborhoods. The structure inside of these groups mirrors that of the whole society. There are networks and ties between groups, as well as inside of each of the groups, which create social order.

Some people belong to more than one group, and this can sometimes cause conflict. The individual may encounter a situation in which he or she has to choose one group over another. Many who have studied these groups believe that it is necessary to have ties between groups to strengthen the society as a whole, and to promote pride within each group. Others believe that it is best to have stronger ties to a group, enabling social norms and values to be reinforced.

Status groups

"Status groups" can be based on a person's characteristics such as race, ethnicity, sexual orientation, religion, caste, region, occupation, physical attractiveness, gender, education, age, etc. They are defined as "a subculture having a rather specific rank (or status) within the stratification system. That is, societies tend to include a hierarchy of status groups, some enjoying high ranking and some low." [2] One example of this hierarchy is the prestige of a school teacher compared to that of a garbage man.

A certain lifestyle usually distinguishes the members of different status groups. For example, around the holidays a Jewish family may celebrate Hanukkah while a Christian family may celebrate Christmas. Other cultural differences such as language and cultural rituals identify members of different status groups.

Smaller groups exist inside of one status group. For instance, one can belong to a status group based on one's race and a social class based on financial ranking. This may cause strife for the individual in this situation when he or she feels they must choose to side with either their status group or their social class. For example, a wealthy African American man who feels he has to take a side on an issue on which the opinions of poor African Americans and wealthy white Americans are divided and finds his class and status group opposed.

Values and norms

Values can be defined as "internal criteria for evaluation". Values are also split into two categories, there are individual values, which pertains to something that we think has worth and then there are social values. Social values are our desires modified according to ethical principles or according to the group, we associate with: friends, family, or co-workers. Norms tell us what people ought to do in a given situation. Unlike values, norms are enforced externally – or outside of oneself. A society as a whole determines norms, and they can be passed down from generation to generation.

Уровень 3

Аннотирование текста

выполните аннотирование представленного текста

POLICY ON WRITING COMPLETE MEDICATION ORDERS

POLICY STATEMENT.

The Division of Veterans Healthcare Services (DVHS) requires each of the New Jersey Veterans Memorial Homes (VMH) to clarify requirements and ensure that all physicians and/or advanced practice nurses write medication orders that are clear, complete and non-ambiguous. Verbal or telephone orders obtained by nurses shall also comply with the requirements for writing complete medication orders.

PURPOSE.

The purpose of this policy is to support safe medication ordering practices in each New Jersey Veterans Memorial Home.

PROCEDURE.

1. A complete, written medication order shall always include the following components:
 - a. **Date and Time** the order was written;
 - b. **Medication Name** (Generic or Brand is acceptable);
 - c. **Dosage Strength**;
 - d. **Dosage Form** (only if not a solid; *e.g.* syrup, solution, concentrate, etc.);
 - e. **Route of Administration** (by mouth; IV; injection; eye drops; G-tube; etc.);
 - f. **Frequency of Administration**;
 - g. **Duration of Therapy**;
 - h. **Indication(s) for Use** (all prn [as needed] medications are required to have an indication or reason for use);
 - i. **Signature** of Physician or Advanced Practice Nurse
2. When the physician or advanced practice nurse increases the dose or otherwise changes an existing medication order, the prior medication order **MUST** be discontinued (D/C'd) in writing entirely, and a new, complete medication order (as above) must be written.
3. To avoid confusion, physicians or advanced practice nurses are asked not to make hand-written changes to orders on the pre-printed monthly physician order sheets (POS).
4. If an error is noted on the newest pre-printed monthly physician order sheet (POS), the physician/APN may cross out and correct the error (this usually involves writing a complete, new order), "date and time" this correction, and then bring it to the attention of the nurse and/or the pharmacist for further action.
5. Physicians and advanced practice nurses shall write out medication orders completely, and avoid the use of unapproved abbreviations. Only abbreviations discussed and accepted in the VMH shall be used when writing medication orders. Please refer to the *"Institute for Safe Medication Practices (ISMP)'s List of Error-Prone Abbreviations, Symbols, and Dose Designations"*, found here as 23-02-008A.
6. To avoid medication errors, the spelling-out of words that are often abbreviated is also recommended, for example:
 - a. Write **"units"**, not U or u;

- b. Write “**daily**”, not od (once daily) or qd / QD;
 - c. Write “**every other day**”, not qod or QOD;
 - d. Write **full drug names** (e.g. Penicillin, not PCN)
 - e. Use “**greater than**” or “**less than**” instead of > or <
7. If decimal points are necessary, use a “**leading zero**” before a decimal point (e.g. write 0.5 mg not .5 mg). Never use a “**trailing zero**” after a decimal point (e.g. write 5 mg not 5.0 mg).
8. Please use only the **metric system**. Please do not use # tablespoons (T. or tbs. or tbsp.), teaspoons (t. or tsp.), vials, drams (ʒ), minims (℥), etc.
9. The following are not acceptable orders:
 - a. “**Blanket Orders**” – such as “*continue previous orders*”; or
 - b. “**Range Orders**” – such as “*one or two tablets every 4-6 hours*”, unless the VMH has a clear, internal policy in this regard.
10. All “prn” orders shall have clear instructions and parameters for use.
11. Physicians and APNs shall immediately inform nurses of emergency or STAT orders so that these orders can be transcribed and sent to the pharmacy or dispensed from the back-up supply as soon as written.
12. Nurses who transcribe telephone orders (TO) or verbal orders (VO) must write a complete medication order (as above), note the order as either TO or VO, then have these orders signed by the physician or APN on the next day that they come to the VMH. Physicians or APNs must sign the order, then write the date and time that they signed it.
13. Physicians or APNs with poor handwriting shall be counseled by the Medical Director, and shall be asked to print their orders so these orders can be read by the nursing and pharmacy staff.

Дискуссия

- Составьте диалог-обсуждение на тему «Types of orders in public health»: сущность, особенности и правила.
- Представьте отчёт о следующем письме:

Order Confirmation

Hello Victor,

Thank you for your recent purchase from Furniture World. The team are currently working on getting your item dispatched, and it should be with you within 5 working days.

Order Details

Order Number: 86675564

Mellow White Leather Sofa

Price Inc Delivery: \$754

Payment Method: Credit Card

Delivery Address: 8561 Honey Pioneer Autoroute, Burnt House, Wisconsin, 53091-3064

Note: Because this is a large item you will need somebody to sign for the delivery upon arrival and to grant the drivers access to the property in order to position it somewhere convenient. If you should have any problems or queries about this order please contact customer support on (534) 872-9133, or via email at support@furnitureworld.us

All the best,

Furniture World

Тема 2.3. Claims (УК-3, УК-4, УК-5)

Уровень 1

Лексико-грамматическое тестирование,

EXERCISE 1 Choose the best word to fit the gap.

- 1 The company saw net profits fall as a result of the _____ in the industry world-wide.
A downfall B downgrade C downturn D downward
- 2 It is important for many small businesses to improve their credit _____ and ensure customers pay on time.
A limit B control C risk D term
- 3 All letters of credit should include an expiry date when payment is _____.
A called B complete C ready D due
- 4 We apologise for the difficulty we are experiencing in paying your _____ account.
A delayed B waiting C outstanding D owing
- 5 Thank you for your _____ of \$500 which we received today.
A remittance B remission C remains D remuneration
- 6 The credit terms _____ that payment should be on presentation of the goods.
A remind B stipulate C agree D settle
- 7 It's important to _____ customer references when offering credit.
A take on B take down C take up D take in
- 8 If you do not pay your bill within the next few days we will have to consider taking legal _____.
A prosecution B action C instruction D presentation
- 9 He was offered a bank _____ when the company experienced financial problems.
A payment B credit C overdraft D debt
- 10 If customers fail to _____ their bills you can be left with a serious cash-flow problem.
A meet B charge C invoice D state

EXERCISE 2 Match the words 1-5 to the definitions A-G. There are two extra definitions you do not need to use.

1 CWO	A Fastest method of sending money abroad.
2 International money order	B A cheque drawn on an overseas bank.
3 Documentary bill of exchange	C Payment in advance of delivery.
4 Banker's draft	D Payment not required until after despatch of goods.
5 Telegraphic transfer	E Usually the slowest method of payment.
	F Can be purchased from a bank and posted to supplier.
	G Your bank can instruct an overseas bank by airmail to make a payment.

EXERCISE 3 Fill in the appropriate word in gaps 1-5 from the box. There are three words you do not need to use.

Dear Mr Becker,

(1) _____ our records your account is still overdue. We would like to remind you that our (2) _____ of business are 30 days net. (3) _____ unsettled debts, it is our (4) _____ to take legal action. We would prefer not to take this course. May we ask you to settle your account by (5) _____. I am enclosing a copy of your invoice for your information.

Yours sincerely,

Mrs Jones

terms	in the case of	for example	now
according to	policy	instead of	return

Уровень 2

Контрольный перевод и чтение

Claims, Claims, Claims

A claim persuades, argues, convinces, proves, or provocatively suggests something to a reader who may or may not initially agree with you. What most non-academics mean by argument is usually a polar opposition or heated debate: I win/you lose; you're a Democrat/I'm a Republican; I'm for the death penalty/you're a bleeding-heart liberal against the death penalty; I'm pro-choice/you're against choice. Though academic arguments can be just as heated and draw on political, social, cultural, or personal positions and experiences, academic claims are different—often more complex, nuanced, specific, and detailed. Most academic argument is bounded by what is considered debatable or up for inquiry within a discipline, acknowledging that some questions are already settled (though that too may end up being debatable). The „rules“ of academic argument exclude the following as support: —Because it is my personal opinion —Because my friends or relatives think so or most people think so —Because it's always been, it's tradition —Because it's obvious —Because it's morally right

What a Claim Is | A claim is the main argument of an essay. It is probably the single most important part of an academic paper. The complexity, effectiveness, and quality of the entire paper hinges on the claim. If your claim is boring or obvious, the rest of the paper probably will be too. | A claim defines your paper's goals, direction, scope, and exigence and is supported by evidence, quotations, argumentation, expert opinion, statistics, and telling details. | A claim must be argumentative. When you make a claim, you are arguing for a certain interpretation or understanding of your subject. | A good claim is specific. It makes a focused argument (MTV's popularity is waning because it no longer plays music videos) rather than a general one (MTV sucks). Why

Descriptive Thesis Statements are NOT Arguable Claims Following are examples of descriptive thesis statements students write in high school. Each is drawn from the top-scoring AP English Language and Composition papers posted on the College Board website: “To be a writer, one must have an elite understanding of diction, syntax and tone. These literary devices are utilized by writers, including Eudora Welty, as a method for expressing the message that they wish to convey to readers.” “In the excerpt from *One Writer's Beginnings*, Eudora Welty conveys a positive tone toward her childhood experience. She accomplishes this through the use of descriptive diction, impressionable images, and unusual syntax.” “The two passages given describe the swamp in very different lights. Although they are in some ways familiar, the styles of the authors of these paragraphs are very different.” Page 2 of 4 Courtesy the Odegaard Writing & Research Center <http://www.depts.washington.edu/owrc> Adapted from UW Expository Writing Program handouts

These are NOT argumentative claims because the writers' strategy here is to create a thesis statement that is DESCRIPTIVE. The writer is describing some aspect of the main text, and that's all their doing. It's like saying, “Shakespeare's *Romeo and Juliet* is a play about two star crossed lovers and two warring families.” Descriptive theses do not investigate anything, critique anything, or analyze anything. Descriptive claims also do not invite support and argument from outside of the central text nor do descriptive papers apply what has been learned in the central text to other texts.

Уровень 3

Аннотирование текста

выполните аннотирование представленного текста

“Despite the mystery surrounding this famous speech, its contents can be understood in terms of what Mary Louis Pratt calls a „contact zone.“ In Pratt's article *Arts of the Contact Zone*, she introduces this zone as the chaotic space in which cultures collide. Essential features of the contact zone include autoethnography, the representation of one's own culture that responds to representations made by others, and transculturation, the selective absorption of the dominant culture by a marginal group. These features of autoethnography and transculturation emerge prominently in Chief Seattle's speech, shedding more insight on the interactions between the Native Americans and the Euro-Americans; however, in the context of the unique circumstances surrounding the text, Seattle's speech ultimately demonstrates the inherent dangers of representation and misrepresentation in the contact zone.” “Rapid technological advancements and an influx of media in today's society have connected us in more ways than ever thought possible. Television, movies, newspapers, magazines, the internet, and other forms of the media all contribute to the highly connected global society. This intricate network of communication has vastly expanded our sphere of knowledge and understanding in the cultural context. Through television and the internet, we can access

news and events in other countries minutes after they happen. Through pictures and stories, we can learn about the various cultures and practices all the way across the world. However, with this expanded access also come certain limitations. Often overlooked is the fact that the information has been filtered through numerous entities, only allowing us to see through the eyes of the creator, greatly limiting our perceptions of the world. Sometimes subtle and unintentional, other times blatantly obvious and highly structured, the influences of the media present society with a constructed reality, as each article, be it a news story, photograph, or even voice, is strategically selected and presented to convey a certain message. This process becomes destructive when it begins to shape our opinions, perceptions, and ideologies, especially concerning other cultures.”

Examples of Complex Claims Following are examples of argumentative claims written by 100-level English students at UW. Each is drawn from the winning essays published by e.g., the UW’s journal of 100-level writing; Page 3 of 4 Courtesy the Odegaard Writing & Research Center
<http://www.depts.washington.edu/owrc> Adapted from UW Expository Writing Program handouts

Дискуссия

- Прочтите определение *social claim* и составьте диалог-обсуждение на данную тему
Social Claim means any claim by any governmental, judicial or regulatory authority or any other person which arises out of any Social Incident or which arises out of any Social Law and, for this purpose, "claim" includes a claim for damages, compensation, contribution, injury, fines, losses and penalties or any other payment of any kind, whether or not similar to the foregoing; an order or direction to take, or not to take, certain action or to desist from or suspend certain action; and any form of enforcement or regulatory action, including the arrest or attachment of any asset (provided always that employment claims in the ordinary course of business shall be excluded from this definition).
- Какие могут быть претензии по соблюдению социального законодательства? Какие меры принимаются в таких случаях? Обсудите вопросы в мини группах, сделайте вывод.
- Прочтите определение *insurance* и составьте диалог-обсуждение на тему *what is insurance and when is it necessary?*
Insurance helps you protect yourself against risks like a house fire, car accident or burglary. You can also get insurance that pays you money if you get too ill to work or to provide for your family if you die.
- Убедите партнёра в необходимости страхования имущества.

Тема 2.4. Insurance (УК-4, ОПК-5, ПК-5)

Уровень 1

Лексико-грамматическое тестирование

Vocabulary

EXERCISE 1 Choose the best word to fit the gap.

- 1 Printix are offering us a 15% _____ on all orders over \$1000.
A interest B replacement C discount D consultation
- 2 It's important to take _____ breaks when working at a computer.
A frequent B lots C repeated D often
- 3 The new Managing Director of the company has just been _____.
A applied B decided C requested D appointed
- 4 Make sure that the main _____ of the report contains only relevant information.
A business B body C content D form
- 5 If this project is completed on time we will receive a _____ in next month's pay.
A bonus B batch C bill D salary
- 6 He was asked to _____ a thorough review of the health and safety provision within the organisation.
A underline B undergo C undertake D understand
- 7 If you're taking notes it's a good idea to make them as clear and _____ as possible.
A quick B brief C essential D rough
- 8 As a _____ of the review, they decided to close the factory down.
A conclusion B finding C purpose D result
- 9 There is a _____ danger that the new regulations will be misunderstood by many staff.
A unnecessary B bad C unfortunate D grave
- 10 The consultants _____ the importance of managers involving staff in the issue of timekeeping.
A emphasised B recommended C motivated D related

АКТИЕ

EXERCISE 2 There is an incorrect punctuation mark in each of the lines of the texts. Underline each mistake and put the correct punctuation mark at the end of the line. The first one has been done as an example.

Following your memorandum of 27 <u>April</u> ; we carried out	April,
study of staff view's in three selected departments	(1)
to see, how the arrangements for breaks had been working.	(2)
I here summarise the results.	(3)
• 65% office workers found the break arrangements satisfactory:	(4)
• 25% would be in favour of a shorter lunch break;	(5)

EXERCISE 3 There is a missing punctuation mark in each of the lines of the texts. Underline the word next to where it should be and put the correct punctuation mark at the end of the line. The first one has been done as an example.

You also asked for my views on how to deal with <u>unions</u> I mentioned	unions.
that in some departments the break was lasting too long The union	(1)
representatives answer was not very helpful. She said the union	(2)
would always insist on the break being left as it is. In conclusion it	(3)
seems important to draw the Boards attention to possible difficulties	(4)
which the installation of clocking in machines could bring.	(5)

Уровень 2

Контрольный перевод и чтение

INSURANCE DEFINITION

The **general definitions** are given by the social scientists. Some of such definitions are given below:

The collective bearing of risks is insurance. – Sir William Bevriddges

Insurance is a substitution for a small known loss for a large unknown loss by which may or may not occur. – Boon and Kurtz

Insurance is a cooperative form of distributing a certain risk over a group of persons who are exposed to it. – Ghosh and Agarwal

Thus, the insurance mean in the social sense is:

- A co-operative device to spread the risk.
- The system to spread the risk over a number of persons who are insured against the risk.
- The principles to share the loss of each member of the society on the basis of probability of loss to their risk.
- The method to provide security against losses to the insured.

Fundamental Definition of Insurance

Fundamental definitions are based on business oriented since it is a device providing financial compensation against risk or misfortune.

Insurance as a social device providing financial compensation for the effect of misfortune, the payments being made from the accumulated contributions of all parties in the scheme. – D.S.Hansell

Insurance is a social device whereby the uncertain risks of individuals may be combined in a group and thus made more certain, small periodic contributions by the individuals providing a fund, out of which, those who suffer losses may be reimbursed. – Riegel and Miller

Contractual Definition of Insurance

It is a contractual relationship to secure against risks. Some of such contractual definition are:

Insurance is a contract whereby one person, called the insurer, undertakes in return for the agreed consideration called premium, to pay to another person called the insured, a sum of money or its equivalent on specified event. – Justice Channel

Insurance is a contract in which a sum of money is paid to the assured as consideration of insurer's incurring the risk of paying a large sum upon a given contingency. – Justice Tindall

Thus, the insurance mean in the legal or contractual sense is:

- Certain sum, called premium, is charged in consideration.
- Against the said consideration, a large sum is guaranteed to be paid by the insurer who received the premium.
- The payment will be made in a certain definite sum.
- The payment is made only upon contingency.

Уровень 3

Аннотирование текста

выполните аннотирование представленного текста

Characteristics of Insurance

An insurance is a legal agreement between an insurer (insurance company) and an insured (individual), in which an insured receives financial protection from an insurer for the losses he may suffer under specific circumstances.

Under an insurance policy, the insured needs to pay regular amount of premiums to the insurer. The insurer pays a predetermined sum assured to the insured if an unfortunate event occurs, such as death of the life insured, or damage to the insured or his property.

Insurance - Meaning and Definition

The literal meaning of insurance would be an assurance against unforeseen and unfortunate loss. This means, that if you encounter a less than normal event in your normal course of life, and happen to incur a financial loss because of it, you can be compensated.

For example, you met with an accident on your way to the office in your car and the car suffers damage. Your insurer can reimburse the repair expenses in this case. However, the insurer will not reimburse normal wear and tear like a headlamp stopped working.

Legally insurance has been defined as a contract where the insurer agrees to compensate the insured against the losses incurred due to any unforeseen contingency. The contract also involves a consideration which is called a premium. The maximum available benefit amount is called sum assured or sum insured.

How does an Insurance Policy Work?

To understand how insurance works, you should know below terms:

Premium: is the money you pay to the insurance company to avail of insurance policy benefits.

Sum Insured: Sum insured is applicable for a non-life insurance policy like home and health insurance. It refers to the maximum cap on the costs you are covered for in a year against any unfortunate event.

Sum Assured: Sum assured is the amount the life insurance company pays to the nominee if the insured event happens (death of insured).

As discussed above, insurance is a legal contract between the insurer and the insured. The insurance policy lists all the policy's conditions and circumstances under which the insurance company is liable to pay you or the nominee the insurance amount.

When you buy an insurance policy from the insurance company, you will have to make regular payments (premium) for a specified period towards the insurance policy.

The insurance company collects the premium from all the clients. They pool the money for losses that may arise out of an insured event. If you don't claim during the policy tenure, you may or may not receive any benefits. It depends on the policy type and the conditions.

Диалог / обсуждение обмен мнениями

- В мини-группах обсудите необходимость страхования жизни и здоровья. Какие возможности предоставляет полис обязательного медицинского страхования?insurance l
- Напишите письмо партнёру о страховом возмещении.
- В мини группах продумайте социальную рекламу о необходимости страхования (обозначьте его тип).

МОДУЛЬ 1

1. Выберите выражение, соответствующее данному определению.

Job that does not finish after a fixed period is called ...

1) permanent job

2) temporary job

2. Выберите выражение, соответствующее данному определению.

Something that allows women to get to a particular level at work but no further.

1) racism

2) glass ceiling

3) dignity at work policy

3. Выберите выражение, соответствующее данному определению.

Someone who uses his/her position of power to hurt or threaten employee, for example verbally.

1) racist

2) bullier

3) harass

4. Выберите выражение, соответствующее данному определению.

To be so stressed and tired by his work that being not able to work again...

1) burned out

2) to be stimulating

3) downshifting

5. Выберите соответствующий синоним данному слову.

downshifting

1) rebalancing

2) pressure

3) quality time

6. Выберите соответствующий синоним данному слову.

rat race

1) strain

2) breakdown

3) treadmill

7. Выберите соответствующий синоним данному слову.

Timescale

1) timeframe

2) timetable

3) delay

8. Выберите соответствующий синоним данному слову.

Diary

1) calendar

2) distraction

3) quality

9. Выберите соответствующее продолжение предложения.

Make a realistic plan (not just a list) of the things you have to do, ...

1) in order of importance.

2) when there is no need for it.

3) gave me satisfaction

10. Выберите соответствующее продолжение предложения.

I was able to deal with the stresses and ...

1) had a nervous breakdown.

2) strains (pressures) of my job by starting to work part-time.

3) couldn't sleep or work

11. Выберите соответствующее продолжение предложения.

I'm responsible of ...

1) planning projects from start to finish.

2) open on time.

3) near our foreign partners.

12. Выберите соответствующее продолжение предложения.

It's either too cold and we freeze, ...

1) I've never smoked..

2) or too hot and we all fall asleep.

3) is going to get acid burns..

13. Выберите соответствующий перевод словосочетания, указанного в скобках.

Things always take (дольше, чем планировалось).

1) make up time.

2) longer than planned

3) downtime.

14. Выберите соответствующий перевод словосочетания, указанного в скобках.

One of my main (обязанностей) is to make sure that new model designs are finished on time.

1) responsibilities

2) manage

3) charge.

15. Выберите соответствующий перевод словосочетания, указанного в скобках.

I became ill, and I'm sure this was caused by stress: it was (вызвано стрессом).

1) stretched

2) stress-induced

3) burned

16. Выберите соответствующий перевод словосочетания, указанного в скобках.

A (полная занятость) is for the whole of the normal working week.

1) full-time job.

2) part-time job

3) temporary work.

17. Выберите с чем связана данная проблема.

I do a lot of data entry, and I've started getting really bad pains in my wrists..

1) repetitive strain injury.

2) fire hazards.

3) hazardous substances.

18. Выберите с чем связана данная проблема.

There's all this waste paper but there are no fire extinguishers in the building.

1) discrimination.

2) fire hazards.

3) dangerous machinery.

19. Выберите с чем связана данная проблема.

There are no safety guards on the machines; you could easily get your hand caught.

1) glass sailing.

2) fire hazards.

3) dangerous machinery.

20. Выберите с чем связана данная проблема.

My doctor says there's something wrong with me lungs, but I've never smoked.

1) racism.

2) repetitive strain injury.

3) passive smoking.

МОДУЛЬ 2

1. Выберите правильный ответ

Welcome back in this session — we're going to take a look at some of the vocabulary we used in session 2.

(a) somebody (b) everybody (c) anybody (d) nobody

2. Выберите правильный ответ

To start with, can you what session 2 was all about?

(a) retain (b) remain (c) remind (d) remember

3. Выберите правильный ответ

Yes, that's right. It was all about the job I do every day. I expect you recall that I work for a financial company a financial advisor.

(a) at (b) as (c) on (d) of

4. Выберите правильный ответ

In other words I help people with their money.

(a) inviting (b) inventing (c) investing (d) involving

5. Выберите правильный ответ

My clients contact our office via email or phone and then we an appointment.

(a) make (b) take (c) give (d) do

6. Выберите правильный ответ

You arrange an appointment with another person because you want to or see them.

(a) encounter (b) greet (c) meet (d) talk

7. Выберите правильный ответ

The two things that are important for an appointment are the time and the place. You say for example: Let's meet next Monday 10 o'clock.

(a) on (b) at (c) in (d) for

8. Выберите правильный ответ

Another word that is very similar in meaning to appointment is the word date. A date is usually a private meeting with person.

(a) different (b) second (c) other (d) another

9. Выберите правильный ответ

So, when you say: I've got a date with my boss, it means you see your boss privately.

(a) are going to (b) will not be (c) will be (d) would be

10. Выберите правильный ответ

Possibly you also know the expression 'blind date', which is a rendezvous with a person you have never seen before and you are meeting them the first time.

(a) at (b) in (c) for (d) from

11. Выберите правильный ответ

Do you know time it is?

(a) which (b) when (c) what (d) how

12. Выберите правильный ответ

No, I have idea.

(a) any (b) no (c) not (d) some

13. Выберите правильный ответ

It's time you got

(a) on (b) in (c) over (d) up

14. Выберите правильный ответ

I don't believe you. You can't be

(a) right (b) accurate (c) precise (d) definite

15. Выберите правильный ответ

I'm telling that you must up or ...

(a) haste (b) hasten (c) hurry (d) quick

16. Выберите правильный ответ

Or what? on, tell me.

(a) Get (b) Come (c) Take (d) Put

17. Выберите правильный ответ

Simply that you're going to be for work.

(a) late (b) later (c) lately (d) latest

18. Выберите правильный ответ

I think there's something you've

(a) forgiven (b) forbidden (c) forsaken (d) forgotten

19. Выберите правильный ответ

Now, it's your to tell me.

(a) bend (b) turn (c) corner (d) curve

20. Выберите правильный ответ

Remember that there's no work today it's Sunday.

(a) for (b) while (c) because (d) however

- *Деловой английский:* <https://e.kazangmu.ru/mod/quiz/view.php?id=222202>

IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ОТВЕТЫ К ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКОМУ ТЕСТИРОВАНИЮ

Ответы к лексико-грамматическому тестированию 1.1.

EX 1

1 C; 2 D; 3 A; 4 B; 5 D; 6 C; 7 A; 8 B; 9 A; 10 D

EX 2

1 C, E; 2 B, D, I; 3 A, G, J; 4 H, F

Ответы к лексико-грамматическому тестированию 1.2.

EX 1

1 C; 2 A; 3 D; 4 A; 5 C; 6 A; 7 C; 8 B; 9 D; 10 D

EX 2a

1 B; 2 C; 3 D; 4 E; 5 A

EX 2b

1 trade discount	4 guarantee period
2 introductory offer	5 after-sales
3 advertising campaign	

Ответы к лексико-грамматическому тестированию 1.3.

EX 1

1 C; 2 A; 3 D; 4 A; 5 C; 6 A; 7 C; 8 B; 9 D; 10 D

EX 2a

1 B; 2 C; 3 D; 4 E; 5 A

EX 2b

1 trade discount	4 guarantee period
2 introductory offer	5 after-sales
3 advertising campaign	

Ответы к лексико-грамматическому тестированию 2.1.

EX 1

1 B; 2 A; 3 D; 4 C; 5 A; 6 C; 7 D; 8 A; 9 C; 10 B

EX 2

1 of; 2 In; 3 pleasure; 4 catalogue; 5 draw; 6 further;
7 touch; 8 forward; 9 sincerely; 10. Enclosed

Ответы к лексико-грамматическому тестированию 2.2.

EX 1

1 D; 2 A; 3 C; 4 A; 5 B; 6 A; 7 B; 8 D; 9 B; 10 C

1 confusion; 2 computer; 3 affected; 4 put right;
5 inconvenience

Ответы к лексико-грамматическому тестированию 2.3.

EX 1

1 C; 2 B; 3 D; 4 C; 5 A; 6 B; 7 C; 8 B; 9 C; 10 A

EX 2

1 C; 2 F; 3 D; 4 B; 5 A

EX 3

1 According to; 2 terms; 3 In the case of; 4 policy; 5 return

Ответы к лексико-грамматическому тестированию 2.4

EX 1

1 C; 2 A; 3 D; 4 B; 5 A; 6 C; 7 B; 8 D; 9 D; 10 A

EX 2

1 views 2 see 3 results: 4 satisfactory; 5 break.

EX 3

1 long. 2 representative's; 3 conclusion, 4 Board's
5 clocking-in

• ФРАЗЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ РЕФЕРИРОВАНИИ ТЕКСТОВ / СТАТЕЙ.

☞The headline☞

The article under study is headlined ...

The title of present article is ...

To my mind, given headline vividly represents current situation in ...

The headline fails to convey certain meaning.

☞Authors☞

The article under study is written by ...

The author of the article is ...

The article by world-famous journalist is under study now.

The article dates ...

☞The main topic☞

The article is concerned with ...

The basic idea of the article is ...

It focuses on ...

The contents of the article reveal the vital issue of ...

☞Structure☞

The given text is subdivided into a number of paragraphs.

Introductory part describes ...

Next, the author depicts ...

Further on, quantitative data is given. It refers to ...

The article is full of lifelike situations.

The context uncovers an issue of ...

The author highlights ...
In conclusion the author explains / states that

🌀Language🌀

The article under study relates to academic / popular science ... style.
The author (does not use) uses technical terms.
It is full in figurative means.
To my mind, metaphoric expressions used in the text are rather vivid.

- **Comparisons and similes which describe ... are appropriate.**

• РЕЧЕВЫЕ КЛИШЕ ДЛЯ ДИАЛОГА / ОБСУЖДЕНИЯ-ОБМЕНА МНЕНИЯ

Начало темы

1. **I'd like to start by...** – Я бы хотел/хотела начать с ...
2. **Let's begin by ...** – Давайте начнем с...
3. **First of all, I'll ...** – Прежде всего, я ...
4. **Starting with ...** – Начнем с ...
5. **I'll begin by ...** – Я начну с ...

Завершение темы

6. **Well, I've told you about ...** – В целом, я вам рассказал(-а) о ...
7. **That's all I have to say about ...** – Это все, что я хотел (-а) рассказать о ...
8. **We've looked at ...** – Мы рассмотрели ...

Заключение и выводы

9. **In conclusion, ...** – В заключение ...
10. **Right, let's sum up, shall we?** – Теперь давайте подытожим.
11. **I'd like now to recap...** – Теперь я хотел бы срезюмировать...
12. **Let's summarise briefly what we've looked at ...** – Давайте коротко подытожим, что мы рассмотрели...
13. **Finally, let me remind you of some of the issues we've covered ...** – В заключение позвольте напомнить вам некоторые вопросы, которые мы рассмотрели ...

ПИСЬМЕННЫЙ ПЕРЕВОД ТЕКСТА:

Минимальные этапы перевода — план:

1. Осмысление текста.

Первое прочтение — знакомые слова — тема — стиль — тип.

Второе прочтение — образ текста

2. Воспроизведение текста.

Перевод — слово — предложение — абзац.

И третье прочтение.

Осмысление текста

Первое прочтение. Специалисты в области перевода советуют: «Не думайте о том, что вы читаете на другом языке, постарайтесь абстрагироваться и просто понять смысл текста».

При этом **опирайтесь на знакомые слова**. Не спешите говорить, что не очень хорошо знаете английский. Даже те, кто никогда не сталкивался с английской речью, знают несколько сотен английских слов. Да, это правда. Это слова, которые пришли в русский из английского, например, *бизнес, менеджер, мерчендайзер* и интернациональные слова, которые пришли и в

английский и в русский из латинского, греческого или французского языков, например, *алгебра, география, музей, радио*.

Также вы можете проверить свой словарный запас на специальных сайтах.

Знакомые слова свяжите в общую тему. Это облегчит перевод, ограничив словарь до узкого круга слов, например: *home, sister, daddy, sweet...* — тема текста очевидно «семья». Ограничение всех значений слов и фраз до определенной темы поможет вам на следующих этапах при выборе нужного значения из десятков возможных.

Затем определите **тип текста**:

- повествование (рассказ о каких-либо событиях, действиях во времени),
- описание (перечисление признаков или характеристик чего-либо — предмета, явления, места),
- рассуждение (главным признаком которого будет доказательство чего-либо, указание причин, убеждение читателя или слушателя).

После этого узнайте **стиль текста**:

- научный (который отличается наличием терминов, подчеркнутой логичностью изложения и отсутствием эмоций),
- официально-деловой (в котором также важна информация, отсутствуют эмоции и оценка, но меньшее количество терминов),
- публицистический стиль (его цель убеждение читателя, воздействие на него теперь уже всеми средствами - логикой и эмоциональностью),
- художественный (где образность, метафоричность выходит на первый план, а логичность и последовательность отодвигаются на второй), и разговорный стиль текста (отличающийся простотой, непринужденностью и эмоциями).

Второе прочтение направлено на формирование мысленного образа текста — того, как все прочитанное на иностранном языке, можно сказать на своем. То есть знакомые слова связанные с темой, стилем и типом текста формируют его образ.

Воспроизведение текста

Далее переходим к воспроизведению текста — изложению того образа текста на английском, который сложился в нашем мозгу, на русский язык.

Перевод — слово. Найдите в словарях эквиваленты незнакомых слов или сочетаний, основываясь на сложившемся образе текста. самыми удобными и популярными словарями считаются:

lingvo-online.ru — удобный качественный поиск слов, устойчивые сочетания с ними и конкретные примеры, в которых встречается это слово.

dic.academic.ru, удобство которого в поиске значений по десяткам специализированных словарей, например, научный, экономический, политический и другие.

multitran.ru ценится за то, что варианты переводов редких слов и выражений здесь оставляют профессиональные переводчики, которые с этими словами уже сталкивались в практике. Здесь есть живой форум, где можно найти решения сложных ситуаций перевода.

Для еще более продвинутых переводов можно использовать толковые словари, которые расшифровывают, объясняют значение английского слова или выражения более простыми

английскими же словами: чаще других я использую **urbandictionary.com** — многие, в том числе самые свежие, сленговые выражения объясняются именно здесь.

Можно обратить внимание и на **dictionary.cambridge.org, thefreedictionary.com**.

На выбор значения слов и сочетаний влияют:

- 1) Контекст.
- 2) Метафоры, Идиомы.
- 3) Многозначность.

1) Контекст — окружение переводимого слова или фразы.

Например:

the theory of Einstein — теория Эйнштейна

the theory of Christ — учение Христа.

Одно слово переводится по-разному в разном окружении.

2) Метафоры, Идиомы. Слова и фразы в переносном значении переводятся эквивалентными — в словарях нужно искать целую фразу или пытаться понять тот переносный смысл, который вложил в него автор.

Например: *I'll move heaven and earth to achieve my goal* — Я горы сверну за свою цель. Посмотрите: слова *сворачивать* в оригинале нет совсем, но мы видим, что предложение — "Я буду двигать небеса и землю чтобы достичь своей цели" — звучит не совсем по-русски и ищем то, что как бы выпадает из остального окружения — "буду двигать небеса и землю". Находим, что это идиома, фразеологизм и у нее есть конкретный словарный эквивалент "горы сверну".

3) Многозначность. Здесь нам и пригодится ограничение темы, которое мы сделали ранее на втором этапе, когда составляли мысленный образ текста. Опираясь на этот образ, мы и выбираем из десятков значений самое подходящее.

Например:

Some sort of religious thing? — Из религиозных соображений?

And then he did that odd thing. — И тут он сделал очень странную вещь.

Janey looked around the room for the nearest thing with which to hit her. — Джейни принялась оглядывать комнату в поисках тяжелого предмета.

Кстати, самым многозначным словом в английском является set у которого 127 значений.

Игнорирование этих трех показателей — контекста, переносного смысла и многозначности — можно легко посмотреть. Копируйте текст в онлайн переводчик и получите **технический перевод** — набор слов, не всегда связанный и часто бессмысленный. Почему? Подробности здесь.

Перевод — предложение. Переходим к следующему этапу и связываем знакомые слова и эквиваленты незнакомых (найденные в словарях только что) в предложения.

При этом помним, что в **английском языке фиксированный порядок слов**, в русском свободный.

Поэтому при выборе значения слова нужно смотреть на его место в предложении.

В русском: *мама мыла раму* — *раму мыла мама* — *мыла раму мама*.

В английском: *mother washed frame, frame washed mother* (от перемены порядка слов изменяется смысл).

Особое внимание — на глаголах. **Глаголы** в английском имеют ряд уникальных особенностей: существуют фразовые глаголы (get after — преследовать, take after — быть похожим и т.д.), которых нет в русском.

В английском 16 времен (простые, длительные, совершённые) — в русском три.

Затем переходим к составлению предложений в **абзацы**, чтобы выразить более крупную мысль в тексте. То, что не удалось сказать в одном предложении, например, шутку или авторскую метафору, можно перенести в другое место абзаца, сохранив оригинальную идею.

И наконец, **третье прочтение** — теперь уже своего перевода. Прочитайте получившийся текст, исправьте все ошибки (орфографические, грамматические, пунктуационные).

В получившемся переводе **обратите внимание на соответствие**: смысла текста, общей тематики, типа, стиля, учтен ли контекст при переводе, правильно ли переданы авторские метафоры и идиомы и выбраны значения многозначных слов.

ОТВЕТЫ НА МОДУЛИ

Ответы на модуль 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	2	1	1	3	1	1	1	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	2	1	2	1	1	2	3	3

Ответы на модуль 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	d	b	c	a	c	b	d	a	c
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
c	b	d	a	c	b	a	d	b	c

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Методология и организация научного исследования
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1
Лекции (час.)	12 (4)
Практические занятия (час.)	27 (12)
Самостоятельная работа (час.)	33 (56)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	72 (72)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	2
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор Тафеева Е.А.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Тема 1.1. Теоретические основы планирования, организации и выполнения научного исследования	Компетенция – ОПК-1. Способность к подготовке и применению научной, научно- производственной, проектной, организационно- управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения. (ОПК-1.2. Планирует, организовывает и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты)	Знать: методы планирования, организации и проведения научных исследований.	Тестирование	15
		Уметь: планировать, организовывать и проводить научные исследования.	Устный опрос (контрольные вопросы)	10
		Владеть: навыками планирования, организации и проведения научных исследований.	Кейс-задача	5
	Компетенция – ОПК-2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности. (ОПК-2.1. Соблюдает конфиденциальность при работе с информационными базами данных, с персональными данными граждан	Знать: принципы соблюдения конфиденциальности при работе с данными.	Тестирование	10
		Уметь: применять методы соблюдения конфиденциальности при работе с данными.		
		Владеть: навыками соблюдения конфиденциальности при работе с данными.		
	Компетенция – ОПК-2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной	Знать: принципы информационной безопасности (кибербезопасность)		
		Уметь: применять методы соблюдения		

	деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности. (ОПК-2.2. Соблюдает в работе принципы информационной безопасности (кибербезопасность))	принципов информационной безопасности (кибербезопасность) Владеть: навыками соблюдения принципов информационной безопасности (кибербезопасность)	Тестирование	5
Тема 1.2. Использование методологии научного исследования для решения практических задач общественного здоровья и здравоохранения	Компетенция – ОПК-4.Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения. (ОПК-4.2. Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретирует результаты для решения профессиональных задач)	Знать: статистический анализ данных с помощью компьютерных программ	Тестирование Устный опрос (контрольные вопросы) Кейс-задача	10
		Уметь: проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретировать результаты для решения профессиональных задач		5
		Владеть: статистическим анализом данных с помощью компьютерных программ		2
	Компетенция – ОПК-4.Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу,	Знать: методы анализа информации в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины.	Тестирование Кейс-задача	8
		Уметь: анализировать статистическую		2

	оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения. (ОПК-4.3. Критически анализирует статистическую информацию в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины)	информацию в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины. Владеть: методами анализа информации в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины.		
Промежуточная аттестация – зачет с оценкой			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, устный опрос, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на тему ВКР, работе с научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Устный опрос

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (80-89 баллов) — неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — неполное и неточное определение понятий, не умение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Фонд оценочных средств

Модуль (раздел) 1

Тема 1.1. Теоретические основы планирования, организации и выполнения научного исследования

Компетенция – ОПК-1. Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения

(ОПК-1-2. Планирует, организует и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты)

Тесты

Укажите все правильные ответы

1. Цель научного исследования – это...

А. краткая и точная формулировка того, что автор намеревается сделать в рамках исследования

Б. уточнение проблемы, конкретизирующее основной замысел

В. источник информации, необходимой для исследования

Г. то, что предстоит открыть, доказать, нечто неизвестное в науке

2. Гипотеза научного исследования – это...

А. уточнение проблемы, конкретизирующее основной замысел

Б. то, что предстоит открыть, доказать, нечто неизвестное в науке

В. предположительное суждение о закономерной (причинной) связи явлений

Г. источник информации, необходимой для исследования

3. Метод научного исследования – это...

А. система последовательных действий, модель исследования

Б. предварительные обобщения и выводы

В. временное предположение для систематизации имеющегося фактического материала

Г. способ исследования, способ деятельности

4. Метод научного познания, основанный на изучении каких-либо объектов посредством их моделей:

А. Моделирование

Б. Аналогия

В. Эксперимент

Г. Синтез

5. При использовании данного метода исследования источником первичной социологической информации является человек (респондент) – непосредственный участник исследуемых социальных процессов и явлений. Что это за метод?

А. метод опроса

Б. анализ документов

В. социологический эксперимент

Г. моделирование

6. Опрос, анкета, интервью, анализ документов относятся к _____ методам исследования.

А. общенаучным

Б. частнонаучным

В. социологическим

Г. философским

7. Рецензия – это...

А. издание произведений одного или нескольких авторов, которые одну научную проблему рассматривают часто с различных точек зрения

Б. критический обзор одного или нескольких научных произведений, где дается анализ важности, актуальности представленных исследований, оценивается качество изложения, приводятся отзывы специалистов

В. печатное издание небольшого объема, как правило, научно-популярного содержания

Г. научный труд одного или нескольких придерживающихся единой точки зрения авторов, в котором содержится всестороннее исследование одной проблемы или темы

8. Тезисы доклада – это...

А. издания, предназначенные для педагогических целей, в которых рассматриваются проблемы того или иного учебного курса на научной основе и даются рекомендации по выполнению практических заданий

Б. краткое изложение содержания предстоящего научного сообщения

В. критический обзор одного или нескольких научных произведений, где дается анализ важности, актуальности представленных исследований, оценивается качество изложения, приводятся отзывы специалистов

Г. краткая характеристика книги, статьи, рукописи, в которой излагается основное содержание данного произведения, даются сведения о том, для какого круга читателей оно предназначено

9. При одномоментном исследовании отклик на обследование должен составлять не менее

А. 50%

Б. 60%

В. 70%

Г. 80%

Д. 85%

Дополните

10. К особенностям _____ (эпидемиологических) методов исследования относятся: не ставят диагноз, позволяют выявить высокую степень вероятности наличия заболевания, позволяют выявить риск развития заболевания.

11. Группа обследуемых, прослеженных в течение времени, называется _____ (когорта).

12. Общая схема проведения исследования, описание того, как оно будет построено, — это _____ (дизайн исследования).

13. Исследования, в которых выделяется группа людей, за которыми в течение некоторого времени наблюдают и повторно, хотя бы один раз, оценивают их состояние, называются _____ (продольными).

14. Если группа больных специально формируется для исследования и целенаправленно отслеживается, то такое исследование называют _____ (проспективным).

15. В исследованиях «случай-контроль» «контроль» отличается от «случая» только _____ (изучаемым состоянием).

Контрольные вопросы

Вопрос 1. Актуальность темы научного исследования.

Ответ: Актуальность темы исследования является одним из основных требований, предъявляемых ко всем исследовательским работам. Актуальность темы означает, что поставленные в исследовании задачи и проблемы имеют существенное значение для соответствующей отрасли науки и (или) практической деятельности. Обоснование актуальности темы излагается во введении работы и заключается в аргументации необходимости проведения исследования по выбранной тематике.

Вопрос 2. Степень изученности и научной разработанности темы.

Ответ: Степень изученности и научной разработанности темы представляет собой краткий обзор и обобщенный анализ известных научных достижений в выбранной области. В нем приводятся значимые публикации, имеющие *отношение* к теме исследования, отмечается, какие вопросы раскрыты на текущий момент по проблеме *исследования*, и что осталось нераскрытым, определяется место собственного исследования в конкретной области знаний

Вопрос 3. Объект и предмет научного исследования.

Ответ: Объект исследования — это система, явление, процесс, выбранные для изучения. Предмет исследования — аспекты, свойства, особенности изучаемого объекта. Например, объект исследования — студенты медицинского вуза. Предмет исследования — здоровье студентов, привычки питания.

Вопрос 4. Формулировка цели научного исследования.

Ответ: Цель исследования направлена на решение поставленной проблемы, от нее зависит весь ход дальнейшего исследования. Цель исследования — это то, что в самом общем виде должно быть получено в конечном итоге работы.

Вопрос 5. Гипотеза исследования.

Ответ: Гипотеза исследования — это положение, выдвигаемое в качестве предварительного условного объяснения некоторого явления или группы явлений; предположение о существовании некоторого явления. Гипотеза выдвигается с целью решения поставленной проблемы и определяет главное направление научного поиска, в результате которого должны быть получены выводы об истинности или ложности гипотезы.

Вопрос 6. Что подразумевает под собой научная новизна исследования?

Ответ: Научная новизна предполагает, что в исследовании что-либо выполнено автором впервые — впервые применен тот или иной метод, впервые получены те или иные результаты и т.д.

Вопрос 7. Практическая значимость научного исследования. В чем может заключаться практическая значимость медицинского научного исследования?

Ответ: Практическая значимость подразумевает, что результаты научного исследования должны принести какую-то реальную пользу организациям, отраслям, обществу. Практическая значимость медицинского научного исследования может проявляться, например, в следующем:

- 1) Усовершенствованы системы, методы и средства медицинской деятельности (т.е. разработаны новые способы профилактики, диагностики и лечения заболеваний).
- 2) Результаты научного исследования включены в учебные материалы для студентов медицинских вузов и колледжей.

3) Результаты научного исследования использованы при подготовке государственных программ здравоохранения и нормативных документов (федеральных законов, приказов Министерства здравоохранения, методических рекомендаций и др.).

Вопрос 8. Дайте определение понятию «научная деятельность».

Ответ: Научная деятельность – это деятельность, направленная на получение и применение новых знаний

Вопрос 9. Направленность прикладных научных исследований.

Ответ: Прикладные научные исследования - исследования, направленные преимущественно на применение новых знаний для достижения практических целей и решения конкретных задач.

Вопрос 10. Общие принципы проведения медико-биологических научных исследований.

Ответ: Общие принципы проведения медико-биологических научных исследований изложены в Хельсинской декларации. В исследованиях участвуют лица, давшие свободное и добровольное согласие. При этом за ними остается право отказаться от участия в исследовании в любое время. Организаторы исследований должны уважать право человека на личную тайну и соблюдать конфиденциальность. Организаторы обязаны информировать население о том, что и почему они намерены делать, а также сообщать результаты исследований и их значение участникам эксперимента. Согласие на участие в исследовании должно быть не только свободным, но и информированным.

Кейс-задачи

Задача 1

Известное Фрамингемское исследование было начато в 1949 г. и продолжалось в течение 30 лет. Целью данного исследования было оценить влияние различных факторов на развитие ишемической болезни сердца (ИБС). В исследовании осуществлялось наблюдение за 5 000 лиц, проживающих в небольшом городе недалеко от г. Бостона (США). В результате исследования была выявлена причинно-следственная связь между развитием ИБС и артериальной гипертонией, высоким уровнем холестерина, курением и рядом других факторов.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: проспективное когортное исследование.

Задача 2

Исследование, проведенное в Великобритании в 60-70-е гг. XX века, включало 40 тыс. врачей, которых разделили на 4 группы: некурящие, курящие мало, курящие умеренно и курящие много. Исходами в данном исследовании считали общую смертность и смертность в результате определенных заболеваний. Результаты исследования, опубликованные в 1964 г., впервые продемонстрировали существенное увеличение смертности курильщиков как от рака легкого, так и от других причин, а также дозозависимый неблагоприятный эффект курения.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: проспективное когортное исследование.

Задача 3

В исследовании была проанализирована медицинская документация 131 пациента с сепсисом, вызванным *Acinetobacter* spp., из которых 65 (49,6%) умерли. В результате изучения различных прогностических факторов было обнаружено, что несвоевременная антибактериальная терапия повышает риск смертности пациентов с сепсисом, вызванным *Acinetobacter* spp. в 1,42 раза.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: ретроспективное когортное исследование.

Задача 4

Проведенное в 2013 г. в г. Алматы исследование было посвящено самооценке состояния здоровья лицами старше 45 лет. Целью данного исследования была оценка социально-демографических различий в самооценке состояния здоровья лиц старше 45 лет. Выявленная распространенность (превалентность) слабого, удовлетворительного, хорошего и отличного здоровья среди наблюдаемой выборки составила 11,8%, 53,7%, 31,0% и 3,2% соответственно, и различия между группами населения, указавшими различные градации здоровья, были статистически значимы в отношении большинства рассматриваемых социально-демографических характеристик.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: поперечное исследование (одномоментное, кросс-секционное).

Задача 5

Целью проведенного исследования было оценить распространенность табакокурения и его характеристики среди сельских подростков-школьников 15—17 лет в разных регионах РФ. При отборе контингентов подростков из шести федеральных округов РФ (17 субъектов) использовался метод многоступенчатой выборки. В 2022 г. опрошены 18 222 подростка (8208 мальчиков и 10 014 девочек) по анонимной анкете, состоящей из нескольких блоков вопросов. Установлено, распространенность табакокурения среди подростков в среднем по России в 2022 г. составила 12,8 на 100 мальчиков и 6,4 на 100 девочек.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: поперечное исследование (одномоментное, кросс-секционное).

Компетенция – ОПК- 2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности

(ОПК-2-1. Соблюдает конфиденциальность при работе с информационными базами данных, с персональными данными граждан)

Тесты

Укажите все правильные ответы

1. Классификация конфиденциальной информации

- 1) персональные данные, служебная тайна, коммерческая тайна;
- 2) коммерческая тайна, профессиональная тайна, персональные данные, интеллектуальная собственность, авторское право;**
- 3) коммерческая тайна, персональные данные, врачебная тайна;
- 4) служебная тайна, врачебная тайна, персональные данные, авторское право, интеллектуальная собственность;
- 5) профессиональная тайна, авторское право.

2. Сведения об объектах и явлениях окружающей среды, их параметрах, свойствах и состоянии, которые воспринимают информационные системы (живые организмы, управляющие машины и др.) в процессе жизнедеятельности и работы является определением для термина

- 1) показатели
- 2) информация**
- 3) знание

- 4) данные
- 5) показания

3. Перечень сведений, которые относят к персональным данным

- 1) касается только сведений о банковских вкладах
- 2) касается только фактов личной жизни человека
- 3) не определен — любые сведения, по которым можно установить личность человека, могут быть расценены как персональные данные**
- 4) содержит только биометрические сведения о человеке
- 5) строго определен и носит исчерпывающий характер

4. Формулировка правила конфиденциальности

- 1) врачебная тайна – это право врача скрывать от пациента информацию, которая может повредить его здоровью
- 2) информация о пациенте, которая становится известна врачу или иному медицинскому работнику, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента**
- 3) медицинский работник должен быть правдив с пациентом, он не должен скрывать или искажать важную для пациента информацию, которая касается его здоровья и лечения
- 4) пациент имеет право на деликатность со стороны медицинских работников при выполнении интимных процедур
- 5) пациент имеет право хранить в тайне от врача любую информацию, даже если она касается его здоровья

5. Правило конфиденциальности

- 1) может быть нарушено в отношении пациента, страдающего алкоголизмом
- 2) может быть нарушено в отношении пациента, страдающего психическим расстройством
- 3) может быть нарушено в отношении подростка 16 лет
- 4) может быть нарушено в ситуациях, регламентируемых законодательством**
- 5) является абсолютной нормой, которую нельзя нарушать ни при каких обстоятельствах

6. Соблюдение правила конфиденциальности при оказании консультационных услуг в сети Интернет

- 1) зависит от возраста и заболевания пациента
- 2) зависит от личного выбора врача
- 3) зависит от политики сайта
- 4) не является обязательным
- 5) обязательно, кроме случаев, когда пациент не возражает против публикации его данных**

Дополните

7. К видам конфиденциальной информации относятся: информация, содержащая _____ **(профессиональную)** тайну и персональные данные.

8. Понятие «информированное согласие» включает в себя информацию о возможных _____ **(негативных)** последствиях, о характере предполагаемого вмешательства и о цели предполагаемого вмешательства.

9. Понятие «конфиденциальная информация» образовано от латинского слова, в переводе на русский обозначающего _____ **(доверие)**.

10. При хранении данных научных исследований, принадлежащих конкретным субъектам (например, пациентам), база данных должна быть сформирована таким образом, чтобы содержащиеся в ней персональные данные были _____ (обезличены).

Компетенция – ОПК-2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности

(ОПК-2-2. Соблюдает в работе принципы информационной безопасности (кибербезопасность))

Тесты

Укажите все правильные ответы

1. Государственная система обнаружения, предупреждения и ликвидации последствий компьютерных атак на информационные ресурсы Российской Федерации

1) единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

2) лабораторная информационная система медицинской организации

3) ГосСОПКА

4) ФСТЭК

5) медицинская информационная система медицинской организации

2. Защищённость информации и поддерживающей инфраструктуры от случайных или преднамеренных воздействий естественного или искусственного характера, способных нанести ущерб владельцам или пользователям информации и поддерживающей инфраструктуры является определением для термина

1) база данных

2) информационный процесс

3) защита информации

4) информационная безопасность

5) информационная система

3. Оператор информационных систем в сфере здравоохранения должен проводить организационные мероприятия, направленные на повышение уровня знаний работников по вопросам обеспечения безопасности информационных систем в сфере здравоохранения и о возможных угрозах безопасности информации

1) не реже одного раза в год

2) по приказу руководителя

3) ежеквартально

4) ежемесячно

5) каждое полугодие

Дополните

4. Базовыми действиями, производимые с информацией, которые могут содержать в себе угрозу являются _____ (уничтожение), сбор, утечка и модификация информации.

5. Программное обеспечение, сотрудники организации и аппаратные средства являются источниками _____ (внутренних) информационных угроз

Тема 1.2. Использование методологии научного исследования для решения практических задач общественного здоровья и здравоохранения

Компетенция – ОПК-4. Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения

(ОПК-4-2. Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретирует результаты для решения профессиональных задач)

Тесты

Укажите все правильные ответы

1. Коэффициент корреляции – это
 - 1) мера тесноты (силы) связи между параметрами**
 - 2) мера центральной тенденции
 - 3) случайное значение параметра в выборке
 - 4) среднее значение параметра, поделённое на дисперсию
2. Обнаружение статистически значимых, но логически не объяснимых корреляций
 - 1) возможно**
 - 2) невозможно
 - 3) часто встречается
 - 4) является следствием неверного расчёта коэффициента корреляции
3. Оценку вида распределения проводят, если объем выборки
 - 1) <159
 - 2) <20
 - 3) >10
 - 4) >30**
4. Соответствие характеристик выборки характеристикам генеральной совокупности называют
 - 1) значимостью
 - 2) мощностью
 - 3) надежностью
 - 4) репрезентативностью**
5. Число случаев, включённых в выборочную совокупность, обычно называют
 - 1) мощностью исследования
 - 2) населённостью группы
 - 3) объёмом выборки**
 - 4) численностью выборки

Дополните

6. Группа крови и пол пациента являются _____ (**качественными**) данными.
7. Температура тела и возраст пациента являются _____ (**количественными**) данными.

8. С точки зрения математической статистики данные подразделяют на _____ (качественные) и количественные.
9. Статистический критерий, который следует использовать в конкретном случае, определяется в зависимости от количества _____ (выборок), типа данных и типа распределения.
10. Коэффициент корреляции оценивает только _____ (линейную) связь.

Контрольные вопросы

Вопрос 1. Как называется наиболее часто встречающееся значение вариационного ряда?

Ответ: мода.

Вопрос 2. Как называется среднее значение ранжированного ряда?

Ответ: медиана.

Вопрос 3. Как меняется объем выборки в зависимости от распространенности заболевания?

Ответ: чем меньше распространенность заболевания, тем объем выборки должны быть больше.

Вопрос 4. Какое понятие используется при оценке бремени болезни в обществе или популяции; относится ко всем лицам в популяции или выборке, у которых имеется данное заболевание, включая как новые случаи, так и уже имеющиеся?

Ответ: распространенность.

Вопрос 5. Как называется показатель, который отражает частоту вновь выявленных случаев изучаемого заболевания среди определенного населения за данный период времени?

Ответ: заболеваемость (инцидентность).

Кейс-задачи

Задача 1

В таблице представлены данные заболеваемости активным туберкулезом в РТ за период 2012–2021 гг.

Год	Заболеваемость активным туберкулезом, на 100 тыс. населения
2012	47,6
2013	41,7
2014	42,3
2015	39,5
2016	36,8
2017	33,4
2018	29,6
2019	28,8
2020	23,4
2021	23,4

Задание: используя Microsoft Excel (Вставить функцию), рассчитайте для показателя заболеваемости среднее значение, медиану, моду, минимальное и максимальное значения.

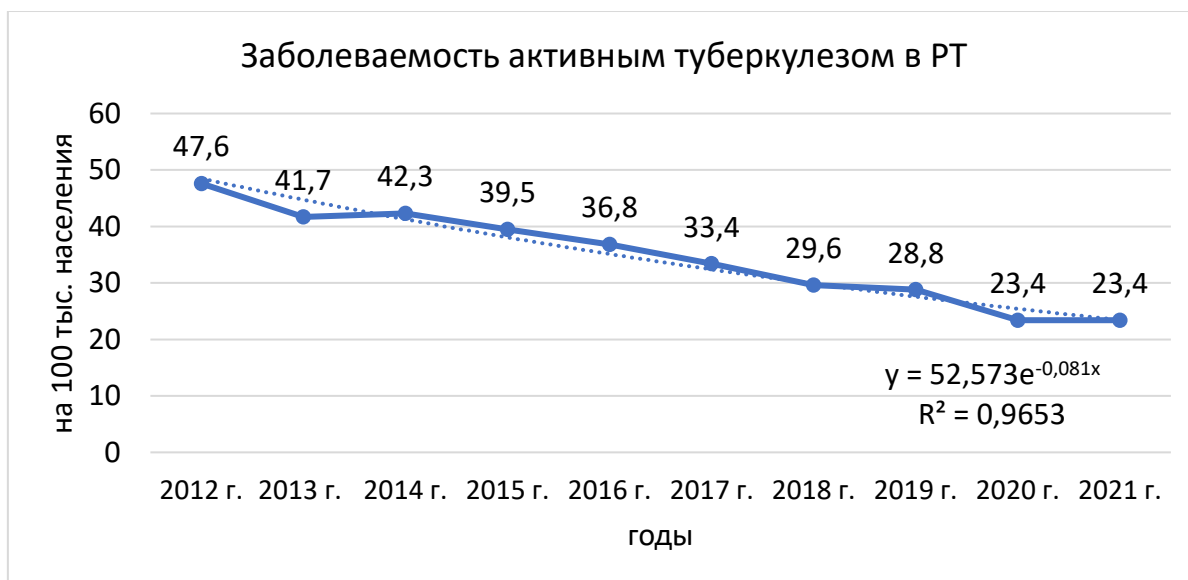
Ответ:

среднее	34,65
медиана	35,1
мода	23,4
миним.	23,4
максим.	47,6

Задача 2

Задание: Используя Microsoft Excel, представьте временной ряд заболеваемости активным туберкулезом в РТ (см. задачу 1) в виде графика. Постройте на графике экспоненциальную линию тренда и оцените достоверность аппроксимации.

Ответ: график представлен на рисунке, достоверность аппроксимации высокая ($R^2=0,9644$), ошибка аппроксимации близка к нулю.



Компетенция – ОПК-4. Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения
(ОПК-4-3. Критически анализирует статистическую информацию в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины)

Тесты

Укажите все правильные ответы

1. Медицинскую практику, в основе которой лежит четкая проверка имеющихся доказательств о пользе или вреде того или иного медицинского вмешательства, называют
 - 1) бюджетной медициной
 - 2) доказательной медициной
 - 3) достоверной медициной

- 4) научной медициной
- 5) страховой медициной

2. Наименее достоверное доказательство в пирамиде доказательств

- 1) исследование типа «случай-контроль»;
- 2) когортное исследование;
- 3) описание серии случаев;
- 4) систематический анализ;
- 5) экспертное мнение без критической оценки

Дополните

3. Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их безопасности и _____ (эффективности).

4. Подход доказательной медицины к медицинской практике предполагает использование информации о доказательствах эффективности и безопасности диагностических мероприятий, лечебных мероприятий и _____ (профилактических) мероприятий.

5. Применение статистических методов при создании систематического обзора в целях обобщения результатов, включенных в обзор исследований, называется _____ (метаанализ).

6. Разновидность научного исследования с заранее спланированными методами, где объектом изучения служат результаты оригинальных исследований, называется _____ (систематический) обзор.

7. Главным отличием мета-анализа от систематических обзоров является не только рассмотрение результатов ряда исследований, но и _____ (количественная) оценка их результатов.

8. Клинический случай и серия случаев можно отнести к _____ (наблюдательным) описательным видам исследований.

Кейс-задачи

Задача 1

Согласно проведенным расчетам, необходимый объем выборки для исследования составляет 380 человек. Прогнозируемый «отклик» (доля наблюдаемых лиц, которые будут участвовать в исследовании до момента окончания периода наблюдения) составляет 80%.

Вопрос: насколько необходимо увеличить объем выборки и каков окончательный объем когорты должен быть с учетом «отклика»?

Ответ: объем выборки необходимо увеличить на 20% и окончательный объем когорты составит: $380 \times 120\% = 456$ человек.

Задача 2

В 4-х областях Франции в 2004–2006 гг. было проведено мультицентровое исследование, посвященное изучению связи между использованием мобильных телефонов и развитием

опухолей головного мозга. В исследование были включены 254 пациента с глиомами, 194 пациента с менингиомами и 892 «контроля». В результате исследования не было обнаружено связи между регулярным использованием мобильного телефона и развитием глиом ($OR=1,24$; 95% ДИ=0,86–1,77) и менингиом ($OR=0,90$; 95% ДИ 0,61–1,34).

Вопросы: 1. К какому виду относится данное исследование? 2. Почему при величине отношения шансов (OR) больше 1,0 был сделан вывод об отсутствии связи между регулярным использованием мобильного телефона и развитием глиомы?

Ответы: 1. Исследование «случай-контроль». 2. Рассчитанный 95% доверительный интервал для отношения шансов включает значение 1,0, что служит основанием для вывода об отсутствии связи между фактором риска и исходом.

Промежуточная аттестация: зачет с оценкой

Тесты к зачету

Тестирование проводится по всему банку тестовых вопросов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Организация здравоохранения
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1,2
Семестр	2,3
Лекции (час.)	38 (20)
Практические занятия (час.)	87 (44)
Самостоятельная работа (час.)	127 (224)
Экзамен (час.)	36 (0)
Зачет (час.)	
Всего (час.)	288 (288)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	8 (8)
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)*	ЗУВы*		
			Оценочные средства Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи населению и их анализ	ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2) ПК-7 (ПК-7.1, ПК-7.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты Кейс-задачи	22 2
Раздел 2. Организация оказания стационарной помощи населению и их анализ	ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2) ПК-7 (ПК-7.1, ПК-7.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты Кейс-задачи	15 2
Раздел 3. Организация оказания скорой и неотложной медицинской помощи и их анализ	ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2) ПК-7 (ПК-7.1, ПК-7.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты	23
Раздел 4. Организация оказания высокотехнологичной помощи и их анализ	ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2) ПК-7 (ПК-7.1, ПК-7.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты	12
Раздел 5. Процессное управление медицинской организацией	ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2) ПК-7 (ПК-7.1, ПК-7.2) ОПК-3 (ОПК-3.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты	34
Раздел 6. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении	ПК-4 (ПК-4.1) ПК-5 (ПК-5.1, ПК-5.2, ПК-5.3) ОПК-5 (ОПК-5.1)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты	26
Раздел 7. Качество оказания медицинской помощи населению медицинскими организациями	ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2) ПК-4 (ПК-4.1)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты Кейс-задачи	19 1
Раздел 8. Анализ показателей деятельности медицинской организации	ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты Кейс-задачи	12 2

Раздел 9. Экспертиза качества медицинской помощи и временной утраты трудоспособности в медицинских организациях	ПК-1 (ПК-1.2, ПК-1.3) ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты Кейс-задачи	10 1
Раздел 10. Основные принципы охраны здоровья граждан в РФ	ПК-1 (ПК-1.2, ПК-1.3) ПК-2 (ПК-2.1, ПК-2.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты	20
Раздел 11. Основные принципы организации оказания медицинской помощи населению в РФ и РТ	ПК-4 (ПК-4.1) ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2) УК-3 (УК-3.1, УК- 3.2, УК-3.6)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты	33
Раздел 12. Основы управления здравоохранением в современных условиях в РФ и РТ	ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2) ПК-7 (ПК-7.1, ПК-7.2) ОПК-1 (ОПК-1.2)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты	27
Раздел 13. Особенности организации оказания медицинской помощи городскому и сельскому населению и различным группам населения	ПК-3 (ПК-3.1, ПК-3.2) ПК-5 (ПК-5.1, ПК-5.2, ПК- 5.3)	Знать: Уметь: Владеть:	Тесты Кейс-задачи	38 3
Промежуточная аттестация – экзамен			Тестирование	В соответ ствии с рабочей програм мой дисциплины и процеду рой зачета

** Примечание*

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-3.1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде
Знать: стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели.
Уметь: эффективно использовать стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели.
Владеть: стратегиями сотрудничества для достижения поставленной цели.

УК-3.2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.
Знать: методы планирования и организации работы в рамках согласованных целей и задач.
Уметь: применять методы планирования и организации работы в рамках согласованных целей и задач.
Владеть: методами планирования и организации работы в рамках согласованных целей и задач.

УК-3.6. Формулирует общее решение, умеет разрешать конфликтные ситуации на основе согласования позиций и учета мнений всех заинтересованных сторон.
Знать: методы разрешения конфликтных ситуаций.
Уметь: формулировать общее решение.
Владеть: методами разрешения конфликтных ситуаций.

ОПК-1. Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения

ОПК-1.2. Планирует, организывает и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты.
Знать: методы планирования научных исследований.
Уметь: организовывать научные исследования.
Владеть: методами проведения научных исследований.

ОПК-3. Способность реализовывать управленческие принципы в профессиональной деятельности

ОПК-3.2. Применяет основные функции менеджмента (планирование, организация, мотивация, контроль) в своей профессиональной деятельности или для решения задач профессиональной деятельности
Знать: планирование, организацию, мотивацию в профессиональной деятельности или для решения задач профессиональной деятельности.
Уметь: применять в своей деятельности основные функции менеджмента.
Владеть: навыками применения основных функций менеджмента в своей профессиональной деятельности.

ОПК-5. Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами

ОПК-5.1. Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности
Знать: методы организации публичных мероприятий национального и международного уровней.
Уметь: владеть методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней.
Владеть: методами организации публичных мероприятий национального и международного уровней.

ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов

ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения

Знать: методы планирования научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения.

Уметь: формулировать цель, задачи научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения.

Владеть: методами планирования научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения.

ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования

Знать: алгоритмы и методы проведения научных исследований.

Уметь: владеть алгоритмами и методами проведения научнопрактических исследований.

Владеть: алгоритмами и методами проведения научных исследований.

ПК-2. Способность и готовность оценивать состояние здоровья и его детерминанты

ПК-2.1. Владеет современными подходами к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени

Знать: современные подходы к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени.

Уметь: владеть современными подходами к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени.

Владеть: методами современных подходов к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени.

ПК-2.2. Умеет идентифицировать и анализировать детерминанты здоровья населения

Знать: детерминанты здоровья населения.

Уметь: идентифицировать и анализировать детерминанты здоровья населения.

Владеть: методами идентификации и анализа детерминант здоровья населения.

ПК-3. Способность и готовность определять и оценивать факторы риска и разрабатывать мероприятия по их предупреждению

ПК-3.1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Знать: методы оценки факторов риска и рискподходом к профилактике заболеваний.

Уметь: владеть методами оценки факторов риска и рискподходом к профилактике заболеваний.

Владеть: методами оценки факторов риска и рискподходом к профилактике заболеваний.

ПК-3.2. Владеет основными принципами и методами профилактического консультирования

Знать: принципы и методы профилактического консультирования.

Уметь: применять основные принципы и методы профилактического консультирования.

Владеть: методами и принципами профилактического консультирования.

ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья

Знать: современные подходы к укреплению здоровья.

Уметь: реализовывать современные подходы к укреплению здоровья.

Владеть: современными подходами к укреплению здоровья.

ПК-5. Способность и готовность эффективно взаимодействовать с различными социокультурными, профессиональными и социоэкономическими группами для решения проблем общественного здоровья

ПК-5.1. Умеет использовать информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества в решении проблем общественного здоровья

Знать: информационнокоммуникационные технологии для эффективного сотрудничества.

Уметь: использовать информационнокоммуникационные технологии.

Владеть: методами информационнокоммуникационных технологий.

ПК-5.2. Демонстрирует умение выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья

Знать: адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья.

Уметь: выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья.

Владеть: методами выбора каналов коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья.

ПК-5.3. Демонстрирует способность к работе в команде, способность брать на себя личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности

Знать: механизмы работы в команде.

Уметь: использовать методы работы в команде.

Владеть: методами работы в команде и лидерства.

ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья

Знать: международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Уметь: адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

Владеть: методами адаптации международных рекомендаций по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Знать: инновационные стратегии и технологии по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Уметь: разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Владеть: инновационными стратегиями и технологиями по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов.

Знать: принципы организации работы в системе общественного здоровья.

Уметь: применять знания по организации работы в системе общественного здоровья.

Владеть: методами организации работы в системе общественного здоровья.

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

Знать: методы оценки экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

Уметь: применять знания по оценке экономических и финансовых рисков.

Владеть: методами оценки экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, решение кейс-задач.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с учебной и научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Фонд оценочных средств

Раздел 1. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи населению и их анализ

Компетенции - ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов.

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Программа государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи должна содержать

- а) перечень соответствующих видов медицинской помощи
- б) объемы медицинской помощи**
- с) базовую программу обязательного медицинского страхования
- д) подушевой норматив финансирования здравоохранения
- е) все вышеперечисленное

2. Укажите наиболее точное определение понятия «Политика здравоохранения»

- а) политика здравоохранения - совокупность идеологических принципов и практических мероприятий по решению проблем здравоохранения в обществе и государстве
- б) политика здравоохранения - совокупность идеологических принципов по решению проблем здравоохранения в обществе и государстве**
- с) политика здравоохранения - совокупность практических мероприятий по решению проблем здравоохранения в обществе и государстве

3. Укажите неправильный подход к децентрализации системы здравоохранения

- а) деконцентрация
- б) интеграция
- с) делегирование
- д) концентрация**

4. Укажите неверный показатель для оценки развития кадровой политики в здравоохранении

- а) количественное соотношение между населением и медицинским персоналом

- b) количественное соотношение между врачами и средним медицинским персоналом
- c) количественное соотношение между врачами общей практики и врачами-специалистами
- d) количественное соотношение медицинского персонала и больничных коек**

5. От чего, прежде всего, зависят плановые показатели поликлиники по объёму посещений

- a) от финансового наполнения Программы гос. гарантий**
- b) от плановой пропускной способности поликлиники
- c) от фактической потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи
- d) от фактической пропускной способности поликлиники
- e) от наличия кадров мед. работников

6. «Потребность» населения в амбулаторно-поликлинической помощи и «спрос» на амбулаторно-поликлиническую помощь равнозначные понятия?

- a) да
- b) нет**
- c) зависит от ситуации

7. Показатель объёма работы в поликлинике определяется как

- a) число посещений за год, день**
- b) число посещений в смену
- c) число врачей на 10 тыс. жителей
- d) число врачебных посещений на 1 жителя
- e) % выполнения финансового плана по поликлинике

8. Уровень амбулаторно-поликлинической помощи – это

- a) число врачебных посещений на 1000 жителей в год
- b) число врачебных посещений на 1 жителя в год**
- c) число врачей на 10 тыс. жителей
- d) число посещений к врачам в одну смену
- e) число мед. работников на 10000 нас.

9. Основными путями развития амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению являются

- a) укрепление и развитие форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
- b) обеспечение возможности выбора врача общей практики
- c) развитие общеврачебной практики
- d) развитие новых организационных форм АПП
- e) всё перечисленное**

10. Режим и формы работы поликлиники, нагрузки персонала должны определяться

- a) на федеральном уровне
- b) на региональном уровне
- c) на уровне руководителя медицинской организации
- d) всё вышеперечисленное**
- e) нет правильного ответа

11. Основные пути улучшения первичной медико-санитарной помощи населению

- a) введение врача общей практики
- b) повышение квалификации персонала**

- c) улучшение информационного обеспечения
- d) повышение эффективности профилактической работы
- e) верно всё перечисленное**

12. В России преимущественно функционирует следующая модель организации работы общеврачебной практики

- a) групповая врачебная практика
- b) врач общей практики, работающий в индивидуальном порядке
- c) врач общей практики, работающий в амбулаторно-поликлиническом учреждении**
- d) всё вышеперечисленное
- e) нет верного ответа

13. Объём работы врача амбулаторного приема может выражаться следующими показателями

- a) численность обслуживаемого населения
- b) суммарное число посещений в поликлинике и на дому**
- c) число профилактических осмотров
- d) число посещения в эквивалентных единицах
- e) выполнение финансового плана

14. Обеспеченность населения врачебными кадрами на 10 тыс. населения рассматривается

- a) по штатным должностям
- b) по занятым должностям**
- c) по физическим лицам
- d) по численности населения на участках
- e) по соотношению врачебного и сестринского персонала

15. В каких единицах измеряется показатель «укомплектованности штатами»

- a) на 10 тыс. населения
- b) в абсолютных данных
- c) в %**
- d) на 1000 нас.
- e) на 100 тыс.нас

16. Измерителем потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи населению является

- a) нормы нагрузки врачей работающих в поликлинике
- b) функция врачебной должности
- c) среднее число посещений в поликлинику на 1 жителя в год**
- d) количество пациентов нуждающихся в амб.пол.помощи в год
- e) количество пациентов готовых оплатить амб.пол.помощь

17. Медицинская помощь может оказываться в _____ условиях

- a) санаторных
- b) амбулаторных**
- c) курортных
- d) плановых

18. Медицинская помощь — это

- а) комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья**
- б) комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний
- с) набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций
- д) сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

19. Составление плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан является обязанностью

- а) врача-терапевта**
- б) зам. главного врача по КЭР
- с) медицинской сестры
- д) врача-методиста

20. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это

- а) все население**
- б) дети и подростки
- с) беременные женщины
- д) работающие граждане

21. Диспансеризация — это метод

- а) выявления острых и инфекционных заболеваний
- б) активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов с целью раннего выявления и оздоровления больных**
- с) наблюдения за состоянием окружающей среды
- д) оказания неотложной помощи

22. Эффективность диспансеризации оценивается на основании

- а) числа осмотренных пациентов
- б) уровня госпитализации
- с) впервые выявленных больных с запущенными формами заболеваний
- д) своевременного взятия на учет и полноты наблюдения**

Кейс-задачи

Для решения ситуационных задач необходим текст приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

Задача 1

После перенесенного инфаркта миокарда пациент был поставлен на диспансерный учёт и наблюдался первые 12 месяцев врачом-кардиологом, а затем врачом-терапевтом в соответствии с клиническими рекомендациями. Мужчина приходил на прием по приглашению медицинской сестры 3 раз в год в течении 10 лет пока не переехал на новое место жительства.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Ответ: Диспансерное наблюдение организовано верно: после перенесенного инфаркта миокарда диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом в первые 12

месяцев после установки диагноза, далее осуществляется врачом-терапевтом в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

Задача 2

Мужчина Р., 40 лет строитель, лечившийся по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, был выписан из стационара и поставлен под диспансерное наблюдение участкового врача-терапевта, которого посещал 1 раз в год. Так как в течение 5 лет обострения и ухудшения состояния не наблюдалось, мужчина был снят с Д-учёта.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Ответ: Диспансерное наблюдение организовано верно: при язве 12-ти перстной кишки диспансерное наблюдение осуществляется врачом-терапевтом в течение 5 лет с момента последнего обострения в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год

Раздел 2. Организация оказания стационарной помощи населению и их анализ

Компетенции - ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов.

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Показатель объёма работы стационара определяется как

- a) число госпитализированных на 1000 жителей
- b) число коек в стационаре
- c) **число койко-дней, проведённых больными за год**
- d) число больных госпитализированных за год
- e) число пациентов, нуждающихся в госпитализации

2. Обеспеченность стационарной медицинской помощью – это

- a) число коек всего
- b) число коек на 1000 жителей**
- c) число использованных больных за год
- d) число госпитализированных на 1000 жителей за год
- e) число пациентов нуждающихся в госпитализации

3. Мощность стационара определяется как:

- a) число работающих коек
- b) число работающих коек и временно свёрнутых на ремонт**
- c) число пролеченных за год больных
- d) число профилей коек в стационаре
- e) число пациентов, которые могли бы пролечиться в течение года

4. Функция койки – это

- a) число дней функционирования койки в году
- b) число больных лечившихся на 1 койке за год**
- c) время, в течение которого койки были заняты больными
- d) пропускная способность койки в днях за год
- e) количество дней в год, которое койка не работала

5. Основными направлениями совершенствования стационарной помощи населению являются

- a) смещение акцентов к увеличению объёма амбулаторно-поликлинической помощи
- b) развитие стационарзамещающих технологий
- c) этапность в оказании стационарной помощи населению
- d) развитие благотворительной помощи
- e) всё вышеперечисленное**

6. Основные направления специализированной стационарной помощи населению предусматривают

- a) создание межрайонных специализированных центров
- b) этапность в оказании медицинской помощи
- c) специализацию коечного фонда
- d) верно всё перечисленное**
- e) разделение коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса

7. Преемственность в работе стационара и поликлиники не предусматривает

- a) подготовку больного к госпитализации
- b) анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара
- c) анализ обоснованности направления на госпитализацию
- d) централизацию плановой госпитализации**
- e) отказ в госпитализации

8. Преемственность в работе стационара и службы скорой медицинской помощи заключается во всём, кроме

- a) продолжения в стационаре лечения начатого на догоспитальном этапе
- b) анализа совпадения диагнозов стационара и «скорой»
- c) госпитализации на свободную койку**
- d) создания больниц «скорой помощи»
- e) анализа совпадения диагнозов поликлиники и «скорой»

9. Основанием для госпитализации являются

- a) направление поликлиники
- b) направление «скорой»
- c) медицинские показания поступивших без направления
- d) с разрешения главного врача
- e) всё вышеперечисленное**

10. Норма нагрузки медицинского работника – это

- a) затраты рабочего времени на конкретную работу
- b) регламентированный объём работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени**
- c) установленная численность работников для выполнения конкретного объёма работы
- d) финансовый план на каждого работника
- e) фактический объём работы конкретного работника

11. Под потребностью населения в госпитализации понимается

- a) число коек на определённую численность населения
- b) доля (%) населения нуждающаяся в госпитализации**
- c) число больных госпитализированных за год
- d) число врачебных должностей стационара на определённую численность населения
- e) фактическое число госпитализированных за прошлый год

12. В каких единицах измеряется показатель «уровень госпитализации»

- a) **количество госпитализированных** на 1000 жителей за 1 год
- b) количество госпитализированных за год (абс.)
- c) доля госпитализированных от обратившихся за стационарной помощью (%)
- d) количество пролечившихся за год на 100 жителей
- e) доля госпитализированных от нуждающихся в госпитализации за год (%)

13. Как может отреагировать показатель занятости койки на сокращение продолжительности госпитализации больного?

- a) может остаться без изменений
- b) увеличится
- c) уменьшится
- d) верно всё перечисленное**

14. Укажите, какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким

а) стационарная

b) амбулаторно-поликлиническая

c) скорая медицинская помощь

d) санаторно-курортная

15. Как может отреагировать показатель уровня госпитализации на сокращение обеспеченности койками?

a) может увеличиться

b) останется без изменений

c) уменьшится

d) верно всё перечисленное

Кейс-задачи

Задача 1

В МЗ региона обратился сын гр. Т., 1948 г. р., инвалида 2 группы, страдающей шизофренией, с жалобой на отказ в направлении в круглосуточный стационар по поводу общего заболевания. Гр. Т. проживает одна в арендованной комнате в районе обслуживания иной медицинской организации (другой конец города). Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия 2 Б ст. в вертебробазилярном бассейне, стадия субкомпенсации, когнитивное снижение. Фоновое заболевание - артериальная гипертензия, церебральный атеросклероз. Тугоухость. В разговоре по телефону сын гр. Т. уточнил, что на момент написания жалобы его мать находилась на принудительном лечении в психиатрической больнице.

Вопросы (задание):

1. Определите наличие (или отсутствие) показаний для госпитализации в стационар по заболеванию соматического профиля.

2. Каким образом следует организовать медицинское обслуживание мало мобильного пациента, находящего на территории обслуживания другой медицинской организации?

ОТВЕТ

1. Поскольку в настоящее время гр. Т. находится на лечении в психиатрической больнице (информация из телефонного разговора с сыном) с конца марта 2016 г., то показания для лечения в соматическом стационаре определяются лечащим врачом-психиатром.

2. Учитывая тот факт, что место пребывания гр. Т. обслуживает ГАУЗ №444, сыну гр. Т. рекомендовано после выписки матери из психиатрического стационара обратиться за предоставлением медицинской помощи в ГАУЗ №444 по месту пребывания гр. Т. согласно приказу МЗСР РФ от 26.04.2012 г. № 406 н.

Задача 2

При проведении проверки инфекционного отделения медицинского учреждения специалистами Территориального отдела управления ФС по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по региону (далее - Территориальный отдел) в К. и Т. районах выявлены нарушения соблюдения СП 2.1.3678 - 20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений,

оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг". Во исполнение предписания Территориального отдела от 14.11.2021 г. № 058360-в в инфекционном отделении запланировано проведение ремонтных работ для устранения нарушений в установленные предписанием сроки (с 20.06.2022 г. по 31.08.2022 г.).

Вопросы (задание):

Каким образом следует организовать медицинскую помощь инфекционным больным в период проведения ремонта инфекционного отделения?

ОТВЕТ

1) Для организации медицинской помощи инфекционным больным в период проведения ремонта инфекционного отделения необходимо осуществить следующие мероприятия:

2) Прекратить госпитализацию пациентов в инфекционное отделение с 20.06.2022 г. по 31.08.2022 г.

3) Временно свернуть 10 инфекционных коек для взрослых, 10 инфекционных коек для детей.

4) Заместителю главного врача по лечебной работе, начальнику отдела кадров, председателю профсоюза в срок до 19.05.2022 г. провести рабочее совещание с коллективом инфекционного отделения для обсуждения организации работы отделения и оказания медицинской помощи населению во время проведения ремонтных работ.

5) Заместителю главного врача по лечебной работе в срок до 10.06.2022 г. согласовать:

- с руководителем МСЧ оказание стационарной медицинской помощи населению К. и Т. районов на базе инфекционного отделения МСЧ;

- с ТФОМС передачу объемов оказания медицинской помощи по профилю «инфекционные болезни» МСЧ;

- с МЗ МО временный порядок оказания медицинской помощи населению К. и Т. районов по профилю «инфекционные болезни»;

- обеспечить оказание медицинской помощи населению К. и Т. районов в соответствии с порядком и стандартами медицинской помощи.

5. Заведующему приемным отделением в срок до 10.06.2022 г.:

- подготовить бокс для временной изоляции диагностически неясных больных, больных с диагнозами, не исключающими инфекционную этиологию;

- вызывать врача-инфекциониста для осмотра пациентов с целью исключения или подтверждения инфекционной этиологии заболевания с последующей госпитализацией в инфекционное отделение МСЧ.

6. Заместителю главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, заведующему детским поликлиническим отделением, руководителям филиалов, заведующим амбулаториями, заведующим ФАПами обеспечить на срок проведения ремонтных работ в здании инфекционного отделения:

- маршрутизацию пациентов в соответствии с приказом МЗ МО «О госпитализации в медицинские организации» и временным порядком оказания медицинской помощи;

- при лечении инфекционных больных на дому (при легких формах) выполнение лечебных и противоэпидемических мероприятий в установленном порядке.

7. Заведующему отделением СМП обеспечить оказание экстренной медицинской помощи и своевременную транспортировку пациентов в инфекционное отделение МСЧ.

8. Начальнику отдела кадров в срок до 20.06.2022 г.:

- с учетом согласия работников допустить отступления от графика отпусков и предоставить отпуск сотрудникам отделения на время проведения ремонтных работ;

- осуществить перевод сотрудников в другие подразделения с учетом

действующего законодательства.

9. Начальнику гаража обеспечить отделение СМП дополнительным транспортом для эвакуации пациентов в инфекционное отделение МСЧ.

10. Заведующему организационно-методическим кабинетом учесть изменение структуры медицинской организации в оперативной работе.

Раздел 3. Организация оказания скорой и неотложной медицинской помощи и их анализ

Компетенции - ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов.

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. К экстренной форме оказания медицинской помощи относится:

- 1) **медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента**
- 2) медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
- 3) медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью
- 4) паллиативная медицинская помощь
- 5) скорая медицинская помощь

2. Перечень высокотехнологичной медицинской помощи устанавливается

- 1) **«Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»**
- 2) «Стратегией развития здравоохранения в РФ»
- 3) Конституцией РФ
- 4) Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

3. Скорая специализированная помощь является частью
- а) скорой помощи**
 - б) специализированной помощи
 - в) паллиативной помощи
 - г) первичной медико-санитарной помощи
4. Автомобиль скорой медицинской помощи класса «А» предназначен для организации деятельности
- 1) специализированной педиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи;
 - 2) общепрофильной фельдшерской выездной бригады скорой медицинской помощи**
 - 3) экстренной консультативной выездной бригады скорой медицинской помощи;
 - 4) общепрофильной врачебной выездной бригады скорой медицинской помощи.
5. Автомобиль скорой медицинской помощи класса «В» предназначен для организации деятельности
- 1) авиамедицинской бригады скорой медицинской помощи;
 - 2) специализированной педиатрической анестезиологии-реанимации выездной бригады скорой медицинской помощи;
 - 3) общепрофильной врачебной выездной бригады скорой медицинской помощи;**
 - 4) экстренной консультативной выездной бригады скорой медицинской помощи.
6. Автомобиль скорой медицинской помощи класса «В» предназначен для организации деятельности
- 1) экстренной консультативной выездной бригады скорой медицинской помощи;
 - 2) специализированной педиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи;**
 - 3) авиамедицинской бригады скорой медицинской помощи;
 - 4) специализированной анестезиологии-реанимации выездной бригады скорой медицинской помощи.
7. Автомобиль скорой медицинской помощи класса «С» используется для организации деятельности
- 1) специализированной психиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи;
 - 2) общепрофильной врачебной выездной бригады скорой медицинской помощи;
 - 3) экстренной консультативной выездной бригады скорой медицинской помощи;**
 - 4) специализированной педиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи.
8. Время доезда до пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать
- 1) 20 минут с момента ее вызова;**
 - 2) 30 минут с момента ее вызова;
 - 3) 35 минут с момента ее вызова;
 - 4) 25 минут с момента ее вызова.
9. Выездные бригады скорой медицинской помощи по профилю подразделяются на общепрофильные и
- 1) экстренные;
 - 2) специализированные;**

- 3) авиамедицинские;
- 4) консультативные.

10. Койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания предназначены для диагностики, наблюдения и лечения пациента в течение

- 1) 10-12 дней;
- 2) 4-6 дней;
- 3) 7-9 дней;
- 4) **1-3 дней.**

11. Медицинская эвакуация осуществляется

- 1) врачебной комиссией;
- 2) сотрудниками Министерства внутренних дел России;
- 3) родственниками пациента;
- 4) **выездными бригадами скорой медицинской помощи.**

12. Основные показатели работы скорой медицинской помощи заполняются в форме статистического наблюдения

- 1) **№ 30 «Сведения о медицинской организации»;**
- 2) №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»;
- 3) № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций»;
- 4) № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

13. Поводом для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме является

- 1) **констатация смерти;**
- 2) нарушение сознания;
- 3) нарушение системы кровообращения;
- 4) кровотечение любой этиологии.

14. Поводом для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме является

- 1) термические и химические ожоги;
- 2) травмы любой этиологии, отравления, ранения, сопровождающиеся кровотечением, представляющих угрозу жизни, или повреждением внутренних органов;
- 3) **внезапные острые заболевания, обострения хронических заболеваний, требующих срочного медицинского вмешательства, без явных признаков угрозы жизни;**
- 4) роды, угроза прерывания беременности.

15. Показатель частоты выполненных вызовов скорой медицинской помощи рассчитывается

- 1) **на 1000 чел. населения;**
- 2) на 100 000 чел. населения;
- 3) на 100 чел. населения;
- 4) на 10 000 чел. населения.

16. Показатель числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь рассчитывается

- 1) на 100 000 чел. населения;
- 2) на 10 000 чел. населения;
- 3) на 100 чел. населения;
- 4) на 1000 чел. населения.

17. Правила организации деятельности стационарного отделения скорой медицинской помощи определены

- 1) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- 2) Распоряжением Правительства Российской Федерации;
- 3) Постановлением Правительства Российской Федерации;
- 4) Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

18. Рекомендуемые штатные нормативы стационарного отделения скорой медицинской помощи определены

- 1) Распоряжением Правительства Российской Федерации;
- 2) Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации;
- 3) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- 4) Постановлением Правительства Российской Федерации.

19. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается вне медицинской организации, амбулаторно и

- 1) планово;
- 2) экстренно;
- 3) стационарно;
- 4) в дневном стационаре.

20. Средние нормативы объема медицинской помощи для скорой медицинской помощи вне медицинских организаций, включая медицинскую эвакуацию, составляют на 1 застрахованное лицо

- 1) 0,33-0,34 вызова;
- 2) 0,35-0,36 вызова;
- 3) 0,29-0,3 вызова;
- 4) 0,31-0,32 вызова.

21. Средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования регламентирован

- 1) Распоряжением Правительства Российской Федерации;
- 2) Постановлением Правительства Российской Федерации;
- 3) Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации;
- 4) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

22. Станция (отделение) скорой медицинской помощи создается для оказания скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению в круглосуточном режиме

- 1) стационарно;
- 2) амбулаторно;
- 3) вне медицинской организации;
- 4) в дневном стационаре.

23. Стационарное отделение скорой медицинской помощи при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 пациентов для оказания скорой медицинской помощи, создается в медицинской организации, имеющей мощность не менее

- 1) 250 коек;
- 2) 300 коек;
- 3) 200 коек;
- 4) 400 коек.

Раздел 4. Организация оказания высокотехнологичной помощи и их анализ

Компетенции - ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов.

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в _____ условиях

- 1) стационарных
- 2) амбулаторных
- 3) домашних
- 4) санаторных

2. Высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в базовую программу ОМС, финансируется из

- 1) фонда ОМС
- 2) регионального бюджета
- 3) дополнительной прибыли работодателя
- 4) добровольных пожертвований

3. Высокотехнологичная помощь является частью

- 1) специализированной помощи
- 2) скорой помощи
- 3) паллиативной помощи
- 4) первичной медико-санитарной помощи

4. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии

- 1) с порядками оказания медицинской помощи
- 2) на основе клинических рекомендаций
- 3) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4) верно всё

5) Высокотехнологичная медицинская помощь может оказываться в условиях дневного стационара

- 1) да
- 2) нет

Дополните

6) Медицинская помощь, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники – это _____ (**высокотехнологичная**) медицинская помощь.

7) Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи устанавливается _____ (**программой**) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8) Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается медицинскими организациями, включенными в _____ (**реестр медицинских организаций**), осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

9) Перечень медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих виды высокотехнологичной медицинской помощи, не включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, утверждается _____ (**Министерством здравоохранения**).

10) Медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи определяет _____ (**лечащий врач**).

11) При наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи оформляет _____ (**направление на госпитализацию**).

12) Министерство формирует в подсистеме единой системы перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, в срок до _____ (30 декабря) года, предшествующего отчетному.

Раздел 5. Процессное управление медицинской организацией

Компетенции - ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья.

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов.

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

ОПК-3. Способность реализовывать управленческие принципы в профессиональной деятельности

ОПК-3.2. Применяет основные функции менеджмента (планирование, организация, мотивация, контроль) в своей профессиональной деятельности или для решения задач профессиональной деятельности

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. К методам изучения личности подчиненного, которые целесообразно применять в мед. учреждениях, относятся
 - a) анкетирование
 - b) тестирование
 - c) наблюдение
 - d) эксперимент
 - e) все перечисленные методы**
2. Укажите, какая фаза стратегического планирования является начальной
 - a) финансовое планирование
 - b) долгосрочное планирование
 - c) планирование с учетом внешних факторов**
3. В процессе формулирования стратегии первым шагом является
 - a) изучение внешних факторов (внешний анализ)
 - b) критический самоанализ (внутренний анализ)
 - c) определение цели деятельности**

4. Охарактеризуйте стиль руководства, если руководитель обычно советуется с подчиненными, используя их компетентность по специальным вопросам; деятельность подчиненных контролируется не только руководителем, но и общественными организациями
- a) либеральный
 - b) авторитарный
 - c) **демократический**
5. Расположите в должной последовательности этапы процесса контроля
- a) сопоставление достигнутых результатов с установленными стандартами
 - b) принятие необходимых корректирующих действий
 - c) **выработка стандартов и критериев**
6. Целью управления является
- a) **научно обоснованное планирование и анализ деятельности учреждения**
 - b) руководство выполнением решений
 - c) целенаправленное и эффективное использование ресурсов
 - d) обеспечение ресурсами, подготовка документов и организация работы учреждения
 - e) все вышеперечисленное
7. Объектом управления являются
- a) ресурсы, процесс предоставления медицинских услуг и все виды деятельности, обеспечивающие этот процесс
 - b) взаимоотношения между работниками
 - c) **процесс предоставления медицинских услуг, ресурсы, взаимоотношения между работниками**
8. К методам управления относят
- a) организационно-распорядительные, экономические, социально-психологические
 - b) **организационно-распорядительные, экономические, социально-психологические, правовые**
9. Системный подход в управлении включает следующие элементы
- a) создание рациональной структуры объекта управления
 - b) применение рациональных механизмов управления
 - c) совершенствование управленческого процесса
 - d) определение целей, задач управления
 - e) **все перечисленные**
10. Не относят к мотивационным факторам
- a) интерес к работе
 - b) признание и успех
 - c) продвижение по службе
 - d) **увеличение нагрузки**
 - e) рост и развитие
 - f) личное участие
11. Функции управления включают
- a) прогнозирование и планирование

- b) проектирование и организацию
 - c) учет, контроль, анализ и регулирование
 - d) все перечисленное не соответствует истине
 - e) **оптимальное функционирование**
12. Децентрализация в управлении - это
- a) передача прав и ответственности на другие уровни
 - b) предоставление подчиненному полной свободы действий
 - c) **передача полномочий исходя из реальных возможностей для решения соответствующих проблем**
13. Требования к проведению децентрализации не предусматривают
- a) **обеспечение полной свободы действий лицу, которому делегированы полномочия**
 - b) формулирование принципов
 - c) разработку стандартов
 - d) формализацию отношений на основе письменной документации
14. Делегирование полномочий - это
- a) наделение подчиненного определенной свободой действий
 - b) **наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции**
 - c) предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
15. К принципам делегирования полномочий относят следующие принципы, кроме
- a) **полной самостоятельности**
 - b) диапазона контроля
 - c) фиксированной ответственности
 - d) соответствия прав и обязанностей
 - e) передачи ответственности на возможно более низкий уровень
16. В понятие "децентрализация" управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме
- a) сокращения мер административно-принудительного воздействия по вертикали
 - b) отсутствия нормативной базы в здравоохранении
 - c) децентрализации бюджетного финансирования
 - d) поступления средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне
 - e) **расширения прав и полномочий руководителей медицинских учреждений**
17. Управление – это
- a) интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
 - b) предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю
 - c) **целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении**
18. Успешное руководство предполагает перечисленные умения руководителя, кроме
- a) определения цели, перспектив, проблем
 - b) выделения приоритетов
 - c) организации работы по достижению цели

- d) **удовлетворения потребности управлять**
 - e) обеспечения мотивации сотрудников
19. Не являются методами мотивации
- a) экономическая заинтересованность
 - b) целевой подход в управлении
 - c) **меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении**
 - d) качественное расширение выполняемой работы
 - e) участие работников в управлении учреждением
20. Управленческий цикл включает следующие элементы
- a) анализ ситуации и принятие решения
 - b) определение приоритетов, принятие решения, контроль
 - c) **анализ ситуации, принятие решения, организация выполнения, контроль**
21. Основными позитивными элементами централизованной информационной системы в управлении являются
- a) **своевременность поступления информации**
 - b) быстрота обработки данных
 - c) применение единого алгоритма
 - d) оптимальный вариант принятия решения
 - e) обеспечение контроля за выполнением решения
22. В понятие "децентрализованное информационное обеспечение" не входит
- a) **учетные документы**
 - b) медицинская документация
 - c) отчеты
23. Не относятся к видам управленческих решений
- a) приказы
 - b) распоряжения
 - c) план работы
 - d) **методические рекомендации**
24. Основными формами организации выполнения решения являются
- a) **определение лиц, ответственных за выполнение решения**
 - b) разработка целей, задач и методов выполнения решения
 - c) установление сроков для его выполнения
 - d) финансовое обеспечение
 - e) контроль за его выполнением
25. Контроль за выполнением решения осуществляется следующими методами
- a) личный контроль руководителя
 - b) **коллективный контроль**
 - c) автоматизированная система контроля
 - d) контроль заместителей руководителя
 - e) внешний контроль
26. Видами контроля, используемого в управлении здравоохранением, являются все, кроме

- a) личного контроля руководителя
 - b) комиссионного контроля
 - c) контроля за исполнением документов
 - d) общественного контроля**
27. Организация делопроизводства в медицинском учреждении включает
- a) наличие номенклатуры дел и правил хранения документов**
 - b) раздельную регистрацию входящих и исходящих документов
 - c) рассмотрение руководителем каждого входящего документа
 - d) распределение документов между исполнителями
 - e) контроль за полнотой и своевременностью исполнения документа
28. Прогнозирование деятельности здравоохранения осуществляется путем формирования следующих видов планов, кроме
- a) долгосрочного плана
 - b) текущего планирования
 - c) территориальной программы обязательного медицинского — страхования
 - d) тематического планирования**
29. Виды контроля за деятельностью медицинских учреждений не включают
- a) плановый контроль за деятельностью медицинского учреждения
 - b) контроль за выполнением приказов, планов работы
 - c) проверку работы медицинского учреждения по сигналам населения, сотрудников
 - d) оценку объема и качества деятельности медицинского учреждения в процессе лицензирования**
30. Методы мотивации в управлении коллективом не включают
- a) содержание и условия труда
 - b) экономическое стимулирование
 - c) состояние социально-психологического климата
 - d) обучение, повышение квалификации
 - e) конкуренцию**
31. Созданию благоприятного социально-психологического климата в коллективе не способствует
- a) четкая организация труда
 - b) оптимальные подбор и расстановка кадров
 - c) согласованность в руководстве
 - d) низкая культура общения в коллективе**
32. Расчёт годового бюджета рабочего времени должен основываться
- a) на затратах труда медицинского персонала
 - b) на законодательстве о режиме труда и отдыха**
 - c) на расчётных нормах нагрузки
 - d) на численности обслуживаемого населения
 - e) на мощности поликлиники
33. Назовите оптимальное сочетание видов ресурсов :
- a) материальные+нематериальные+кадровые
 - b) финансовые+материальные+нематериальные+кадровые**
 - c) кадровые+финансовые+материальные

- d) кадровые+финансовые
- e) финансовые

34. Чем отличаются стратегические планы от тактических?

- a) сложностью поставленных задач
- b) временем исполнения
- c) сложностью и временем
- d) нечёткостью факторов внешней и внутренней среды
- e) **сложностью, сроками, нечёткостью факторов внешней и внутренней среды**

Раздел 6. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении

Компетенции - здоровья и профилактики заболеваний

ОПК-5. Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами

ОПК-5.1. Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности

ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья

ПК-5. Способность и готовность эффективно взаимодействовать с различными социокультурными, профессиональными и социоэкономическими группами для решения проблем общественного здоровья

ПК-5.1. Умеет использовать информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества в решении проблем общественного здоровья

ПК-5.2. Демонстрирует умение выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья

ПК-5.3. Демонстрирует способность к работе в команде, способность брать на себя личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Знание врачом законов формирования личности позволяет
 - a) предупредить пограничные нервно-психические расстройства
 - b) изучать характер и личность больного
 - c) оказывать своевременную и более совершенную помощь больному
 - d) **все вышеперечисленное**
2. Затраты Клиники для определения точки нулевой прибыли группируются как
 - a) переменные затраты
 - b) **себестоимость**
 - c) заработная плата
 - d) переменные и постоянные издержки

- е) общие расходы
3. Прибыль учреждения здравоохранения, оказывающего платные медицинские услуги, можно направить на создание
- а) фонда социально-производственного развития
 - б) фонда материального стимулирования труда
 - с) фонда накопления и фонда потребления
 - д) все вышеперечисленное**
 - е) нет правильного ответа
4. Существуют следующие виды цен на медицинские услуги, кроме
- а) тарифа на медицинские услуги
 - б) государственных цен на платные услуги
 - с) бюджетных расценок**
 - д) договорных цен
 - е) страхового тарифа
5. Принципу формирования рыночных цен отвечают
- а) расчетная стоимость (себестоимость) медицинских услуг
 - б) цены на платные медицинские услуги населению, оформленные преискурантами**
 - с) договорные цены на медицинские услуги с предприятиями и организациями
6. Под рентабельностью понимают
- а) часть денежной выручки учреждения, остающаяся после возмещения материальных затрат
 - б) чистый денежный доход учреждения, остающийся после возмещения материальных затрат и средств на оплату труда
 - с) отношение прибыли, полученной от предоставления услуги, к ее полной себестоимости**
 - д) размер затрат, включенных в себестоимость
7. К условно-переменным относят расходы учреждения на
- а) заработную плату основного персонала
 - б) приобретение медикаментов и перевязочных материалов**
 - с) приобретение оборудования
 - д) питание больных
8. Особенности рынка медицинских услуг
- а) определяется монополией "продавца" на предоставление услуг**
 - б) предоставляет услуги - желательные и нежелательные
 - с) не требует лицензированной деятельности "продавца"
 - д) учитывает экономические возможности "покупателя" в приобретении желаемых услуг
 - е) определяется монополией покупателя медицинских услуг
9. Цена на медицинские услуги должна быть
- а) равна стоимости
 - б) больше стоимости
 - с) больше или меньше стоимости в зависимости от спроса на услугу

- d) равна сумме денег, за которую потребитель готов приобрести, а производитель продать услугу (товар)**
10. Маркетинг медицинской помощи – это
- a) маркетинг лекарственных препаратов, инструментария, перевязочных материалов и т.д.
 - b) маркетинг медицинского и немедицинского персонала
 - c) маркетинг медицинских, фармацевтических и сервисных услуг
 - d) все вышеперечисленное**
11. С точки зрения управления маркетингу здравоохранения присущи такие функции, как
- a) планирование, организация, координация, учет и контроль
 - b) наложение штрафных санкций, реорганизация руководства
 - c) все вышеперечисленное**
12. Организация платных медицинских услуг в медицинских учреждениях должна включать все, за исключением
- a) отбора услуг, не предусмотренных базовой программой**
 - b) расчета стоимости медицинской услуги
 - c) оповещения населения о перечне, стоимости и видах платных услуг
 - d) направления полученных денег на приобретение оборудования
13. Функциональные обязанности руководителя медицинского учреждения не включают
- a) работу с кадрами
 - b) определение целей и задач деятельности учреждения
 - c) организацию деятельности подразделений
 - d) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
 - e) контроль совместных и индивидуальных действий**
14. К социально-психологическим методам в управлении не относится
- a) тестирование**
 - b) анкетирование
 - c) лидерство
 - d) мотивация
15. Современные требования к руководителю включают все, кроме
- a) принципиальности
 - b) высокого профессионализма
 - c) организаторских способностей
 - d) склонности к конкуренции**
 - e) высоких нравственных качеств
16. Авторитет руководителя зависит от стиля управления, который включает
- a) самостоятельность принятия решений
 - b) использование науки и достижений практики
 - c) оценку труда сотрудников
 - d) общую ответственность за результаты
 - e) ориентир на решение проблемы**
17. Выбор стиля руководства зависит от
- a) личностных качеств руководителя

- b) степени его профессиональной подготовки
 - c) указаний свыше
 - d) уровня развития коллектива**
 - e) ситуации, окружающих условий
18. Благоприятный социально-психологический климат коллектива определяет все, кроме
- a) организованности
 - b) благодушия**
 - c) коллективизма (сплоченности)
 - d) информированности
 - e) ответственности
19. Причинами нарушения межличностных отношений в коллективе являются
- a) недостатки в организации труда
 - b) нечеткое распределение обязанностей, ответственности
 - c) неправильный подход к расстановке кадров
 - d) наличие разных мнений**
 - e) различный уровень профессиональной подготовки руководителя и коллектива
20. Маркетинг – это
- a) деятельность в сфере рынка сбыта
 - b) деятельность в сфере обмена
 - c) деятельность в сфере торговли
 - d) деятельность, включающая анализ, планирование, внедрение и контроль, а также сознательный обмен ценностями между субъектами рынка для достижения целей организации**
21. Менеджмент – это
- a) интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
 - b) предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю
 - c) совокупность принципов, методов и средств управления производством с целью повышения эффективности производства и увеличения прибыли**
22. Какие действия включают в себя командно-административные методы управления?
- a) планирование
 - b) стимулирование
 - c) лидерство
 - d) контроль
 - e) увольнение, наказание**
23. Дайте характеристику стиля руководства, если руководитель принимает решения, как правило, единолично; деятельность подчиненных жестко регламентируется; инициатива подчиненных не одобряется
- a) либеральный
 - b) авторитарный**
 - c) демократический
24. Маркетинг – это
- a) деятельность в сфере сбыта
 - b) деятельность в сфере обмена

- с) деятельность в сфере торговли
- д) **анализ+планирование+внедрение+контроль+обмен ценностями между субъектами рынка для достижения** целей организации
- е) деятельность в сфере контроля

25. Рыночная методология маркетинга определяется

- а) получением прибыли за счёт увеличения объёма продажи
- б) **получение прибыли за счёт удовлетворения** запросов потребителя
- с) только компенсацией всех затрат мед. организации
- д) работа по принципу «прибыль любой ценой»

26. Сущность и особенности маркетинга в здравоохранении

- а) изучение спроса на медицинские услуги
- б) определение стоимости медицинских услуг
- с) удовлетворение спроса
- д) **всё вышеперечисленное**
- е) исключительно определение цены на услуги

Раздел 7. Качество оказания медицинской помощи населению медицинскими организациями

Компетенции - ПК-3. Способность и готовность определять и оценивать факторы риска и разрабатывать мероприятия по их предупреждению

ПК-3.1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

ПК-3.2. Владеет основными принципами и методами профилактического консультирования

ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий

- 1) улучшении технологии оказания лечебно-профилактической помощи
- 2) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
- 3) **участии всех сотрудников соответствующих организаций в мероприятиях по обеспечению качества**
- 4) при увеличении финансирования отрасли
- 5) при повышении обеспеченности врачами

2. Стандартизация медицинских услуг в здравоохранении рассматривается как **позитивный фактор**

- 1) негативный фактор
- 2) нейтральный
- 3) **исключительно финансовый фактор**

4) нет правильного ответа

3. Аутсорсинг непрофильных для МО услуг позволяет:

- 1) повысить эффективность деятельности МО
- 2) позволяет сосредоточиться на основных направлениях деятельности, отбрасывая всё второстепенное
- 3) все перечисленное**
- 4) сосредоточиться на качестве основных услуг
- 5) повысить риск выполнения основной функции МО

4. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- 5) все вышеперечисленное верно**

5. Порядок оказания медицинской помощи не включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача)
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений
- 5) стандарт медицинской помощи**

6. Контроль в сфере охраны здоровья включает в себя формы

- 1) контроль качества и безопасности медицинской деятельности
- 2) государственный контроль
- 3) федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор
- 4) муниципальный контроль
- 5) 1,2,3**
- 6) 1,2,3,4

7. Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам устанавливается на _____ уровне

- 1) федеральном**
- 2) международном
- 3) муниципальном
- 4) частном

8. Проведение независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями осуществляется в соответствии с ФЗ №323 не чаще 1 раза в

- 1) год
- 2) квартал
- 3) месяц
- 4) полугодие

9. Согласно положениям ФЗ №323 применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в медицинских организациях позволяет обеспечить

- 1) **доступность и качество медицинской помощи**
- 2) функцию врачебной должности
- 3) рейтинг медицинской организации
- 4) высокий уровень доверия населения

10. Согласно положениям ФЗ №323 стандарты и порядки оказания медицинской помощи утверждаются на уровне

- 1) главного врача медицинской организации
- 2) **федерального органа исполнительной власти**
- 3) заведующего отделением медицинской организации
- 4) территориальных фондов ОМС

11. Согласно положениям ФЗ №323 характеристикой качества медицинской помощи является

- 1) **своевременность оказания медицинской помощи**
- 2) высокие показатели оборота койки
- 3) оказание высокотехнологичной медицинской помощи
- 4) соблюдение этических норм медицинского персонала

12. Срок действия аккредитации специалиста составляет

- 1) 3 года
- 2) **5 лет**
- 3) 7 лет
- 4) 10 лет

13. Стандарты медицинской помощи относятся к нормативным документам _____ характера

- 1) **обязательного**
- 2) рекомендательного
- 3) законодательного
- 4) ознакомительного

14. Стандарты медицинской помощи утверждаются

- 1) **Министерством Здравоохранения РФ**
- 2) Правительством РФ
- 3) руководством медицинской организации
- 4) РАН

15. Доступность и качество медицинской помощи, в соответствии с ФЗ № 323 обеспечиваются

- 1) лицензированием медицинской деятельности
- 2) **применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи**
- 3) приоритетом безвозмездности оказания медицинской помощи
- 4) оптимальным использованием ресурсов здравоохранения

Дополните

16. В целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата проводится _____ (**экспертиза качества**) медицинской помощи.
17. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по _____ (**группам**) заболеваний или состояний на основе соответствующих _____ (**порядков**) оказания медицинской помощи и _____ (**клинических**) рекомендаций.
18. Критерии оценки качества медицинской помощи утверждаются уполномоченным _____ (**федеральным органом исполнительной власти**).
19. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится на основании _____ (**критериев оценки**) качества медицинской помощи.

Кейс-задачи

Задача 1

В МЗ региона поступила информация из СМИ о коллективном обращении пациенток родильного отделения ГАУЗ №444 с жалобами на неполноценное питание в родильном отделении, отсутствие кисломолочных продуктов, недостаточное наличие овощей и фруктов в рационе. МЗ организовало проведение проверки для выяснения характера использования бюджетных ассигнований на лечебное питание в данной медицинской организации, выполнения среднесуточных норм продуктов питания на 1 больного, а также организации работы по лечебному питанию в соответствии с приказом МЗ РФ от 05.08.2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».

Вопросы (задание):

1. На каком основании МЗ организовало проверку медицинской организации?
2. Каков вид проверки, состав комиссии, предмет проверки?
3. Какие меры необходимо предпринять по результатам проверки для улучшения питания больных?

ОТВЕТ

1. Данная медицинская организация является подведомственной МЗ, поэтому проведение проверки организовано в рамках осуществления Министерством ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности на основании положения о Министерстве.

2. В данном случае проведена внеплановая документарная целевая проверка с целью выявления (не выявления) недостатков в организации питания, фактов выполнения (не выполнения) приказа МЗ РФ от 05.08.2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» при организации и оказании медицинской помощи пациенткам родильного отделения. С целью проведения проверки распоряжением министра здравоохранения создана комиссия в составе: начальник отдела, эксперт министерства здравоохранения, главный внештатный врач-диетолог министерства здравоохранения.

Предметом настоящей проверки является:

- 1) наличие распорядительных документов главного врача по организации лечебного питания в медицинской организации (приказ по организации лечебного питания,

ответственный за организацию и контроль за лечебным питанием, план работы по организации лечебного питания, создание Совета по лечебному питанию, его состав, наличие журнала заседаний Совета и др.);

2) анализ расходов на питание больных (фактической стоимости 1 койко-дня и плановой, утвержденной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. на территории региона);

3) выполнение среднесуточных норм по продуктам питания на одного больного;

4) анализ работы пищеблока (основные диеты, кратность питания, наличие картотеки блюд, химический состав и энергоценность пищевых рационов и др.), а также санитарное и техническое состояние.

3. По результатам проверки:

1) составлен Акт проверки организации лечебного питания в ГАУЗ №444;

2) в связи с выявленными нарушениями в организации лечебного питания главному врачу ГАУЗ №444 вынесено предписание об их устранении;

3) с целью контроля за организацией питания в ГАУЗ министерством инициированы проверки во всех подведомственных МО;

4) в целях совершенствования лечебного питания, устранения выявленных недостатков и неукоснительного исполнения приказа МЗСР РФ от 05.08.2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», подготовлено распоряжение министерства здравоохранения;

5) дан ответ в СМИ.

Раздел 8. Анализ показателей деятельности медицинской организации

Компетенции - ПК-2. Способность и готовность оценивать состояние здоровья и его детерминанты

ПК-2.1. Владеет современными подходами к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени

ПК-2.2. Умеет идентифицировать и анализировать детерминанты здоровья населения

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо

- а) усилить ведомственный и общественный контроль за расходованием финансовых средств
- б) совершенствовать систему учета средств
- в) совершенствовать конкурсную систему закупок
- г) широкое использование финансового лизинга
- д) все вышеперечисленное верно**

2. Для чего в системе управления здравоохранением следует использовать данные о несостоявшихся потерях?

- а) для составления проекта бюджета здравоохранения на следующий период
- б) для обоснования эффективности профилактической деятельности
- в) для составления бизнес-плана и прогнозов развития местных и региональных систем здравоохранения**

3. Для оценки организации лечебно-диагностического процесса в стационаре

применяются показатели:

- а) средняя длительность пребывания больного в стационаре;**
- б) частота послеоперационных осложнений.

4. К основным показателям эффективности диспансерного наблюдения населения не относится:

- а) летальность;**
- б) полнота и своевременность взятия на диспансерное наблюдение;
- в) процент перевода по группам диспансерного наблюдения;
- г) кратность заболеваний и обострений.

5. Летальность определяется следующими основными факторами:

- а) тяжестью состояния, сложностью случая заболевания;
- б) неудовлетворительным качеством диагностики, лечения и ухода за больными в приемном и (или) профильных специализированных отделениях; неудовлетворительной организацией службы реанимации;
- в) несвоевременной и поздней госпитализацией;
- г) неудовлетворительной материально-технической базой;
- д) всем выше перечисленным.**

6. Эффективность диспансерного наблюдения оценивается показателями, кроме

- а) полноты взятия на диспансерное наблюдение
- б) своевременности взятия на диспансерное наблюдение
- в) летальности**
- г) кратности обострений и заболеваний
- д) процента перевода по группам диспансерного наблюдения

7. Для оценки качества диагностики в стационарных учреждениях используются все показатели, кроме

- а) частота осложнений
- б) средняя длительность лечения больного**
- в) летальность
- г) частота рецидивов заболевания
- д) частота расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов

8. Обеспеченность койками определяется показателями:

- а) интенсивными
- б) экстенсивными
- в) наглядности
- г) соотношения**
- д) темпов роста

9. Врач использует в своей работе следующие статистические методы и приемы:

- а) графический
- б) социологический
- в) расчет интенсивных величин
- г) анализ средних величин
- д) все перечисленное верно**

10. Показателями деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений являются все, кроме:

- а) участковость

б) средняя длительность лечения больного

в) летальность

г) среднее число посещений в год

д) частота совпадений поликлинических и стационарных диагнозов

е) укомплектованность медицинским персоналом

11. Показателями деятельности стационарных учреждений являются все, кроме:

а) участковость

б) средняя длительность лечения больного

в) летальность

г) среднее число посещений в год

д) частота совпадений поликлинических и стационарных диагнозов

е) укомплектованность медицинским персоналом

Укажите все правильные ответы

12. Основными показателями работы врача-терапевта в поликлинике являются:

а) нагрузка на врачебную должность;

б) заболеваемость населения;

в) охват населения предварительными при поступлении на работу медицинскими осмотрами;

г) полнота охвата больных диспансерным наблюдением и эффективность диспансеризации;

д) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов.

Кейс-задачи

Задача 1

Городская поликлиника обслуживает 97 тыс. прикрепленного взрослого населения. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" должность врача – терапевта устанавливается 1 должность на 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше; врача – хирурга - 0,65 должности на 10 тыс. человек взрослого населения, прикрепленного к поликлинике; врача-невролога - 1 должность на 20 тыс. человек прикрепленного населения.

Рассчитайте количество должностей врачей названных специальностей в поликлинике по штатным нормативам.

Задача 2

Городская поликлиника обслуживает 64 тыс. прикрепленного взрослого населения. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" должность врача-офтальмолога устанавливается 0,6 должности на 10 тыс. человек прикрепленного населения; врача-ревматолога - 1 должность на 30 тыс. человек прикрепленного населения; врача-инфекциониста - 1 должность на 50 тыс. прикрепленного населения.

Рассчитайте количество должностей врачей названных специальностей в поликлинике по штатным нормативам.

Раздел 9. Экспертиза качества медицинской помощи и временной утраты трудоспособности в медицинских организациях

Компетенции - ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов

ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения

ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования

ПК-3. Способность и готовность определять и оценивать факторы риска и разрабатывать мероприятия по их предупреждению

ПК-3.1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

ПК-3.2. Владеет основными принципами и методами профилактического консультирования

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Заведующий подразделением на первой ступени контроля проводит экспертизу не менее:

- 1) 30% (для стационаров) и не менее 10% (для амбулаторно-поликлинических учреждений) законченных случаев ежемесячно
- 2) 100% (для стационаров) и не менее 10% (для амбулаторно-поликлинических учреждений) законченных случаев ежемесячно
- 3) 50% (для стационаров) и не менее 20% (для амбулаторно-поликлинических учреждений) законченных случаев ежемесячно
- 4) **50% (для стационаров) и не менее 20% (для амбулаторно-поликлинических учреждений) законченных случаев ежемесячно**
- 5) 50% (для стационаров) и не менее 25% (для амбулаторно-поликлинических учреждений) законченных случаев ежемесячно

2. Для получения листка нетрудоспособности пациент должен предоставить

- 1) **паспорт**
- 2) страховой медицинский полис
- 3) медицинскую карту амбулаторного больного
- 4) справку с места работы

3. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность, является

- 1) **листок нетрудоспособности**
- 2) медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- 3) медицинская карта стационарного больного
- 4) выписной эпикриз

4. К функции листка нетрудоспособности относится

- 1) **юридическая и финансовая**
- 2) статистическая

3) методическая

4) медицинская

5. Решение о направлении пациента на медико-социальную экспертизу принимает

1) лечащий врач

2) врачебная комиссия

3) главный врач

4) заведующий отделением

6. Уровнем проведения экспертизы временной нетрудоспособности является

1) лечащий врач

2) внештатный специалист департамента здравоохранения города

3) главный врач медицинской организации

4) специалист ФОМС

7. Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется:

1) лечащим врачом;

2) фельдшером в случаях возложения на него отдельных функций лечащего врача;

3) зубным врачом при стоматологических заболеваниях в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее структурном подразделении врача-стоматолога;

4) врачебной комиссией медицинской организации

5) верно всё

Дополните

8. В целях определения способности гражданина осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода гражданина по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу проводится _____ (**экспертиза временной нетрудоспособности**).

9. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в медицинских организациях, имеющих _____ (**лицензию**) на осуществление медицинской деятельности по экспертизе временной нетрудоспособности.

10. По результатам проведенной экспертизы временной нетрудоспособности в случае принятия решения о временной неспособности гражданина осуществлять трудовую деятельность ему выдается _____ (**листок нетрудоспособности**).

Кейс-задачи

Задача 1

При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет).

Вопросы (задание):

1. Правомерны ли требования лицензирующего органа?

2. Какими законодательными актами определены права и обязанности

администрации по подготовке и переподготовке кадров?

3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?

ОТВЕТ:

1. Действия лицензирующего органа являются правомерными (в соответствии с ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" и постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"))).

2. Права и обязанности администрации медицинской организации по подготовке и переподготовке кадров определены ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 72) и трудовым законодательством РФ.

3. Администрация медицинской организации в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" должна направить врача на профессиональную переподготовку по специальности "Стоматология ортопедическая". После прохождения обучения и получения сертификата администрации медицинской организации необходимо при лицензировании медицинской деятельности заявить вид деятельности «Ортопедическая стоматология» в лицензирующий орган.

Раздел 10. Основные принципы охраны здоровья граждан в РФ

Компетенции - ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов

ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения

ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования

ПК-2. Способность и готовность оценивать состояние здоровья и его детерминанты

ПК-2.1. Владеет современными подходами к оценке популяционного здоровья; свободно оперирует индикаторами глобального времени

ПК-2.2. Умеет идентифицировать и анализировать детерминанты здоровья населения

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Укажите основные критерии оценки здоровья населения

- a) демографические показатели
- b) заболеваемость
- c) инвалидность
- d) состояние окружающей среды
- e) физическое развитие населения
- f) все, кроме состояния окружающей среды

2. В каком году принят последний закон об охране здоровья населения России
- a) 2008
 - b) 2009
 - c) 2010
 - d) 2011**
 - e) 2012
3. В структуре смертности населения России 2 место занимают
- a) болезни органов дыхания
 - b) новообразования**
 - c) заболевания органов кровообращения
 - d) травмы и отравления
 - e) заболевания органов эндокринной системы
4. В структуре смертности населения России 3 место занимают
- a) болезни органов дыхания
 - b) новообразования
 - c) заболевания органов кровообращения
 - d) травмы и отравления**
 - e) заболевания органов эндокринной системы
5. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают
- a) инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения; психические заболевания
 - b) болезни системы кровообращения; новообразования**
 - c) новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания
 - d) болезни эндокринной системы
 - e) управляемые виды патологий с позиций здравоохранения
6. В какой возрастной группе у женщин наблюдается наиболее высокий коэффициент рождаемости
- a) 20-24 года
 - b) 25-29 лет**
 - c) 30-34 года
 - d) 35-39 лет
 - e) 40-44 года
7. Под социально-гигиеническими факторами влияющими на уровень медицинского обслуживания сельских жителей понимаются все, кроме
- a) условий труда сельских жителей
 - b) условий быта сельского населения
 - c) санитарной культуры сельских жителей
 - d) метеорологических условий**
 - e) уровня образования
8. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:
- a) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
 - b) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а

также мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними

- с) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации
- д) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации

е) все вышеперечисленное верно

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- а) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители
- б) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих
- с) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами

д) все вышеперечисленное верно

е) все вышеперечисленное неверно

10. Медицинские организации передают сведения в территориальные органы Министерства внутренних дел Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации о поступлении (обращении) пациентов в случаях наличия у них следующих признаков причинения вреда здоровью в результате совершения противоправных действий:

- а) переломы костей, гематомы, ушибы мягких тканей
- б) ушибы, сотрясения головного мозга
- с) повреждения, связанные с воздействием высоких или низких температур, высокого или низкого барометрического давления
- д) истощение

е) все вышеперечисленное верно

11. Ведущей причиной материнской смертности в странах с низкими ее уровнями являются

- а) кровотечения
- б) экстрагенитальные заболевания**
- с) сепсис
- д) аборт
- е) поздний гестоз

12. Законодательство РФ в сфере охраны здоровья основывается на положениях

- 1) Конституции РФ**
- 2) Трудового кодекса РФ
- 3) Стратегии развития здравоохранения РФ
- 4) Гражданского кодекса РФ

13. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

- 1) является обязательным условием медицинского вмешательства**
- 2) оформляется исключительно при отказе пациента от медицинской помощи
- 3) дается в исключительных случаях родителями несовершеннолетних детей

4) дается пациентом исключительно при оказании ему высокотехнологичной медицинской помощи

14. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство пациентом является обязательным

- 1) предварительным условием оказания медицинской помощи для всех пациентов
- 2) предварительным условием оказания медицинской помощи в спорных случаях
- 3) предварительным условием оказания медицинской помощи при судебно-медицинской экспертизе
- 4) условием оказания медицинской помощи по экстренным показаниям

15. К видам медицинской помощи относится медицинская помощь

- 1) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
- 2) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
- 3) экстренная, неотложная, плановая
- 4) стационарная, плановая

16. К условиям оказания медицинской помощи относятся

- 1) амбулаторные, стационарные, дневной стационар, вне медицинской организации
- 2) первичной медико-санитарной, скорой, специализированной, паллиативной
- 3) экстренной, неотложной, плановой
- 4) экстренной, первичной медико-санитарной помощи

17. К формам медицинской помощи относится медицинская помощь

- 1) экстренная, неотложная, плановая
- 2) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
- 3) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
- 4) амбулаторная, вне медицинской организации

Дополните

18. Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, - это _____ (медицинская помощь).

19. Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение, - это _____ (медицинская услуга).

20. Комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания – это _____ (профилактика).

Раздел 11. Основные принципы организации оказания медицинской помощи населению в РФ и РТ

Компетенции – ПК

ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья

ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-3.1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде

УК-3.2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

УК-3.6. Формулирует общее решение, умеет разрешать конфликтные ситуации на основе согласования позиций и учета мнений всех заинтересованных сторон.

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Для создания условий развития частного сектора здравоохранения необходимо обеспечить ему равные права
 - a) на участие в управлении системой здравоохранения
 - b) на работу в системе ОМС
 - c) **на участие в реализации государственных и муниципальных целевых программ**
2. При оказании медико-социальной помощи пациент имеет право
 - a) на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении
 - b) на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
 - c) на отказ от медицинского вмешательства
 - d) на получение информации о своих правах и обязанностях, и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья
 - e) **все вышеперечисленное**
3. Тарифы на медицинские услуги – это...
 - a) стоимость медицинских услуг
 - b) денежные суммы, возмещающие расходы государственных медицинских учреждений при оказании медицинской помощи
 - c) **денежные суммы, возмещающие расходы медицинской организации по выполнению территориальной программы ОМС**
 - d) цена на медицинские услуги
 - e) верно всё перечисленное выше
4. Какое сочетание требований к «целям» более подходит при планировании в здравоохранении
 - a) **измеримость+конкретность**

- b) гибкость+ приемлимость
 - c) измеримость+приемлемость
 - d) **измеримость+приемлемость+конкретность+гибкость+достижимость**
 - e) достижимость+измеримость
5. На объём и качество медико-социальной помощи населению влияют:
- a) удалённость медицинских учреждений
 - b) укомплектованность квалифицированными кадрами
 - c) оснащённость МО оборудованием
 - d) возможность получения специализированной помощи
 - e) **верно все перечисленное**
6. Выполнение плана посещений определяется как
- a) **отношение фактического числа посещений** к плановому
 - b) отношение числа плановых посещений к общему числу посещений
 - c) сумма посещений в поликлинике и на дому
 - d) сумма посещений ко всем врачам поликлиники
 - e) отношение фактического числа посещений к количеству врачей
7. Основные разделы лечебно-профилактической помощи населению
- a) профилактика, координация, лечение
 - b) **профилактика, диагностика, лечение, реабилитация**
 - c) диагностика, лечение
 - d) планирование, диагностика, лечение
- лечение, реабилитация
8. Прогнозирование деятельности здравоохранения осуществляется путём формирования следующих видов планов
- a) долгосрочного плана
 - b) текущего планирования
 - c) территориальной программы ОМС
 - d) бизнес-планирования
 - e) **верно всё перечисленное**
9. Укажите, какая фаза стратегического планирования является начальной
- a) **анализ внешних факторов**
 - b) анализ внутренних факторов
 - c) финансовый анализ
 - d) выбор оптимального курса действий
 - e) задачи, поставленные вышестоящей организацией
10. В процессе формулирования стратегии первым шагом является
- a) анализ внешней среды
 - b) анализ внутренней среды
 - c) установка целей и задач
 - d) **выбор приоритетов**
 - e) в зависимости от ситуации
11. Существуют следующие виды цен на медицинские услуги
- a) тарифы на медицинские услуги
 - b) государственные цены на платные услуги
 - c) договорные цены
 - d) **верно всё вышеперечисленное**
 - e) минимальные цены
12. Цена на медицинские услуги складывается из

- a) **себестоимости и прибыли**
 - b) себестоимости, прибыли, рентабельности
 - c) только из себестоимости
 - d) только рентабельности
 - e) себестоимости и налогов
13. Цена на медицинскую услугу включает в себя
- a) затраты на оплату труда
 - b) полные затраты мед. организации на выполненную работу
 - c) **полные затраты на выполненную работу +прибыль**
 - d) затраты на оплату труда и налоговые вычеты
 - e) затраты на выполнение Программы Государственных Гарантий
14. Определяющим фактором в методиках оценки экономической эффективности целевых программ является
- a) **достижение высоких результатов минимальными ресурсами**
 - b) соответствие цели планируемому результату
 - c) сбережение материально-финансовых ресурсов
 - d) удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи
 - e) высочайшее качество медицинской помощи
15. Организация платных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях должна включать в себя
- a) отбор услуг, не предусмотренных базовой программой
 - b) расчёт стоимости медицинской услуги
 - c) оповещение населения о перечне, стоимости и видах платных услуг
 - d) выбор направления использования дохода полученного от платных услуг
 - e) **верно всё перечисленное**
16. В каких единицах измеряется функция врачебной должности
- a) **в посещениях за год (абс.)**
 - b) в %
 - c) в посещениях на 10 тыс. населения
 - d) числом штатных должностей (абс.)
 - e) числом пациентов принятых за 1 год (абс)
17. Функция врачебной должности – это
- a) **объём работы за год (в посещениях)**
 - b) объём отработанных часов за год
 - c) число штатных должностей
 - d) число должностей, приходящихся на 10 тыс. населения
 - e) объём финансирования должности
18. Формула расчёта функции врачебной должности включает в себя «годовой бюджет рабочего времени» конкретной должности
- a) **да**
 - b) нет
19. При рассмотрении обращения государственным органом, органом местного самоуправления или должностным лицом граждан имеет право: представлять дополнительные документы и материалы либо обращаться с просьбой об их истребовании, в том числе в электронной форме
- a) знакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения

обращения, если это не затрагивает права, свободы и законные интересы других лиц и если в указанных документах и материалах не содержатся сведения, составляющие государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну

- b) получать письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, уведомление о переадресации письменного обращения в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов
- c) обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения
- d) все вышеперечисленное верно**

20. Письменное обращение подлежит обязательной регистрации с момента поступления в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в течение:

- a) трех дней**
- b) двух дней
- c) одного дня
- d) семи дней
- e) все вышеперечисленное неверно

21. Письменное обращение, поступившее в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, рассматривается со дня регистрации письменного обращения в течение:

- a) 14 дней
- b) 30 дней**
- c) 7 дней
- d) 21 дня
- e) все вышеперечисленное неверно

22. При заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- a) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг
- b) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации)
- c) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи
- d) другие сведения, относящиеся к предмету договора
- e) все вышеперечисленное верно**

23. Порядок лицензирования медицинской деятельности устанавливается

- a) Правительством РФ**
- b) Федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения
- c) Росздравнадзором
- d) уполномоченной профессиональной медицинской ассоциацией

24. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется

- a) Президентом РФ
- b) Правительством РФ**

- c) Министерством здравоохранения РФ
- d) Государственной Думой РФ

25. Предоставление медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий обеспечивает

- a) быстроту лечения
- b) доступность и качество медицинской помощи**
- c) низкую стоимость лечения
- d) высокую стоимость лечения

26. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается при 11

- a) наличии у пациента онкологического заболевания
- b) осуществлении контроля качества медицинской помощи**
- c) смертельном исходе пациента в стационаре
- d) осуществлении медицинской помощи несовершеннолетним пациентам старше 15-ти лет

27. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина допускается в целях

- a) предотвращения массовых отравлений и поражений**
- b) повышения комплаентности лечения
- c) совершенствования статистического учета медицинской организации
- d) снижения не прямых медицинских расходов на лечение

28. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи должна включать

- a) объем соответствующего вида медицинской помощи**
- b) протоколы ведения пациентов
- c) стандарт медицинской помощи
- d) порядок оказания медицинской помощи

29. Согласно 323 ФЗ, доступность медицинской помощи обеспечивается по принципу приближенности к _____ пациента

- a) месту жительства**
- b) месту отдыха
- c) месту командировки
- d) месту учебы

30. Согласно положениям ФЗ №323 комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг относится к термину

- a) медицинская помощь**
- b) медицинская реабилитация
- c) медицинская деятельность
- d) медицинская профилактика

31. Согласно положениям ФЗ №323 мероприятия по выявлению нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности её оказания проводится в рамках

- a) медико-экономической экспертизы
- b) экспертизы качества медицинской деятельности**

- с) экспертизы качества медицинской помощи
- d) медико-социальной экспертизы

32. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в собственности

- a) государства**
- b) страховых медицинских организаций
- с) предприятий, организаций
- d) фонда социального страхования населения РФ

33. Целью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи является

- a) обеспечения прав граждан РФ на бесплатное оказание медицинской помощи**
- b) рациональное использование бюджетных средств
- с) строгое соблюдение стандартов медицинской помощи
- d) снижение затрат на здравоохранение

Раздел 12. Основы управления здравоохранением в современных условиях в РФ и РТ

Компетенции - ПК-6. Способность и готовность к разработке инновационных стратегий и технологий, управлению проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

ПК-6.1. Демонстрирует умение адаптировать и применять на практике международные рекомендации по разработке стратегий профилактики заболеваний и укреплению здоровья

ПК-6.2. Умеет разрабатывать инновационные стратегии и технологии и управлять проектами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов.

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан.

ОПК-1. Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения

ОПК-1.2. Планирует, организует и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты.

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все нижеперечисленные, кроме

- a) недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- b) использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- с) сохранения общественного сектора здравоохранения
- d) увеличения кадрового потенциала;**
- e) перехода на медицинское страхование

2. Предпочтительно путём развития здравоохранения на современном этапе является
- а) государственная система
 - б) смешанная система**
 - с) страховая медицина
 - д) частная практика
3. Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи являются
- а) развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения**
 - б) перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный, развитие стационарозамещающих технологий
 - с) укрепление и развитие Федеральных научно-практических центров и Республиканских (краевых, областных) больниц.
 - д) развитие высокотехнологичной мед. помощи
 - е) развитие скорой мед. помощи
4. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении
- а) развитие первичной медико-санитарной помощи**
 - б) развитие сети диспансеров
 - с) повышение роли стационаров
 - д) повышение роли санаторно-курортной помощи
 - е) развитие высокотехнологичных видов мед. помощи
5. Какова наиболее ярко выраженная тенденция происходящих структурных преобразований в здравоохранении?
- а) сокращение средней продолжительности лечения**
 - б) снижение обеспеченности населения медицинскими кадрами
 - с) сокращение коечного фонда
 - д) сокращение среднего числа посещений на одного жителя в год
6. Источниками финансирования здравоохранения в настоящее время являются
- а) государственный бюджет
 - б) средства медицинского страхования
 - с) доходы от платных услуг населения
 - д) все вышеперечисленное**
7. Недостаток системы нормативного финансирования здравоохранения заключается
- а) в усредненности нормативов и их недостаточной обоснованности
 - б) в невозможности перераспределения средств бюджета
 - с) в директивности нормативов
 - д) в невозможности переноса остатков финансовых средств на последующий год
 - е) все вышеперечисленное верно**
8. Организация работы по подбору медицинских кадров в новых условиях не включает
- а) направление на обучение кадров на контрактных условиях
 - б) свободный прием специалистов
 - с) проверку знаний и умений специалистов при приеме на работу**

9. Организация работы с резервом руководящих кадров включает все нижеперечисленные, кроме
- a) подбора резерва на руководящие должности в здравоохранении
 - b) привлечения лиц, состоящих в резерве, к практической работе по управлению здравоохранением
 - c) выбора руководителя медицинского учреждения коллективом**
 - d) повышения квалификации специалистов резерва по организации здравоохранения
10. Последипломное обучение медицинских кадров осуществляется в следующих учебных заведениях, кроме
- a) институтов усовершенствования врачей
 - b) академий последипломного образования
 - c) факультетов усовершенствования врачей при медицинских институтах
 - d) курсовой подготовки на базе областных медицинских учреждений
 - e) в других учреждениях**
11. Организация последипломного обучения медицинских кадров включает следующие виды, кроме
- a) периодического обучения на курсах усовершенствования в системе последипломного образования
 - b) участия в семинарах, симпозиумах, конференциях
 - c) обучения в ординатуре, аспирантуре
 - d) самостоятельного обучения, без оформления соответствующими документами**
12. Специалист для проведения аттестации представляет в аттестационную комиссию следующие документы, за исключением
- a) отчета о деятельности за 5 лет
 - b) копии документов о повышении квалификации
 - c) справки о состоянии здоровья**
 - d) копии опубликованных работ, докладов
 - e) заявления
13. Структура органа управления здравоохранением не включает следующие подразделения
- a) функциональные
 - b) отраслевые
 - c) коллегиальные
 - d) вспомогательные**
14. Исходя из каких характеристик сфера медицинских услуг подразделяется на сегменты?
- a) по источникам финансирования
 - b) по форме собственности
 - c) всё вышеперечисленное**
 - d) по величине дохода МО
 - e) по подчиненности
15. Какие источники финансирования можно назвать рыночными ресурсами здравоохранения?
- a) средства предприятий (ДМС)
 - b) личные средства граждан
 - c) все вышеперечисленное**

- d) средства предприятий (ОМС)
- e) бюджет

16. Какие источники финансирования можно назвать общественными ресурсами здравоохранения?

- a) бюджетные ассигнования государства
- b) средства предприятий (ОМС)
- c) **все вышеперечисленное**
- d) личные средства граждан
- e) средства предприятий (ДМС)

17. Тарифы на медицинские услуги покрывают расходы МО?

- a) да – равны себестоимости услуг
- b) нет
- c) **не полностью**
- d) дают возможность формировать прибыль
- e) нет правильного ответа

18. Цены на медицинские услуги в МО, работающих по программам ДМС, соответствуют себестоимости медицинских услуг?

- a) да – равны себестоимости услуг
- b) ниже себестоимости
- c) **дают возможность формировать прибыль**
- d) нет правильного ответа
- e) зависит от формы собственности мед.организации

19. Источниками финансирования МО являются

- a) средства предприятий+бюджет
- b) бюджет+личные средства граждан
- c) **средства предприятий+личные средства граждан+бюджет**
- d) средства предприятий
- e) бюджет

20. Наиболее эффективным видом планирования в государственном секторе здравоохранения является

- a) бизнес-планы
- b) государственные (территориальные) программы
- c) **целевые программы**
- d) всё перечисленное выше
- e) региональные программы

21. Основой для планирования здравоохранения в условиях рынка являются

- a) потребность в лечебно-профилактической помощи
- b) спрос населения на медицинскую помощь
- c) **баланс потребности и спроса на медицинские услуги**
- d) нет верного ответа
- e) потребность в амбулаторно-поликлинической помощи

22. Что такое должность медицинского персонала

- a) вид трудовой деятельности
- b) **объём работы, соответствующий функциональным обязанностям**
- c) краткое изложение основных задач, требующих определённых навыков

- d) всё перечисленное
 - e) нет правильного ответа
23. Штатные нормативы – это
- a) объём работы персонала учреждения
 - b) затраты труда на определённый объём работы
 - c) **нормативы численности** персонала
 - d) расчётные нормы времени
 - e) расчётные нормы нагрузки
24. Средства предприятий (ОМС) и бюджет относятся к рыночному сектору финансовых ресурсов?
- a) да
 - b) нет
25. Устав МО, как автономного учреждения, расширяет права медицинского учреждения, в том числе планирования деятельности?
- a) нет
 - b) да
 - c) права остаются в прежнем объёме
26. Устав МО, как автономного учреждения, увеличивает ответственность медицинского учреждения?
- a) да
 - b) нет
 - c) ответственность остается без изменений
27. Новая система оплаты труда в здравоохранении является в основном
- a) стимулирующим фактором
 - b) контролирующим фактором
 - c) все вышеперечисленное
 - d) необходимостью
 - e) уравнивающим фактором между административным звеном и врачами

Раздел 13. Особенности организации оказания медицинской помощи городскому и сельскому населению и различным группам населения

Компетенции - ПК-3. Способность и готовность определять и оценивать факторы риска и разрабатывать мероприятия по их предупреждению

ПК-3.1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

ПК-3.2. Владеет основными принципами и методами профилактического консультирования

ПК-5. Способность и готовность эффективно взаимодействовать с различными социокультурными, профессиональными и социальноэкономическими группами для решения проблем общественного здоровья

ПК-5.1. Умеет использовать информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества в решении проблем общественного здоровья

ПК-5.2. Демонстрирует умение выбирать и использовать адекватные каналы коммуникации для различных целевых групп при реализации программ укрепления здоровья

ПК-5.3. Демонстрирует способность к работе в команде, способность брать на себя личную ответственность и лидерство в планировании и осуществлении проектной деятельности

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Медицинскую помощь сельскому населению оказывается на следующих этапах, кроме:

- a) фельдшерско-акушерского пункта
- b) врачебной амбулатории
- c) центральной районной больницы
- d) республиканских лечебных учреждений
- e) городской поликлиники**

2. Для повышения эффективности медицинской помощи сельскому населению прежде всего требуется

- a) повысить финансирование отрасли
- b) укреплять материально-техническую базу сельского здравоохранения
- c) повысить доступность мед. помощи**
- d) создать систему эффективной неотложной медицинской помощи

3. Принцип построения медицинской помощи городскому и сельскому населению едины, но в сельской местности оказывает влияние на её организацию нижеперечисленные факторы, кроме

- a) разбросанности населенных пунктов
- b) малой численности населения в них
- c) особенности сельскохозяйственного производства
- d) религиозной принадлежности населения**
- e) географического положения

4. В состав сельского врачебного участка не входит: ФАП

- a) врачебная амбулатория
- b) санаторий, располагающийся на территории участка**
- c) участковая больница
- d) ЦРБ

5. Функции сельского врачебного участка сводятся к следующим, за исключением

- a) оказания населению лечебно-профилактической помощи
- b) проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий
- c) родовспоможения
- d) охраны здоровья детей и подростков
- e) осуществления врачебно-трудовой экспертизы**

6. В функции сельской врачебной амбулатории не входит

- a) оказание амбулаторно-поликлинической помощи населению приписного участка
- b) направление на стационарное лечение больных
- c) проведение консультативных приёмов**
- d) организация диспансерного наблюдения

е) проведение диспансеризации

7. В функции ФАП входит всё, кроме

а) оказание населению доврачебной медицинской помощи

б) оценка качества диспансеризации

с) проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности

д) повышение санитарно-гигиенической культуры населению

е) выполнение рекомендаций после проведения диспансеризации

8. Факторами, определяющими особенности организации медицинской помощи сельскому населению, являются

а) географические

б) экономические

с) социальные

д) медицинские

е) все вышеперечисленное

9. Показатель материнской смертности принято рассчитывать в

а) процентах

б) промилле

с) продецимилле

д) просантимилле

е) в абсолютных числах

10. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом

а) (число женщин, умерших в родах)/(число родов)

б) (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель)/(число родившихся живыми и мертвыми) • 100 000

с) (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) • 100 000/(число родившихся живыми)

д) (число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода) • 100 000 /(число родившихся живыми и мертвыми)

е) (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) • 100 000/(число родившихся живыми и мертвыми)

11. Материнская смерть – это:

а) смерть женщины во время родов вне зависимости от того, где они произошли

б) обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины

с) обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение года после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины

д) обусловленная беременностью смерть женщины, наступившая в период родов или в течение 7 дней после них, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины

е) все случаи смерти беременной женщины, роженицы и родильницы

12. Ведущей причиной материнской смертности в странах с высокими ее уровнями являются

- a) **кровоотечения**
- b) экстрагенитальные заболевания
- c) сепсис
- d) аборт
- e) поздний гестоз

13. Ведущей причиной материнской смертности в мире являются

- a) **кровоотечения**
- b) экстрагенитальные заболевания
- c) сепсис
- d) аборт
- e) поздний гестоз

14. Среди основных причин смерти женщин 15–44 лет в мире материнская смертность находится на 1-м месте

- a) **2-м месте**
- b) 3-м месте
- c) 4-м месте
- d) 5-м месте

15. Перинатальная смертность-это

- a) смертность младенцев от рождения до 168 часов жизни
- b) смертность плодов в период родов
- c) смертность плодов до наступления родов
- d) **смертность плодов и младенцев от 22 недели развития до 168 часов жизни**
- e) смертность новорожденных в первый месяц жизни

16. Перинатальная смертность включает в себя

- a) мертворождаемость и младенческую смертность
- b) мертворождаемость и неонатальную смертность
- c) **мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность**
- d) антенатальную и интранатальную мертворождаемость
- e) раннюю неонатальную и постнеонатальную смертность

17. Перинатальный период начинается со срока беременности

- a) **22 недели**
- b) 24 недели
- c) 28 недель
- d) 32 недели
- e) 38 недель

18. Ранняя неонатальная смертность — это

- a) **смертность младенцев от рождения до 168 часов жизни**
- b) смертность плодов в период родов
- c) смертность детей первого года жизни
- d) смертность плодов и младенцев от 22 недели развития до 168 часов жизни
- e) смертность новорожденных в первый месяц жизни

19. Постнеональная смертность —это

- a) смертность младенцев от рождения до 168 часов жизни
- b) смертность плодов в период родов
- c) **смертность детей в период от 28 дней до 11 мес. 29 дней жизни**
- d) смертность плодов и младенцев от 22 недели развития до 168 часов жизни
- e) смертность новорожденных в первый месяц жизни

20. Неонатальная смертность — это

- a) смертность младенцев от рождения до 168 часов жизни
- b) смертность плодов в период родов
- c) смертность детей в период от 28 дней до 11 мес. 29 дней жизни
- d) смертность плодов и младенцев от 22 недели развития до 168 часов жизни
- e) **смертность детей от 7 до 28 дней жизни**

21. Младенческая смертность – это

- a) смертность младенцев от рождения до 168 часов жизни
- b) **смертность детей первого года жизни**
- c) смертность детей в период от 28 дней до 11 мес. 29 дней жизни
- d) смертность плодов и младенцев от 22 недели развития до 168 часов жизни
- e) смертность детей от 7 до 28 дней жизни

22. Младенческая смертность рассчитывается

- a) на 1000 населения
- b) **на 1000 детей, родившихся живыми**
- c) на 100 детей, родившихся живыми и мертвыми
- d) на 100 умершего населения
- e) на 10 000 детей 0–14 лет

23. Перинатальная смертность рассчитывается

- a) **на 1000 родившихся живыми и мертвыми**
- b) на 100 родившихся живыми
- c) на 1000 родившихся живыми
- d) на 1000 родившихся мертвыми
- e) на 100000 родившихся живыми

24. Мертворождаемость рассчитывается

- a) **на 1000 родившихся живыми и мертвыми**
- b) на 100 родившихся живыми
- c) на 1000 родившихся живыми
- d) на 1000 родившихся мертвыми
- e) на 100000 родившихся живыми

25. Ранняя неонатальная смертность рассчитывается

- a) на 1000 родившихся живыми и мертвыми
- b) на 100 родившихся живыми
- c) **на 1000 родившихся живыми**
- d) на 1000 родившихся мертвыми
- e) на 100000 родившихся живыми

26. Фетоинфантильные потери — это

- a) потери плодов в период беременности
- b) потери плодов с 22 недели беременности и в родах
- c) потери плодов в период родов

- d) потери плодов и новорожденных до 168 часов жизни
- e) **потери плодов с 22 недели беременности и детей** первого года жизни

27. На первом месте в структуре младенческой смертности в России находятся

- a) Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
- b) Болезни органов дыхания
- c) Врожденные аномалии (пороки) развития
- d) Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
- e) **Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде**

28. На первом месте в структуре младенческой смертности в Республике Татарстан находятся

- a) Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
- b) Болезни органов дыхания
- c) Врожденные аномалии (пороки) развития
- d) Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
- e) **Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде**

29. На втором месте в структуре младенческой смертности в Республике Татарстан находятся

- a) Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
- b) Болезни органов дыхания
- c) **Врожденные аномалии (пороки) развития**
- d) Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
- e) Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде

30. Новорожденными с низкой массой тела при рождении считаются родившиеся с массой (в граммах)

- a) **до 2500**
- b) до 1500
- c) до 1000
- d) до 800
- e) до 500

31. Новорожденными с очень низкой массой тела при рождении считаются родившиеся с массой (в граммах)

- a) до 2500
- b) **до 1500**
- c) до 1000
- d) до 800
- e) до 500

32. Новорожденными с экстремально низкой массой тела при рождении считаются родившиеся с массой (в граммах)

- a) до 2500
- b) до 1500
- c) **до 1000**
- d) до 800
- e) до 500

33. Нормативная численность детей и подростков на одном педиатрическом участке

- a) 600

- b) 700
- c) 800**
- d) 1000
- e) 1200

34. Штатный норматив врача- акушера-гинеколога на 10 тыс. детей 0-17 лет

- a) 0,25
- b) 0,5
- c) 0,75
- d) 1,0
- e) 1,25**

35. Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации со значительно сниженными функциональными возможностями, относятся к группе здоровья

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5**

36. Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями, относятся к группе здоровья

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4**
- e) 5

37. Дети и подростки с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации с сохранением функциональных возможностей организма, относятся к группе здоровья

- a) 1
- b) 2
- c) 3**
- d) 4
- e) 5

38. Дети и подростки с различными отклонениями в состоянии здоровья, а также имеющие сниженную сопротивляемость к заболеваниям, относятся к группе здоровья

- a) 1
- b) 2**
- c) 3
- d) 4
- e) 5

Кейс-задачи

Задача 1

В отчетном году в детскую поликлинику №1 города А с численностью обслуживаемого населения 55 тыс. чел. суммарное количество посещений к участковым врачам-педиатров составило 158122, среднегодовое число участковых врачей-педиатров – 25, число

отработанных дней за год составило 258 день, количество отработанных часов за год 1812,4 ч.

Рассчитайте: 1. показатель среднегодовой нагрузки участкового врача-педиатра (функция врачебной должности), 2. среднегодовой нагрузки врача в день, 3. среднегодовой нагрузки врача в час.

Ответ: 1. Функция врачебной должности = $178122/25 = 7124,9$ посещений в год на 1 врача-педиатра участкового 2. Среднегодовая нагрузка врача-педиатра участкового в день = $7124,9/258 = 27,6$ посещений 3. Среднегодовая нагрузка врача-педиатра участкового в час = $7124,9/1812,4 = 3,9$ посещения.

Задача 2

Численность детского населения района А в 2019г. – 110000 чел. Зарегистрировано случаев обращения по поводу заболевания за медицинской помощью жителями района в поликлинику объединенной больницы – 120530, в т.ч. с лечебной целью – 83673, с консультативной – 25250, с профилактической – 11607.

Вычислите: 1. показатель заболеваемости по данным обращаемости детского населения за медицинской помощью в 2019 году, 2. показатель структуры обращений за медицинской помощью.

Ответ: 1. показатель заболеваемости по данным обращаемости детского населения = $120530/110000 \cdot 1000 = 1095,7$ случаев заболеваний на 1000 детского населения; 2. Структура обращений за медицинской помощью: Удельный вес обращений с лечебной целью = $83673/120530 \cdot 100 = 69,4\%$ Удельный вес обращений с консультативной целью = $25250/120530 \cdot 100 = 20,9\%$ Удельный вес обращений с профилактической целью = $11607/120530 \cdot 100 = 9,6\%$

Задача 3

В городской детской больнице №1 в 2019 году число среднегодовых коек составило 420. В отчетном году поступило всего на госпитализацию 8360 детей; выписано больных – 8534 человека, умерло 8. Проведено больными койко-дней – 132250.

Рассчитайте: 1. показатели числа госпитализированных (пользованных больных), 2. среднее число дней занятости койки в году (работа койки), 3. оборот койки, 4. показатель средней длительности пребывания больного на койке.

Ответ: 1. число госпитализированных больных = $(8360 + 8534 + 8)/2 = 8451$; 2. работа койки = $132250/420 = 314,9$ дней; 3. оборот койки = $8451/420 = 20,1$ пациентов; 4. показатель средней длительности пребывания больного на койке = $132250/8451 = 15,6$ дней

Промежуточная аттестация: экзамен

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Экономика здравоохранения
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1,2
Семестр	2,3
Лекции (час.)	24 (8)
Практические занятия (час.)	54 (24)
Самостоятельная работа (час.)	66 (112)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	144 (144)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	4
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Зав. кафедрой, профессор Шулаев А.В.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Теоретические и методологические основы экономики здравоохранения	ОПК-3. Способность реализовывать управленческие принципы в профессиональной деятельности ОПК-3.1. Выбирает эффективный стиль управления внутри организации	Знать: нормативную документацию для эффективного стиля управления внутри организации	Тесты	10
		Уметь: выбирать стили управления организаций		
		Владеть: методами выбора стилей управления организаций		
Раздел 2. Финансирование в здравоохранении	ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов	Знать: способы эффективного использования трудовых и экономических ресурсов	Тесты	15
		Уметь: организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения		
		Владеть: методами организации работы в системе общественного здоровья и здравоохранения.		
	ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан	Знать: способы оценки экономических и финансовых рисков		
		Уметь: оценивать экономические финансовые риски		
		Владеть: методами оценки экономических и финансовых		

		рисков		
Раздел 3. Здравоохранение в системе рыночных отношений	ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно- управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов	Знать: способы эффективного использования трудовых и экономических ресурсов	Тесты	19
		Уметь: организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения		
		Владеть: методами организации работы в системе общественного здоровья и здравоохранения.		
	ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан	Знать: способы оценки экономических и финансовых рисков		
		Уметь: оценивать экономические финансовые риски		
		Владеть: методами оценки экономических и финансовых рисков		
Раздел 4. Обязательное и добровольное медицинское страхование в системе экономики здравоохранения	ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно- управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов	Знать: способы эффективного использования трудовых и экономических ресурсов	Тесты Кейс-задачи	26 3
		Уметь: организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения		
		Владеть: методами организации работы в системе общественного здоровья и здравоохранения.		

Раздел 5. Финансовое и экономическое планирование в здравоохранении	ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения	Знать: планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения	Тесты	30
		Уметь: формулировать цель, задачи научных исследований		
		Владеть: методами планирования научного исследования		
	ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно- практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования	Знать: алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований		
		Уметь: использовать алгоритмы и методы проведения научно- практических исследований		
		Владеть: методами проведения научно- практических исследований		
Раздел 6. Экономический анализ деятельности медицинской организации	ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно- управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в	Знать: способы оценки экономических и финансовых рисков	Тесты	20
		Уметь: оценивать экономические финансовые риски		
		Владеть: методами оценки экономических и финансовых рисков		

	сфере охраны здоровья граждан			
Раздел 7. Предпринимательст во в здравоохранении	ОПК -3. Способность реализовывать управленческие принципы в профессиональной деятельности ОПК-3.1. Выбирает эффективный стиль управления внутри организации	Знать: нормативную документацию для эффективного стиля управления внутри организации	Тесты	11
		Уметь: выбирать стили управления организаций		
		Владеть: методами выбора стилей управления организаций		
	ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов	Знать: способы эффективного использования трудовых и экономических ресурсов		
		Уметь: организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения		
		Владеть: методами организации работы в системе общественного здоровья и здравоохранения.		
Раздел 8. Тарифообразование и ценообразование в системе здравоохранения	ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по	Знать: планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения	Тесты	20
		Уметь: формулировать цель, задачи научных исследований		
		Владеть: методами планирования научного исследования		

	актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения			
	ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования	Знать: алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований		
		Уметь: использовать алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований		
		Владеть: методами проведения научно-практических исследований		
Промежуточная аттестация – экзамен	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой экзамена			

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, устный опрос, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с учебной, научной и справочной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Устный опрос

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (80-89 баллов) — неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — неполное и неточное определение понятий, не умение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Фонд оценочных средств

Раздел 1. Теоретические и методологические основы экономики здравоохранения

Компетенция - ОПК-3. Способность реализовывать управленческие принципы в профессиональной деятельности. (ОПК-3.1. Выбирает эффективный стиль управления внутри организации)

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. *Микроэкономический уровень экономических отношений отражает:*
 - а) деятельность каждого отдельного лечебно-профилактического учреждения, его структурных подразделений;
 - б) взаимодействие системы здравоохранения с другими отраслями народного хозяйства;
 - в) экономические отношения внутри самой системы здравоохранения;
 - г) взаимодействие системы здравоохранения с государством и обществом в целом и другими отраслями народного хозяйства;
 - д) верно все.

2. *Какие задачи нельзя решить на микроэкономическом уровне экономических отношений?*
 - а) анализ экономической эффективности использования ресурсов в отдельной организации здравоохранения;
 - б) ведение бухгалтерского, налогового и статистического учета;
 - в) **формирование подушевого норматива финансирования системы здравоохранения РБ;**
 - г) реализация территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РБ бесплатной медицинской помощи;
 - д) привлечение дополнительных (внебюджетных) средств для финансирования организаций здравоохранения.

3. *К задачам экономики здравоохранения относятся:*
 - а) анализ эффективности использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов здравоохранения;
 - б) изучение рентабельности, экономической эффективности различных форм оказания медицинской помощи;
 - в) экономическое обоснование затрат в здравоохранении на оказание различных видов медицинской помощи;
 - г) разработка экономических критериев эффективности здравоохранения;
 - д) **верно все.**

4. *Как должен планироваться бюджет?*
 - а) с превышением расходной части над доходной;
 - б) **с превышением доходной части над расходной;**
 - в) расходы должны соответствовать доходам;

- г) не имеет значения;
- д) с возможностью создания резервов на следующий год.

5. *Что не является доходной частью бюджета страны?*

- а) налоги и прибыль сельского хозяйства;
- б) налоги от населения;
- в) **личные средства населения;**
- г) налоги негосударственных организаций;
- д) налоги и прибыль промышленности.

6. *Какой из этапов не относится к бюджетной процедуре?*

- а) составление;
- б) рассмотрение;
- в) утверждение;
- г) **апробация;**
- д) исполнение.

7. *Что не относится к расходной части бюджета?*

- а) финансирование непроизводственной сферы;
- б) **штрафы и санкции;**
- в) государственное управление;
- г) субсидии и трансферты населению;
- д) обслуживание государственного долга.

8. *Какой финансовый план отражает смета?*

- а) доходов;
- б) **расходов;**
- в) доходов и расходов;
- г) нет верного ответа;
- д) поступление средств в бюджет.

9. *Какие статьи сметы не относятся к текущим расходам?*

- а) заработная плата;
- б) командировки и служебные разъезды;
- в) приобретение предметов снабжения и расходных материалов;
- г) **капитальный ремонт;**
- д) оплата транспортных услуг.

10. *Какая из форм собственности доминирует в отечественном здравоохранении?*

- а) **государственная;**
- б) частная;
- в) страховая;
- г) смешанная;
- д) все равны.

Раздел 2. Финансирование в здравоохранении

Компетенция - ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

(ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов; ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан)

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Что не является источником дополнительного финансирования здравоохранения?

- а) доходы от коммерческой деятельности организаций здравоохранения;
- б) средства медицинского страхования;
- в) **средства республиканского бюджета;**
- г) добровольные пожертвования физических и юридических лиц;
- д) медицинский туризм.

2. Какой из вариантов не относится к этапам финансового планирования здравоохранения?

- а) расчет финансовых нормативов;
- б) определение реальной потребности населения в различных видах медицинской помощи;
- в) определение реальной потребности здравоохранения в финансовых средствах;
- г) сопоставление фактически выделяемых государством финансовых средств с реальной потребностью в них здравоохранения;
- д) **формирование инвестиций.**

3. Что не относится к источникам финансирования здравоохранения?

- а) средства республиканского и (или) местных бюджетов;
- б) безвозмездная (спонсорская) помощь юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей;
- в) штрафы за нарушения санитарных норм и правил;
- г) доходы от платных услуг населения;
- д) **доходы лизинговых компаний.**

4. Как делятся финансовые нормативы? Укажите неправильный ответ:

- а) обязательные;
- б) **материальные;**
- в) необязательные;
- г) утверждаемые;
- д) расчетные.

5. Кем утверждается смета учреждения здравоохранения?

- а) руководителем учреждения;
- б) **начальником управления здравоохранения;**
- в) председателем областного исполнительного комитета;
- г) главным бухгалтером учреждения;
- д) председателем областного совета депутатов.

6. Какие выплаты не относятся к фонду заработной платы сотрудников организации здравоохранения?

- а) оплата труда основного персонала;
- б) оплата труда персонала параклинических учреждений;
- в) оплата труда персонала вспомогательных подразделений;
- г) оплата труда административно-хозяйственного и управленческого персонала;
- д) **оплата пособий по временной нетрудоспособности.**

7. Из чего складывается тарифная сетка?

- а) **совокупность разделенных по разрядам оплаты труда тарифных ставок и тарифных коэффициентов;**
- б) совокупность разделенных по разрядам оплаты труда корректирующих коэффициентов;
- в) совокупность разделенных по разрядам оплаты труда тарифных коэффициентов;
- г) совокупность разделенных по разрядам оплаты труда тарифных ставок;
- д) совокупность разделенных по разрядам оплаты труда тарифных ставок, тарифных и корректирующих коэффициентов.

8. Что отражает тарифный коэффициент?

- а) уровень квалификации работника;
- б) уровень ответственности работника;
- в) **во сколько раз тарифные ставки второго и последующих разрядов сетки выше ставки первого разряда;**
- г) стаж работника;
- д) все верно.

9. В каких разрядах по тарификации распределены врачи?

- а) **в 13-17 разрядах ЕТС;**
- б) в 9-13 разрядах ЕТС;
- в) в 18-21 разрядах ЕТС;
- г) в 22-26 разрядах ЕТС;
- д) нет верного ответа.

10. Какие размеры тарифной сетки меняются чаще всего?

- а) корректирующих коэффициентов;
- б) тарифных коэффициентов;
- в) **тарифных ставок;**

- г) корректирующих и тарифных коэффициентов;
- д) тарифных ставок и коэффициентов.

11. Какие надбавки к тарифному окладу назначаются в учреждения здравоохранения? Укажите неправильный ответ:

- а) за специфику труда;
- б) за стаж работы;
- в) **за непрерывный стаж работы в одной организации;**
- г) за квалификационную категорию;
- д) за работу в ночное время.

12. Что не имеют право выполнять руководители организаций в пределах фонда заработной платы?

- а) устанавливать доплаты за совмещение должностей или выполнение обязанностей временно отсутствующего работника?
- б) предусматривать средства на оказание материальной помощи?
- в) устанавливать надбавки за высокие профессиональные, творческие, производственные достижения в работе, сложность и напряженность труда?
- г) повышать тарифные оклады (ставки) руководителей, специалистов и служащих в размерах до 7 процентов;
- д) **приобретать оборудование.**

13. Что не входит в задачи экономического анализа?

- а) выявление потребности общества в услугах ЛПО в необходимом объеме;
- б) **составление штатного расписания ЛПО;**
- в) изучение полноты удовлетворения потребности общества в услугах учреждений и проверка установленных нормативов;
- г) оценка эффективности использования ресурсов;
- д) выявление и измерение факторов отклонений фактических показателей хозяйственной деятельности ЛПО от нормативных и определение резервов.

14. Что не является направлением экономического анализа ЛПО?

- а) использование основных фондов;
- б) **обоснованность назначений лекарственных препаратов;**
- в) использование коечного фонда;
- г) использование медицинской техники;
- д) анализ финансовых расходов.

15. Что не относится к исходным данным для исчисления нормативной и плановой себестоимости медицинской помощи?

- а) планируемые объемы медицинской помощи по видам ее оказания медицинской организацией;
- б) договоры на поставку материальных ресурсов, содержащие условия их выполнения и оплаты;
- в) нормы нагрузки, затрат труда, расчеты штатной численности, условия оплаты труда, определяемые согласно действующему законодательству;
- г) **удельный вес расходов на оплату определенных медицинских услуг;**

д) сроки полезного использования (нормативный срок службы) основных средств и предметов в составе оборотных средств.

Раздел 3. Здоровоохранение в системе рыночных отношений

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

(ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов

ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан)

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Основу рыночной экономики составляет:

- а) частная собственность на средства производства;**
- б) личная выгода;
- в) максимизация прибыли;
- г) свобода выбора сферы производства;**
- д) постоянный рост продаж;
- е) свобода заключения сделок.**

2. Укажите базовое понятие экономики здравоохранения:

- а) эффективность;**
- б) управление;
- в) емкость рынка;
- г) спрос;
- д) ресурсы;
- е) предложение.

3. Укажите, что из перечисленного ниже не относится к основным функциям рыночного механизма:

- а) ценообразование;
- б) обеспечение социальных гарантий;**
- в) соединение субъектов хозяйствования;
- г) регулирование, стимулирование и сбалансирование.

4. Ограниченность конкуренции и несовершенство информации при реализации медицинских услуг обусловлены:

- а) деятельностью лечебных учреждений;
- б) деятельностью СМО;
- в) деятельностью органов управления здравоохранения;
- г) пассивностью медицинской общественности;
- д) уникальностью и индивидуальностью медицинских услуг;**
- е) несовершенством рынка медицинских услуг.

5. К формам собственности в здравоохранении относится:

- а) общественная собственность;**

- б) федеральная собственность;**
- в) муниципальная собственность;**
- г) коллективно-долевая собственность;
- д) частная собственность.**

6. Какая некоммерческая организация здравоохранения может быть учредителем новых юридических лиц:

- а) государственное (муниципальное) казенное учреждение;
- б) государственное (муниципальное) бюджетное учреждение;**
- в) государственное (муниципальное) автономное учреждение?**

7. Какой из типов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения может получить кредит у кредитных организаций:

- а) государственное (муниципальное) казенное учреждение;
- б) государственное (муниципальное) бюджетное учреждение;
- в) государственное (муниципальное) автономное учреждение?**

8. Абсолютную эффективность финансовой деятельности МО характеризует:

- а) выручка;
- б) доход;
- в) прибыль;
- г) рентабельность;**
- д) фондоемкость.

9. Рентабельность - это:

- а) отношение прибыли, полученной от предоставления услуги, к ее полной себестоимости;**
- б) чистый денежный доход учреждения, остающийся после возмещения материальных затрат и средств на оплату труда;
- в) часть денежной выручки, остающаяся после возмещения материальных затрат.

10. Производство медицинских услуг принесет прибыль, если:

- а) валовой доход превышает валовые издержки;**
- б) цена превышает валовые средние издержки;
- в) валовые издержки превышают валовой доход;
- г) предельные издержки равны предельному доходу.**

11. Какая организационно-правовая форма предпринимательства наиболее распространена на современном этапе реформы здравоохранения:

- а) государственное (муниципальное) автономное учреждение;
- б) МО, оказывающая в том числе и платные медицинские услуги;**
- в) медицинский кооператив;
- г) частнопрактикующий врач;
- д) полное товарищество?

12. Цена медицинской услуги - это:

- а) денежное выражение стоимости;
- б) рыночный параметр, зависящий от спроса и предложения на медицинские услуги;**

- в) отражение затрат на оказание одной медицинской услуги;
- г) сумма денег, которую пациент готов заплатить и за которую врач готов реализовать свою медицинскую услугу.

13. К этапам пошагового метода определения затрат относятся:

- а) расчет затрат - определение базовой единицы учета затрат - группировка по нозологии;
- б) расчет затрат по подразделениям больницы - определение базовой единицы учета затрат - перераспределение затрат вспомогательных подразделений учреждения на основные подразделения;
- в) определение базовой единицы учета затрат - перераспределение затрат вспомогательных подразделений на основные - определение себестоимости каждой услуги.

14. К какой форме оплаты труда вы отнесли бы многофакторную систему оплаты труда?

- а) к повременной;
- б) к сдельной;
- в) сочетанию повременной и сдельной

15. В каком случае производство медицинских услуг принесет прибыль?

- а) когда валовой доход превышает валовые издержки;
- б) цена превышает валовые средние издержки;
- в) валовые издержки превышают валовой доход;
- г) предельные издержки равны предельному доходу?

16. Тарифную систему оплаты труда применяют в следующих формах и системах оплаты труда:

- а) сдельной;
- б) трудового вознаграждения;
- в) комиссионной;
- г) повременной.

17. В каких случаях целесообразно применять сдельную форму оплаты труда?

- а) при наличии количественных показателей работы;
- б) возможности точного учета качества работы;
- в) необходимости стимулирования увеличения выработки?

18. Какие методы направлены на создание благоприятных условий для трудовой деятельности работников?

- а) организационно-производственные;
- б) административные;
- в) социально-психологические;
- г) социально-экономические;
- д) правовые?

19. Лояльность потребителей медицинских услуг обусловлена:

- а) стажем работы врача;

- б) большим количеством ученых степеней, научных работ у врача;
- в) коммуникативными навыками врача;**
- г) квалификацией врача;
- д) все ответы верны.

Раздел 4. Обязательное и добровольное медицинское страхование в системе экономики здравоохранения

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

(ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов)

1. Что такое Обязательное Медицинское страхование?

- а) составная часть государственной системы социального страхования;
- б) система, направленная на повышение размеров оплаты труда медицинских работников;
- в) то же, что и страхование от несчастных случаев;
- г) то же, что и социальное страхование.

2. Какие гарантии дает обязательное медицинское страхование?

- а) получение всеми гражданами РФ медицинской помощи определенного объема и уровня;
- б) получение медицинской помощи минимального объема;
- в) бесплатное получение гражданам высокотехнологичной дорогостоящей медицинской помощи;
- г) выплату пособий в случае временной утраты трудоспособности.

3. Выберите утверждение, относящееся к добровольному медицинскому страхованию

- а) может осуществляться при отказе от участия в системе обязательного медицинского страхования;
- б) может осуществляться только региональными фондами ОМС;
- в) направлено на получение гарантий более высокого уровня медицинской помощи сверх установленных программой ОМС;
- г) в Российской Федерации отсутствует в связи с наличием обязательного медицинского страхования.

4. Чем определяют объем оказания медицинской помощи в системе ОМС?

- а) лечебным учреждением;
- б) Законом РФ “О медицинском страховании”;
- в) территориальной программой ОМС;+
- г) страховой компанией.

5. На что направлено введение системы обязательного медицинского страхования в России?

- а) получение устойчивого источника финансирования учреждений здравоохранения;
- б) повышение качества оказания медицинской помощи;

- в) увеличение заработной платы медицинским работникам;
- г) **все утверждения правильны.**

6. Кто такой страховщик?

- а) гражданин-обладатель страхового полиса;
- б) **страховая медицинская организация;**
- в) тот, кто уплачивает страховые взносы;
- г) лечебное учреждение, оказывающее медицинскую помощь в системе ОМС.

7. Кто такой страхователь?

- а) гражданин-обладатель страхового полиса;
- б) страховая медицинская организация;
- в) гражданин, который уплачивает страховые взносы;
- г) **лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее медицинскую помощь в системе ОМС.**

8. Выберите утверждение, которое относится к страховой медицинской организации?

- а) **имеет право контролировать качество оказания медицинской помощи;**
- б) контролирует качество оказания медицинской помощи только при возникновении жалоб от пациентов;
- в) участвует в лицензировании лечебно-профилактических учреждений;
- г) участвует в аттестации медицинских работников.

9. Кем осуществляются финансовые отчисления в фонды ОМС?

- а) работодателями;
- б) за счет средств бюджета;
- в) лично гражданами;
- г) **работодателями и за счет средств бюджета.**

10. Территориальная программа ОМС определяет...

- а) **объемы оказания медицинской помощи за счет средств бюджета и ОМС;**
- б) перечень лечебных учреждений, участвующих в системе ОМС;
- в) источники финансирования системы ОМС;
- г) направления развития страховых медицинских организаций на данной территории.

11. Основа для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования являются все, кроме:

- а) базовой программы ОМС
- б) численности и состава населения территории
- в) перечня медицинских учреждений, участвующих в ОМС
- г) показателя объема медицинской помощи населению
- д) **объема платных медицинских услуг+**

12. Гражданин, который имеет страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- а) в территориальной поликлинике
- б) в любой поликлинике населенного пункта
- в) **в любой поликлинике РФ**
- г) в любой поликлинике субъекта Федерации

13. Как принимается программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью?

- а) **принимается ежегодно;**
- б) была принята вместе с законом “Об обязательном медицинском страховании”;
- в) декларирована Конституцией РФ;
- г) является составной частью Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

14. Кто является страхователем при обязательном медицинском страховании для неработающих граждан?

- а) предприятие (работодатель)
- б) гражданин
- в) органы исполнительной власти

15. Кто является страхователем при коллективном добровольном медицинском страховании?

- а) **предприятие (работодатель)**
- б) гражданин
- в) фонд социального страхования

16. Кто является страхователем при индивидуальном добровольном медицинском страховании?

- а) предприятие
- б) **гражданин**
- в) фонд социального страхования

Дополните

1. Предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи – это _____ (**страховой риск**).

2. Совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию – это _____ (**страховой случай**).

3. Обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения – это _____ (**страховые взносы**) на обязательное медицинское страхование.

4. Составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории РФ медицинской помощи, и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования – это _____ (**базовая**) программа обязательного медицинского страхования.

5. Составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования – это _____ (**территориальная**) программа обязательного медицинского страхования.

6. Страховые организации реализуют программы добровольного страхования на основе _____ (**договоров**) с медицинскими организациями.

7. Фонды добровольного медицинского страхования страховые организации образуют за счет: _____ (**добровольных**) страховых взносов предприятий и организаций; _____ (**добровольных**) страховых взносов различных групп населения и отдельных граждан.

8. Медицинские организации несут ответственность за _____ (**объем и качество**) предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне.

9. Страховая организация несет правовую и _____ (**материальную**) ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования.

10. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором _____ (**добровольного медицинского**) страхования.

Кейс-задача 1

Российский турист, находящийся в зарубежной поездке на отдыхе по путевке, купленной в частной туристической фирме, оступился и получил перелом латеральной лодыжки правой голени. В местной больнице ему была оказана квалифицированная медицинская помощь. Кто должен оплатить стоимость лечения (пациент имеет ОМС, выданный страховой медицинской организацией по месту его работы)?

Ответ. При поездке за границу по туристической путевке страхование клиента на случай болезни и несчастного случая производит туристическая фирма, которая и несет финансовую ответственность в случае болезни или травмы туриста (это входит

в стоимость путевки). В противном случае турист должен сам расплачиваться за оказанную медицинскую помощь, если между странами нет договора об оказании медицинской помощи их гражданам при нахождении на территории страны-участницы договора.

Кейс-задача 2

Гражданка А. получила полис ОМС в Москве. Во время проживания у родственников в Московской области она заболела ОРЗ и решила обратиться к терапевту в местную поликлинику. В поликлинике терапевт отказал ей в приеме на том основании, что полис получен в Москве, а не в Московской области, и порекомендовал обратиться за медицинской помощью по месту постоянного жительства.

Вопросы:

1. Правомерны ли действия терапевта? Если нет, то какие положения законодательства РФ были нарушены?
2. К кому в поликлинике необходимо обратиться гражданке А. с жалобой на действия терапевта?
3. Кто должен представлять интересы гражданки А. в описанном случае?

Ответ:

1. Действия терапевта неправомерны. Согласно ФЗ № 326 "Об обязательном медицинском страховании в РФ" страховой медицинский полис имеет силу на всей территории РФ, а также на территориях других государств, с которыми РФ имеет соглашения о медицинском страховании граждан.
2. Обратиться с заявлением на имя главврача данного медицинского учреждения. Кроме того, Вы можете позвонить в свою страховую организацию по телефону, который указан на полисе ОМС, или в территориальный фонд ОМС.
3. В описанном случае представлять интересы гражданки А. должна страховая компания.

Кейс-задача 3

Страховая медицинская организация А заключила договор ОМС с организацией Б - работодателем застрахованных 1 января 2021 г. Договор содержит следующие условия: наименования сторон, срок действия, размер и порядок внесения страховых взносов, права и обязанности сторон. Первый взнос по договору был получен только 7 февраля 2006 г. Страховая медицинская организация А отказалась оплачивать медицинскую помощь, которую получали работники организации Б период с 1 января по 6 февраля.

Вопросы:

1. Правомерен ли отказ страховой медицинской организации А в оплате медицинской помощи?
2. С какого момента начинает действовать договор ОМС?
3. Все ли существенные условия содержит договор ОМС между страховой медицинской организацией А и организацией Б?
4. Являются ли стороной по договору застрахованные работники организации Б?

Ответ:

1. Отказ Страховой медицинской организации А в оплате медицинской помощи правомерен.

2. Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.
3. Договор медицинского страхования должен содержать: - наименование сторон; - сроки действия договора; - численность застрахованных; - размер, сроки и порядок внесения страховых взносов; - перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования; - права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.
4. По договору страхования сторонами являются страхователь, страховщик. Страхователем называется субъект страхового правоотношения, обязанный платить страховые взносы, иначе именуемые страховой премией. Страховщик - лицо, принявшее на себя обязанность уплатить при наступлении страхового случая страховое возмещение по имущественному страхованию или страховую сумму - по личному. Застрахованное лицо — это физическое лицо, человек, с жизнью и здоровьем которого связано событие, влекущее обязанность страховщика выплатить страховую сумму. В дано случае застрахованные работники организации Б. являются участниками договора.

Раздел 5. Финансовое и экономическое планирование в здравоохранении

ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов

(ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения

ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования)

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Какие методы не могут быть применены в экономике здравоохранения?

Варианты ответов:

- а) математико-статистические;
- б) анализ и синтез;
- в) балансовый;
- г) **научная абстракция;**
- д) прогнозирование.

2. Укажите неправильный ответ. План отражает:

Варианты ответов:

- а) цель;
- б) **методы управления;**
- в) предвидение конечных результатов;
- г) пути достижения цели;

д) методы достижения цели.

3. На каком уровне проводится стратегическое планирование?

Варианты ответов:

- а) городском и районном;
- б) областном и республиканском;**
- в) республиканском;
- г) областном;
- д) городском.

4. Что не относится к основным задачам территориальной программы?

Варианты ответов:

- а) консолидация государственных источников финансирования для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью;
- б) обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- в) научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;**
- г) повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения;
- д) создание единой системы планирования и финансирования медицинской помощи.

5. Какой из принципов не может быть использован при формировании территориальной программы?

Варианты ответов:

- а) обоснование потребности населения территории в медицинской помощи;
- б) обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи нормативам и стандартам оказания медицинской помощи;
- в) научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;
- г) обеспечение сбалансированности объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для ее реализации финансовых средств;
- д) совершенствование форм управления здравоохранением.**

6. Норматив потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи составляет:

Варианты ответов:

- а) 11,2 посещений на 1 жителя в год;**
- б) 16,0 посещений на 1 жителя в год;
- в) 10,5 посещений на 1 жителя в год;
- г) 10,8 посещений на 1 жителя в год;
- д) 12,3 посещений на 1 жителя в год.

7. Расчет потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи может выполняться по формуле:

Варианты ответов:

а) $\Pi = A \times K_{\Pi} + Д + \Pi_{\text{р}}$;

б) $\Pi = A + K_{\Pi} + Д + \Pi_{\text{р}}$;

в) $\Pi = A \times K_{\Pi} - Д + \Pi_{\text{р}}$;

г) $\Pi = A \times K_{\Pi} - Д - \Pi_{\text{р}}$;

д) $\Pi = A \times K_{\Pi} + Д - \Pi_{\text{р}}$.

8. Что не учитывается при планировании численности врачебных кадров в амбулаторно-поликлинических учреждениях?

Варианты ответов:

а) нормы нагрузки персонала учреждений здравоохранения;

б) потребность населения в медицинской помощи;

в) **число смен в году;**

г) плановая функция врачебной должности;

д) нагрузка врача данной специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому на разных видах работ.

9. Что отражает функция врачебной должности?

Варианты ответов:

а) **регламентированный объем работы (нагрузка) врача за год, оказывающего помощь на дому и ведущего амбулаторный прием;**

б) регламентированный объем работы (нагрузка) врача, оказывающего помощь в стационаре;

в) должностные обязанности врача;

г) регламентированный объем работы (нагрузка) врача, оказывающего скорую медицинскую помощь;

д) регламентированный объем работы (нагрузка) врача, оказывающего паллиативную медицинскую помощь.

10. Для расчета функции врачебной должности учитывают:

Варианты ответов:

а) нагрузку врача данной специальности на 1 час работы в поликлинике;

б) нагрузку врача данной специальности на 1 час работы на дому на разных видах работ;

в) число часов работы по приему, на профосмотрах и на дому;

г) число рабочих дней в году;

д) **все учитывают.**

11. Мощность поликлиники измеряется:

Варианты ответов:

а) укомплектованностью медицинскими работниками;

б) числом терапевтических участков;

в) заболеваемостью населения;

г) охватом диспансеризации;

д) **числом посещений в смену.**

12. Обеспеченность населения врачами общей практики согласно

государственным минимальным стандартам составляет:

Варианты ответов:

- а) 800;
- б) **1300;**
- в) 1700;
- г) 1800;
- д) 2000.

13. Для расчета потребности населения в медицинской помощи в стационарных условиях не учитывают:

Варианты ответов:

- а) уровень обращаемости населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения, в связи с заболеваниями на 1000 населения;
- б) уровень госпитализации;
- в) **структуру заболеваемости;**
- г) среднегодовая занятость койки;
- д) среднее число дней пребывания больного на койке.

14. Какой показатель не может быть использован для определения потребности в больничных койках?

Варианты ответов:

- а) уровень обращаемости на 1000 населения;
- б) показатель госпитализации на 100 обратившихся за медицинской помощью;
- в) **функция врачебной должности;**
- г) среднее число дней пребывания больного на койке;
- д) плановое число дней использования койки в году.

15. Какой показатель является показателем мощности стационара?

Варианты ответов:

- а) **число коек;**
- б) число врачебных должностей;
- в) среднее число дней использования койки;
- г) оборот койки;
- д) средняя длительность пребывания на койке.

16. Какие показатели используются при расчете потребности в койках в стационаре?

Варианты ответов:

- а) уровень обращаемости (заболеваемости) на 1 000 населения;
- б) процент госпитализации;
- в) среднее число дней пребывания пациента на койке;
- г) плановое число дней использования койки в году;
- д) **используются все показатели.**

17. Норматив обеспеченности койками (государственный минимальный

социальный стандарт) на 1000 жителей равен:

Варианты ответов:

- а) 8 коек;
- б) **9 коек;**
- в) 10 коек;
- г) 12 коек;
- д) 14 коек.

18. Норматив обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи (государственный минимальный социальный стандарт) одна бригада на:

Варианты ответов:

- а) 19 тыс. населения;
- б) 15 тыс. населения;
- в) **12 тыс. населения;**
- г) 10 тыс. населения;
- д) 8 тыс. населения.

19. Норматив обеспеченности аптеками (государственный минимальный социальный стандарт) одна аптека на:

Варианты ответов:

- а) 16 тыс. населения;
- б) 13 тыс. населения;
- в) 12 тыс. населения;
- г) 10 тыс. населения;
- д) **8 тыс. населения.**

20. Какие бывают нормы и нормативы по характеру установления и содержания?

Варианты ответов:

- а) директивные;
- б) финансовые;
- в) факультативные;
- г) материальные;
- д) **все ответы верны.**

21. По форме выражения и степени укрупненности нормы и нормативы бывают:

Варианты ответов:

- а) абсолютные (нормативы финансирования: на одного жителя, на одну койку, на одно амбулаторно-поликлиническое посещение и др.);
- б) относительные (обеспеченность врачами, средними медицинскими работниками, больничными койками на 1 000 населения);
- в) сводные (полные затраты на одну должность, на одну койку, на единицу услуг (тарифы) и т. д.);
- г) частные (на отдельные статьи расходов или элементы затрат);
- д) **все ответы верны.**

22. Что отражают штатные нормативы?

Варианты ответов:

- а) объем работы персонала учреждения;
- б) затраты труда на определенный объем работы;
- в) **нормативы численности персонала;**
- г) расчетные нормы времени;
- д) расчетные нормы нагрузки.

23. Что отражают нормы нагрузки?

Варианты ответов:

- а) затраты рабочего времени на конкретную работу;
- б) **регламентированный объем работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени в определенных организационно-технических условиях;**
- в) установленная численность работников для выполнения конкретного объема работы;
- г) величина затрат рабочего времени, установленная для выполнения единицы работы в определенных организационно-технических условиях;
- д) установленная численность работников для выполнения единицы работы.

24. Что отражают нормы времени?

Варианты ответов:

- а) **величина затрат рабочего времени, установленная для выполнения единицы работы в определенных организационно-технических условиях;**
- б) регламентированный объем работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени в определенных организационно-технических условиях;
- в) затраты рабочего времени на конкретную работу;
- г) установленная численность работников для выполнения конкретного объема работы;
- д) установленная численность работников для выполнения единицы работы в единицу времени.

25. Что не используется при расчете числа врачебных должностей в стационаре?

Варианты ответов:

- а) **уровень заболеваемости;**
- б) число коек в стационаре;
- в) число коек на одного врача;
- г) штатные нормативы;
- д) планируемые объемы и виды медицинской помощи.

26. Вопрос ... планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования

Ответы

Стратегическое
Текущее
Перспективное

27. Вопрос... планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет

Ответы

Текущее

Перспективное

Стратегическое

28. Вопрос В практическом здравоохранении в основном применяют ... методы планирования

Ответы

аналитический, нормативный и балансовый

экономико-математический, аналитический и нормативный

нормативный, экономико-математический и балансовый

29. Вопрос... метод обеспечивает пропорции в разрабатываемых планах и позволяет своевременно вскрыть намечающиеся диспропорции во время их реализации

Ответы

Балансовый

Аналитический

Экономико-математический

30. Вопрос Системный подход как принцип планирования в здравоохранении ...

Ответы

предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов; используется с учетом перспектив, прежде всего, таких отраслей, как культура, образование, наука, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, физическая культура, социальное обеспечение, сельское хозяйство, строительство и др.;

это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации)

Раздел 6. Экономический анализ деятельности медицинской организации
ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

(ПК-7.2. Демонстрирует готовность к оценке экономических и финансовых рисков и показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан)

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Оценка эффективности здравоохранения не может проводиться:

- а) по виду эффективности;
- б) по этапам работы;
- в) **по таблицам случайных чисел;**
- г) по объему работы;
- д) по затратам.

2. К показателям медицинской эффективности не относится:

- а) удельный вес пациентов с I-II стадиями злокачественных новообразований;
- б) удельный вес больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года;
- в) показатель эффективности диспансеризации;
- г) **уровень госпитализации;**
- д) показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов.

3. К показателям социальной эффективности не относится:

- а) показатели качества жизни;
- б) показатели доступности медицинской помощи;
- в) индекс информированности населения об имеющихся заболеваниях;
- г) индекс удовлетворенности населения деятельностью системы здравоохранения;
- д) **индекс здоровья.**
- е)

4. В оценке экономической эффективности различают следующие виды издержек, кроме:

- а) постоянных и переменных;
- б) прямых и косвенных;
- в) **зависимых и независимых;**
- г) косвенных и накладных;
- д) бухгалтерских и экономических.

5. В перечень народно-хозяйственных показателей экономического ущерба не входят:

- а) **экономические потери вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда;**
- б) структура экономического ущерба в расчете на одного человека для работающего населения;
- в) структура экономического ущерба в расчете на одного человека для неработающего населения;
- г) экономические потери от инвалидности;
- д) народно-хозяйственные потери от преждевременной смертности.

6. Для расчета экономического эффекта от снижения заболеваемости необходимы следующие исходные условия, кроме:

- а) размер не произведенной за дни болезни продукции;
- б) размер пособия по временной нетрудоспособности;
- в) затраты на лечение в стационаре;
- г) затраты на лечение амбулаторно;
- д) **возраст пациента.**

7. Предотвращенный экономический ущерб складывается на фоне улучшения следующих параметров, за исключением:

- а) улучшения здоровья населения за счет уменьшения затрат на медицинское обслуживание;
- б) уменьшения выплат по государственному социальному страхованию;
- в) увеличения числа рабочих дней и численности работающих;
- г) предотвращения случаев преждевременной смерти;
- д) **увеличения заработной платы медработникам.**

8. К методам анализа экономической эффективности не относится:

- а) **анализ затраты — прибыль;**
- б) анализ польза — ценность;
- в) анализ стоимость — выгода;
- г) анализ стоимость — эффективность;
- д) анализ стоимость — полезность.

9. Какой метод анализа экономической эффективности используется при равной эффективности исследуемых медицинских вмешательств:

- а) **анализ минимизации затрат;**
- б) анализ польза — ценность;
- в) анализ стоимость — выгода;
- г) анализ стоимость — эффективность;
- д) анализ стоимость — полезность.

10. При каком методе анализа экономической эффективности эффект выражается в QALY — сохраненные годы качественной жизни:

- а) анализ минимизации затрат;
- б) анализ польза — ценность;
- в) анализ стоимость — выгода;
- г) анализ стоимость — эффективность;
- д) **анализ стоимость — полезность.**

11. Какой метод анализа экономической эффективности используется для сравнения различных альтернатив лечения в разрезе расходов и исходов заболевания?

- а) анализ минимизации затрат;
- б) **анализ польза — ценность;**
- в) анализ стоимость — выгода;

- г) анализ стоимость — эффективность;
- д) анализ стоимость — полезность.

12. Экономическая эффективность здравоохранения выражается:

- а) в достижении поставленных целей в области профилактики заболеваний;
- б) в улучшении состояния пациента;
- в) в снижении уровня заболеваемости;
- г) в увеличении продолжительности жизни;
- д) **в оцененном вкладе в рост производительности труда.**

13. Модель конечных результатов (МКР) не включает:

- а) показатели здоровья населения;
- б) шкалу для количественной оценки и результатов деятельности;
- в) **коэффициенты качества медицинской помощи;**
- г) показатели деятельности организации здравоохранения;
- д) знак отклонения «+» или «-».

14. Видами экономического анализа организаций здравоохранения не является:

- а) внешний и внутренний;
- б) сплошной и выборочный;
- в) систематический и разовый;
- г) **частный и общий;**
- д) текущий и оперативный.

15. Вопрос Годовые прогнозы в здравоохранении называют оперативными
среднесрочными
краткосрочными

16. Вопрос... в учреждениях здравоохранения - это совокупность приемов и методов группировки и сравнительной оценки показателей лечебно-производственной и финансовой деятельности

Тип ответа: Текстовый ответ

Экономический анализ в учреждениях здравоохранения

17. Вопрос... экономический ущерб - это экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства валового внутреннего продукта (ВВП) и др.

Тип ответа: Текстовый ответ

Косвенный

18. Вопрос Экономический анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений

дает возможность объективно оценить использование материальных, трудовых и

финансовых ресурсов в каждом учреждении

проводится только на стадии реализации управленческих решений
проводится только на стадии выработки управленческих решений

19. Вопрос... анализ включает стоимость показателей и финансовых результатов (себестоимость, прибыль, рентабельность, стоимостный объем услуг, обеспеченность финансовыми ресурсами)

Финансово-экономический

Функционально-стоимостной
Технико-экономический

20. Вопрос... экономический ущерб - это затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи

Тип ответа: Текстовый ответ **Прямой**

Раздел 7. Предпринимательство в здравоохранении
ОПК -3. Способность реализовывать управленческие принципы в профессиональной деятельности

(ОПК-3.1. Выбирает эффективный стиль управления внутри организации)

ПК-7. Способность и готовность принимать обоснованные организационно-управленческие решения в области общественного здоровья и здравоохранения

(ПК-7.1. Умеет организовать работу в системе общественного здоровья и здравоохранения при эффективном использовании трудовых и экономических ресурсов)

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Что из перечисленного является компонентом общего экономического ущерба в связи с преждевременной смертью?

- а) размер пособия по временной нетрудоспособности;
- б) стоимость санаторно-курортного лечения;
- в) стоимость пребывания в стационаре;
- г) размер пенсии по инвалидности;

д) стоимость недопроизведенной продукции за годы до достижения возраста выхода на пенсию.

2. Что из перечисленного является компонентом общего экономического ущерба в связи с госпитализацией пенсионера?

- а) стоимость санаторно-курортного лечения;
- б) недопроизведенная за срок лечения продукция;
- в) размер пособия по временной нетрудоспособности;
- г) **стоимость пребывания в стационаре;**
- д) размер пенсии по инвалидности.

3. Экономическая эффективность здравоохранения определяется:

- а) как отношение числа потерянных рабочих дней к величине годового национального дохода;
- б) как отношение величины годового национального дохода к расходам на здравоохранение;
- в) как отношение расходов на пособия по нетрудоспособности к величине экономического ущерба;
- г) **как отношение экономического эффекта к затратам;**
- д) как отношение степени изменения спроса к изменению цены.

4. В основу оценки деятельности системы здравоохранения в современных экономических условиях положено:

- а) обеспеченность населения койками;
- б) обеспеченность населения врачами;
- в) **конечный результат с учетом состояния здоровья населения;**
- г) объем финансирования здравоохранения на одного жителя в год;
- д) общее количество стационарных коек на 1000 населения.

5. В каком интервале может быть значение коэффициента комплексной оценки (ККО)?

- а) только в интервале от нуля до единицы, так как фактические показатели деятельности не могут достичь уровня нормативных;
- б) только равным единице, так как фактические показатели деятельности должны быть равны нормативным;
- в) только больше единицы, так как фактические показатели деятельности должны быть только лучше нормативных;
- г) **в любом интервале, так как фактические показатели деятельности могут быть хуже, равны или лучше нормативных;**
- д) ни один из приведенных ответов не является верным.

6. Известная медицинская фирма начала производство и продажу новейшего типа оборудования для ультразвукового исследования. Какая ценовая стратегия в данном случае будет использована?

- а) гибких цен;
- б) стабильных цен;
- в) единых цен;
- г) зональных цен;
- д) **престижных цен.**

7. К моделям конечных результатов (МКР) относятся:

- а) показатели, которые характеризуют деятельность медицинских организаций в динамике;
- б) **нормативные значения основных показателей, шкала для оценки результатов деятельности, ряд показателей, которые характеризуют результаты деятельности;**

- в) показатели, которые характеризуют здоровье населения;
- г) шкала для оценки результатов деятельности;
- д) ряд показателей, которые характеризуют результаты деятельности.

8. К моделям конечных результатов (МКР) относятся следующие показатели:

- а) коэффициенты дифференциации и показатель результативности;
- б) обеспеченность населения койками и показатель дефектов;
- в) **показатель дефектов, показатель результативности;**
- г) коэффициенты дифференциации;
- д) обеспеченность населения койками.

9. К показателю результативности в модели конечных результатов (МКР) относятся следующие показатели:

- а) средняя численность населения участка;
- б) обеспеченность населения врачами;
- в) обеспеченность населения койками;
- г) коэффициенты дифференциации;
- д) **распространенность отдельных заболеваний, уровень качества лечения, средняя продолжительность случаев заболевания.**

10. К показателям результативности модели конечных результатов (МКР) не относится:

- а) уровень качества диспансеризации;
- б) распространенность отдельных заболеваний;
- в) средняя длительность одного случая заболевания;
- г) уровень качества лечения;
- д) **обеспеченность населения врачами.**

11. К показателям дефектов в модели конечных результатов (МКР) относятся следующие показатели:

- а) **число случаев заболевания СПИДом, которые произошли в стационаре, летальность дома от пневмонии, летальность в стационаре в течение первой недели от момента госпитализации;**
- б) летальность в стационаре в течение первой недели от момента госпитализации и обеспеченность населения койками;
- в) показатель заболеваемости СПИДом;
- г) показатель постнатальной смертности;
- д) первичный выход на инвалидность (на 10 тыс. населения).

Раздел 8. Тарифообразование и ценообразование в системе здравоохранения

ПК-1. Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, к участию в решении научно-практических (прикладных) задач в области общественного здоровья и здравоохранения, к публичному представлению их результатов

(ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения)

ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования)

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. Цену на платные медицинские услуги частные медицинские организации имеют право

- 1) назначать полностью свободно
- 2) назначать самостоятельно, но должны производить ее калькуляцию
- 3) назначать самостоятельно, но придерживаясь рекомендованного уровня рентабельности

2. Цена медицинской услуги – это

- 1) затраты на оказание услуги
- 2) себестоимость услуги
- 3) рентабельность услуги
- 4) количество денег, за которые продавец согласен оказать, а покупатель – получить одну медицинскую услугу

3. Медицинская услуга – это

- 1) медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение
- 2) услуга по купле-продаже медицинского оборудования
- 3) услуга по купле-продаже лекарственных препаратов
- 4) услуга по предоставлению информации о состоянии здоровья

4. Особенности рынка медицинских услуг являются

- 1) недостаточная информированность пациентов о требующейся услуге
- 2) отсутствие у пациента знаний, которые позволяли бы ему оценить объем и качество приобретаемых услуг
- 3) определение объема предоставляемых услуг не пациентом, а врачом
- 4) все ответы верны

5. Ценообразование – это процесс

- 1) формирования цен
- 2) поиск оптимального сочетания цен
- 3) определение уровня цены
- 4) все ответы верны

6. Равновесная цена на медицинскую услугу

- 1) устраивает только врача
- 2) устраивает только пациента
- 3) устраивает обе стороны

7. Цели ценообразования в здравоохранении

- 1) обеспечение выживаемости учреждения здравоохранения
- 2) завоевание сегмента рынка
- 3) изыскание дополнительных средств на развитие, материальное стимулирование труда
- 4) повышение доступности медицинской помощи для населения обслуживаемой территории
- 5) все ответы верны**

8. Варианты формирования цены

- 1) установление цены на уровне других медицинских организаций
- 2) безубыточность (без прибыли)
- 3) средние издержки + прибыль
- 4) установление цены, исходя из ощущаемой ценности услуги
- 5) все ответы верны**

9. Максимизация прибыли достигается при цене

- 1) существенно выше средней рыночной
- 2) чуть выше средней рыночной
- 3) равной средней рыночной
- 4) чуть ниже средней рыночной**
- 5) существенно ниже средней рыночной

10. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги

- 1) на иных условиях, чем предусмотрено программой ПГГ
- 2) при оказании медицинских услуг анонимно
- 3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства
- 4) при самостоятельном обращении
- 5) все ответы верны**

11. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг

- 1) не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи**
- 2) может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи

12. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 29.12.2012 г. №1631н учреждения самостоятельно определяют цены на медицинские услуги с учетом

- 1) анализа фактических затрат учреждения
- 2) прогнозной информации о динамике изменения уровня цен
- 3) анализа существующего и прогнозируемого объема рыночных предложений на аналогичные услуги и уровня цен на них
- 4) анализа существующего и прогнозируемого объема спроса на аналогичные услуги
- 5) все ответы верны**

13. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 29.12.2012 г. №1631н рекомендуемый уровень рентабельности составляет

- 1) 10%
- 2) **20%**
- 3) 30%
- 4) 50%

14. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 29.12.2012 г. №1631н за оказание платных медицинских услуг в ночное время медицинские организации имеют право применять повышающий коэффициент в размере до

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) **30%**
- 4) 50%

15. В соответствии с приказом Минздрава РФ от 29.12.2012 г. №1631н за оказание платных медицинских услуг в выходные и праздничные дни медицинские организации имеют право применять повышающий коэффициент в размере до

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30%
- 4) **50%**

16. В себестоимость платной медицинской услуги входят

- 1) заработная плата основного персонала
- 2) заработная плата прочего персонала
- 3) начисления на оплату труда
- 4) прямые материальные расходы
- 5) амортизация зданий и оборудования
- 6) общеучрежденческие расходы
- 7) **все ответы верны**

Укажите все правильные ответы

17. К прямым расходам медицинской организации при расчете стоимости медицинской услуги относятся

- 1) оплата труда основного персонала
- 2) оплата труда общеучрежденческого персонала
- 3) **начисления на оплату труда основного персонала**
- 4) начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала
- 5) **материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги полностью**
- 6) хозяйственные затраты
- 7) **износ мягкого инвентаря по основным подразделениям**
- 8) **износ медицинского оборудования**
- 9) затраты на командировки и служебные разъезды
- 10) амортизация зданий, сооружений

18. К косвенным расходам медицинской организации при расчете стоимости медицинской услуги относятся

- 1) оплата труда основного персонала
- 2) оплата труда общеучрежденческого персонала**
- 3) начисления на оплату труда основного персонала
- 4) начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала**
- 5) материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги полностью
- 6) хозяйственные затраты**
- 7) износ мягкого инвентаря по основным подразделениям
- 8) износ медицинского оборудования
- 9) затраты на командировки и служебные разъезды**
- 10) амортизация зданий, сооружений**

19. Вопрос Функция врачебной должности рассчитывается по формуле $\Phi = A \times B \times \Gamma$, где А - это ...

нагрузка врача на 1 час работы

число рабочих дней в году

число часов работы врача в день

20. Вопрос По содержанию и аспектам исследования ... анализ - это анализ, который направлен на поиск экономических видов медицинских услуг, определение трудозатрат и нормирование труда, определение необходимой технической оснащенности по различным видам предоставляемой медицинской помощи

Функционально-стоимостной анализ

Технико-экономический анализ

Финансово-экономический анализ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры №____
от «____» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Первая медицинская помощь
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2/3
Семестр	4/5
Лекции (час.)	12/4
Практические занятия (час.)	27 /12
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	72
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	2
Составитель ФОС (должность, ФИО)	ассистент Исмаилова Р.Р.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Тема 1.1. Общие принципы оказания первой медицинской помощи	Компетенция – ОПК 6.1, Умеет организовать уход за больными	Знать (компетенция ОПК 6.1.): основные принципы организации ухода за больными	Тестирование	7
		Уметь (компетенция ОПК 6.1.): осуществлять организацию ухода за больными		
		Владеть (компетенция ОПК 6.1.): методами организации ухода за больными		
	Компетенция – ОПК 6.2 Владеет навыками оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах	Знать: (компетенция ОПК 6.2.): основные принципы оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в	Тестирование	8

	массового поражения	очагах массового поражения		
		Уметь (компетенция ОПК 6.2.): применять навыки оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях		
		Владеть (компетенция ОПК 6.2.): методами оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях		
Тема 1.2. Первая медицинская помощь при кровотечениях, ожогах, отморожениях, ранениях	Компетенция – ОПК 6.1, Умеет организовать уход за больными	Знать (компетенция ОПК 6.1.): основные принципы организации ухода за больными	Тестирование	7
		Уметь (компетенция ОПК 6.1.): осуществлять организацию ухода за больными		
		Владеть (компетенция ОПК 6.1.): методами организации ухода за больными		

	Компетенция – ОПК 6.2 Владеет навыками оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Знать: (компетенция ОПК 6.2.): основные принципы оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Тестирование	8
		Уметь (компетенция ОПК 6.2.): применять навыки оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях		
		Владеть (компетенция ОПК 6.2.): методами оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях		
Тема 1.3. Первая медицинская помощь при травмах, несчастных случаях	Компетенция – ОПК 6.1, Умеет организовать уход за больными	Знать (компетенция ОПК 6.1.): основные принципы организации ухода за больными	Тестирование	7

		Уметь (компетенция ОПК 6.1.): осуществлять организацию ухода за больными		
		Владеть (компетенция ОПК 6.1.): методами организации ухода за больными		
	Компетенция – ОПК 6.2 Владеет навыками оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Знать: (компетенция ОПК 6.2.): основные принципы оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Тестирование	8
		Уметь (компетенция ОПК 6.2.): применять навыки оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях		

		Владеть (компетенция ОПК 6.2.): методами оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях		
Тема 1.4. Первая медицинская помощь при некоторых общих заболеваниях	Компетенция – ОПК 6.1, Умеет организовать уход за больными	Знать (компетенция ОПК 6.1.): основные принципы организации ухода за больными	Тестирование	7
		Уметь (компетенция ОПК 6.1.): осуществлять организацию ухода за больными		
		Владеть (компетенция ОПК 6.1.): методами организации ухода за больными		

	Компетенция – ОПК 6.2 Владеет навыками оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Знать: (компетенция ОПК 6.2.): основные принципы оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Тестирование	8
		Уметь (компетенция ОПК 6.2.): применять навыки оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях		
		Владеть (компетенция ОПК 6.2.): методами оказания первой доврачебной медико- санитарной помощи при неотложных состояниях		
Аттестация – зачет			Тестирование	В соответс твии с рабочей програм мой дисципли

				ины и процеду рой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Фонд оценочных средств

Компетенции - ОПК-6-1. Умеет организовать уход за больными

1. Медицинская помощь оказывается:

А. только государственными медицинскими учреждениями

Б. государственными и частными медицинскими учреждениями

В. в медицинских организациях независимо от формы собственности при наличии лицензии на медицинскую деятельность

Г. любыми организациями и частными лицами, желающими осуществлять медицинскую помощь

2. Дезинфекция – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение:

А. микроорганизмов

Б. грызунов

В. Насекомых

Г. членистоногих

3. Здоровье по определению ВОЗ – это:

А. состояние организма человека, когда все органы и системы функционируют в унисон с внешней средой

Б. полное физическое и психическое благополучие

В. отсутствие каких-либо болезненных изменений

Г. состояние полного физического, психического и социального благополучия

4. В сохранении здоровья участвуют:

А. сам пациент, семья

Б. медицинские работники

В. государство

Г. всё перечисленное верно

5. Факторы, влияющие на здоровье человека:

А. образ жизни

Б. социальные и природные факторы

В. способ общественного производства

Г. всё перечисленное верно

6. Что изучает реаниматология?

А. интенсивную терапию и реанимацию

Б. патогенез критических состояний

В. строение организма при клинической смерти

Г. изменение организма при терминальных состояниях

7. Уход за больными представляет собой комплекс:

А. лечебных, вспомогательных и гигиенических мероприятий, нацеленных на облегчение страданий больных и их выздоровление, а также на предупреждение заболевания;

Б. диагностических и лечебных мероприятий, направленных на установление точного диагноза и лечение больного;

В. гигиенических мероприятий, нацеленных на предупреждение заболевания.

8. Наружное применение лекарств связано с их:

А. общим действием;

Б. местным действием;

В. действием на расстоянии от места применения.

9. Установите соответствия между видом ухода и проводимыми мероприятиями.

1. Общий	А) уход, который включает дополнительные мероприятия при соответствующих заболеваниях Б) мероприятия, которые проводят независимо от характера заболевания
2. Специальный	

А. 1-Б, 2-А

Б. 1-А, 2-Б

10. Режим питания больного зависит от:

А. массы тела больного;

Б. характера болезни, состояния больного и его двигательной активности;

В. характера выполняемой работы.

11. Укажите правильную последовательность смены постельного белья больному, находящемуся на строгом постельном режиме:

А) чистую простынь, скатанную в виде валиков с двух сторон, подводят под крестец больного;

Б) грязную простынь скатывают в виде валика со стороны головы и ног больного, осторожно вытаскивают;

В) расправляют простынь по направлению к голове и ногам.

12. БАВ

2. АВБ

3. ВАБ

13. При назначении лечебного питания учитываются:

А. форма заболевания; применение лекарственных препаратов; состояние функций пищеварения;

Б. уровень тренированности организма; характер выполняемой работы;

В. тип телосложения больного.

14. Проведение гигиенического туалета, кормление, смена нательного и постельного белья относятся к элементам:

А. лечение больного;

Б. профилактики инфекционных заболеваний;

В. элементам ухода за больным.

15. Энтеральное введение лекарства:

А. через рот, под язык, через прямую кишку;

Б. ингаляционно;

В. внутримышечно, подкожно, внутривенно;

Г. внутривенно.

16. Найдите верное утверждение:

А. Мазевые повязки накладывают при необходимости кратковременного лекарственного воздействия.

Б. Внутримышечные инъекции содействуют более медленному всасыванию лекарственных веществ.

В. Подкожные инъекции применяют для введения лекарственных препаратов, которые хорошо рассасываются в подкожно-жировой клетчатке.

17. Загрязнение кожных покровов могут привести к появлению:

А. запаха;

Б. некрозу;

В. зуда, расчесыванию кожи;

Г. отека.

18. Установите соответствия между термином и его пояснением.

1) Абсцесс	А) накопление в ткани клеточных элементов, крови, лимфы, которое сопровождается местным уплотнением и увеличением объема тканей
2) Инфильтрат	Б) гнойное воспаление мягких тканей

А. 1-Б, 2-А

Б. 1-А, 2-Б

19. К диетическим продуктам относятся:

А. субпродукты;

Б. здоба;

В. свинина;

Г. мясо кролика.

20. Постановка пузыря со льдом выполняется в следующей последовательности:

А. обернув его полотенцем, приложить к больному месту;

Б. при необходимости длительной процедуры каждые 30 мин делать перерывы в охлаждении по 10 мин;

В. заполнить пузырь на 2/3 объема кусочками льда и плотно его закрыть;

Г. заполнить пузырь льдом на полный ее объем;

Д. оставить пузырь со льдом на несколько часов.

1) ГАБ;

2) ВАБ;

3) ГАД.

21. Укажите правильную последовательность действий при закапывании лекарства в глаза:

А. вымыть руки;

Б. указательным пальцем слегка оттянуть нижнее веко;

В. пипеткой влить 1-2 капли лекарства;

Г. лишнюю жидкость убрать ватным тампоном.

1) ГБАВ;

2) ГБВА;

3) БАВГ;

4) АБВГ.

22. Введение лекарств через рот, под язык, через прямую кишу называется _____
(энтеральное)

23. Комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов, называется _____ (дезинфекция)
24. Кварцевание относится к методам _____ (дезинфекции)
25. Способ транспортировки пациента из приемного покоя в отделение определяет _____ (врач)
26. Для профилактики пролежней необходимо менять положение пациента каждые _____ часа. (2 часа)
27. Пролежни на III стадии выглядят как _____ (язвы)
28. С целью удаления корочек из носовой полости используется _____ (вазелиновое масло)

ОПК-6-2. Владеет навыками оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения

1. По каким признакам диагностируется состояние биологической смерти, при котором реанимационные действия уже не проводятся?
- А. Зрачок деформируется во время сдавливания глазного яблока, есть трупные пятна, роговица глаза высохшая**
- Б. Отсутствует пульс в сонной артерии, отсутствует сознание, зрачки не реагируют на свет
- В. Отсутствует пульс в сонной артерии, сознания нет более 6 минут, зрачки не реагируют на свет
2. По каким признакам диагностируется состояние внезапной смерти, требующее безотлагательных реанимационных действий?
- А. Отсутствует пульс в сонной артерии, сознания нет более 4 минут, зрачки не реагируют на свет
- Б. Отсутствует пульс в сонной артерии, отсутствует сознание, зрачки не реагируют на свет**
- В. Зрачок деформируется во время сдавливания глазного яблока, есть трупные пятна, роговица глаза высохшая
3. При признаках внезапной смерти необходимо:
- А. Сделать 15 надавливаний на грудину, затем 2 вдоха искусственного дыхания, приподнять ноги пострадавшего и ожидать медицинский персонал
- Б. Сделать 10 надавливаний на грудину, затем 2 вдоха искусственного дыхания, приподнять ноги пострадавшего, приложить холод к голове и ожидать медицинский персонал
- В. Сделать 15 надавливаний на грудину, затем 2 вдоха искусственного дыхания, приподнять ноги пострадавшего, приложить холод к голове, реанимацию не прекращать до прибытия медицинского персонала**

4. Порядок действий при термическом ожоге с целыми ожоговыми пузырями:
- А. охладить место ожога (струя холодной воды в течение 10-15 мин/приложить холод на 20-30 мин) не вскрывая ожоговый пузырь и не удаляя загрязнения**
 - Б. вскрыть ожоговый пузырь, очистить место ожога от загрязнения, приложить холод
 - В. вскрыть ожоговый пузырь, очистить место ожога от загрязнения, обработать жиросодержащим веществом
5. Порядок действий при термическом ожоге с поврежденными ожоговыми пузырями:
- А. охладить место ожога (струя холодной воды в течение 10-15 мин/приложить холод на 20-30 мин)
 - Б. накрыть повреждение сухой чистой тканью, охладить поверхность ткани**
 - В. очистить место ожога от загрязнения, обработать жиросодержащим веществом, накрыть повреждение сухой чистой тканью
6. Что следует делать при обморожении?
- А. Доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, растереть место обморожения спиртовым раствором, смазать жиром
 - Б. Доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, обеспечить сухое согревание (одеяло) и обильное теплое питье до медицинской помощи**
 - В. Растереть снегом, доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, согреть в ванной с теплой водой
7. Порядок действий при переохлаждении:
- А. растереть снегом, доставить в теплое помещение, дать алкоголь, снять обувь и одежду, согреть в ванной с теплой водой
 - Б. доставить в теплое помещение, дать теплое питье, снять обувь и одежду, согреть в ванной с теплой водой, обеспечить сухое согревание (одеяло)**
 - В. дать алкоголь, доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, растереть спиртосодержащим веществом, обеспечить сухое согревание (одеяло)
8. Что прикладывается к месту растяжения или ушиба:
- А. холод**
 - Б. тепло
 - В. спиртовой компресс
9. Порядок действий при отравлении дымом, если пострадавший находится в сознании:
- А. обеспечить доступ свежего воздуха, уложить горизонтально, дать понюхать нашатырный спирт и принять во внутрь лекарство с сорбирующими свойствами
 - Б. вывести из зоны задымления, обеспечить доступ свежего воздуха, дать крепкий сладкий чай
 - В. вывести из зоны задымления, облегчить дыхание (разорвать или расстегнуть одежду), дать понюхать нашатырный спирт и напоить крепким сладким чаем, дать лекарство с сорбирующими свойствами**
10. Порядок действий при отравлении дымом, если пострадавший находится без сознания:
- А. вынести из зоны задымления, облегчить дыхание (разорвать или расстегнуть одежду), проверить наличие пульса, провести искусственное дыхание и непрямой**

массаж сердца, после появления дыхания положить набок, укрыть, дать понюхать нашатырный спирт и напоить крепким сладким чаем, дать лекарство с сорбирующими свойствами

Б. вынести из зоны задымления, облегчить дыхание (разорвать или расстегнуть одежду), после появления дыхания положить набок, укрыть

В. вынести из зоны задымления, облегчить дыхание (разорвать или расстегнуть одежду), дать понюхать нашатырный спирт и напоить крепким сладким чаем, дать лекарство с сорбирующими свойствами

11. Когда можно прекращать реанимационные действия по оказанию первой помощи утопающему?

А. Признаки дыхательной недостаточности полностью исчезли

Б. Есть незначительное нарушение ритма дыхания

В. Дыхание есть, но оно учащенное

12. При каком кровотечении наложение жгута нецелесообразно?

А. При венозном

Б. При артериальном

В. При капиллярном

13. На какое максимальное время можно оставлять жгут, наложенный на конечность при кровотечениях?

А. Летом - не более чем на 2 часа, зимой - не более чем на час

Б. До 3 часов независимо от температуры окружающей среды

В. Летом - не более чем на 1 час, зимой - не более чем на 2 часа

14. Что нельзя делать при оказании первой помощи при переломах?

А. Останавливать кровотечение

Б. Фиксировать поврежденную конечность

В. Вправлять на место кости

15. Порядок действий при оказании первой помощи при открытом переломе:

А. остановить кровотечение, дать обезболивающее средство, обработать края раны обеззараживающим раствором и закрыть рану стерильной повязкой, наложить транспортную шину со стороны неповрежденных кожных покровов

Б. вправить кость и наложить тугую повязку, дать обезболивающее средство, наложить транспортную шину со стороны неповрежденных кожных покровов

В. дать обезболивающее средство, наложить транспортную шину со стороны неповрежденных кожных покровов

16. Как остановить артериальное кровотечение конечностей?

А. Наложить тугую повязку на место вытекания крови, приподнять конечность

Б. Приподнять конечность и зафиксировать в таком положении

В. Приподнять конечность, наложить жгут (закрутку из подручных средств) выше раны

17. В каком месте накладывается жгут для остановки венозного кровотечения?

А. На место ранения

Б. Ниже на 10-15 см раны

В. Выше на 10-15 см раны

18. Как быстро остановить кровотечение из сонной артерии?

А. Наложить жгут

Б. Закрыть рану сдавливающей повязкой

В. Артерию зажать пальцем ниже раны

19. Что можно использовать в качестве транспортной шины при переломах?

А. прямой кусок доски или ветки, зонт, лыжи, жесткий картон

Б. прямой кусок доски или ветки, ткань, целлофан

В. лыжи, картон, ткань

20. Как приостановить кровотечение на конечностях при невозможности наложения жгута?

А. Обезболивающие таблетки

Б. Фиксация конечности в максимально согнутом состоянии

В. Теплый компресс

21. Максимальное время нахождения жгута на теле зимой _____ **(30 мин)**

22. Какие из признаков определяют открытый перелом конечностей?

А. Боль, есть открытая рана, видны кости

Б. Боль, просматривается деформация конечности

В. Боль, пострадавший жалуется на ограниченность движения конечностью

23. Какие действия относятся к временному прекращению кровотечения?

А. Закрытие раны давящей повязкой, сгибание конечности, закрытие раны пластырем

Б. Закрытие раны давящей антисептической повязкой, поднятие конечности вверх, закрытие раны пластырем

В. Закрытие раны давящей повязкой, максимально возможное сгибание конечности, наложение жгута, прижатие пальцами

24. Для иммобилизации конечности при переломе костей предплечья (голени) шина должна захватывать:

А. три сустава

Б. сустав выше места перелома

В. суставы выше и ниже места перелома

25. Что нельзя делать при нахождении предмета, который привел к ранению, в ране?

А. После наложения жгута выше раны, резко вытянуть предмет

Б. Оставить предмет в ране

В. Тугой повязкой зафиксировать предмет в ране

26. Для иммобилизации конечности при переломе костей плеча (бедра) шина должна захватывать:

А. три сустава

- Б. сустав выше места перелома
- В. суставы выше и ниже места перелома

27. В каком месте проверяется пульс человека, который находится в бессознательном состоянии?

- А. На запястье
- Б. На грудной клетке
- В. На сонной артерии**

28. Показаниями к транспортировке пострадавшего в положении сидя (полусидя) является:

- А. частая рвота
- Б. проникающее ранение в брюшную полость
- В. проникающие ранения грудной клетки, шеи**

29. Скопление крови в тканях называется _____ (гематома)

30. Какой вид перелома изображен на рисунке



- А. Закрытый**
- Б. Открытый
- В. Внутрисуставной

31. Можно ли прикасаться к пострадавшему, если он находится под напряжением _____ (нет)

32. Признаком правильного наложения жгута является _____ (исчезновение периферического пульса)

Промежуточная аттестация: зачет.

Тесты к зачету

Тестирование проводится по всему банку тестовых вопросов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА МЕДИЦИНСКОЙ И ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ**

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Менделевич В.Д.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Педагогика высшей школы
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1
Лекции (час.)	6 (2)
Практические занятия (час.)	15 (6)
Самостоятельная работа (час.)	15 (28)
Экзамен (час.)	-
Зачет (час.)	-
Всего (час.)	36
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Доцент Мутигуллина А.А.

Казань - 2022

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	4
II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	8
III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ	.13

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Контролируем ые разделы (темы), модули Дисциплины	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВ	Другие оценочные средства	
				Вид	Ко л- во
Модуль 1					
I. Общие основы педагогики					
1	Тема 1.Педагогика высшей школы: основные понятия и история становления.	ПК-12-1. Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья	Знать: технологию анализа данных и подготовки методических материалов с целью мотивирования населения к сохранению и укреплению здоровья Уметь: анализировать данные и готовить методические материалы для формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья Владеть: навыками анализа данных и подготовки методических материалов для формирования мотивированного отношения населения к сохранению и креплению здоровья	Тесты	27
		ПК-12-2. Готовность к применению научно-педагогических знаний в социально-практической и образовательной деятельности	Знать: пути и методы налаживания взаимодействия с руководителями структурных подразделений и руководством медицинской организации Уметь: взаимодействовать руководством медицинской организации и ее структурных подразделений Владеть: навыками налаживания взаимодействия с руководством медицинской организации и ее структурных подразделений	Ситуационны е задачи Составление технологичес кой карты занятия Дискуссия Проведение фрагмента занятия	5
2	Тема 2. Технологии, формы и методы организации обучения в высшей школе	ПК-12-1. Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья	Знать: психологические и социально-педагогические основы социальной работы Уметь: соотносить психологические и медико-социальные технологии с концепциями и теориями психосоциальной, структурной и комплексно ориентированной социальной работы. Владеть: методами и технологиями организации оказания социально-психологических, социально-педагогических услуг		
		ПК-12-2. Готовность к применению научно-педагогических знаний в социально-практической и образовательной деятельности	Знать: пути и методы налаживания взаимодействия с руководителями структурных подразделений и руководством медицинской организации Уметь: взаимодействовать руководством медицинской организации и ее структурных подразделений		

			Владеть: навыками налаживания взаимодействия с руководством медицинской организации и ее структурных подразделений		
3	Технология педагогического взаимодействия как условие эффективной педагогической деятельности	ПК-12-1. Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья ПК-12-2. Готовность к применению научно-педагогических знаний в социально-практической и образовательной деятельности	Знать: психологические и социально-педагогические основы социальной работы Уметь: соотносить психологические и медико-социальные технологии с концепциями и теориями психосоциальной, структурной и комплексно ориентированной социальной работы. Владеть: методами и технологиями организации оказания социально-психологических, социально-педагогических услуг Знать: пути и методы налаживания взаимодействия с руководителями структурных подразделений и руководством медицинской организации Уметь: взаимодействовать с руководством медицинской организации и ее структурных подразделений Владеть: навыками налаживания взаимодействия с руководством медицинской организации и ее структурных подразделений		

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль.

Процедура оценивания результатов обучения осуществляется на основе Положения Казанского ГМУ о формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся. Текущему контролю успеваемости (далее – ТКУ) подлежат следующие виды учебной деятельности студентов по дисциплине «Педагогика высшей школы»: посещение лекций, работа на практических занятиях, результаты самостоятельной работы, в том числе, на образовательном портале в дистанционном курсе. ТКУ проводится преподавателем, прикрепленным для реализации образовательной программы в конкретной академической группе или преподавателем, ответственным за виды учебной деятельности обучающихся.

ТКУ по дисциплине «Педагогика высшей школы» проводится в форме оценки выполнения заданий на самостоятельную работу в рабочих тетрадях или на образовательном портале, выполнения практических работ, устных опросов, тестового контроля, а также путем оценки выполнения рефератов, докладов, презентаций. Текущий контроль результатов самостоятельной работы проводится на каждом занятии выборочно для 30-50 % обучающихся. По окончании каждого раздела тематического плана ТКУ проводится для всех студентов группы. На практических занятиях преподавателем оценивается любое, особенно успешное действие (например, участие в дискуссии), отметкой фиксируется только решение полноценной задачи. Преподаватели будут стремиться определять оценку в диалоге (внешняя оценка преподавателя + внешняя оценка студентов + самооценка). Студент имеет право аргументированно оспорить выставленную оценку. За каждую учебную задачу или группу задач, показывающих овладение отдельным умением – ставится отдельная отметка.

Оценка успеваемости студентов по отдельной теме выражается по 10-балльной шкале, по дисциплине в 100 – балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

При проведении промежуточной аттестации (зачет) учитываются результаты ТКУ в течение семестра и применяется балльно-рейтинговая система, утвержденная Положением Казанского ГМУ о формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся. Зачет проводится в 1 семестре.

2. Самостоятельная работа

Выполняется в виде подготовки устного сообщения, доклада, презентации, подготовки реферата. Самостоятельно также могут выполняться отдельные практические работы (домашнее задание), размещенные в рамках дистанционного курса «Педагогика высшей школы» для магистров на сайте Казанского ГМУ.

3. Критерии оценки по формам текущего контроля.

Тестовые задания

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Решение ситуационных задач

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Промежуточная аттестация – зачет (тестирование)

II. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПК-12. Способность и готовность к просветительской деятельности

(публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска)

(ПК-12.1. Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья; ПК-12.2. Демонстрирует готовность к анализу данных и формированию методических материалов для формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья)

Тестовые задания

Укажите один правильный ответ

1. Педагогика – это наука о

- а) воспитании ребенка в условиях образовательных учреждений,
- б) образовании и воспитании человека, преимущественно в детстве и юности,**
- в) свободном формировании личности человека с рождения до старости
- г) педагогической деятельности воспитателя и педагога;
- д) анализе деятельности детей дошкольного и школьного возраста.

2. Предметом педагогики выступает

- а) процесс обучения ребенка в образовательных учреждениях,
- б) процесс общения педагога с обучающимся,
- в) процесс формирования и развития личности в ходе ее обучения и воспитания.**
- г) процесс обучения личности
- д) процесс воспитания личности

3. Метод воспитания – это

- а) способ стимулирования развития воспитуемого путем предъявления ему эталона,
- б) актуальный для определенного возраста способ формирования знаний, умений и навыков,
- в) способ воздействия на сознание, волю и чувства воспитуемого с целью выработки у него определенных убеждений.**

4. Образование – это

- а) целенаправленный процесс воспитания и обучения,**
- б) процесс взаимодействия педагога и учащегося,
- в) система государственных и муниципальных учреждений.
- г) процесс проведения теоретических и практических занятий

5. Объектом педагогики является:

- а) процессы, обуславливающие развитие индивида в ходе его функционирования в целенаправленной деятельности общества;**
- б) знания, полученные обучающимися на разных стадиях обучения в образовательном заведении;
- в) компетенции, полученные обучающимися на разных стадиях обучения в образовательном заведении;
- г) индивиды, являющиеся субъектами взаимоотношений между участниками образовательной системы.

6. Традиционными методами исследования в педагогике являются:

- а) наблюдение, изучение, анализ;**
- б) запись, заучивание, беседа;
- в) наблюдение, запись, воспитание.

г) опрос, видеонаблюдение.

7. Развитие личности это в педагогике:

- а) непрерывный процесс физического и интеллектуального личности, стимулируемый обучением;**
- б) этапы постепенного взросления индивида;
- в) процесс взаимодействия индивида с социумом.

8. Самообразование – это

- а) процесс получения знаний и формирования умений и навыков, инициированный учащимся вне рамок системы образования в любом возрасте,**
- б) обучение учащихся на дому со сдачей экзаменов в учебном заведении,
- в) подготовка к итоговой аттестации вне учебного заведения.

9. Собственными категориями педагогики являются:

- а) дети, личность, развитие
- б) деятельность, общество, социализация
- в) обучение, образование, воспитание, педагогическая деятельность**
- г) цель, результат, метод
- д) все ответы верны

10. К методам педагогического исследования относятся

- а) порицание и моральное осуждение,
- б) поощрение и награждение,
- в) изучение педагогической практики.**

11. Правило от легкого к трудному относится к принципу

- а) систематичности и последовательности,**
- б) логичности,
- в) аргументированности и доказательности.

12. Внутреннее побуждение личности к тому или иному виду деятельности – это

- а) повод,
- б) мотив,**
- в) причина.

13. Целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности – это

- а) образование,**
- б) развитие,
- в) взросление.

14. Преимущество тестового контроля состоит в том, что он

- а) Позволяет студентам самостоятельно вырабатывать суждения
- б) Развивает навыки публичного выступления
- в) Дает возможность диагностировать умения
- г) Позволяет оценить знания большой группы студентов за ограниченное время**

15. Формы организации учебного процесса – это

- а) Лекции, семинарские и практические занятия.**
- б) Образование, обучение, воспитание
- в) Наука, теория, практика

г) Задания закрытой формы, задания открытой формы, ситуационные задачи

16. Выберите подходящую характеристику проблемного обучения:

а) Учащиеся усваивают знания в готовом виде

б) Обучение направлено на самостоятельный поиск обучаемым новых понятий и способов действий

в) Учебный материал изучается отдельными порциями

г) Учебный материал изучается в сжатые сроки

17. Позиция педагога - это:

а) + совокупность интеллектуальных, волевых, эмоциональных, оценочных отношений к миру и педагогической деятельности.

б) установка на постоянное самосовершенствование и проповедование знаний;

в) функционирование педагога в образовательном учреждении.

18. Основным признаком коллектива, отличающим его от других типов групп -

а) общность ценностных ориентаций

б) разнообразие социальных ролей

в) традиции

г) наличие общей цели и совместной деятельности

19. Деловая игра в высшем медицинском образовании планируется как

а) метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям

б) способ релаксации, отвлечения от монотонной учебной деятельности

в) упражнение в силе и ловкости

г) организация учебного процесса, направленная на заслушивание информации

20. Во время проведения дискуссии действуют все перечисленные правила, кроме:

а) Умения выслушать оппонента до конца

б) Краткости выступления, соблюдения регламента

в) Выступления только по теме данной дискуссии

г) перехода на личности в ходе дискуссии

Дополните

1. Педагогическая технология – это совокупность средств и методов воспроизведения теоретически обоснованных _____ обучения и воспитания, позволяющих успешно реализовывать поставленные образовательные цели. **(процессов)**

2. Диалогический метод обучения, предполагающий подведение учеников к пониманию нового материала путем постановки системы вопросов, называется _____. **(беседа)**

3. Игровое обучение, проблемное обучение, программированное обучение, контекстное обучение – это _____. **(педагогические технологии)**

4. Логическая цепь взаимосвязанных действий преподавателя и студента, посредством которых передается и воспринимается содержание, которое перерабатывается и воспроизводится – это _____. **(методы обучения)**

Установите соответствие

1) Установите соответствие между понятиями и их определениями

1. Образование
2. Развитие
3. Дидактика
4. Предмет педагогики

а) Процесс и результат усвоения человеком систематизированных знаний, умений и навыков, определенный уровень интеллектуального и эмоционального развития, формирования мировоззрения и познавательных интересов

б) Объективный процесс внутреннего последовательного количественного и качественного изменения физических и духовных сил человека

в) Отрасль педагогики, разрабатывающая теорию обучения и образования

г) Процесс формирования и развития личности в ходе ее обучения и воспитания

Ответ: 1а 2б 3в 4г

2) Установите соответствие между понятиями и их определениями

1. Мозговой штурм
2. Ролевая игра
3. Бинарная лекция

а) два преподавателя обсуждают проблему между собой

б) студенты проводят совместное обсуждение некоторой проблемы

в) в процессе обучения студенты представляют решение ситуации в формате «врач-пациент»

Ответ: 1б 2в 3а

3) Установите соответствие между понятиями и их характеристиками

1. Преподавание
2. Учение
3. Прием
4. Средство
5. Урок
6. Результат

а) Конечные следствия учебного процесса, степень реализации намеченной цели.

б) Составная часть метода, разовое действие, отдельный шаг.

в) Материальный или идеальный объект, который «помещен» между учителем и учащимися и использован для усвоения знаний.

г) Процесс, в ходе которого на основе познания, упражнения и приобретенного опыта, возникают новые формы поведения и деятельности, изменяются ранее приобретенные.

д) Упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения.

е) Организация обучения с группой одного возраста, постоянного состава, по твердому расписанию и единой для всех программой обучения.

Ответ: 1д 2г 3б 4в 5е 6а

Ситуационные задачи

Задача 1. Вы – преподаватель сестринского дела, тема занятия - закрепить учебный материал «Подкожное введение лекарственных препаратов».

Вопросы:

1. Какой это тип занятия?
2. Какую структуру занятия в зависимости от поставленной цели Вы собираетесь выбрать?

Ответ: 1. Практическое. 2. Урок –закрепление.

Задача 2. Вы – преподаватель сестринского дела. Ставите цель – проверить уровень практических умений студентов по теме «Подкожное введение лекарственных препаратов».

Вопросы:

1. Какой это тип занятия?
2. Какую структуру занятия в зависимости от поставленной цели Вы собираетесь выбрать?

Ответ: 1. Практическое. 2. Урок - обобщение изученного материала.

Задача 3. На занятии преподаватель предлагает студентам ответить на вопросы, составленные по материалам самостоятельной работы. Студентам разрешается корректировать ответы; при необходимости он тоже вносит поправки. Вопросы. Вызывающие трудность у большей части студентов, разбираются более детально. В работу вовлекаются все студенты, деятельность каждого оценивается коллегиально.

Вопросы:

1. Какой, на Ваш взгляд, тип взаимоотношений установился между педагогом и студентами?
2. Какие методы и формы работы использует преподаватель при проведении занятия?

Ответ: 1. Демократический. 2. Активные.

Задача 4

Вы врач отделения. Вам предстоит провести беседу с пациентом.

Вопросы: Перечислите средства построения пространства встречи и общения с пациентом.

Ответ: вербальные и невербальные компоненты общения

Задача 5.

Какие дополнительные материалы применяет врач при общении с разными категориями слушателей (пациентами, их родственниками, коллегами, студентами) для передачи информации специального медицинского содержания?

Ответ: памятки, схемы, таблицы, рекламные листовки, брошюры, муляжи, макеты и др.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра микробиологии имени академика В.М. Аристовского

УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой микробиологии
им. академика В.М. Аристовского
д. м.н., профессор Исаева Гузель Шавхатовна

(подпись)

протокол №___ заседания кафедры
от «___» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина:	Медицинская микробиология
Код и наименование специальности	32.04.01 «Общественное здравоохранение»
Квалификация	магистр
Уровень	магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет/Институт	медико-профилактический
Курс	1 (1)
Семестр	1(1)
Лекции (час)	6 (2)
Практические занятия	15 (6)
Самостоятельная работа	15 (28)
Экзамен	0
Зачет	0
Всего	36 (36)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1 (1)
Составители ФОС	Доцент Кипенская Лариса Викторовна Ассистент Хусаинова Ралина Маратовна Ассистент Чумарев Никита Сергеевич

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	3
II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	4
III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ	7

I. Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы/темы/модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля	Кол.во
Раздел 1	Компетенция - УК-1	Знать:	Тестирование	10
		Уметь:		
		Владеть:		
Раздел 2	Компетенция - ПК-4	Знать:	Тестирование Кейс-задача	5
		Уметь:		3
		Владеть:		
Раздел 3	Компетенция - ПК-4	Знать:	Тестирование Кейс-задача	5
		Уметь:		2
		Владеть:		
Раздел 4	Компетенция - ПК-4	Знать:	Тестирование Кейс-задача	5
		Уметь:		2
		Владеть:		
Раздел 5	Компетенция - ПК-4	Знать:	Тестирование Кейс-задача	5
		Уметь:		3
		Владеть:		
Промежуточная аттестация - зачет	Компетенции - УК-1, ПК 4		Итоговое тестирование	

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

ТКУ по дисциплине проводится в форме оценки выполнения заданий на самостоятельную работу в рабочих тетрадях или на образовательном портале, устных опросов, тестового контроля, решения кейс-задач. Текущий контроль успеваемости проводится на каждом занятии выборочно для 50-70 % обучающихся. По окончании каждого раздела тематического плана (модуля) ТКУ проводится для всех обучающихся группы. На практических занятиях преподавателем оценивается любое, особенно успешное действие (например, участие в дискуссии), отметкой фиксируется только решение полноценной задачи. За каждую учебную задачу или группу задач, показывающих овладение отдельным умением, ставится отдельная отметка.

Оценка успеваемости по отдельной теме выражается по 10-балльной шкале, по разделу (модулю) в 100 – балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

2. Самостоятельная работа.

Самостоятельная работа по дисциплине проводится в форме выполнения заданий в рабочих тетрадях и на образовательном портале, изучении лекций, научной литературы, решение кейс-задач, подготовка устных ответов.

3. Критерии оценки по формам текущего контроля.

Тесты

Критерии оценки:

90-100 баллов – оценка «отлично» выставляется, если студент правильно ответил на 90% - 100% вопросов теста.

80–89 баллов – оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно ответил от 80% до 90% вопросов теста.

70–79 баллов – оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент правильно ответил от 70% до 80% вопросов теста.

Менее 70 баллов – оценка «неудовлетворительно» выставляется, если студент правильно ответил менее 69% вопросов теста

Решение ситуационных задач:

Критерии оценки:

Ответ оценивается на «отлично» (90-100 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей; полный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, правильная оценка ситуации.

Ответ оценивается на «хорошо» (80-89 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; неполный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога.

Ответ оценивается на «удовлетворительно» (70-79 баллов) – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, в том числе на вопрос к иллюстративному материалу, требующий наводящих вопросов педагога.

Ответ оценивается «неудовлетворительно» (0-69 баллов) – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос к иллюстративному материалу.

Промежуточная аттестация - зачет

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Раздел 1

Компетенция УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов)

Тесты

Укажите правильный ответ

1. Тинкториальными свойствами называют:

- А) Способность ферментировать углеводы
- В) Способность воспринимать красители**
- С) Способность к спорообразованию
- Д) способность к росту на питательных средах

2. Морфологические и тинкториальные свойства стрептококков:

- А) грамположительные кокки ланцетовидной формы, расположенные попарно или цепочкой**
- В) грамположительные кокки, расположенные в виде «гроздьев винограда»
- С) грамположительные кокки, расположенные в виде «пакетов»
- Д) не имеют капсулу

3. Споры образуют следующие бактерии:

- А) дифтерийная палочка
- В) сибиреязвенная палочка**
- С) кишечная палочка
- Д) возбудитель сыпного тифа

4. Шаровидная форма характерна для следующих бактерий:

- А) вибрионов
- В) бацилл
- С) коринебактерий
- Д) стафилококков**

5. Спиралевидная форма характерна для следующих бактерий:

- А) Микобактерий
- В) Нейссерий
- С) Лептоспир**
- Д) Франциселл

6. Бактерии, не имеющие клеточную стенку:

- А) микоплазмы**
- В) хламидии
- С) спирохеты
- Д) бореллии

7. Как называют бактерии, которые имеют один жгутик на одном полюсе клетки:

- А) монотрихи**
- В) перитрихи
- С) лофотрихи
- Д) амфитрихи

8. Кислотоустойчивыми бактериями являются:

- A) микоплазмы
- B) микобактерии**
- C) хламидии
- D) стафилококки

9. Профилактические мероприятия направленные на предотвращение попадания микроорганизмов в рану:

- A) Дезинфекция
- B) Стерилизация
- C) Асептика**
- D) Антисептика

10. Борьба с грызунами - источниками возбудителей инфекционных заболеваний называется:

- A) Дератизацией**
- B) Дезинфекцией
- C) Дезинсекцией
- D) Стерилизацией

Раздел 2

Компетенция ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

(ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья)

Тесты

Укажите правильный ответ

1. АКДС вакцину применяют для профилактики:

- A) дизентерии
- B) коклюша**
- C) кори
- D) сифилиса

2. Для диагностики какого возбудителя используют пробу Манту:

- A) микобактерии туберкулеза**
- B) вибрионы
- C) трепонемы
- D) бруцеллы

3. Какой путь передачи и возбудителя коклюша:

- A) трансплацентарный
- B) трансмиссивный
- C) алиментарный
- D) воздушно-капельный**

4. Возбудители брюшного тифа и паратифов относятся к роду:

- A) Escherichia
- B) Shigella
- C) Salmonella**
- D) Proteus

5. Резервуаром менингококков является:

- A) больной человек**
- В) почва
- С) кровососущие насекомые
- Д) птицы

Кейс – задачи

Задача 1

В окрашенном мазке, приготовленном из гнойного отделяемого пациента, обнаружены бактерии шаровидной формы, располагающиеся гроздьями в виде неправильных скоплений.

К какому роду относят бактерии, имеющие такую морфологию?

Ответ: Стафилококки.

Задача 2

Врач, микроскопируя мазки, приготовленные из гноя уретры больного и окрашенные по Граму, обнаружил диплококки бобовидной формы малиново-красного цвета, обращенные вогнутыми поверхностями один к другому. Бактерии располагались внутри и вне лейкоцитов. Он поставил диагноз «гонорея».

1. На основании изучения каких свойств бактерий врач диагностировал заболевание больного?

2. Как называется метод диагностики инфекционного заболевания, при котором видовая принадлежность бактерий определяется при просмотре окрашенных мазков, приготовленных из исследуемого материала?

Ответ:

- 1. На основании изучения морфологических свойств.
- 2. Бактериоскопический метод.

Задача 3

При микроскопии мазков обнаружены фиолетового цвета кокки, располагающиеся цепочками, и такого же цвета ланцетовидной формы кокки, располагающиеся попарно.

Каким методом были окрашены мазки?

Ответ: мазки окрашены по Граму.

Раздел 3

Компетенция ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

(ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья)

Тесты

Укажите правильный ответ

1. К дрожжеподобным грибам относят представителей рода:

- A) Candida**
 - В) Aspergillus
 - С) Penicillium
 - Д) Mucor
2. Переплетение (скопление) грибных клеток:
- А) септа
 - В) гифа
 - С) мицелий**

D) дрожжи

3. Охарактеризуйте поверхностные микозы:

A) локализация патологического процесса преимущественно в поверхностных слоях кожи и волос;

B) образование подкожных абсцессов и гранулем;

C) развитие заболевания на фоне ослабленного иммунитета;

D) первичное поражение легких с развитием пневмоний;

4. Возбудитель трихомоноза обитает в:

A) Кишечнике

B) Костно-мышечной системе

C) Дыхательных путях

D) Мочеполовой системе

5. Возбудителей малярии переносят:

A) Комары (самки) рода Anopheles

B) Москиты

C) Комары (самцы) рода Culex

D) Клещи

Кейс – задачи

Задача 1

При микроскопии мазка творожистого налёта со слизистой ротовой полости новорождённого обнаружены грибы рода Candida.

Как называют заболевания, вызываемые грибами рода Candida?

Ответ: кандидозы

Задача 2

У больного с диагнозом «системный микоз?» в биоптате из лёгкого обнаружены клетки грибов. Возбудитель был выделен микологическим методом и идентифицирован как *Coccidioides immitis*.

Как называется микоз, вызываемый грибами этого рода?

Ответ: кокцидиоидоз.

Раздел 4

Компетенция ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

(ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья)

Тесты

Укажите правильный ответ

1. Назовите характерные черты вирусов:

A) размножаются на питательных средах

B) содержат либо ДНК, либо РНК

C) имеют клеточную стенку

D) чувствительны к антибиотикам

2. Для культивирования вирусов используют:

A) питательные среды, содержащие нативные белки

B) куриные эмбрионы

C) кровососущих членистоногих

D) транспортные среды

3. ВИЧ НЕ передается

A) вертикальным путем

B) контактно-половым

C) воздушно-капельным

D) при переливании крови

4. Вирусные гепатиты с энтеральным механизмом передачи:

A) гепатит A, гепатит C

B) гепатит C, гепатит G

C) гепатит B, гепатит D

D) гепатит A, гепатит E

5. Источники инфекции при гепатите C:

A) предметы обихода больного

B) больные, вирусоносители

C) кровососущие насекомые

D) кровь

Кейс – задачи

Задача 1

В цитоплазме нейронов среза аммонова рога мозга погибшей собаки обнаружены включения — тельца Бабеша-Негри.

При каком инфекционном заболевании они образуются?

Ответ: бешенство.

Задача 2

В инфекционную больницу поступил больной с жалобами на головную боль, высокую температуру и катаральными явлениями. Врач предположил, что у больного «ОРЗ».

Какие методы используют для лабораторного анализа с целью уточнения диагноза?

Ответ: серологический, вирусологический, молекулярно-генетический методы.

Раздел 5

Компетенция ПК-4. Способность и готовность определять факторы, способствующие укреплению здоровья и профилактики заболеваний

(ПК-4.1. Демонстрирует знание и умение реализовывать современные подходы к укреплению здоровья)

Тесты

Укажите правильный ответ

1. Цели и задачи санитарной бактериологии заключаются в следующем:

A) в ранней и быстрой индикации бактериального загрязнения объектов окружающей среды;

B) в проведении мероприятий по снижению и предупреждению инфекционной заболеваемости;

B). в использовании чувствительных, унифицированных методов исследования для получения достоверных и показательных результатов исследования;

Г) в изучении микрофлоры окружающей среды, участвующей в процессах самоочищения;

Д) всё перечисленное.

2. Принципы оценки санитарно-эпидемиологического состояния объектов внешней среды по бактериологическим показателям заключаются в:

- А) определении микробного числа;
- Б) определении индекса санитарно-показательных микроорганизмов;
- В) индикации патогенной микрофлоры;
- Г) **всего перечисленного.**

3. Наибольшее эпидемиологическое значение в передаче воздушно-капельных инфекций имеет:

- А) крупноядерная фаза (капельная);
- Б) **мелкоядерная фаза (капельно-ядерная);**
- В) фаза «бактериальной пыли» (пылевая).

4. К классу А (особо чистые) помещения относятся:

- А) **операционные**
- Б) палаты хирургических отделений
- В) санитарные комнаты
- Г) гардеробные

5. Общие колиформные бактерии (ОКБ) это -

- А) **оксидазоотрицательные, не образующие спор палочки, способные расти на дифференциальных лактозных средах, ферментирующие лактозу до кислоты, альдегида и газа при температуре 37°C в течение 24-48 часов.**
- Б) спорообразующие анаэробные палочковидные микроорганизмы, восстанавливающие сульфит натрия на железосульфитном агаре при 44 гр. С в течение 16-18 часов
- В) микроорганизмы, заражающие *Escherichia coli* и, в результате, формирующие зоны лизиса бактериальной культуры, засеянной «газоном» на питательном агаре через 18 часов инкубирования при 37 гр.С.

Кейс – задачи

Задача 1

В роддоме зарегистрировано несколько случаев гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. При проведении микробиологических исследований установлено, что их причиной явился золотистый стафилококк фаговара 80/81.

С какой целью было проведено фаготипирование выделенных штаммов?

Ответ: чтобы выявить источник инфекции.

Задача 2

В хирургическом стационаре постоянно регистрируют случаи нагноения послеоперационных ран стафилококковой этиологии. При проведении микробиологических исследований установлено, что их причиной явился золотистый стафилококк фаговара 80/81. В результате бактериологического обследования медицинского персонала выделено несколько штаммов золотистого стафилококка и проведено их фаготипирование. У хирурга А. из зева высеян золотистый стафилококк фаговара 3А/3С/71; у медицинской сестры С. — золотистый стафилококк фаговара 3А/3С/55/71; у медицинской сестры Г. — золотистый стафилококк фаговара 80/81.

Кто из обследованных лиц явился источником послеоперационных осложнений у больных?

Ответ: медсестра Г.

Задача 3

Во II-м хирургическом отделении ГКБ №50 у нескольких послеоперационных больных из раневого отделяемого при повторном бактериологическом исследовании произошла смена возбудителя и была выделена культура *Staphylococcus aureus*.

О каком виде инфекции идет речь в данной ситуации?

Ответ: внутрибольничная инфекция.

Итоговое тестирование – по всему банку тестовых вопросов

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

«УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Менделевич В.Д.

Протокол заседания кафедры № ____

от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Психология поведения и превентация поведенческих аномалий
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1
Лекции (час.)	6 (2)
Практические занятия (час.)	15 (6)
Самостоятельная работа (час.)	15 (28)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	36
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Доцент Рябова Т.В.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Тема 1.1. Девиантное поведение: понятия, подходы. Общее представление о девиантности. Виды и факторы девиаций. Понятие нормы. Типичные подростковые девиации и их развитие, причины. Социокультурные и психологические факторы девиаций. Понимание девиаций в психологических, социологических и медицинских подходах. Отличия основных категорий отклоняющегося поведения: девиация, деликвентность, преступное поведение, криминальное поведение	Компетенция – УК-5 УК-5.1 Находит и использует необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ.	Знать: информацию о культурных особенностях	Тестирование Кейс-задача	10 1
		Уметь: находить использовать информацию саморазвития		
		Владеть: навыками взаимодействия		
Тема 1.2. Психология агрессивного поведения. Понимание природы агрессии. Особенности подростковой агрессии. Социальные, биологические и психологические факторы агрессивного поведения. Агрессия в структуре деструктивного девиантного и деликвентного поведения.	УК-5 УК-5.2 Демонстрирует уважительное отношение к историческому наследию и социокультурным традициям различных народов и культурных традиций мира, в зависимости от среды взаимодействия и задач профессиональной деятельности	Знать: социокультурные традиции	Тестирование	10
		Уметь: демонстрировать уважительное отношение к традициям		
		Владеть: навыками уважительного отношения к наследию и традициям		

Аутоагрессия. Психологические проблемы буллинга и подростковой преступности. Асоциальные установки. Психологическая диагностика и коррекция агрессивного и деликвентного поведения. Агрессивное и деликвентное поведение у детей с ЗПР и поведенческими и интеллектуальными нарушениями				
Тема 1.3. Психология аддиктивного поведения. Психологические особенности различных форм аддикций. Факторы формирования аддиктивного поведения. Химические и нехимические аддикции. Профилактическая и коррекционная работа с аддикциями	УК – 5. ИУК – 5.3. Умеет толерантно и конструктивно взаимодействовать с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции взаимодействовать с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции	Знать: социокультурные особенности Уметь: толерантно и конструктивно взаимодействовать Владеть: навыками успешного выполнения профессиональных задач	Тестирование Кейс-задача	7 1
Промежуточная аттестация – зачет			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по темам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по темам, подготовке презентации на заданную тему, работе с научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» – обучающийся демонстрирует сформированное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, умение применять полученные в курсе знания, правильно выстраивает алгоритм действий.

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует в целом хорошее умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, хорошее умение применять полученные в курсе знания, в целом правильно выстраивает алгоритм действий.

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует в целом успешное, но не систематическое умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстраивает с ошибками.

«Неудовлетворительно» – обучающийся демонстрирует частичное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстроить не может.

Фонд оценочных средств
Модуль (раздел) 1

Тема 1.1.

Компетенция – УК -5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК – 5.1. Находит и использует необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ)

Тестирование

Укажите один правильный ответ

1. Процесс взаимодействия личности со средой, опосредованный с индивидуальными особенностями и внутренней активностью личности, называется:

- 1) **поведение;**
- 2) индивидуальность;
- 3) психология;
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

2. Основными признаками человеческого поведения являются:

- 1) социальность;
- 2) целеполагание;
- 3) связь с речевой регуляцией;
- 4) **все ответы верны;**
- 5) все ответы неверны.

3. Совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации межличностных взаимоотношений, называется:

- 1) дисгармоничные черты характера;
- 2) **гармоничные черты характера;**
- 3) девиантное поведение;
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

4. Воздействие с целью предупреждения, профилактики нежелательного явления называется:

- 1) **превенция;**
- 2) предусмотрительность;
- 3) антиципация;
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

5. Антиобщественное, противоправное поведение, наносящее вред гражданам, обществу называется:

- 1) аддиктивное;
- 2) девиантное;
- 3) **деликветное;**
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

6. Отклонение параметров от нормы называется:

- 1) **девиация;**

- 2) психопатология;
- 3) ненормальность;
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

7. К коммуникативным девиациям (по В.Д. Менделевичу) относятся:

- 1) гипербобщительность;
- 2) аутизация;
- 3) конформизм;
- 4) **все ответы верны;**
- 5) все ответы неверны.

8. К клиническим формам девиантного поведения (по В.Д. Менделевичу) относятся:

- 1) гемблинг (игровая зависимость);
- 2) фанатизм;
- 3) трудоголизм;
- 4) **все ответы верны;**
- 5) все ответы неверны.

9. Устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, называется:

- 1) нормальное;
- 2) **девиантное;**
- 3) ненормальное;
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

10. К дисгармоничным чертам характера относится:

- 1) инфантильность;
- 2) ригидность;
- 3) нездравомыслие;
- 4) **все ответы верны;**
- 5) все ответы неверны.

Кейс – задача

В Детской больнице города Н. работает по-настоящему уникальный специалист – доктор Иванов. Доктор Иванов врач-универсал с высшей категорией с 3-мя специальностями – педиатр, эндокринолог, аллерголог. Город Н., хотя и довольно большой, но в нём с трудом можно найти 5-6 человек, равных ему по специализации. А самое неприятное заключается в том, что Иванов прекрасно знает о своей уникальности и незаменимости и без зазрения совести вытаскивает веревки из руководства больницы. Заработная плата у него высокая, в этом плане он всем доволен и никаких требований не предъявляет. Однако, в любой момент Иванов может не выйти на работу, взять отпуск или больничный, потребовать удобный для него график работы. Например, он может позвонить главному врачу и заявить: «Я купил турпутевку и уезжаю на две недели отдыхать». В противном случае грозит увольнением. И работа отделения замедляется на две недели, потому что заменить Иванова нечем. Медицинская деятельность не ведется в полном объеме, пациенты – в листе ожидания, медицинская организация теряет репутацию, теряет деньги. И все из-за распушенности одного человека.

Причем уволить его невозможно – второго такого специалиста не найти. Каковы действия руководителя организации?

Ответ: Анализ.

В описанном случае налицо признаки девиантного поведения сотрудника по причинам недоработок и ошибок руководящего звена.

Скорее всего, доктор Иванов принадлежит к типу «Ястребов» по классификации Томпсона. Он – специалист высокого класса, знает, что в нем заинтересованы, и пытается оказывать давление на руководство организации в личных интересах. Руководство, не подчинившись условиям, рискует потерять уникального специалиста и остаться без обслуживания пациентов по данным профилям.

Однако, соглашаясь на условия работника, организация теряет свой авторитет в глазах пациентов и коллег работника, и провоцирует их на аналогичное поведение. Ситуацию с отъездом следует разделить на две части:

1. Экстренная помощь сотрудникам отделения

В рамках экстренной помощи необходимо предупредить остановку приема пациентов по указанным профилям в отделении. Это возможно только путем переговоров с доктором Ивановым. Необходимо определить стиль переговоров – просьбу, нахождение компромисса или давление. Наложение штрафа и давление в данном случае исключается, т.к. приведет к увольнению сотрудника, что больница позволить себе не может. Просьба отложить поездку на некоторое время, скорее всего, будет отклонена. Компромисс в данном случае возможен будет в двух вариантах:

- предложение «отступных» за перенос поездки или отказ от нее;
- предложение сократить срок отъезда до недели, в случае, если производственный процесс такое допускает. К примеру, первую неделю, пока доктор отсутствует, отделение принимает пациентов иного профиля, а при выходе на работу доктор Иванов трудится сверхурочно, чтобы принять больше пациентов.

2. Плановая реорганизация рабочего процесса.

В больнице плохо организован производственный процесс и преемственность знаний внутри отделения. Больница не может позволить себе иметь уникальных сотрудников при наличии потребности в медицинской помощи по данным профилям.

Необходимо:

- разработать подробную и грамотную инструкцию для рабочего места, которое занимает рассматриваемый сотрудник с четким обозначением условий, при которых прием пациентов не производится или возможности замены доктора;
- обучить на циклах специализации сотрудников отделения, предусмотрев для них систему мотивации и материальных стимулов, а доктора Иванова назначить наставником вновь обученного персонала;
- внедрить коллективные бригады, которые работают по принципу взаимозаменяемости.

Очевидные преимущества:

1. отсутствие незаменимых работников и вывод отделения из-под угрозы простоя;
2. наличие ответственного руководителя – сам доктор Иванов;
3. автоматические корректировки девиаций отдельных сотрудников большой бригадной группой, заинтересованной в сохранении рабочего процесса;
4. локальное решение мелких конфликтов в отделении - переход проблем к вышестоящему руководству только в случае неразрешимых противоречий;
5. наличие четкой инструкции на сотрудников отделения и инструкций для данного рабочего места, что сможет компенсировать неудобства управления в случае увольнения сотрудника.

Тема 1.2.

Компетенции – УК -5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК – 5.2. Демонстрирует уважительное отношение к историческому наследию и социокультурным традициям различных народов и культурных традиций мира, в зависимости от среды взаимодействия и задач профессиональной деятельности)

Тестирование

Укажите один правильный ответ

1. Тенденция (стремление), проявляющаяся в реальном поведении или фантазировании, с целью подчинить себе других либо доминировать над ними называется:

- 1) лидерство;
- 2) **агрессия;**
- 3) воображение;
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

2. К признакам агрессивного поведения относится:

- 1) тенденция к разрушению;
- 2) склонность к насилию;
- 3) стремление к доминированию над людьми;
- 4) **все ответы верны;**
- 5) все ответы неверны.

3. К видам агрессивных действий (по Бассу, Дарки) относятся:

- 1) физическая агрессия;
- 2) обида;
- 3) подозрительность;
- 4) **все ответы верны;**
- 5) все ответы неверны.

4. К вербальной агрессии относится:

- 1) подозрительность;
- 2) негативизм;
- 3) **крик;**
- 4) все ответы верны
- 5) все ответы неверны

5. Форма психологического насилия, главная задача которого – заставить человека сомневаться в адекватности своего восприятия окружающей действительности называется:

- 1) моббинг;
- 2) **газлайтинг;**
- 3) буллинг;
- 4) все ответы верны;
- 5) все ответы неверны.

6. К группам «проблемного» персонала в медицинской организации относятся:

- 1) зависимые, внушаемые;
- 2) работающие по «срочным» трудовым договорам;

- 3) часто требующие короткие отпуска;
 - 4) **все ответы верны;**
 - 5) все ответы неверны.
7. К методам профилактики девиантной среды в организации относится:
- 1) формирование благоприятной среды;
 - 2) информирование;
 - 3) развитие корпоративной культуры;
 - 4) **все ответы верны;**
 - 5) все ответы неверны.
8. Инструменты диагностики девиантной среды в организации:
- 1) тестирование;
 - 2) беседы;
 - 3) опросы;
 - 4) **все ответы верны;**
 - 5) все ответы неверны.
9. Менеджер, склонный к деструктивным действиям, называется:
- 1) девиантный;
 - 2) **токсичный;**
 - 3) деликветный;
 - 4) все ответы верны;
 - 5) все ответы неверны.
10. Основой оценки девиантного поведения человека является:
- 1) **анализ его взаимодействия с реальностью;**
 - 2) анализ его деликветности;
 - 3) анализ корреляций;
 - 4) все ответы верны;
 - 5) все ответы неверны.

Тема 1.3.

Компетенции – УК -5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК – 5.3. Умеет толерантно и конструктивно взаимодействовать с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции)

Тестирование

Укажите один правильный ответ

1. Как называется правило поведения, значимое для общества, социального строя или отдельного человека, с этическим содержанием:
- а) правовой нормой
 - б) обычаем
 - в) религиозной нормой
 - г) **социальной нормой**
2. Что не относится к элементам механизма самоконтроля:
- а) коммуникация
 - б) общественное мнение

- в) **санкция**
- г) индивидуальное сознание

3. Когда, согласно закону, наступает уголовная ответственность за все преступления:

- а) с 12 лет
- б) с 14 лет
- в) **с 16 лет**
- г) с 18 лет

4. Что не относят к социальным нормам:

- а) запрет переходить лицу на красный сигнал светофора
- б) **запрет разбирать электроприбор, если он подключён к электричеству**
- в) обязанность здороваться, когда человек входит в помещение
- г) обязанность заботиться о престарелых родителях

5. Как называется мера, которую принимают против человека, нарушающего правила поведения:

- а) фикцией
- б) презумпцией
- в) деликтом
- г) **санкцией**

6. Как называется поведение, которое не согласуется с общественными нормами:

- а) **девиантным**
- б) демонстративным
- в) дезинтеграционным
- г) деструктивным

7. Что не относят к понятию принудительных мер, применяемых с воспитательной целью к несовершеннолетнему, совершившему преступление:

- а) **обязательные работы**
- б) передача под надзор родителей или лиц, их заменяющих, либо специализированного государственного органа
- в) возложение обязанности загладить причинённый вред
- г) ограничение досуга и установление особых требований к поведению несовершеннолетнего

Кейс – задача

Новые коммуникационные интернет-технологии (НКИТ) – социальные сети; мессенджеры; платформы с UGC (user-generated content) и профессиональным контентом; компьютерные игры – стали пространством, привычным и влияющим на личность представителей поколения Z.

Например, Полина С., 19 лет, учится на 2 курсе медицинского вуза, помимо учебы успевает участвовать в фестивалях, поёт и танцует. Она артистическая, творческая личность, ей нравится быть на виду, она любит фотографировать и публиковать в социальных сетях красивые, яркие эпизоды своей насыщенной жизни, ей нравится внимание, признание. Она целенаправленно и упорно идет к своей цели – хочет стать лучшей в конкурсе «Студент года».

Если Полине что-то нужно от другого человека, она всегда добьется своего, используя своё обаяние, убеждение, а иногда и манипуляцию, ложь; при этом старается избегать трудностей, отлынивает от работы, может «заболеть» в ответственный момент.

Полина – импульсивная девушка, сначала сделает, потом подумает. При этом её эмоциональные реакции отличаются высокой интенсивностью и изменчивостью. Так, увидев много «лайков» и хвалебных отзывов в сетях под своими фотографиями, она счастлива и радостна, чувствует себя популярной, окруженной множеством друзей, а «дислайки», негативные комментарии, критика могут её сильно расстроить, обидеть. Если человек не восхищается ею, она перестает с ним общаться. Она старается соответствовать тому своему образу, который существует в социальных сетях, хотя в реальной жизни она может быть совсем другой.

Недавно она прочитала в интернете о замечательном современном устройстве, который создал молодой нейробиолог Т. Глинин. Это устройство – нейростимулятор Brainstorm – предназначено для улучшения когнитивных функций здоровых людей. Через 2 электрода, приложенных к коже головы, прибор воздействует на определенные зоны мозга постоянным током. Нейростимуляция активирует зоны мозга, ответственные за память, реакцию, концентрацию внимания, математические и лингвистические способности. Совмещая нейростимуляцию с обучением, тренировками или работой, можно значительно повысить свою эффективность. Теперь Полина мечтает купить этот прибор, чтобы точно выиграть интеллектуальную часть конкурса «Студент года».

Дарья К., однокурсница Полины С., тоже имеет много увлечений помимо учебы, она энергична, оптимистична, старается везде успеть и поучаствовать, любит всё новое, имеет много друзей, с которыми постоянно общается во всех возможных социальных сетях. При этом она не увлекается социальными сетями, ей интереснее анализировать и понимать своё поведение, общение, её самооценка адекватна и реальна. Она доброжелательная, веселая, активная в межличностном общении, стремится к лидерству. Однако Дарья часто «хватается» за несколько дел сразу, не доводит их до конца, легкомысленно относится к серьезным вещам, может не обращать внимания на замечания, не дисциплинирована, поэтому у нее постоянно не хватает времени.

Недавно она прочитала про инновационную кепку (с браслетом) SleepAlert по контролю за работоспособностью, которая помогает не спать. В лобную часть кепки встроен электрод, который принимает данные о самочувствии человека на основе информации о биоэлектрической активности мозга и надбровных мышц. На основе миограммы мышечной активности система анализирует степень усталости пользователя, когда она доходит до критической точки и человек вот-вот уснет. Раздается звуковой сигнал служебного модуля кепки, и браслет начинает вибрировать. Дарья уверена, что если у неё будет такая кепка, она точно успеет подготовиться ко всем модулям и экзаменам и успеет пообщаться со всеми друзьями.

Одногруппник Иван немногословен, замкнут, пассивен, у него часто пониженное настроение. Девушки ценят его за то, что он серьезный, добросовестный, справедливый, неконфликтный. Недавно они узнали, что он активный пользователь одного из каналов в Telegramе, публикует там свои сторис, комментарии, его мнение ценят, там он имеет виртуальных друзей. Последнее время одногруппники стали замечать, что он даже на занятиях что-то пишет в телефоне, не обращая внимания на обращения к нему преподавателя.

В интернете Иван прочитал про робота – AnkiVector – робота с «живыми эмоциями» (грустит, когда его игнорируют, злится, когда проигрывает в играх и взволнован, когда видит хозяина). Теперь Иван мечтает приобрести Vector, который обладает искусственным интеллектом и будет надежным «другом», созданным для общения и помощи.

Все в группе знают, что Денис очень увлекается компьютерными играми. Иногда он даже на первые пары не приходит, потому что всю ночь играет в свои любимые Fortnite, Valorant. Он молчаливый, редко общается с одногруппниками (он разговаривает замедленно), ему становится интересно, только если разговор заходит об играх или об их новых разработках. Благодаря играм, считает Денис, у него развиваются скорость мышления и быстрота реакции. Но последнее время он стал проявлять агрессивность по

отношению к окружающим, раздражительность, вспыльчивость. У него много конфликтов с окружающими, он выругался нецензурно, когда Дарья сделала ему замечание, что от него пахнет дымом сигарет.

Через некоторое время Денис попросил совета у Полины, какое отечественное приложение ему скачать, чтобы испытывать меньше стресса и реже конфликтовать с людьми (iCognito, Charisma, April, LogTime, MindSpa, Norbu, Антипаника, MaxMentality, Ave).

Одногруппник ребят Сергей обладает гармоничным типом характера, он использует интернет-технологии с пользой для себя, при необходимости в мессенджерах просматривает публикации в социальных сетях, работает с информацией, скачивает книги, фильмы, при этом у него отсутствует постоянная потребность «зависать» в гаджетах.

Вопросы к кейсу:

1. Какой тип акцентуации характера вы определили у представленных лиц?
2. Как вы считаете, представители каких типов акцентуаций характера будут наиболее склонны к интернет-зависимостям, у кого из ребят она наблюдается?
3. С какими онлайн-рисками могут столкнуться Полина, Дарья, Иван, Денис?
4. Как вы считаете, все ли приведенные технологии можно использовать студентам? Аргументируйте свою точку зрения.
5. В чем отличие в использовании новых коммуникативных интернет-технологий у лиц с гармоничными чертами характера и у лиц с выраженными акцентуациями характера?

Ответ:

1. Полина – представитель демонстративного типа, Дарья – гиперактивный, Иван – дистимичный, Денис имеет возбудимый тип акцентуации.

2. Демонстративный, экзальтированный, гиперактивный – им нравится быть в центре внимания, много подписчиков, они – экстраверты. Дистимичный и эмотивный – им легче виртуально общаться, они интроверты.

3. У Полины может развиваться интернет-зависимость, она может «потерять» свою личность, так как хочет быть хорошей для всех, зависит от мнения других, от количества подписчиков. Она может подвергнуться интернет-мошенничеству, могут взломать ее статус, рассылать от ее имени фейки.

Иван может общаться в виртуальной реальности, «отрываясь» от своих одногруппников. Такой тип акцентуации может быть зависим от игр.

4. Технология электрической нейростимуляции может увеличить «неравенство» среди студентов, да и в обществе в целом. Чем более массовой она станет, тем дешевле и доступнее будут отдельные модели. К тому же нейростимулятор – всего лишь помощник, он не сможет превратить человека в супермена.

Необходимо задаться вопросом о научной доказательной базе устройств и интерфейсов – на основе чего сделаны заявления об эффектах, которые они производят; почему мы можем доверять этим приборам; помогают ли эти приборы на самом деле.

Исследователи из Технического университета Мюнхена (TUM) изучили этические последствия роботов-терапевтов и обнаружили, что роботы могут легче манипулировать людьми. Кроме того, трудно воспроизвести такое качество, как сочувствие, поскольку оно не может быть полностью автоматизировано или запрограммировано.

5. Основное отличие в использовании новых коммуникативных интернет-технологий у лиц с гармоничными чертами характера и у лиц с выраженными акцентуациями характера – осознанное, «дозированное» по времени пребывание в социальных сетях и мессенджерах, соблюдение информационной безопасности, соблюдение этики и этикета при публикации комментариев и постов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА: биомедэтики, медицинского права и истории медицины

«УТВЕРЖДЕНО»

д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.

(подпись)

(№ протокола заседания кафедры)

от «__» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Этические нормы и правила деятельности организатора здравоохранения
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	магистра
Уровень	магистратура
Форма обучения	Очная/очно-заочная
Факультет/Институт	Медико-профилактическое дело
Курс	1
Семестр	1/2
Лекции (час)	6/2
Практические занятия (час)	15/6
Самостоятельная работа (час.)	15/28
Экзамен	
Зачет	Зачет
Всего (час.)	36
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1
Составитель (-и) ФОС (должность, ФИО)	Заведующий кафедрой Абросимова М.Ю.

2022 год

СОДЕРЖАНИЕ

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контролируемые разделы/темы модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)/промежуточной аттестации	Кол.-во
Тема 1.1.	УК -5 УК-5.1	Знать: особенности этического и правового регулирования в системе охраны здоровья населения Российской Федерации, обязанности и права врача при осуществлении профессиональной деятельности.	Тестирование	10
Тема 1.2.	УК - 5 УК-5.1	Уметь: : формулировать и аргументированно отстаивать собственную позицию по различным проблемам биоэтики.	Тестирование	10
		Владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, публичной речи, ведения дискуссии.		
Тема 1.3	УК -5 УК-5.2	Знать: основные этические документы отечественных и международных организаций и нормативно-правовые документы РФ, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности.	Тестирование	5
Тема 1.4	УК -5 УК-5.3	Знать: обязанности и права врача, права пациента при осуществлении отдельных видов медицинской помощи.	Разноуровневые задачи	10
		Уметь: использовать этические и правовые знания для решения этических и правовых вопросов, возникающих в процессе профессиональной деятельности		11
		Владеть: тактикой построения взаимоотношений с пациентами (их законными представителями) на основе терапевтического сотрудничества.		
Тема 2.1.	УК -5 УК-5.2	Уметь: выявлять проблемные ситуации и осуществлять поиск необходимой информации для решения задач в профессиональной области.	Разноуровневые задачи	15
Тема 2.2.	УК -5 УК-5.2	Владеть: навыками анализа и логического мышления при решении этических и правовых вопросов, возникающих в процессе отдельных видов профессиональной деятельности	Разноуровневые задачи	10

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Общие критерии оценки

При изучении дисциплины используются следующие виды учебных занятий: лекции, семинарские занятия, самостоятельная работа.

Текущий контроль успеваемости (ТКУ) - это контроль освоения знаний, умений и навыков в процессе усвоения темы (раздела).

Виды текущего контроля успеваемости:

- тестирование
- устный опрос
- разноуровневые задачи

Оценка ТКУ обучающихся по отдельной теме выражается по 10-балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

При проведении промежуточной аттестации учитываются результаты ТКУ за весь период обучения по дисциплине и применяется балльно-рейтинговая система, утвержденная Положением Казанского ГМУ «О текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся». Итоговая (рейтинговая) оценка включает: оценки по модулям (в 100-балльной шкале), текущие оценки (в 10-балльной шкале), оценку промежуточной аттестации (в 100-балльной шкале).

Контроль по разделам (модулям).

Оценка успеваемости студентов по модульной контрольной работе (модулю) выражается в 100-балльной шкале.

Промежуточная аттестация по дисциплине - зачет:

2. Самостоятельная работа

Студенты обязаны выполнять задания преподавателя по каждой теме. При оценке самостоятельной работы учитывается правильность и своевременность выполненных домашних работ, грамотность в оформлении

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

- 90-100% - «отлично»,
- 70-89% - «хорошо»,
- 50-79% - «удовлетворительно»,
- менее 50%— «неудовлетворительно».

Устный ответ на вопросы

Критерии оценки:

«Отлично» (9-10 баллов) – полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (8 баллов) – неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (7 баллов) – неполное и неточное определение понятий, неумение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (6 баллов) – нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Решение разноуровневых задач

Критерии оценки:

«Отлично» (9-10 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (8 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос.

«Удовлетворительно» (7 баллов) – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (6 баллов) – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

4. Промежуточная аттестация - зачет

Критерии оценки промежуточной аттестации:

Итоговая (рейтинговая) оценка (от 70 до 100 баллов) вычисляется как среднеарифметическое из:

- 1) средней оценки текущей успеваемости;
- 2) оценок, полученных за модульные контрольные работы № 1 и № 2

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тема 1.1. Теоретические основы биоэтики

Компетенции: УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК-5.1. Находит и использует необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ)

Тесты

1. Термин “этика” введен:
а) Сократом б) Гиппократом **в) Аристотелем** г) Парацельсом д) Н.И.Пироговым
2. Какой из принципов является основным в модели медицинской этики Парацельса
а) Не лжесвидетельствуй
б) Делай благо
в) Не навреди
г) Всегда советуйся с коллегами
д) Исполняй свой долг
3. Назовите основной тезис работы «Гиппократова сборника» «О благоприличном поведении»
а) «Врач-философ равен богу»
б) «Не навреди»
в) «Делай благо»
г) «Веди себя благоприлично»
д) «Уважай пациента»
4. Какого обещания нет в «Клятве» Гиппократова сборника
а) Не делать сечения каменной болезни
б) Не разглашать врачебной тайны
в) Приступая к лечению не думать о гонораре
г) Уважать учителя наравне с родителями
д) Чисто и непорочно проводить свою жизнь и свое искусство
5. В каком российском документе описаны права врача
а) Федеральный закон РФ о правах и обязанностях врачей
б) Основы законодательства РФ о медицинской деятельности
в) Кодекс прав и обязанностей врачей России
г) Федеральный закон Об основах охраны здоровья граждан в РФ
д) Международный кодекс медицинской этики
6. Деонтология – это наука:
а) О должном поведении человека в обществе
б) О взаимоотношениях между людьми
в) Об отношении человека ко всему живому
г) О должном поведении человека в профессиональной деятельности
д) О морали
7. Какой из принципов является основным в «гиппократовой» модели медицинской этики
а) Не навреди
б) Помогай пациенту
г) Уважай пациента
д) Выполняй свои обязанности
в) Соблюдай права пациента
8. Может ли врач отказаться от работы с пациентом, если это не угрожает жизни последнего согласно Этическому кодексу Российского врача?
1 Может, если считает себя некомпетентным
2 Может, если врач считает данный вид медицинской помощи неэтичным

3 Может, если врач не может установить терапевтическое сотрудничество

4 Не может, так как это противоречит этическим нормам

9. Что считается несовместимым с нормами медицинской этики согласно «Международному кодексу» ВМА

1. Самореклама

2. Неуважительное отношение к коллегам

3. Выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента

4. Отказ больному в помощи

10. Может ли врач отказаться от работы с пациентом, если это не угрожает жизни последнего и окружающих согласно Российскому законодательству?

1. Не может, так как это не предусмотрено законом

2. Может, если больной не соблюдает предписаний врача

3. Не может, так как врач в любом случае должен помочь пациенту

4. Может, если больной не соблюдает внутренний распорядок лечебного учреждения

Тема 1.2. Требования к врачу в современном обществе

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК-5.1. Находит и использует необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ)

Тестирование

Дополните

1. Деонтология – это _____ (**наука о профессиональном поведении человека**).
2. Комплексная область знаний, изучающая моральные, юридические и социальные проблемы, возникающие по мере развития медицины и биологии (и общества) – это _____ (**биоэтика**).
3. Совокупность норм и принципов поведения, принятых в определенной общественной среде в определенный период времени, поддерживаемых личными убеждениями традициями, воспитанием, силой мнения общества или определенного класса – это _____ (**мораль**).
4. С одной стороны, наука, философское учение, исследующее принципы и нормы поведения, регулирующие отношение между людьми, а с другой – система норм нравственного поведения людей, выполнения ими обязанностей по отношению к обществу, профессии, родине, друг к другу и т.д. – это _____ (**этика**).
5. Отцом античной этики считается _____ (**Сократ**).
6. Мораль подразумевает наличие внешнего оценивающего субъекта (других людей, общества, церкви и т.д.). Нравственность в большей степени ориентирована на _____ (**внутренний мир человека и его собственные убеждения**).
7. Основные этические категории: _____ (**добро и зло; благо и вред; справедливость; долг; совесть; ответственность; достоинство и честь**).
8. **Установите соответствие** между моделями медицинской этики и их принципами
 - 1) Модель Гиппократ
 - 2) Модель Парацельса
 - 3) Деонтологическая модель (XIX век)
 - 4) Биоэтическая модель

Принципы:

- а) «не навреди»;
- б) «делай должное»;

- в) «делай благо»;
г) «признание автономии личности пациента и уважение его прав».

Ответ: 1а 2в 3б 4г

9. Основной тезис работы «Гиппократова сборника» «О благоприличном поведении»: «Врач-философ равен _____!»(Богу)
10. Врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения – это _____ (лечащий врач).

Тема 1.3. Правовой статус граждан в области охраны здоровья

Компетенция – УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия (УК-5.2. Демонстрирует уважительное отношение к историческому наследию и социокультурным традициям различных народов и культурных традиций мира, в зависимости от среды взаимодействия и задач профессиональной деятельности)

Тестирование

Дополните

1. Юридически оформленные взаимоотношения личности и общества, гражданина и государства, отдельного индивида с окружающими. В нем выражаются легальные (законодательно оформленные) пределы свободы личности, объем ее прав, обязанностей и ответственности – это _____ (правовой статус человека).
2. Юридически закреплённое положение лица, обратившегося за медицинской помощью, включающее в себя гарантируемые государством права, свободы, юридические гарантии их реализацию, а также защиту законных интересов – это _____ (правовой статус пациента).
3. Виды правового статуса пациентов: _____ (общий, специальный).
4. Основные принципы охраны здоровья в Российской Федерации представлены в Федеральном Законе _____ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимается _____ (правительством РФ).

Тема 1.4. Права пациента с позиции этических правил взаимоотношений между медицинским работником и пациентом

Компетенция – УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК – 5.3. Умеет толерантно и конструктивно взаимодействовать с представителями общества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции)

Решение разноуровневых задач

1. Страдающий от невыносимых болей пациент онкологической клиники обращается к врачу с просьбой ввести ему повышенную дозу наркотического вещества с целью обезболивания. Врач не соглашается, так как считает, что повышение дозы приведет к гибели больного. Однако пациент настаивает, так как он слышал о том, что законодательстве России предусматривает право пациента на достойную смерть.

- а) Прав ли больной.

- б) Какие права в данной ситуации есть у пациента.
- в) Как должен поступить врач в данной ситуации.

Ответ:

- а) Больной не прав, так как законодательство РФ не предусматривает такого права больного.
- б) В данной ситуации у больного есть права: 1) поменять врача; 2) получить консультацию у других врачей-специалистов; 3) на облегчение боли, связанной с заболеванием ... доступными методами и лекарственными препаратами; 4) получить информацию о своих правах.
- в) Врач должен объяснить пациенту его права. С письменного согласия пациента можно собрать консилиум для решения вопроса о дальнейшей тактике. Подобрать схему обезболивающей терапии. Продолжить обезболивающее лечение в дозе, которая не приведет к гибели больного.

2. Находясь на лечении в кардиологическом отделении городской больницы П. узнал, что в город приехала бригада врачей из Центрального НИИ кардиологии (г.Москва). Желая проконсультироваться по поводу своего заболевания П. попросил у лечащего врача свою историю болезни, но тот отказал ему, мотивируя свой отказ тем, что история болезни – это документ и никуда из лечебного учреждения выноситься не может.

- а) Прав ли врач?
- б) Как он должен поступить в данной ситуации.

Ответ:

- а) Врач прав в том, что история болезни – это документ и из лечебного учреждения выноситься пациентом не может.
- б) Врач должен объяснить больному пациенту его права. О том, что с письменного заявления пациенту может быть представлена копия истории болезни или выписка из нее. Порядок представления таких документов и сроки ожидания пациента Министерством здравоохранения до сих пор не определен.

3. Мать привела на гинекологическое обследование свою дочь 15,5 лет для того, чтобы удостовериться в ее девственности. Девочка категорически отказывается от обследования, но ее мать настаивает на его проведении.

- а) Как должен поступить врач в данной ситуации? Объясните свою позицию, ссылаясь на соответствующий документ.

Ответ:

Врач может провести обследование только с письменного информированного согласия девочки, так как ей уже исполнилось 15 лет. В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» она имеет право отказаться от медицинского вмешательства. Тем более, что в данной ситуации речь не идет о здоровье пациентки.

4. Вечером к дежурному врачу подошел мужчина, представился следователем районной прокуратуры, предъявил удостоверение и попросил рассказать о самочувствии, диагнозе и прогнозе пациента Н., доставленного накануне после ДТП.

- а) Должен ли врач предоставить сведения о больном. Объясните свою позицию, ссылаясь на соответствующий документ.
- б) Как должен поступить врач в данной ситуации.

Ответ:

- а) В описанной ситуации врач не должен предоставлять информацию, так как помимо удостоверения следователя районной прокуратуры он должен еще предъявить официальный документ о том, что эта информация необходима в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.
- б) Врач должен попросить предъявить такой документ и предоставить информацию о пациенте только после его предъявления.

5. Проходя мимо психиатрической клиники несколько девушек увидели в проеме открытого окна свою одногруппницу, которая уже неделю не посещала занятия. При вопросе преподавателя, почему отсутствует И., одна из студенток сказала, что И. лежит в психиатрической больнице.

- а) Является ли это разглашением врачебной тайны?
- б) Будут ли студентки нести какую-либо ответственность?

Ответ:

- а) Это не является разглашением врачебной тайны, так как студентки получили ее случайно, не при обучении.
- б) Студентки могут нести моральную ответственность, так как в данном случае нарушена личная тайна девушки.

Тема 2.1. Ятрогенные состояния и заболевания

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК-5.2. Демонстрирует уважительное отношение к историческому наследию и социокультурным традициям различных народов и культурных традиций мира, в зависимости от среды взаимодействия и задач профессиональной деятельности)

Вопросы для подготовки по теме

1. Назовите виды ответственности медицинского работника за нанесение ущерба здоровью пациента. От чего он зависит.

Все виды ответственности делятся на моральную и юридическую, которая, в свою очередь, бывает, административной, дисциплинарной, гражданско-правовой и уголовной. Вид ответственности медицинского работника за причинение ущерба пациенту при медицинском вмешательстве зависит от вида действия, в результате которого нанесён ущерб, и от тяжести нанесённого ущерба.

2. Назовите медицинские, социальные и экономические последствия ятрогений.

Медицинские последствия ятрогений:

- длительная утрата здоровья и инвалидизация
- увеличение показателей заболеваемости, летальности и смертности.

Экономические последствия ятрогений :

- увеличение стоимости лечения и ухода
- снижение трудоспособности, трудовые потери
- затраты на социальное обеспечение

Социальные последствия ятрогений:

- снижение авторитета медицины,
- недоверие врачам,
- обращение к альтернативным источникам лечения,
- возрастание количества жалоб и исков от пациентов.

3. Каким видам ответственности подлежит врач за совершение врачебной ошибки.

Подлежит только моральной ответственности.

4. Комиссивная и оmissивная врачебные ошибки

Комиссивные ошибки – ошибки действия (врач делает то, что нужно, но делает это неправильно).
Оmissивные ошибки – ошибки бездействия (врач не делает, то, что нужно было сделать).

5. Неблагоприятный исход и объективная врачебная ошибка. Общие и отличительные черты.

Общие черты

Нанесение ущерба пациенту

Добросовестное отношение врача

Невиновность врача

Отсутствие какой либо ответственности кроме моральной

Отличие – исходя из определений – правильность или неправильность действия:

при неблагоприятном исходе врач делает все правильно, при врачебной ошибке -неправильно.

6. Дать определения понятиям «врачебная ошибка», «халатность медицинского работника», «ятрогенные заболевания», «проступок», «преступление».

Врачебная ошибка – неправильное действие (или бездействие) медицинского работника, которое нанесло ущерб здоровью пациента при добросовестном отношении медицинского работника к своим профессиональным обязанностям, т.е. без элементов халатности, небрежности и профессиональной неграмотности.

Халатность идентична понятию "ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей".

Ятрогении (ятрогенные заболевания) – любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств, либо процедур, которые приводят к нарушению функции организма, ограничению привычной деятельности, инвалидности и смерти.

Проступок - противоправное действие, не носящее характер общественно опасного деяния и подлежащие гражданской, административной или дисциплинарной ответственности, включая и моральную ответственность.

Преступление – виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом под угрозой наказания.

7. Виды халатности медицинского работника.

1) Недостаточное обследование больного (невыполнение обязательных в данном случае диагностических исследований).

Пример: Больной поступил в приемное отделение с диагнозом аппендицит в состоянии сильного алкогольного опьянения. Достаточных обследований крови и температуры тела не проводится, и в тот же день больного отправляют домой. Он поступает вновь через 10 часов с явлениями гангренозного аппендицита и перитонита – смерть на 7-е сутки.

2) Небрежный уход и наблюдение. Ребенку назначена тепловая процедура. Врач подключил прибор, не проверив аппаратуру. Ребенок получил ожоги 3 степени 10% поверхности тела и умер.

3) Несвоевременная госпитализация или преждевременная выписка.

4) Недостаточная подготовка и небрежное выполнение хирургических операций и других лечебных мероприятий.

а) Производство полостной операции хирургом единолично. Входе операции возникло обильное кровотечение, с которым хирург не справился

б) Оставление в операционной полости инструментов, салфеток и других предметов, повлекшее инфекционные осложнения или смерть.

5) Недостаточная организация лечебного процесса.

Пример: Больной шизофрении содержался в лечебном отделении общего типа без специального наблюдения, выбросился из окна 4-го этажа и погиб.

6) Несоблюдение различных медицинских инструкций и правил.

Примеры: Неприменение противостолбнячной сыворотки при ранениях. Невыполнение пробы на индивидуальную совместимость перед гемотрансфузией.

7) Небрежное применение лекарственных веществ.

Примеры: 1) Больного подключили к баллону с кислородом, в котором была углекислота. 2) Новорожденным недоношенным детям введена просроченная глюкоза.

8) Небрежное ведение истории болезни и другой медицинской документации.

Будет считаться халатностью, если причиняется существенный вред вследствие невозможности провести исследование по материалам медицинских документов.

9) Преступное невежество. Если врач в рамках своей специальности был обязан это знать.

8. Причины увеличения количества жалоб населения на халатное отношение врачей к своим профессиональным обязанностям по мнению ВМА.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ХАЛАТНОМ ОТНОШЕНИИ ВРАЧЕЙ К СВОИМ ОБЯЗАННОСТЯМ. Принято Всемирной Медицинской Ассамблеей, Марбэлла, Испания, сентябрь 1992

1. Увеличение количества жалоб на халатное отношение врачей к своим обязанностям может быть связано с:

а) Увеличением объема профессиональных знаний и совершенствованием медицинских технологий, что позволяет врачам предпринимать такие медицинские вмешательства, какие были невозможны в прошлом, а это предполагает увеличение степени риска.

б) Навязыванием врачам обязанности при оказании медицинской помощи укладываться в некоторую ограниченную сумму.

с) Ошибочным смешением понятий права на получение медицинской помощи (что возможно) и права на достижение и поддержание здоровья (чего нельзя гарантировать).

д) Возбуждением средствами массовой информации недоверия к врачам, ставящего под сомнение их квалификацию, знания и поведение, что побуждает пациентов подавать жалобы на врачей.

е) Побочными последствиями «оборонительной позиции», которую занимают медики в связи с увеличением количества исков.

9. Пути профилактики врачебных ошибок.

- 1) Полная компетентность как высшая форма профессиональной деятельности.
- 2) Необходимость постоянного внимательного ухода за больным (не только в тяжелых состояниях),
- 3) Рациональная осторожность. Соблюдение принципа "не навреди". Стремление избегать опасных и не всегда нужных инвазивных диагностических и терапевтических процедур. Чтобы определить степень необходимости процедуры можно руководствоваться словами выдающегося онколога Н.
- 4) Способность принимать меры и решения в самых сложных обстоятельствах (риск в интересах больного).
- 5) Постоянная добросовестность в отношении к профессиональным обязанностям.

10. Субъективные и объективные врачебные ошибки.

Субъективные ошибки зависят от личности конкретного врача, его характера, темперамента, уровня знаний, особенностей мыслительных процессов и т.д. и связаны, в основном, с Поверхностным обследованием.

Недостаточной степенью подготовки и неуверенностью в своих знаниях, чрезмерная осторожность при назначении диагностических и лечебных процедур.

Чрезмерная решительность.

Логические ошибки: поспешное обобщение, неправильное заключение, ошибочное применение аналогий, самоуверенность и т.д.

Объективные ошибки не зависят от конкретного врача и обусловлены:

Сложностью данного клинического случая.

Недостаточным научным и медицинским уровнем знания.

Отсутствием достаточно точных и объективных диагностических критериев (атипичность течения заболевания, отказ больного от физикальных методов обследования).

Отсутствием технических условий (инструментов, освещения и т.д.).

Недостаточно полученной врачом информацией (бессознательное состояние больного, маленький ребенок, позднее поступление больного, сознательное или неосознанное утаивание информации больным и др.).

11. Тактические и технические врачебные ошибки.

Тактические:

- 1) неправильный выбор методов исследования, а также неправильная оценка его результатов (назначение общего анализа мочи, когда нужно было исследование по Нечипоренко или ошибка в оценке результатов анализа мочи по Нечипоренко);
- 2) неправильный выбор тактики лечения (назначение наблюдения и консервативной терапии в случае, когда нужна была срочная хирургическая операция; и наоборот оперирование больного с инфарктом миокарда по поводу острого аппендицита);
- 3) ошибки в организации самого лечебного процесса (назначение общего режима вместо постельного).

Технические :

- 1) неправильное выполнение техники медицинского вмешательства (введение лекарственного вещества в мягкие ткани локтевой ямки);
- 2) неправильное использование медицинской техники (аппаратуры);
- 3) неправильное оформление медицинской документации.

12. Что такое неблагоприятный исход. Его виды.

Неблагоприятный исход – это аномалия в клинической практике, когда врач делал все "леге artis" и никак не мог предвидеть и тем более предотвратить причинение такой степени ущерба пациенту.

Неблагоприятный исход может быть

неизбежным, т.е. не зависящим от качества медицинской помощи (несовместимые с жизнью врожденные аномалии, передозировка наркотиков, внезапная внебольничная остановка сердца), либо **стать результатом лечения** (остановка сердца во время операции, непредвиденная реакция на введение какого либо лекарственного препарата, гибель ребенка в барокамере и т.д.).

13. Что такое ятрогении действия, информационные, диагностические, лечебные, профилактические ятрогении. Их виды, примеры.

Ятрогении могут быть как **предполагаемыми** (побочный эффект гормонотерапии, лучевой терапии и др., которые можно предположить заранее), так и **непрогнозируемыми** (повреждение стенки бронха бронхоскопом – кто-то подтолкнул врача). Ятрогении действия - это – диагностические, лечебные и профилактические ятрогении.

Классификация ятрогенных поражений

1. **Диагностические ятрогении** - связанные с диагностическими процедурами:

- инструментальные повреждения эндоскопами и другими диагностическими приборами;
- радиационные поражения при рентгено- и радиологических исследованиях;
- аллергические и токсические реакции на кон-трастные вещества и тест-препараты;
- повреждения сосудов при инвазивных процедурах (ангиография, венепункция);
- аспирации или кишечная непроходимость (например, бария после рентгеноконтрастного исследования).

Причины диагностических ятрогений:

- недооценка степени тяжести манипуляции в каждом конкретном случае;
- недооценка анамнеза;
- технические дефекты метода;
- недостаток контроля при проведении манипуляции.

Профилактика диагностических ятрогений: Перед проведением диагностической процедуры нужно ответить на 2 вопроса:

- 1) поможет ли данное исследование верифицировать диагноз?
- 2) позволят ли результаты радикально изменить лечение и прогноз?

2. **Лечебные ятрогении** - связанные с лечебными действиями:

- лекарственная болезнь от «преднамеренной» (на-пример, при химиотерапии опухолей) и непреднамеренной медикаментозной интоксикации, в том числе передозировка анестетиков;
- аллергические реакции на медикаменты, включая лекарственный анафилактический шок;
- радиационное поражение при лучевой терапии;
- пункционные, инъекционные, инфузионные и другие повреждения органов и тканей;
- операционный стресс и механическое повреждение органов;
- падение с травмами после назначения седативных средств.

3. **Профилактические ятрогении** - связанные с профилактическими мерами:

- общая реакция организма на введение вакцины;
- инфекционно-воспалительные поражения в месте инъекций вакцины;
- отравление дезинфицирующими средствами.

4. **Информационные ятрогении** - связанные с полученной информацией:

по способу получения информации они могут быть

непосредственные (т.е. информация получена непосредственно от медицинского работника):

- реакция на слова медицинских работников (гипертонический криз на сообщение больному диагноза о неизлечимой болезни, депрессивное состояние и попытка самоубийства; патологическая анорексия и др.);

опосредованные (информация получена из других различных, в том числе и не медицинских источников):

- действие популярной (санитарно-просветительной) литературы, медицинских книг и статей (ипохондрический синдром);
- самолечение под влиянием печати, обращение к шарлатанам под влиянием молвы и незаконной рекламы в средствах массовой информации.

14. Что такое благо в философском и экономическом понимании. В чем выражается благо для здоровья.

Благо (в этике и философии), то, что включает в себе определённый положительный смысл, то же, что и Добро

Благо в экономическом понимании то, что имеет свойство полезности, т. е. способно удовлетворить определённые человеческие потребности.

Благо для здоровья –

Избавление от страданий

Забота

Предотвращение расстройства, болезни, инвалидности

Восстановление здоровья

Восстановление функции (физиологической или социальной)

Улучшение здоровья

Психологическая польза и др.

Противоположная категория этической категории "блага" - категория "вреда".

15. Что такое вред. Виды возможного вреда при оказании медицинской помощи. Виды вреда здоровью человека.

Вред - порча, ущерб, убыток

Вред здоровью — нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия факторов внешней среды (физических, химических, биологических и психических и др.) .

Разновидности вреда при оказании медицинской помощи:

Физический вред, Психологический вред, Моральный вред, Социальный вред, Экономический вред

Когда речь идет о нанесении ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве, мы говорим о физическом или психологическом видах вреда.

Тесты

(Вариант 1)

1. **Врачебная ошибка** – это:

- а) Любое действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента.
- б) **Неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при добросовестном отношении к своим профессиональным обязанностям.**

- в) Неправильное действие или бездействие врача, нанесшие ущерб здоровью пациента, при недобросовестном отношении к своим профессиональным обязанностям.
- г) Халатные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента.
- д) Неосторожные действия врача, нанесшие ущерб здоровью пациента.

2. Неблагоприятный исход – это

- а) Смерть или инвалидность больного в результате любого медицинского вмешательства
- б) Нанесение ущерба пациенту при неправильном действии врача
- в) Нанесение ущерба пациенту при правильном действии врача**
- г) Нанесение ущерба пациенту вследствие врачебной ошибки
- д) Нанесение ущерба пациенту вследствие недобросовестного отношения врача к своим профессиональным обязанностям

3. Что такое ятрогенные заболевания

- а) Разновидность инфекционных заболеваний
- б) Разновидность психических заболеваний
- в) Любые неизлечимые заболевания
- г) Заболевания, возникшие в результате деятельности врача**
- д) Заболевания, возникшие в следствие деонтологических ошибок врача

4. Кто впервые в Российской истории поднял вопрос об отношении к врачебным ошибкам

- а) М.Я.Мудров
- б) Н.И.Пирогов**
- в) В.А.Манассеин
- г) В.В.Вересаев
- д) Н.Н.Петров

5. Омиссивная ошибка – это

- а) Ошибка, в результате бездействия врача
- б) Ошибка в результате действия врача
- в) Ошибка в результате нарушения техники медицинской манипуляции
- г) Ошибка среднего медицинского работника
- д) Ошибка, совершенная врачом по вине пациента

Инструкция: Для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов являются правильными. Выберите ответы, исходя из следующей таблицы:

а	б	в	г	д
Если верно	Если верно	Если верно	Если верно	Если верно
1,2,3	только 1 и 3	только 2 и 4	только 4	все

Впишите букву, соответствующую Вашему ответу в ячейку справа

6. Виды ответственности за совершение врачебной ошибки

1. Уголовная 2. Административная 3. Дисциплинарная 4. Моральная

г

7. По мнению ВМА, увеличение количества жалоб на халатное отношение врачей к своим обязанностям может быть связано:

- 1. С низкой заработной платой врачей
- 2. С увеличением объема профессиональных знаний
- 3. С низким образовательным уровнем врачей
- 4. С возбуждением средствами массовой информации недоверия к врачам

в

8. Ятрогенные заболевания бывают:

- 1. Диагностические
- 2. Профилактические
- 3. Лечебные
- 4. Деонтологические

а

9. С чем связаны субъективные врачебные ошибки:

В

1. Со сложностью клинического случая
2. С особенностями характера врача
3. С недостатком информации о больном
4. С недостатком знаний у врача

10. Какие из указанных видов врачебных ошибок относятся к тактическим

а

1. Неправильный выбор методов исследования
2. Неправильная оценка результатов исследования
3. Неправильное организация лечебного процесса
4. Неправильный выбор тактики лечения

(Вариант 2)

11. Комиссивная ошибка – это

- а) Ошибка, совершаемая группой врачей
- б) Ошибка, совершенная врачом под действием внешних обстоятельств
- в) Ошибка, совершенная врачом из-за плохого самочувствия врача
- г) Ошибка в результате правильного действия врача
- д) *Ошибка в результате неправильного действия врача*

12. Что такое ятрогенные заболевания

- а) Разновидность инфекционных заболеваний
- б) Разновидность психических заболеваний
- в) Любые неизлечимые заболевания
- г) *Заболевания, возникшие в результате деятельности врача*
- д) Заболевания, возникшие в следствие деонтологических ошибок врача

13. Произведение, в котором В.В.Вересаев представил проблему врачебных ошибок, называется:

- а) Записки молодого врача
- б) *Записки врача*
- в) Этюды о врачебном долге
- г) Драматическая медицина
- д) Из жизни хирурга

14. Какое из указанных деяний не относится к врачебным профессиональным преступлениям

- а) неоказание помощи больному
- б) незаконное проведение аборта
- в) незаконное врачевание
- г) *хранение и распространение наркотических веществ*
- д) нарушение неприкосновенности частной жизни

15. Документ ВМА, котором приводятся причины увеличения количества жалоб на халатное отношение врачей к своим обязанностям назывался:

- а) Декларация о нормах и правилах отношения врачей к пациентам
- б) Заявление о халатном отношении врачей к пациентам
- в) Декларация о поведении врачей
- г) *Заявление о халатном отношении врачей к своим профессиональным обязанностям*
- д) Заявление о невыполнении врачами своих профессиональных обязанностей

Инструкция: Для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов являются правильными. Выберите ответы, исходя из следующей таблицы:

а	б	в	г	д
Если верно	Если верно	Если верно	Если верно	Если верно
1,2,3	только 1 и 3	только 2 и 4	только 4	все

Впишите букву, соответствующую Вашему ответу в ячейку справа

16. Какие виды ответственности влечет за собой проступок врача

Д

1. Административную
2. Моральную
3. Дисциплинарную
4. Уголовную

17. Какие из указанных видов врачебных ошибок относятся к техническим	а
1. Неправильное использование медицинской техники	
2. Неправильное оформление медицинской документации	
3. Неправильное выполнение техники медицинских манипуляций	
4. Ошибки, связанные с техникой безопасности	
18. С чем связаны объективные врачебные ошибки:	б
1. Со сложностью клинического случая	
2. С особенностями характера врача	
3. С недостатком информации о больном	
4. С недостатком знаний у врача	
19. Какие признаки делают похожими объективную врачебную ошибку и неблагоприятный исход:	б
1. Нанесение ущерба пациенту	
2. Неправильное выполнение медицинской манипуляции	
3. Добросовестное отношение к своим профессиональным обязанностям	
4. Недобросовестное отношение к своим профессиональным обязанностям	
20. Каким видам ответственности подлежит врач вследствие нанесения ущерба пациенту в результате неблагоприятного исхода	г
1. Уголовной	
2. Административной	
3. Дисциплинарной	
4. Моральной	

Решение разноуровневых задач

1. В приемный покой дежурной городской больницы машиной скорой помощи был доставлен больной 35 лет с резкими болями в животе и направительным диагнозом «Острый аппендицит?». В анализах крови была обнаружена небольшая воспалительная реакция и на консилиуме было решено прооперировать пациента. Во время операции больной скончался. Патолого-анатомическое вскрытие показало обширный инфаркт миокарда (абдоминальная форма).

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это врачебная ошибка потому, что: 1) было совершено неправильное действие – оперативное лечение вместо необходимого покоя и наблюдения.
- 2) Отношение врачей к исполнению своих профессиональных обязанностей было добросовестным, о чем свидетельствует то, что решение принимал консилиум.
2. Это врачебная ошибка
 - 1) объективная, потому что она была обусловлена внешними обстоятельствами – атипичностью течения заболевания.
 - 2) тактическая, потому, что выбрана неправильная тактика лечения.
 - 3) комиссивная), потому, что это ошибка действия – делали то, что не нужно было делать.
3. Предполагается моральная ответственность потому, что нет элементов халатности, небрежности, профессиональной неграмотности в действиях врачей.

2. По скорой медицинской помощи в приемное отделение поступил больной с травмой головы и органа зрения. Он был осмотрен дежурным врачом, который оценил его состояние, как средне тяжелое, и провел больному первичную обработку глаз. Во время процедуры у больного начались судороги, и появилась назальная ликворея. Эти симптомы свидетельствуют о черепно-мозговом повреждении и, соответственно, о крайне тяжелом состоянии больного.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.

3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это врачебная ошибка потому, что: 1) было неправильно оценено состояние больного и приоритетность в очередности оказания медицинской помощи.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было добросовестным – он старался помочь больному, выполнял свои обязанности.
2. Это врачебная ошибка
- 1) объективная, потому что она обусловлена внешними обстоятельствами: сложностью клинического случая, стертой симптоматикой, экстренностью ситуации и недостатком у врача времени для правильной постановки диагноза и оказания своевременного лечения. С другой стороны, она может быть субъективной, обусловленная недостатком опыта у врача.
- 2) тактическая, потому, что выбрана неправильная тактика лечения в очередности оказания помощи.
- 3) оmissивная, потому, что не было действий в отношении черепно-мозговой травмы.
3. Предполагается моральная ответственность потому, что нет элементов халатности, небрежности, профессиональной неграмотности

3. В приемное отделение больницы машиной «скорой помощи» в состоянии сильного алкогольного опьянения доставлен мужчина 42 лет. Когда дежурный врач спустился в приемный покой, больной спал. Он попросил медсестру вызвать его из отделения, где проводил осмотр тяжелой больной, когда пациент проснется. Через некоторое время больной проснулся и незаметно для медсестры ушел из больницы. Однако поступил через сутки с явлениями гангренозного аппендицита и разлитого перитонита и скончался на третьи сутки.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это халатность, потому, что 1) было совершено неправильное действие.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было недобросовестным, так как в данной ситуации, несмотря на состояние алкогольного опьянения и занятость врача, он должен был назначить анализ крови и мочи для определения тяжести состояния больного и экстренности оказания ему медицинской помощи.
2. Данный вид халатности относится к недостаточному обследованию больного – невыполнению обязательных в данной ситуации диагностических исследований.
3. Предполагается уголовная ответственность, потому, что в результате бездействия врача наступила смерть больного.

4. Молодая медсестра, окончившая училище полгода назад с красным дипломом, ошиблась флаконами и вместо глюкозы вколола двум новорожденным смертельную дозу магнелии. Лекарство, предназначенное для беременных, вызвало у младенцев мгновенный паралич дыхательных путей. Они погибли на четвертый день после рождения.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это халатность, потому, что 1) было совершено неправильное действие – введена неправильная дозировка лекарственного вещества.
- 2) Отношение медсестры к исполнению своих профессиональных обязанностей было недобросовестным потому, что она должна была перепроверить дозировку и внимательно отнестись к процедуре.
2. Данный вид халатности относится к небрежному применению неправильного действия медицинской сестры наступила смерть новорожденных.

5. В приемный покой дежурной городской больницы машиной скорой помощи была доставлена больная 15 лет с резкими болями в животе и направительным диагнозом «Острый аппендицит?». В анализах крови была обнаружена небольшая воспалительная реакция. Дежуривший молодой врач принял решение понаблюдать больную до утра. Утром консилиумом было принято решение оперировать. Во время операции больная скончалась. Патологоанатомическое вскрытие показало гангренозный аппендицит, разлитой перитонит.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это врачебная ошибка потому, что: 1) было совершено неправильное действие. Больную нужно было оперировать.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было добросовестным, так как он квалифицированно выполнил осмотр пациентки, назначил и интерпретировал анализы.
2. Это врачебная ошибка
- 1)) объективная, потому что она обусловлена внешними обстоятельствами: стертой симптоматикой и нетипичной для такого состояния картиной крови. С другой стороны, она может быть субъективной, обусловленная недостатком опыта у врача
- 2) тактическая, потому, что выбрана неправильная тактика лечения - нужна была срочная операции, а ее решили понаблюдать.
- 3) оmissивная, потому, что это ошибка бездействия – наблюдение вместо операции.
3. Предполагается моральная ответственность потому, что нет элементов халатности, небрежности, профессиональной неграмотности со стороны врача.

6. Женщине 39 лет на профилактическом осмотре был выставлен диагноз «Злокачественная опухоль матки». После её информированного согласия проведена радикальная операция по удалению пораженного органа и с целью предотвращения развития метастазов удалены также яичники и маточные трубы. Результаты гистологического исследования новообразования, полученные через несколько дней показали беременность на сроке 4 недели.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это халатность, потому, что 1) было совершено неправильное действие – сделана ненужная радикальная операция.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было недобросовестным, так как врач прооперировал больную, не дождавшись результатов гистологического исследования.
2. Данный вид халатности относится к небрежному уходу и наблюдению, а также к недостаточному обследованию больного, так как врач, проведя обследование, не дождался его результатов.
3. Предполагается уголовная ответственность, потому, что здоровью пациентки нанесен тяжкий вред.

7. Женщина 62 лет обратилась в клинику с жалобами на сухой навязчивый кашель, повышение температуры к вечеру до 37,60, боли в подлопаточной области справа. Больной себя считает в течение 3 недель. Лечилась самостоятельно, к помощи медицинских работников не обращалась. На рентгенограмме была обнаружена большая опухоль в правом легком, которая из-за своего размера была признанной неоперабельной. Больной было предложено лечение химиопрепаратами и радиооблучение. Но она оказалась, считая подобные методы негуманными. Через несколько недель состояние больной улучшилось, симптомы заболевания исчезли. При повторном обследовании опухоли обнаружено не было. При внутреннем расследовании оказалось, что врач-рентгенолог перепутал снимки двух больных с одинаковой фамилией.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это халатность, потому, что 1) было совершено неправильное действие – поставлен неправильный диагноз.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было недобросовестным, так как врач вынес свое решение в спешке, не перепроверив результаты своего заключения.
2. Данный вид халатности относится к небрежному уходу и наблюдению.
3. Предполагается административная и дисциплинарная ответственность, потому, что последовали нетяжкие последствия.

8. Во время проведения физиотерапевтического лечения на пациента Б. 42 лет упала плохо закрепленная кварцевая лампа. Больной получил ожоги лица 2-й степени (покраснение и волдыри в области правой носогубной складки).

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это халатность, потому, что 1) было совершено неправильное бездействие, в результате которого пострадал пациент.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было недобросовестным, так как он обязан был проверить состояние прибора перед процедурой. Врач несет ответственность за благополучие пациента при оказании медицинской помощи.
2. Данный вид халатности относится к небрежному уходу и наблюдению.
3. Предполагается административная и дисциплинарная ответственность, потому, что последовали нетяжкие последствия.

9. Женщина 35 лет обратилась в клинику с жалобами на сухой навязчивый кашель, повышение температуры к вечеру до 37,60, боли в подлопаточной области справа. Заболела 4 дня назад после того как попала под сильный проливной дождь. Лечилась самостоятельно, к помощи медицинских работников не обращалась. На рентгенограмме была обнаружена нечеткость легочной ткани в прикорневой зоне правого легкого, что было расценено, как воспаление правого легкого, была назначена соответствующая терапия антибиотиками, на которые у больной развилась аллергическая реакция в виде крапивницы и жидкого стула. При повторном анализе ранее полученных снимков был сделан вывод, что затемнение было вызвано дефектом рентгеновской пленки.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это врачебная ошибка потому, что: 1) было совершено неправильное действие – выставлен неправильный диагноз.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было добросовестным, так как он провел все необходимые исследования и назначил соответствующее лечение.
2. Это врачебная ошибка
- 1) объективная, потому что она обусловлена внешними обстоятельствами – технической неисправностью. С другой стороны, она может быть субъективной, обусловленная недостатком знаний и опыта у врача.
- 2) техническая, потому, вызвана техническими причинами.
- 3) комиссионная, потому, что в результате неправильно поставленного диагноза было назначено неправильное лечение.
3. Предполагается моральная ответственность потому, что нет элементов халатности, небрежности, профессиональной неграмотности.

10. Во время операции по поводу удаления камней из желчного пузыря у больного Н. 63 лет произошла остановка сердца. Реанимационные мероприятия эффекта не дали. Больной скончался. На патолого-анатомическом вскрытии был обнаружен разрыв аневризмы аорты, который при жизни себя никак не проявлял. На ЭКГ, которую больному делали до операции, патология так же никак не отразилась.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это неблагоприятный исход, потому, что врач в данной ситуации в этих условиях делал все правильно.
2. Это вид неблагоприятного исхода «в результате медицинского вмешательства», потому, что пациент погиб вследствие операции, во время которой произошел разрыв аневризмы.
3. Предполагается только условная моральная ответственность, потому, что в данной ситуации врач не мог предвидеть, а тем более предотвратить нанесение ущерба пациенту. Он делал все правильно.

11. В скором поезде Москва-Казань у женщины 32 лет начались преждевременные роды. Врач скорой помощи, который оказался в этом же поезде и откликнулся на призыв начальника поезда о необходимости помощи рожаящей женщине, принимал роды по всем правилам. Однако из-за предлежания плаценты у женщины началась обильная кровотечение, с которым врачу справиться не удалось. После прибытия поезда на ближайшую станцию через 4 часа, женщина была транспортирована в ближайший роддом. Однако по пути в больницу она скончалась из-за значительной кровопотери. Ребенок также умер.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это неблагоприятный исход, потому, что врач в данной ситуации в этих условиях делал все правильно.
2. Это неизбежный вид неблагоприятного исхода, потому, что он не зависел от качества оказанной медицинской помощи.
3. Предполагается только условная моральная ответственность, потому, что в данной ситуации врач не мог предвидеть, а тем более предотвратить нанесение ущерба пациенту. Он делал в данных условиях все правильно.

12. В скором поезде Москва-Казань мужчина 40 лет внезапно потерял сознание сразу после отправления поезда. Врач скорой помощи, который оказался в этом же поезде и откликнулся на призыв начальника поезда о необходимости медицинской помощи, после того как он пришел в указанный вагон обнаружил у больного отсутствие пульса и дыхания. Он немедленно приступил к реанимационным мероприятиям – непрямому массажу сердца и искусственному дыханию по типу «изо рта в рот». Однако в течение 40 мин восстановления дыхательной и сердечной функций не последовало, после чего врач прекратил реанимационные мероприятия. После прибытия поезда на ближайшую станцию через 2 часа, врачи вызванной бригады скорой помощи констатировали смерть пациента. Вскрытие показало разлитой инфаркт миокарда.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это неблагоприятный исход, потому, что врач в данной ситуации в этих условиях делал все правильно.
2. Это неизбежный вид неблагоприятного исхода, потому, что он не зависел от качества оказанной медицинской помощи.
3. Предполагается только условная моральная ответственность, потому, что в данной ситуации врач не мог предвидеть, а тем более предотвратить нанесение ущерба пациенту. Он делал в данных условиях все правильно.

13. Во время операции во всей больнице отключился свет из-за обрыва проводов. Врач случайно перерезал магистральный сосуд. От обильного кровотечения больной скончался.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это врачебная ошибка потому, что: 1) было совершено неправильное действие – перерезан сосуд, в результате чего пациент скончался.
- 2) Отношение врача к исполнению своих профессиональных обязанностей было добросовестным. Он выполнял свои обязанности и как обычно проводил операцию.
2. Это врачебная ошибка
- 1) Объективная, потому что она обусловлена внешними обстоятельствами, никак не зависящими от врача.
- 2) техническая, потому, что зависела от технического оснащения – освещения.
- 3 комиссионная, потому, что было неправильно выполнена операция, перерезан сосуд.
3. Предполагается моральная ответственность потому, что нет элементов халатности, небрежности, профессиональной неграмотности.

14. При диагностической пункционной биопсии почки был поврежден сосуд, развилось массивное кровотечение, больной умер. При вскрытии установлено, что повредили аномальный сосуд, у миллионов людей расположенный совсем в другом месте или не встречающийся вообще, а процедура была выполнена по всем существующим правилам.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это неблагоприятный исход, потому, что врач в данной ситуации в этих условиях делал все правильно.
2. Это неблагоприятный исход как результат медицинского вмешательства, потому, что пациент погиб вследствие операции, во время которой произошел разрыв аневризмы.
3. Предполагается только условная моральная ответственность, потому, что в данной ситуации врач не мог предвидеть, а тем более предотвратить нанесение ущерба пациенту. Он делал все правильно.

15. В приемное отделение больницы с места ДТП машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии доставлена женщина 25 лет. Во время операции, выполненной с соблюдением установленных стандартов, была констатирована клиническая смерть, проведение реанимационных мероприятий не принесло положительного эффекта. В 21.00 констатирована остановка дыхания и прекращение сердцебиения.

1. Оцените ситуацию с позиции нанесения ущерба пациенту (врачебная ошибка, неблагоприятный исход, халатность).
2. Дайте определение и назовите вид указанного действия по классификации.
3. Какая ответственность предполагается в данной ситуации и почему?

Ответ:

1. Это неблагоприятный исход, потому, что врач в данной ситуации в этих условиях делал все правильно.
2. Это неизбежный вид неблагоприятного исхода, потому, что он не зависел от качества оказанной медицинской помощи.
3. Предполагается только условная моральная ответственность, потому, что в данной ситуации врач не мог предвидеть, а тем более предотвратить нанесение ущерба пациенту. Он делал в данных условиях все правильно.

Тема 2.2. Юридическая ответственность медицинских работников за результаты своей профессиональной деятельности

Уровень 3 (УК-5.2.)

Вопросы для подготовки по теме

1. Дисциплинарная ответственность медицинских работников:

- определение понятия «дисциплинарная ответственность»;

Дисциплинарная ответственность – это вид юридической ответственности, основным содержанием которой являются меры (дисциплинарное взыскание), применяемые работодателем к работнику в связи с совершением им дисциплинарного проступка.

- виды дисциплинарных взысканий в соответствии с ТК РФ;

Видами дисциплинарной ответственности являются дисциплинарные взыскания (статья 192 Трудового кодекса РФ) – замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям.

- порядок применения дисциплинарных взысканий;

Порядок применения дисциплинарных взысканий прописан в статье 193 ТК РФ.

До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника письменное объяснение. Если по истечении двух рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, то составляется соответствующий акт.

Непредоставление работником объяснения не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

Дисциплинарное взыскание, за исключением дисциплинарного взыскания за несоблюдение ограничений и запретов, неисполнение обязанностей, установленных законодательством Российской Федерации о противодействии коррупции, не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки - позднее двух лет со дня его совершения. Дисци-

плинарное взыскание за несоблюдение ограничений и запретов, неисполнение обязанностей, установленных законодательством Российской Федерации о противодействии коррупции, не может быть применено позднее трех лет со дня совершения проступка. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под роспись в течение трех рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. Если работник отказывается ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под роспись, то составляется соответствующий акт.

Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и (или) органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

- привлечение к дисциплинарной ответственности руководителя организации, его заместителей.

Статья 195 ТК РФ прописывает, что работодатель обязан рассмотреть заявление представительного органа работников о нарушении руководителем организации, руководителем структурного подразделения организации, их заместителями трудового законодательства и иных актов, содержащих нормы трудового права, условий коллективного договора, соглашения и сообщить о результатах его рассмотрения в представительный орган работников.

В случае когда факт нарушения подтвердился, работодатель обязан применить к руководителю организации, руководителю структурного подразделения организации, их заместителям дисциплинарное взыскание вплоть до увольнения.

2. Административная ответственность медицинских организаций и медицинских работников:

- определение понятия «административная ответственность»;
Административная ответственность – разновидность юридической ответственности, которая выражается в применении административного наказания к лицу, совершившему административное правонарушение
- виды административных наказаний в соответствии с КоАП РФ;

В соответствии со статьёй 3.2 КоАП РФ, к видам административных наказаний относятся: предупреждение; административный штраф; конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения; лишение специального права, предоставленного физическому лицу; административный арест; административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства; дисквалификация; административное приостановление деятельности; обязательные работы; административный запрет на посещение мест проведения официальных спортивных соревнований в дни их проведения.

- порядок применения административных наказаний;

В соответствии со статьёй 4.1 КоАП РФ, общие правила наказания следующие:

1. Административное наказание за совершение административного правонарушения назначается в пределах, установленных законом, предусматривающим ответственность за данное административное правонарушение, в соответствии с настоящим Кодексом.

2. При назначении административного наказания физическому лицу учитываются характер совершенного им административного правонарушения, личность виновного, его имущественное положение, обстоятельства, смягчающие административную ответственность, и обстоятельства, отягчающие административную ответственность.

2.1. При назначении административного наказания за совершение административных правонарушений в области [законодательства](#) о наркотических средствах, психотропных веществах и об их прекурсорах лицу, признанному больным наркоманией либо потребляющему наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, судья может возложить на такое лицо обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ. Контроль за исполнением такой обязанности осуществляется уполномоченными федеральными органами исполнительной власти в [порядке](#), установленном Правительством Российской Федерации.

2.2. При наличии исключительных обстоятельств, связанных с характером совершенного административного правонарушения и его последствиями, личностью и имущественным положением привлекаемого к административной ответственности физического лица, судья, орган, должностное лицо, рассматривающие дела об административных правонарушениях либо жалобы, протесты на постановления и (или) решения по делам об административных правонарушениях, могут назначить наказание в виде административного штрафа в размере менее минимального размера административного штрафа, предусмотренного соответствующей статьёй или частью статьи [раздела II](#) настоящего Кодекса, в случае, если минимальный размер административного штрафа для граждан составляет не менее десяти тысяч рублей, а для должностных лиц - не менее пятидесяти тысяч рублей, либо административного штрафа, предусмотренного соответствующей статьёй или частью статьи закона субъекта Российской Федерации об административных правонарушениях, в случае, если минимальный размер административного штрафа для граждан составляет не менее четырех тысяч рублей, а для должностных лиц - не менее сорока тысяч рублей.

2.3. При назначении административного наказания в соответствии с [частью 2.2](#) настоящей статьи размер административного штрафа не может составлять менее половины минимального размера административного штрафа, предусмотренного для граждан или должностных лиц соответствующей статьей или частью статьи [раздела II](#) настоящего Кодекса либо соответствующей статьей или частью статьи закона субъекта Российской Федерации об административных правонарушениях.

3. При назначении административного наказания юридическому лицу учитываются характер совершенного им административного правонарушения, имущественное и финансовое положение юридического лица, обстоятельства, смягчающие административную ответственность, и обстоятельства, отягчающие административную ответственность.

3.1. В случаях, предусмотренных [частью 3 статьи 28.6](#) настоящего Кодекса, административное наказание назначается в виде административного штрафа. При этом размер назначаемого административного штрафа должен быть наименьшим в пределах санкции применяемой статьи или части статьи [раздела II](#) настоящего Кодекса, а в случаях, когда в санкции применяемой статьи или части статьи [раздела II](#) настоящего Кодекса предусмотрено административное наказание в виде лишения права управления транспортными средствами или административного ареста и не предусмотрено административное наказание в виде административного штрафа, административное наказание назначается в виде административного штрафа в размере пяти тысяч рублей.

3.2. При наличии исключительных обстоятельств, связанных с характером совершенного административного правонарушения и его последствиями, имущественным и финансовым положением привлекаемого к административной ответственности юридического лица, судья, орган, должностное лицо, рассматривающие дела об административных правонарушениях либо жалобы, протесты на постановления и (или) решения по делам об административных правонарушениях, могут назначить наказание в виде административного штрафа в размере менее минимального размера административного штрафа, предусмотренного соответствующей статьей или частью статьи [раздела II](#) настоящего Кодекса либо соответствующей статьей или частью статьи закона субъекта Российской Федерации об административных правонарушениях, в случае, если минимальный размер административного штрафа для юридических лиц составляет не менее ста тысяч рублей.

3.3. При назначении административного наказания в соответствии с [частью 3.2](#) настоящей статьи размер административного штрафа не может составлять менее половины минимального размера административного штрафа, предусмотренного для юридических лиц соответствующей статьей или частью статьи [раздела II](#) настоящего Кодекса либо соответствующей статьей или частью статьи закона субъекта Российской Федерации об административных правонарушениях.

3.4. В случаях, предусмотренных [частью 4 статьи 28.6](#) настоящего Кодекса, административное наказание в виде административного штрафа назначается в размере одной трети минимального размера административного штрафа, предусмотренного [частями 2, 4 и 6 статьи 14.5](#) настоящего Кодекса.

3.4-1. При назначении административного наказания в виде административного штрафа за совершение административного правонарушения, выявленного в ходе осуществления государственного контроля (надзора), муниципального контроля, в случае, если предусмотренный санкцией применяемой статьи или части статьи [раздела II](#) настоящего Кодекса либо закона субъекта Российской Федерации об административных правонарушениях размер административного штрафа имеет нижнюю и верхнюю границы, при наличии обстоятельств, предусмотренных [пунктами 5 и 6 части 1 статьи 4.2](#) настоящего Кодекса, административный штраф назначается в минимальном размере, установленном за совершение соответствующего административного правонарушения, за исключением случаев, предусмотренных [частями 2.2 и 3.2](#) настоящей статьи, [статьей 4.1.1](#) настоящего Кодекса.

3.5. Административное наказание в виде предупреждения назначается в случаях, если оно предусмотрено соответствующей статьей [раздела II](#) настоящего Кодекса или закона субъекта Российской Федерации об административных правонарушениях, за впервые совершенные административные правонарушения при отсутствии причинения вреда или угрозы причинения вреда жизни и здоровью людей, объектам животного и растительного мира, окружающей среде, объектам культурного наследия (памятникам истории и культуры) народов Российской Федерации, безопасности государства, угрозы чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, а также при отсутствии имущественного ущерба.

правонарушения, предусмотренного [частью 4](#) или [5 статьи 20.31](#) настоящего Кодекса, суд, учитывая продолжительность проживания иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации, его семейное положение, отношение к уплате российских налогов, наличие дохода и обеспеченность жильем на территории Российской Федерации, род деятельности и профессию, законопослушное поведение, обращение о приеме в российское гражданство и другие обстоятельства, придет к выводу, что административное выдворение за пределы Российской Федерации является чрезмерным ограничением права на уважение частной жизни и несоразмерно целям административного наказания, назначается административное наказание в виде административного штрафа в размере от сорока тысяч до пятидесяти тысяч рублей или административного запрета на посещение мест проведения официальных спортивных соревнований в дни их проведения на срок от одного года до семи лет.

3.7. За административное правонарушение, предусмотренное [частью 4](#) или [5 статьи 20.31](#) настоящего Кодекса, административное наказание в виде административного ареста на срок до пятнадцати суток с административным выдворением за пределы Российской Федерации может быть назначено иностранному гражданину или лицу без гражданства в случае, если такое административное правонарушение совершено при проведении официальных международных спортивных соревнований.

4. Назначение административного наказания не освобождает лицо от исполнения обязанности, за неисполнение которой административное наказание было назначено.

5. Никто не может нести административную ответственность дважды за одно и то же административное правонарушение.

- привлечение к административной ответственности руководителя организации, его заместителей.

Привлечение к административной ответственности руководителя организации, его заместителей осуществляется в соответствии со статьей 2.4 КоАП РФ «Административная ответственность должностных лиц»:

Административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей.

Примечание. Под должностным лицом в настоящем Кодексе следует понимать лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными полномочиями осуществляющее функции представителя власти, то есть наделенное в установленном законом порядке распорядительными полномочиями в отношении лиц, не находящихся в служебной зависимости от него, а равно лицо, выполняющее организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных организациях, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации. Совершившие административные правонарушения в связи с выполнением организационно-распорядительных или административно-хозяйственных функций руководители и другие работники иных организаций, арбитражные управляющие, а также совершившие административные правонарушения, предусмотренные статьями 9.22, 13.25, 14.24, 14.25, 14.55, 14.56, частью 3 статьи 14.57, 14.61, 14.63, 14.64, 15.17 - 15.22, 15.23.1, 15.24.1, 15.25, 15.26.1, 15.26.2, 15.29 - 15.31, 15.37, 15.38, частями 9 и 9.1 статьи 19.5, статьями 19.7.3, 19.7.12 настоящего Кодекса, члены советов директоров (наблюдательных советов), коллегиальных исполнительных органов (правлений, дирекций), счетных комиссий, ревизионных комиссий (ревизоры), ликвидационных комиссий юридических лиц и руководители организаций, осуществляющих полномочия единоличных исполнительных органов других организаций, физические лица, являющиеся учредителями (участниками) юридических лиц, руководители организаций, осуществляющих полномочия единоличных исполнительных органов организаций, являющихся учредителями юридических лиц, несут административную ответственность как должностные лица. Лица, осуществляющие функции члена комиссии по осуществлению закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, контрактные управляющие, работник контрактной службы, совершившие административные правонарушения, предусмотренные статьями 7.29 - 7.32, 7.32.5, частями 7, 7.1 статьи 19.5, статьей 19.7.2 настоящего Кодекса, несут административную ответственность как должностные лица. Лица, осуществляющие функции по организации и осуществлению закупок в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере закупок товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц, в том числе члены комиссии по осуществлению закупок, совершившие административные правонарушения, предусмотренные статьей 7.32.3, частью 7.2 статьи 19.5, статьей 19.7.2-1 настоящего Кодекса, несут административную ответственность как должностные лица. Лица, осуществляющие функции члена лицензионной комиссии и совершившие административное правонарушение, предусмотренное статьей 19.6.2 настоящего Кодекса, несут административную ответственность как должностные лица. Лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, совершившие административные правонарушения, несут административную ответственность как должностные лица, если настоящим Кодексом не установлено иное. Лица, осуществляющие функции по организации и проведению обязательных в соответствии с законодательством Российской Федерации торгов, в том числе члены конкурсной комиссии, аукционной комиссии, совершившие административные правонарушения, предусмотренные статьей 7.32.4 настоящего Кодекса, несут административную ответственность как должностные лица. Лица, осуществляющие деятельность в области оценки пожарного риска (аудита пожарной безопасности), совершившие административные нарушения, предусмотренные частью 9 статьи 20.4 настоящего Кодекса, несут административную ответственность как должностные лица. Физические лица, осуществляющие деятельность в области проведения экспертизы в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, совершившие административное правонарушение, предусмотренное статьей 7.32.6 настоящего Кодекса, несут административную ответственность как должностные лица.

3. Гражданско-правовая ответственность медицинских организаций и медицинских работников:

- определение понятия «гражданско-правовая ответственность»;

Гражданско-правовая ответственность — одна из форм государственного принуждения, состоящая во взыскании судом с правонарушителя в пользу потерпевшего имущественных санкций, перелагающих на правонарушителя невыгодные имущественные последствия его поведения и направленных на восстановление нарушенной имущественной сферы потерпевшего.

- виды гражданско-правовой ответственности (договорная и внедоговорная);

Договорная гражданско-правовая ответственность наступает для участников какого-либо гражданского договора в случае его неисполнения или несоблюдения (например, неоплата поставленных товаров). Различают две основные формы договорной ответственности: возмещение убытков и уплата неустойки. Под убытками понимаются: а) расходы, связанные с восстановлением нарушенного права кредитора, утратой или повреждением его имущества (реальный ущерб); б) неполученные доходы, которые кредитор получил бы, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода). Неустойка представляет собой заранее установленную денежную сумму, которую в случае ненадлежащего исполнения или неисполнения договора должник обязан заплатить кредитору.

Внедоговорная гражданско-правовая ответственность наступает при причинении вреда жизни, здоровью человека или имуществу организации (например, причинение вреда в результате ДТП, несчастного случая на производстве и др.). В этом случае ответственность наступает в форме возмещения убытков.

- **компенсация морального вреда.**

Ответственность за причинение морального вреда, как правило, возникает независимо от вины причинителя, состоит в денежной (но не в иной материальной) компенсации и осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда, т.е. сверх него (ст. 1099–1101 ГК РФ).

Статья 1099. Общие положения

1. Основания и размер компенсации гражданину [морального вреда](#) определяются правилами, предусмотренными настоящей [главой](#) и [статьей 151](#) настоящего Кодекса.

2. Моральный вред, причиненный действиями (бездействием), нарушающими имущественные права гражданина, подлежит компенсации в случаях, предусмотренных [законом](#).

3. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда.

Статья 1100. Основания компенсации морального вреда

Компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случаях, когда: вред причинен жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности;

[вред](#) причинен гражданину в результате его незаконного осуждения, незаконного привлечения к уголовной ответственности, незаконного применения в качестве меры пресечения заключения под стражу или подписки о невыезде, незаконного наложения административного взыскания в виде ареста или исправительных работ;

вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию; в иных случаях, предусмотренных законом.

Статья 1101. Способ и размер компенсации морального вреда

1. Компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме.

2. Размер компенсации морального вреда [определяется судом](#) в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования [разумности](#) и справедливости.

Характер [физических и нравственных](#) страданий оценивается судом с учетом [фактических обстоятельств](#), при которых был причинен моральный вред, и [индивидуальных особенностей](#) потерпевшего.

4. Уголовная ответственность за профессиональные и должностные преступления медицинских работников:

- **определение понятия «уголовная ответственность», «преступление», «наказание»;**

Уголовная ответственность – это вид юридической ответственности, налагаемый судом на лицо, совершившее преступление

Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом РФ под угрозой наказания (ч.1 ст. 14 УК РФ).

Наказание есть мера государственного принуждения, назначаемая по приговору суда. Наказание применяется к лицу, признанному виновным в совершении преступления, и заключается в предусмотренных настоящим Кодексом лишении или ограничении прав и свобод этого лица (статья 43 УК РФ).

- **виды наказаний в соответствии с УК РФ;**

В соответствии со статьей 44 УК РФ к видам наказания относятся: штраф; лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью; лишение специального, воинского или почетного звания, классного чина и государственных наград; обязательные работы; исправительные работы; ограничение по военной службе; ограничение свободы; принудительные работы; арест; содержание в дисциплинарной воинской части; лишение свободы на определенный срок; пожизненное лишение свободы; смертная казнь.

- **привлечение к уголовной ответственности руководителя организации, его заместителей за должностные преступления.**

Статья 285. Злоупотребление должностными полномочиями

1. [Использование](#) должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы, если это деяние совершено из [корыстной](#) или [иной](#) личной заинтересованности и повлекло существенное нарушение [прав](#) и [законных интересов](#) граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, -

наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до четырех лет.

2. То же деяние, совершенное лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления, -

наказывается штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные [частями первой](#) или [второй](#) настоящей статьи, повлекшие тяжкие последствия, - наказываются лишением свободы на срок до десяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Примечания. 1. Должностными лицами в статьях настоящей главы признаются лица, постоянно, временно или по [специальному полномочию](#) осуществляющие функции [представителя власти](#) либо выполняющие [организационно-распорядительные, административно-хозяйственные](#) функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, государственных внебюджетных фондах, государственных корпорациях, государственных компаниях, публично-правовых компаниях, на государственных и муниципальных унитарных предприятиях, в хозяйственных обществах, в высшем органе управления которых Российская Федерация, субъект Российской Федерации или муниципальное образование имеет право прямо или косвенно (через подконтрольных им лиц) распоряжаться более чем пятьюдесятью процентами голосов либо в которых Российская Федерация, субъект Российской Федерации или муниципальное образование имеет право назначать (избирать) единоличный исполнительный орган и (или) более пятидесяти процентов состава коллегиального органа управления, в акционерных обществах, в отношении которых используется специальное право на участие Российской Федерации, субъектов Российской Федерации или муниципальных образований в управлении такими акционерными обществами ("золотая акция"), а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации.

2. Под лицами, занимающими государственные должности Российской Федерации, в статьях настоящей [главы](#) и других статьях настоящего Кодекса понимаются лица, занимающие должности, устанавливаемые [Конституцией](#) Российской Федерации, федеральными конституционными законами и федеральными законами для непосредственного исполнения полномочий государственных органов.

3. Под лицами, занимающими государственные должности субъектов Российской Федерации, в статьях настоящей [главы](#) и других статьях настоящего Кодекса понимаются лица, занимающие должности, устанавливаемые конституциями или уставами субъектов Российской Федерации для непосредственного исполнения полномочий государственных органов.

4. Государственные служащие и муниципальные служащие, не относящиеся к числу должностных лиц, несут уголовную ответственность по статьям настоящей [главы](#) в случаях, специально предусмотренных соответствующими статьями.

Статья 285.1. Нецелевое расходование бюджетных средств

1. Расходование бюджетных средств должностным лицом получателя бюджетных средств на цели, не соответствующие [условиям](#) их получения, определенным утвержденным бюджетом, бюджетной росписью, уведомлением о бюджетных ассигнованиях, сметой доходов и расходов либо иным документом, являющимся основанием для получения бюджетных средств, совершенное в крупном размере, -

наказывается штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, совершенное:

а) группой лиц по предварительному сговору;

б) в особо крупном размере, -

наказывается штрафом в размере от двухсот тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до трех лет или без такового.

Примечание. Крупным размером в настоящей статье, а также в [статье 285.2](#) настоящего Кодекса признается сумма бюджетных средств, превышающая один миллион пятьсот тысяч рублей, а особо крупным размером - семь миллионов пятьсот тысяч рублей.

Статья 285.2. Нецелевое расходование средств государственных внебюджетных фондов

1. Расходование средств государственных внебюджетных фондов должностным лицом на цели, не соответствующие условиям, определенным [законодательством](#) Российской Федерации, регулирующим их деятельность, и бюджетам указанных фондов, совершенное в [крупном размере](#), -

наказывается штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет

или без такового, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. То же деяние, совершенное:

а) группой лиц по предварительному сговору;

б) в особо крупном размере, -

наказывается штрафом в размере от двухсот тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 286. Превышение должностных полномочий

1. Совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, -

наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до четырех лет.

2. То же деяние, совершенное лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления, -

наказывается штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, если они совершены:

а) с применением насилия или с угрозой его применения;

б) с применением оружия или специальных средств;

в) с причинением тяжких последствий;

г) группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

д) в отношении несовершеннолетнего;

е) из корыстной или иной личной заинтересованности, -

наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

4. Деяния, предусмотренные частями первой, второй или третьей настоящей статьи, совершенные с применением пытки, -

наказываются лишением свободы на срок от четырех до двенадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет.

5. Деяния, предусмотренные частью четвертой настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть потерпевшего или причинение тяжкого вреда его здоровью, -

наказываются лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двадцати лет.

Примечания. 1. Под пыткой в настоящей статье и других статьях настоящего Кодекса понимается любое действие (бездействие), которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль либо физические или нравственные страдания, чтобы получить от него или третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера.

2. Не является пыткой причинение физических или нравственных страданий, которые возникают в результате правомерных действий должностного лица или другого лица либо неизбежно сопряжены с такими действиями.

Статья 287. Отказ в предоставлении информации Федеральному Собранию Российской Федерации или Счетной палате Российской Федерации

1. Неправомерный отказ в предоставлении или уклонение от предоставления информации (документов, материалов), а также предоставление заведомо неполной либо ложной информации Совету Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации или Счетной палате Российской Федерации, если эти деяния совершены должностным лицом, обязанным предоставлять такую информацию, -

наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до трех лет.

2. Те же деяния, совершенные лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, -

наказываются штрафом в размере от ста тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные [частями первой](#) или [второй](#) настоящей статьи, если они:

- а) сопряжены с сокрытием правонарушений, совершенных должностными лицами органов государственной власти;
- б) совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- в) повлекли тяжкие последствия, -

наказываются принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до восьми лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Статья 289. Незаконное участие в предпринимательской деятельности

Учреждение должностным лицом организации, осуществляющей предпринимательскую деятельность, либо участие в управлении такой организацией лично или через доверенное лицо вопреки запрету, установленному [законом](#), если эти деяния связаны с предоставлением такой организации льгот и преимуществ или с покровительством в иной форме, -

наказываются штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет со штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет.

Статья 290. Получение взятки

1. Получение [должностным лицом](#), [иностранным должностным лицом](#) либо должностным лицом публичной международной организации лично или через посредника взятки в виде денег, ценных бумаг, иного имущества либо в виде незаконных оказания ему услуг [имущественного характера](#), предоставления иных имущественных прав (в том числе когда взятка по указанию должностного лица передается иному физическому или юридическому лицу) за совершение [действий](#) (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, если указанные действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо если оно в силу должностного положения может [способствовать](#) указанным действиям (бездействию), а равно за [общее покровительство](#) или [попустительство](#) по службе -

наказывается штрафом в размере до одного миллиона рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, или в размере от десятикратной до пятидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет со штрафом в размере от десятикратной до двадцатикратной суммы взятки или без такового.

2. Получение должностным лицом, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации взятки в значительном размере -

наказывается штрафом в размере от двухсот тысяч до одного миллиона пятисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от шести месяцев до двух лет, или в размере от тридцатикратной до шестидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо лишением свободы на срок до шести лет со штрафом в размере до тридцатикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Получение должностным лицом, иностранным должностным лицом либо должностным лицом публичной международной организации взятки за [незаконные](#) действия (бездействие) -

наказывается штрафом в размере от пятисот тысяч до двух миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от шести месяцев до двух лет, или в размере от сорокакратной до семидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет либо лишением свободы на срок от трех до восьми лет со штрафом в размере до сорокакратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

4. Деяния, предусмотренные [частями первой](#) - [третьей](#) настоящей статьи, совершенные лицом, занимающим [государственную должность Российской Федерации](#) или [государственную должность субъекта Российской Федерации](#), а равно главой органа местного самоуправления, -

наказываются штрафом в размере от одного миллиона до трех миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, или в размере от шестидесятикратной до восьмидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной дея-

тельностью на срок до семи лет либо лишением свободы на срок от пяти до десяти лет со штрафом в размере до пятидесятикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до семи лет или без такового.

5. Деяния, предусмотренные [частями первой, третьей, четвертой](#) настоящей статьи, если они совершены:

а) группой лиц по [предварительному сговору](#) или [организованной группой](#);

б) с [вымогательством](#) взятки;

в) в крупном размере, -

наказываются штрафом в размере от двух миллионов до четырех миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от двух до четырех лет, или в размере от семидесятикратной до девяностократной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет либо лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет со штрафом в размере до шестидесятикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет или без такового.

6. Деяния, предусмотренные [частями первой, третьей, четвертой, пунктами "а" и "б" части пятой](#) настоящей статьи, совершенные в особо крупном размере, -

наказываются штрафом в размере от трех миллионов до пяти миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от трех до пяти лет, или в размере от восьмидесятикратной до стократной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пятнадцати лет либо лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет со штрафом в размере до семидесятикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пятнадцати лет или без такового.

Примечания. 1. Значительным размером взятки в настоящей статье, [статьях 291](#) и [291.1](#) настоящего Кодекса признаются сумма денег, стоимость ценных бумаг, иного имущества, услуг имущественного характера, иных имущественных прав, превышающие двадцать пять тысяч рублей, крупным размером взятки - превышающие сто пятьдесят тысяч рублей, особо крупным размером взятки - превышающие один миллион рублей.

2. Под иностранным должностным лицом в настоящей статье, [статьях 291, 291.1](#) и [304](#) настоящего Кодекса понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия; под должностным лицом публичной международной организации понимается международный гражданский служащий или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени.

Статья 291. Дача взятки

1. Дача взятки [должностному лицу, иностранному должностному лицу](#) либо [должностному лицу публичной международной организации](#) лично или через [посредника](#) (в том числе когда взятка по указанию должностного лица передается иному физическому или юридическому лицу) -

наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, или в размере от пятикратной до тридцатикратной суммы взятки, либо исправительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет со штрафом в размере от пятикратной до десятикратной суммы взятки или без такового.

2. Дача взятки должностному лицу, иностранному должностному лицу либо должностному лицу публичной международной организации лично или через посредника (в том числе когда взятка по указанию должностного лица передается иному физическому или юридическому лицу) в значительном размере -

наказывается штрафом в размере до одного миллиона рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, или в размере от десятикратной до сорокакратной суммы взятки, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до пяти лет со штрафом в размере от пятикратной до пятнадцатикратной суммы взятки или без такового.

3. Дача взятки должностному лицу, иностранному должностному лицу либо должностному лицу публичной международной организации лично или через посредника (в том числе когда взятка по указанию должностного лица передается иному физическому или юридическому лицу) за совершение заведомо незаконных действий (бездействие) -

наказывается штрафом в размере до одного миллиона пятисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, или в размере от тридцатикратной до шестидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового либо лишением свободы на срок до восьми лет со штрафом в размере до тридцатикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

4. Деяния, предусмотренные [частями первой - третьей](#) настоящей статьи, если они совершены:

а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

б) в крупном размере, -

наказываются штрафом в размере от одного миллиона до трех миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, или в размере от шестидесятикратной до восьмидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до семи лет или без такового либо лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет со штрафом в размере до шестидесятикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до семи лет или без такового.

5. Деяния, предусмотренные [частями первой - четвертой](#) настоящей статьи, совершенные в особо крупном размере,

наказываются штрафом в размере от двух миллионов до четырех миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от двух до четырех лет, или в размере от семидесятикратной до девяностократной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет или без такового либо лишением свободы на срок от восьми до пятнадцати лет со штрафом в размере до семидесятикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет или без такового.

Примечание. Лицо, давшее взятку, освобождается от уголовной ответственности, если оно [активно](#) способствовало раскрытию и (или) расследованию преступления и либо в отношении его имело место вымогательство взятки со стороны должностного лица, либо лицо после совершения преступления [добровольно](#) сообщило в орган, имеющий право возбудить уголовное дело, о даче взятки.

Статья 291.1. Посредничество во взяточничестве

1. Посредничество во взяточничестве, то есть непосредственная передача взятки по поручению взяткодателя или взякополучателя либо иное [способствование](#) взяткодателю и (или) взякополучателю в достижении либо реализации соглашения между ними о получении и даче взятки в [значительном размере](#), -

наказывается штрафом в размере до семисот тысяч рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, или в размере от двадцатикратной до сорокакратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет со штрафом в размере до двадцатикратной суммы взятки или без такового.

2. Посредничество во взяточничестве за совершение заведомо незаконных действий (бездействие) либо лицом с использованием своего служебного положения -

наказывается штрафом в размере до одного миллиона рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, или в размере от двадцатикратной до пятидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок от трех до семи лет со штрафом в размере до тридцатикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Посредничество во взяточничестве, совершенное:

а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

б) в [крупном размере](#), -

наказывается штрафом в размере от одного миллиона до двух миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, или в размере от пятидесятикратной до семидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового либо лишением свободы на срок от пяти до десяти лет со штрафом в размере до шестидесятикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

4. Посредничество во взяточничестве, совершенное в [особо крупном размере](#), -

наказывается штрафом в размере от одного миллиона пятисот тысяч до трех миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от двух до трех лет, или в размере от шестидесятикратной до восьмидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до семи лет или без такового либо лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет со штрафом в размере до семидесятикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до семи лет или без такового.

5. Обещание или предложение посредничества во взяточничестве -

наказывается штрафом в размере до трех миллионов рублей, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет, или в размере до шестидесятикратной суммы взятки с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового либо лишением свободы на срок до семи лет со штрафом в размере до тридцатикратной суммы взятки или без такового и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

Примечание. Лицо, совершившее преступление, предусмотренное настоящей статьей, освобождается от уголовной ответственности, если оно [активно](#) способствовало раскрытию и (или) пресечению преступления и [добровольно](#) сообщило о совершенном преступлении в орган, имеющий право возбудить уголовное дело.

Статья 291.2. Мелкое взяточничество

1. Получение взятки, дача взятки лично или через посредника в размере, не превышающем десяти тысяч рублей, - наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до одного года.

2. Те же деяния, совершенные лицом, имеющим судимость за совершение преступлений, предусмотренных [статьями 290, 291, 291.1](#) настоящего Кодекса либо настоящей статьей, -

наказываются штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо исправительными работами на срок до трех лет, либо ограничением свободы на срок до четырех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.

Примечание. Лицо, совершившее дачу взятки в размере, указанном в настоящей статье, освобождается от уголовной ответственности, если оно активно способствовало раскрытию и (или) расследованию преступления и либо в отношении его имело место вымогательство взятки, либо это лицо после совершения преступления [добровольно](#) сообщило в орган, имеющий право возбудить уголовное дело, о даче взятки.

Статья 292. Служебный подлог

1. Служебный подлог, то есть [внесение](#) должностным лицом, а также государственным служащим или муниципальным служащим, не являющимся должностным лицом, в официальные [документы](#) заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности (при отсутствии признаков преступления, предусмотренного [частью первой статьи 292.1](#) настоящего Кодекса), -

наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет.

2. Те же деяния, повлекшие существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, -

наказываются штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 293. Халатность

1. Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, -

наказывается штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев.

1.1. То же деяние, повлекшее причинение особо крупного ущерба, -

наказывается штрафом в размере от двухсот тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев.

2. Деяние, предусмотренное [частью первой](#) настоящей статьи, повлекшее по неосторожности причинение [тяжкого вреда](#) здоровью или смерть человека, - наказывается принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Деяние, предусмотренное [частью первой](#) настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц, - наказывается принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Примечание. Крупным ущербом в настоящей статье признается ущерб, сумма которого превышает один миллион пятьсот тысяч рублей, а особо крупным - семь миллионов пятьсот тысяч рублей.

Решение разноуровневых задач

1. Во время эпидемии гриппа на дом был вызван по телефону участковый врач в связи с высокой температурой и ознобом. На вызов врач не явился. Вечером была вызвана СМП, в машине которой больной умер.

1. Кто виноват в смерти больного?

2. К какой юридической ответственности он будет привлечен?

Ответ: 1. В смерти больного виноват участковый врач, вызванный по телефону пациентом, но на вызов не явившийся (в ходе следствия для точной квалификации и степени вины врача необходимо установить причину неявки)

2. В данной ситуации, если в ходе следствия будут установлены факты, доказывающие виновность данного врача в смерти пациента и в ходе судебного процесса данные факты, не будут опровергнуты стороной защиты, то врач, не явившийся по вызову к пациенту, он может быть привлечён к уголовной ответственности (статья 109, ч. 2 «причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»)

2. Пациент получил травму в больнице (сломал ногу) при переходе от одного корпуса к другому из-за гололедицы.

Кто несет ответственность за эту травму и в чем будут заключаться правовые последствия?

Ответ: В ходе следствия должен быть установлен круг подозреваемых лиц: во-первых, сотрудники административно-хозяйственной части, которые в соответствии с должностными обязанностями должны обеспечивать чистоту территории (например, дворники), во-вторых, лицо, которое обязано организовать своевременное поддержание чистоты и порядка на данном переходе. Правовые последствия будут заключаться в привлечении данных должностных лиц к гражданско-правовой ответственности (объём имущественного вреда будет зависеть от степени вреда, полученного пациентом).

3. Больного удалось реанимировать после клинической смерти, но развилось постреанимационное необратимое повреждение коры головного мозга. Человек остался жить, но остался невменяемым.

Могут ли возникнуть правовые последствия для врачей? Ответ аргументируйте, опираясь на законодательство РФ.

Ответ: Правовые последствия для врачей, участвующих в реанимационных мероприятиях могут возникнуть в том случае, если соответствующие судебно-медицинские экспертизы установят, что существует причинно-следственная связь между действиями врачей и постреанимационным состоянием пациента. Для этого необходимо провести следственные мероприятия в соответствии с Уголовно-процессуальным кодексом РФ (глава 10 «Доказательства в уголовном судопроизводстве» и глава 11 «Доказывание»).

4. При внезапном отключении электроэнергии во время операции умер человек.

1. Будет ли кто-то считаться виновным в этой ситуации? Почему?

2. Если «да», то какие правовые последствия могут возникнуть для врачей и ЛПУ?

Ответ: 1. В ходе следствия должно быть установлено: отключение электроэнергии произошло в силу обстоятельств непреодолимой силы (землетрясение) или вследствие неправильной эксплуатации электрооборудования. Если это вследствие неправильной эксплуатации электрооборудования, то будет установлен круг лиц, причастных к эксплуатации данного оборудования: сотрудники медицинской организации, а также сотрудники организации энергосбыта в соответствии с их должностными обязанностями.

2. Могут возникнуть следующие правовые последствия для медицинской организации: если будет установлена причинно-следственная связь между смертью пациента и отключением электроэнергии, то технический персонал может быть привлечён к уголовной ответственности (напр., одна из статей – 293 «Халатность»). А врачи могут быть и не привлечены к юридической ответственности, если их действия напрямую зависели во время операции от работы данного оборудования.

5. Во время экстренной операции в брюшной полости была случайно забыта салфетка, вследствие чего развился перитонит и последовала смерть больного.

1. Кто будет виноват в данной ситуации?

2. Какие возникнут правовые последствия?

Ответ: 1. В данной ситуации должно быть установлено вследствие каких обстоятельств врач, оперирующий пациента, забыл убрать салфетку из брюшной полости.

2. Если на основании судебно-медицинской экспертизы будет установлено, что действия врача повлекли за собой смерть пациента, то он может быть привлечён к уголовной ответственности (статья 109, часть 2 – «причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»).

6. В доме проживал безработный К., который своим поведением терроризировал всех соседей: сквернословил, шумел, дрался. Неоднократно с ним беседовали, обращались в полицию, но принимаемые к нему меры не помогали. Тогда соседи решили действовать сами. Один из них работал врачом-психиатром. Он договорился с администрацией больницы и доставленного обманным путем К. принудительно поместили в психиатрическую больницу.

1. Есть ли в этом действии нарушение прав человека?

2. Является ли это уголовным преступлением?

Ответ: 1. В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», госпитализация лица может быть только добровольной. Следовательно, в этом действии есть нарушение прав человека.

2. Да, является. Статья 128 УК РФ «Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях».

7. В больнице скончался гражданин Н. Главный врач С. убедил родственников, что вскрытие трупа необходимо, так как диагноз вызывал сомнения. Родственники согласились, но при условии, что на вскрытии будет присутствовать их знакомый профессор, доктор медицинских наук Т. Однако главный врач посчитал такое недоверие оскорбительным для своих патологоанатомов и не разрешил.

Прав ли главный врач с точки зрения закона?

Ответ: В данной ситуации имеет значение какой срок находился гражданин Н. в больнице. Если это менее одних суток, то вскрытие проводится в обязательном порядке и согласия родственников на это не требуется (ст. 67 ФЗ №323). И в соответствии, с пунктом 6 статьи 67 ФЗ №323, супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего предоставляется право пригласить врача-специалиста (при наличии его согласия) для участия в патолого-анатомическом вскрытии.

8. В больнице от перитонита, наступившего вследствие травмы живота, полученной при наезде автомашины, скончалась гр-ка К. Родственники представили главному врачу Т. жалобу о том, что медицинская помощь была оказана с опозданием, но не разрешили вскрывать труп. Однако труп гражданки К. был отправлен в судебно-медицинский морг для вскрытия.

Правильно ли поступил главный врач с юридической точки зрения?

Ответ: Если пациент находился в данной медицинской организации одних суток, то вскрытие проводится в обязательном порядке и согласия родственников на это не требуется (ст. 67 ФЗ №323), поэтому для установления законности действий главного врача необходимо установить срок пребывания данного пациента в медицинской организации.

9. В больнице от инфаркта миокарда умер священнослужитель, который перед смертью оставил письмо с просьбой не вскрывать его тело. Однако главный врач потребовал вскрытия, мотивируя тем, что возможны в последующем сомнения и жалобы. Возмущенным родственникам он показал приказ областного департамента здравоохранения о том, что в таких случаях вскрытие обязательно.

Как следует поступить в соответствии с законом?

Ответ: В соответствии с законом следует установить:

1) срок пребывания данного пациента в медицинской организации (т.к., если пациент находился в данной медицинской организации одних суток, то вскрытие проводится в обязательном порядке и согласия родственников на это не требуется (ст. 67 ФЗ №323));

2) если пациент находился в медицинской организации более одних суток, то дальнейший порядок проведения патолого-анатомических вскрытий проводится на основе соответствующих федеральных документов (Приказ Минздрава России от 06.06.2013 N 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий», при этом нужно исключить

обстоятельства статьи 67 часть 3 ФЗ №323 (подозрения на насильственную смерть, невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания и др.). В остальных случаях в соответствии со ст. 67, ч. 3 (по религиозным мотивам при наличии заявления супруга или близкого родственника или при волеизъявлении самого умершего, сделанного при жизни), патолого-анатомическое вскрытие не производится.

10. В больницу поступила пожилая женщина с пищевым отравлением. Несмотря на принятые меры, она умерла. Родственники подозревали, что она отравилась рыбными консервами и не имели претензий к медикам. Дочь обратилась к главному врачу с просьбой выдать труп без патологоанатомического вскрытия. Однако главный врач поступил иначе.

Как должен был поступить главный врач с юридической точки зрения?

Ответ: С юридической точки зрения алгоритм действий главного врача следующий:

1. если пациентка находилась в медицинской организации менее одних суток, то вскрытие проводится в обязательном порядке (статья 67 ФЗ №323-ФЗ)
2. если пациент находился в медицинской организации более одних суток, то дальнейший порядок проведения патолого-анатомических вскрытий проводится на основе соответствующих федеральных документов (Приказ Минздрава России от 06.06.2013 N 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий").

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА
ФПК И ППС**

«УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Имамов А.А.

Протокол заседания кафедры № ____

от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Экология человека. Мониторинг факторов окружающей среды и здоровья, управление рисками.
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1
Лекции (час.)	12 (4)
Практические занятия (час.)	27 (12)
Самостоятельная работа (час.)	33 (56)
Экзамен (час.)	-
Зачет (час.)	-
Всего (час.)	72
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	2
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор Тафеева Е.А.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Законодательные, нормативные и правовые акты в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Тема 1.1. Законодательные, нормативные и правовые акты в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.	Компетенция – УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий. УК-1.2 Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.	Знать: санитарное законодательство в области гигиены и организации здравоохранения.	Тестирование Кейс-задача	20 1
		Уметь: работать с законодательными, нормативными актами, использовать в своей работе информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"		
		Владеть: навыками критического анализа и выбора информации, необходимой для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.		
Раздел 2. Теоретические и методические вопросы оценки влияния факторов окружающей среды на здоровье, продолжительность и качество жизни. Тема.2.1. Окружающая среда и здоровье населения.	Компетенция – УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1.1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: факторы среды обитания, влияющие на здоровье, продолжительность и качество жизни населения.	Тестирование Кейс-задача	10 2
		Уметь: осуществлять анализ влияния факторов среды обитания на здоровье населения.		
		Владеть: навыками выявления проблемных ситуаций, обусловленных		

		воздействием факторов среды обитания, определения этапов их разрешения.		
Тема 2.2. Внутрижилищная среда как фактор риска здоровью населения	Компетенция – УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1.1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: факторы среды обитания, влияющие на здоровье, продолжительность и качество жизни населения. Уметь: осуществлять анализ влияния факторов среды обитания на здоровье населения. Владеть: навыками выявления проблемных ситуаций, обусловленных воздействием факторов среды обитания, определения этапов их разрешения.	Тестирование Кейс-задача	5 2
Раздел 3. Основы планирования и организации мониторинга здоровья населения, оценки и управления рисками. Тема 3.1. Социально-гигиенический мониторинг.	Компетенция – УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий. Компетенция – УК-1.1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: факторы среды обитания, влияющие на здоровье, продолжительность и качество жизни населения. Уметь: осуществлять анализ влияния факторов среды обитания на здоровье населения. Владеть: навыками выявления проблемных ситуаций, обусловленных воздействием факторов среды обитания, определения этапов их разрешения.	Тестирование	10
Тема 3.2. Оценка и управление	Компетенция – УК-1. Способен осуществлять	Знать: показатели оценки здоровья населения, влияние	Тестирование Кейс-задача	15 2

рисками здоровью населения.	критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий. УК-1.5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации	факторов окружающей среды на здоровье населения.		
		Уметь: анализировать факторы среды обитания человека, показатели, характеризующие здоровье населения.		
		Владеть: навыками обоснования целевых индикаторов, оценки практических последствий реализации действий по управлению рисками здоровью.		
Промежуточная аттестация – зачет с оценкой			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется устный опрос, тестирование, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на заданную тему, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и здравоохранения, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» – обучающийся демонстрирует сформированное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, умение применять полученные в курсе знания, правильно выстраивает алгоритм действий.

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует в целом хорошее умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, хорошее умение применять полученные в курсе знания, в целом правильно выстраивает алгоритм действий.

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует в целом успешное, но не систематическое умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстраивает с ошибками.

«Неудовлетворительно» – обучающийся демонстрирует частичное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстроить не может.

Фонд оценочных средств

Модуль (раздел) 1

Тема 1.1. Законодательные, нормативные и правовые акты в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Компетенция УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
(УК-1.2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации)

Тесты

Укажите все правильные ответы

1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор – это
А. деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения
Б. разработка санитарно-противоэпидемических мероприятий
В. проведение санитарно-эпидемиологических расследований, направленных на установление причин возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний
Г. производственный контроль
Д. проведение лабораторных исследований
2. Производственный контроль осуществляется
А. сотрудниками Центра гигиены и эпидемиологии
Б. специалистами Управления Роспотребнадзора
В. индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами
Г. гражданами и общественными организациями
3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека проводит контрольные (надзорные) мероприятия в отношении объектов высокого риска
А. 1 раз в год
Б. 1 раз в 2 года
В. 1 раз в 3 года
Г. 1 раз в 4 года
Д. 1 раз в 6 лет
4. Объекты низкого риска в плановом порядке
А. проверяются 1 раз в 3 года
Б. проверяются 1 раз в 4 года
В. проверяются 1 раз в 5 лет
Г. проверяются 1 раз в 6 лет
Д не проверяются
5. Оператором Единого реестра видов контроля является
А. Минэкономразвития РФ
Б. Федеральная служба государственной статистики
В. Федеральные службы по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды
Г. Федеральное агентство кадастра объектов недвижимости
Д. Министерство здравоохранения РФ

6. Основным законом, регулирующим дисциплинарную ответственность, является
А. Кодекс РФ об административных правонарушениях
Б. Трудовой кодекс
В. Уголовный кодекс
Г. Уголовно-процессуальный кодекс
Д. все выше перечисленное
7. Прием поступающих должен осуществляться через приемно-смотровые боксы в
А. соматических больницах
Б. инфекционных больницах
В. родильных домах
Г. хирургических клиниках
Д. поликлиниках
8. В операционной предусматривается вентиляция
А. приточная с механическим побуждением
Б. вытяжная с естественным побуждением
В. приточно-вытяжная с преобладанием притока
Г. приточно-вытяжная с преобладанием вытяжки
Д. приточно-вытяжная с равным объемом притока и вытяжки
9. Все отходы здравоохранения подразделяются на
А. 2 класса опасности
Б. 3 класса опасности
В. 4 класса опасности
Г. 5 классов опасности
Д. 6 классов опасности
10. К архитектурно-планировочным мероприятиям по профилактике ИСМП относятся
А. оптимальный выбор места для строительства МО
Б. подготовка и очистка воздуха, подаваемого в операционные
В. отопление помещений МО
Г. контроль за санитарным режимом стационара
Д. вентиляция помещений МО
11. К санитарно-техническим мероприятиям по профилактике ИСМП относятся
А. кондиционирование воздуха различных помещений МО
Б. выявление носителей среди персонала
В. контроль за санитарным режимом стационара
Г. оптимальный выбор места для строительства МО
Д. соблюдение дезинфекционного режима
12. К санитарно-противоэпидемическим мероприятиям по профилактике ИСМП относятся:
А. оптимальный выбор места для строительства МО
Б. отопление помещений МО
В. кондиционирование воздуха помещений МО
Г. контроль за бактериальной обсемененностью внутрибольничной среды
Д. вентиляция помещений МО

Дополните

1. Нормативным правовым актом Правительства РФ, федерального органа исполнительной власти, содержащим обязательные требования, должен предусматриваться срок его действия, который не может превышать _____ (**6 лет**).
2. При организации контрольных (надзорных) мероприятий применяется риск _____ подход. (**ориентированный**)
3. При нарушении должностными и юридическими лицами Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» предусматриваются следующие виды ответственности: _____ (**дисциплинарная**), административная, уголовная.
4. Помещение для индивидуальной госпитализации больного, состоящее из шлюза, палаты, санитарного узла и наружного тамбура называется _____ (**бокс**).
5. Изолированный комплекс палат, лечебных и вспомогательных помещений, предназначенных для больных с однородными заболеваниями, называется _____ (**палатная**) секция.
6. Медицинские отходы класса Б и В подлежат обязательному _____ (**обеззараживанию**).
7. Размещение обезвреженных медицинских отходов класса Б и В на полигоне ТКО допускается только при изменении их _____ (**товарного**) вида и невозможности повторного применения.
8. Любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи (в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, амбулаторно, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и вне медицинской организации, в организациях социального обслуживания, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, санаторно-оздоровительных организациях и других), а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности относят к _____ (**инфекциям**), связанным с оказанием медицинской помощи).

Кейс-задача

1. При проведении плановых мероприятий по надзору в городской больнице №2 был установлен факт нарушения санитарных правил, выразившийся в несоблюдении противоэпидемического режима в операционной, подтвержденный неудовлетворительными результатами микробиологических исследований воздуха.

Вопрос. К какой ответственности специалистами Управления Роспотребнадзора может быть привлечено должностное лицо (главный врач)?

Ответ: административной.

Тема 2.1. Окружающая среда и здоровье населения

Компетенция УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

(УК-1.1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов)

Тесты

Укажите все правильные ответы

1. При выборе источника для централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения наибольшее предпочтение отдается водам

А. грунтовым

Б. межпластовым

В. подрусловым

Г. поверхностным

2. Показатель, косвенно свидетельствующий о степени освобождения питьевой воды от вирусов при ее обработке

А. цветность

Б. термотолерантные колиформные бактерии

В. мутность

Г. остаточный алюминий

Д. остаточный хлор

3. К химическим способам обеззараживания воды относится

А. хлорирование

Б. γ -излучение

В. УФ-облучение

Г. кипячение

Д. обработка воды ультразвуком

4. К физическим способам обеззараживания воды относятся

А. хлорирование

Б. озонирование

В. УФ-облучение

Г. использование препаратов серебра

Д. использование препаратов йода

5. При нормировании химических веществ в питьевой воде учет климатического района проводится для

А. фтора

Б. фтора и мышьяка

В. фтора, мышьяка, бериллия

Г. для всех химических веществ, нормируемых в питьевой воде

6. В формировании природных биогеохимических провинций ведущая роль принадлежит

А. воздушной среде

Б. питьевой воде

В. почве

Г. пищевым продуктам

7. Естественные геохимические провинции играют ведущую роль в возникновении заболеваний

А. эпидемических

- Б. эндемических
- В. пандемических
- Г. природно-очаговых

8. К ведущим загрязнителями атмосферного воздуха населенных мест не относится:

- А. взвешенные вещества
- Б. оксид углерода
- В. диоксид углерода**
- Г. сернистый ангидрид
- Д. оксиды азота

9. К отдаленным эффектам загрязняющих атмосферный воздух веществ не относятся

- А. эмбриотропный эффект
- Б. кашель, слезотечение**
- В. гонадотропный эффект
- Г. мутагенный эффект
- Д. онкогенный эффект

10. Риск канцерогенной опасности представляет

- А. диоксид углерода
- Б. оксид углерода
- В. бензапирен**
- Г. диоксид серы
- Д. сероводород

Кейс-задача

Задача 1

В таблице представлены результаты анализа водопроводной воды города А. Дайте заключение о соответствии качества воды гигиеническим требованиям (СанПиН 1.2.3685–21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»). К каким последствиям для здоровья может привести употребление воды в случае несоответствия гигиеническим требованиям?

Таблица – Качественный состав воды из распределительной сети города А.

Показатели	Норматив (по СанПиН 1.2.3685-21)	Результаты исследования
Запах, баллы	Не >2	1
Мутность, ЕМФ по каолину	1,5	0,8±0,05
Общая минерализация, мг/дм ³	1000,0	400±45,2
Общая жесткость, мг-экв/дм ³	7,0	4,2±0,6
Сульфаты, мг/дм ³	500,0	180,2±18,0
Хлориды, мг/дм ³	350,0	189,2±18,9
Нитраты, мг/дм ³	45,0	57,5±1,5
Железо, мг/дм ³	0,3	0,12±0,03
ОМЧ при 37°С, КОЕ/см ³	50	25
ОКБ, КОЕ/100 см ³	отс.	отс.
Е. coli, КОЕ/100см ³	отс.	отс.
Колифаги, БОЕ/100см ³	отс.	отс.

Ответ: Вода не соответствует гигиеническим требованиям по содержанию нитратов. Потребление такой воды может привести к водно-нитратной метгемолобинеми.

Задача 2

В таблице представлены результаты анализа водопроводной воды города А. Дайте заключение о соответствии качества воды гигиеническим требованиям (СанПиН 1.2.3685–21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»). К каким последствиям для здоровья может привести употребление воды в случае несоответствия гигиеническим требованиям?

Таблица – Качественный состав воды из распределительной сети города А.

Показатели	Норматив (по СанПиН 1.2.3685-21)	Результаты исследования
Запах, баллы	Не >2	2
Мутность, ЕМФ по каолину	1,5	1,7±0,2
Общая минерализация, мг/дм ³	1000,0	840±12,7
Общая жесткость, мг-экв/дм ³	7,0	6,0±0,8
Сульфаты, мг/дм ³	500,0	340,2±34,2
Хлориды, мг/дм ³	350,0	230,4±23,0
Нитраты, мг/дм ³	45,0	14,2±1,4
Железо, мг/дм ³	0,3	0,25±0,04
ОМЧ при 37°С, КОЕ/см ³	50	65
ОКБ, КОЕ/100 см ³	отс.	3
E. coli, КОЕ/100см ³	отс.	отс.
Колифаги, БОЕ/100см ³	отс.	2

Ответ: Вода не соответствует гигиеническим требованиям по показателю мутности и микробиологическим показателям. Мутность является косвенным показателем эпидемической безопасности воды. Потребление такой воды может привести к распространению инфекций, передаваемых водным путем.

Тема 2.2. Внутрижилищная среда как фактор риска здоровью населения

Компетенция УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
(УК-1.1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов)

Тесты

Укажите все правильные ответы

- Косвенным показателем загрязнения воздушной среды помещений является
А. взвешенные вещества
Б. оксид углерода
В. диоксид углерода
Г. диоксид серы
Д. оксиды азота
- Норма воздухоподачи на 1 человека при проектировании вентиляции жилых и общественных зданий рассчитывается с учетом ограничения накопления в воздухе
А. аммиака
Б. диоксида углерода
В. оксида азота
Г. пыли

Дополните

1. По температуре воздуха, результирующей температуре, относительной влажности и скорости движения воздуха оценивается _____ (микроклимат) в помещениях жилых и общественных зданий.

2. Для _____ (оптимальных) параметров микроклимата характерно нормальное тепловое состояние организма при минимальном напряжении механизмов терморегуляции и ощущение комфорта не менее чем у 80% людей, находящихся в помещении.

3. Для _____ (допустимых) параметров микроклимата характерно общее или локальное ощущение дискомфорта; усиленное напряжение механизмов терморегуляции.

Кейс-задачи

Задача 1

Оцените параметры микроклимата в жилой комнате квартиры согласно СанПиН 1.2.3685–21 "Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания". Измерения проводились в холодное время года. К каким последствиям для здоровья могут привести данные параметры микроклимата?

Показатели	Норматив (по СанПиН 1.2.3685–21) Оптимальные / Допустимые	Результаты исследования
Температура, °С	20–22 / 18–24	17
Относительная влажность, %	30–45 / 30–60	40
Скорость движения воздуха, м/с	не более 0,15 / не более 0,2	0,07
Результирующая температура, °С	19–20 / 17–23	16

Ответ: Параметры микроклимата в жилой комнате квартиры не соответствуют гигиеническим требованиям по показателям температуры и результирующей температуры, что может быть причиной переохлаждения и возникновения простудных заболеваний.

Задача 2

Оцените параметры микроклимата в жилой комнате квартиры согласно СанПиН 1.2.3685–21 "Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания". Измерения проводились в холодное время года. К каким последствиям для здоровья могут привести данные параметры микроклимата?

Показатели	Норматив (по СанПиН 1.2.3685–21) Оптимальные / Допустимые	Результаты исследования
Температура, °С	20–22 / 18–24	23
Относительная влажность, %	30–45 / 30–60	65
Скорость движения воздуха, м/с	не более 0,15 / не более 0,2	0,1
Результирующая температура, °С	19–20 / 17–23	22

Ответ: Параметры микроклимата в жилой комнате квартиры не соответствуют гигиеническим требованиям по показателю относительной влажности. Повышенная влажность способствует возникновению плесени, которая приводит к возникновению аллергических заболеваний.

Тема 3.1. Социально-гигиенический мониторинг

Компетенции

Компетенция УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1.1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов)

Тесты

Укажите правильный ответ

1. Проведение СГМ возложено:

А. на Федеральную службу государственной статистики;

Б. Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с другими федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

В. Федеральные службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору и Федеральную службу государственной статистики;

Г. Федеральное медико-биологическое агентство, Федеральную службу по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, Федеральную службу по ветеринарному и фитосанитарному надзору, Федеральную службу по труду и занятости, Федеральную службу государственной статистики.

2. База данных о состоянии здоровья населения и среды обитания человека, сформированная на основе постоянных системных наблюдений, совокупность нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам анализа, прогноза и определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и действием факторов среды обитания человека — это:

А. система государственного СГМ;

Б. Федеральный информационный фонд (ФИФ) СГМ;

В. система нормативно-правового обеспечения СГМ;

Г. федеральный фонд правовых актов и методических документов, расположенных на официальном сайте Роспотребнадзора.

3. В электронный шаблон ФИФ СГМ в подраздел «Сведения о заболеваемости, связанной с микронутриентной недостаточностью, с впервые установленным диагнозом» входят:

А. тиреотоксикоз (гипертиреоз)

Б. невротические, связанные со стрессом, и соматические расстройства

В. синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)

Г. врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения

4. В электронный шаблон ФИФ СГМ в подраздел «Сведения о социальных болезнях населения с впервые установленным диагнозом» входят:

А. поведенческие синдромы, непсихотические расстройства детского и подросткового возраста

Б. отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде

В. злокачественные новообразования

Г. диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью, и другие формы нетоксического зоба

5. На основе данных социально-гигиенического мониторинга Роспотребнадзор формирует

А. федеральный информационный фонд (ФИФ) данных социально-гигиенического мониторинга

Б. реестр данных социально-гигиенического мониторинга

В. базу данных о лабораторно-инструментальных исследованиях факторов среды обитания

Г. муниципальный информационный фонд данных социально-гигиенического мониторинга

Дополните

1. Государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием на него факторов среды обитания человека для принятия мер по устранению вредного воздействия на население факторов среды обитания человека называется _____ (**социально-гигиенический**) мониторинг.

2. Состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности – это _____ (**санитарно-эпидемиологическое**) благополучие населения).

3. Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения, содержит форма государственной статистической отчетности _____ (**№12**).

4. Система социально-гигиенического мониторинга имеет государственный характер и состоит из местного, регионального и _____ (**федерального**) уровней..

5. Структура заболеваемости характеризует _____ (**долю**) того или иного заболевания в общей заболеваемости или в отдельном классе болезней.

Тема 3.2. Оценка и управление рисками здоровью населения

Компетенция УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

(УК-1.5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации)

Тесты

Укажите правильный ответ

1. Для сравнения заболеваемости на отдельных территориях, численность проживающего населения на которых разная, используют:

- 1) абсолютное число случаев заболеваний;
- 2) показатель заболеваемости (обычно в случаях на 1000 населения);**
- 3) коэффициент парной корреляции;
- 4) каппа-статистику.

2. Различие числа случаев заболеваний на 1000 населения (P_1 и P_2) на двух сравниваемых территориях статистически достоверно, если:

- 1) величина $t_{расч.}$ больше $t_{крит.}$ для данного числа степеней свободы и выбранного доверительного уровня (вероятности статистической ошибки);**
- 2) величина $t_{расч.}$ меньше $t_{крит.}$ для данного числа степеней свободы и выбранного доверительного уровня (вероятности статистической ошибки);
- 3) коэффициент парной корреляции близок к 1 или -1;
- 4) коэффициент парной корреляции близок к нулю.

3. По коэффициенту парной корреляции можно судить:

- 1) о тесноте взаимосвязи между изучаемыми величинами;**
- 2) об уровне загрязнения окружающей среды;
- 3) уровне заболеваемости населения;
- 4) относительном риске заболеваемости населения.

4. Этап выявления потенциально вредных факторов, оценки связи изучаемого фактора и здоровья человека, достаточности и надежности данных об уровнях загрязнения объектов окружающей среды в оценке риска носит название:

- 1) оценка экспозиции;
- 2) оценка зависимости «доза-ответ»;
- 3) управление риском;
- 4) идентификация опасности.**

5. Характеристика источников загрязнения, маршрутов движения загрязняющих веществ от источника к человеку, путей и точек действия, определение доз и концентраций проводят на этапе оценки риска, получившем название:

- 1) оценка экспозиции;**
- 2) оценка зависимости «доза-ответ»;
- 3) управление риском;
- 4) идентификация опасности.

6. Референтная доза и концентрация — это:

- 1) суточное действие химического вещества в течение всей жизни, которое устанавливается с учетом всех имеющихся современных научных данных, и, вероятно, не приводит к возникновению неприемлемого риска для здоровья чувствительных групп населения;**
- 2) суточное действие химического вещества, которое устанавливается при длительном токсикологическом эксперименте на лабораторных животных и не вызывает негативного

действия в их организме, включая отдаленные результаты и здоровье последующих поколений;

3) кратковременное действие химического вещества, которое не приводит к возникновению неприемлемого риска для здоровья чувствительных групп населения, включая последующие поколения.

7. Относительный риск – это

1) заболеваемость лиц, подвергавшихся воздействию факторов риска, минус заболеваемость у лиц, не подвергавшихся этому воздействию

2) отношение риска возникновения какого-либо заболевания у лиц, подвергавшихся воздействию изучаемого фактора, к риску заболевания у лиц, не подвергавшихся этому воздействию

3) дополнительные случаи развития заболевания, обусловленные воздействием фактора риска

8. Относительный риск, близкий к единице, свидетельствует о

1) влиянии исследуемого фактора на развитие заболевания

2) отсутствии влияния исследуемого фактора на развитие заболевания

Дополните

1. Факторы, провоцирующие или увеличивающие риск развития определенных заболеваний – это _____ факторы (**риска**).

2. Вероятность развития угрозы жизни или здоровью будущих поколений, обусловленная воздействием факторов среды обитания – это _____ (**риск**) для здоровья.

3. Дополнительная заболеваемость, связанная с воздействием факторов риска, — это _____ (**добавочный**) риск.

4. Вероятность развития злокачественных новообразований (ЗНО) на протяжении всей жизни человека, обусловленная воздействием потенциального канцерогена – это _____ (**канцерогенный**) риск.

5. Процесс установления вероятности развития и степени выраженности неблагоприятных последствий для здоровья человека или здоровья будущих поколений, обусловленных воздействием факторов среды обитания – это _____ (**оценка**) риска для здоровья).

6. Уровень риска развития неблагоприятного эффекта, который не требует принятия дополнительных мер по его снижению, и оцениваемый как независимый, незначительный по отношению к рискам, существующим в повседневной деятельности и жизни населения, — это _____ (**приемлемый**) риск.

7. Наблюдаемое или ожидаемое нарушение состояние здоровья человека или состояния здоровья будущих поколений, обусловленное воздействием факторов среды обитания – это _____ (**ущерб**) здоровью населения

Кейс-задачи

Задача 1

В городе Н, находящемся в 20-километровой зоне влияния выбросов алюминиевого комбината, была проведена оценка состояния здоровья детского населения, потенциально подверженного воздействию выбросов данного предприятия. Производство алюминия обычно служит мощным источником дополнительного загрязнения окружающей среды фтористыми соединениями, которые способны к межсредовым переходам, одновременному загрязнению целого ряда объектов (атмосферный воздух, почва, вода,

пищевые продукты). Следствие этого - развитие флюороза не только у работающих, но и у населения, проживающего в зоне влияния выбросов алюминиевых производств.

В качестве контроля исследовано детское население города К из соседней области, где алюминиевое производство отсутствует.

По результатам проекта были получены следующие результаты: у 1789 из 1876 обследованных детей, проживающих в городе Н, выявлены признаки флюороза. В контрольной группе - у 61 ребенка из 1376 обследованных.

Заполните таблицу и рассчитайте по приведенной формуле атрибутивный (добавочный) риск, прокомментируйте полученные результаты.

$$AR = \left(\frac{a}{a+b} - \frac{c}{c+d} \right) \cdot 100\%$$

	Количество детей с флюорозом	Количество детей без флюороза
Город Н Воздействие фтористых соединений	a =	b =
Город К Нет воздействия фтористых соединений	c =	d =

Ответ:

	Количество детей с флюорозом	Количество детей без флюороза
Город Н Воздействие фтористых соединений	a = 1789	b = 87
Город К Нет воздействия фтористых соединений	c = 61	d = 1315

Добавочный риск - дополнительные случаи развития заболевания, обусловленные воздействием изучаемого фактора риска.

$$AR = \left(\frac{1789}{1876} - \frac{61}{1376} \right) \cdot 100\% = 90,9\%$$

Таким образом, согласно полученным данным, в городе Н флюороз детей на 90,9% связан с воздействием фтористых соединений, в 9,1% случаев флюороз обусловлен воздействием других факторов.

Задача 2

Рассчитайте величины относительного риска заболеваемости ИБС у курящих в различных возрастных группах. Сформулируйте вывод относительно влияния курения на возникновение ИБС в разные возрастные периоды.

Возраст	Показатели заболеваемости ИБС, на 1000		Относительный риск А/Б
	Курящие (А)	Некурящие (Б)	

35-44	6,0	1,1	
45-54	24,0	11,2	
55-64	72,0	49,0	
65-74	147,0	108,0	
75-84	192,0	212,0	

Ответ:

Возраст	Показатели заболеваемости ИБС, на 1000		Относительный риск А/Б
	Курящие (А)	Некурящие (Б)	
35-44	6,0	1,1	5,5
45-54	24,0	11,2	2,1
55-64	72,0	49,0	1,5
65-74	147,0	108,0	1,4
75-84	192,0	212,0	0,9

С возрастом относительный риск снижается, а это значит, что эффект курения на показатели заболеваемости ИБС наиболее выражен в более молодых возрастных группах. В старших возрастных группах следует искать другие ведущие факторы, вызывающие данное заболевание.

Промежуточная аттестация: зачет с оценкой

Тесты к зачету

Тестирование проводится по всему банку тестовых вопросов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА
ФПК и ППС**

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Имамов А.А.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Профилактика и профилактическая медицина.
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1
Лекции (час.)	21 (8)
Практические занятия (час.)	51 (24)
Самостоятельная работа (час.)	45 (94)
Экзамен (час.)	27 (18)
Зачет (час.)	
Всего (час.)	144
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	4
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор Радченко О.Р.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1 Профилактика. Основные понятия, виды, методы и формы профилактической работы. Тема 1.1. Современное направление профилактической медицины: «Медицина 5- П».	Компетенция - ПК-10 Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья ПК-10 ПК-10.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)	Знать: современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности	Тестирование Устный опрос Кейс задача	10
		Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценивать эффективности		10
		Владеть: навыком использования современных технологий построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности		5
	Компетенция - УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), принципы организации и координирования межсекторальной деятельности в программах	Тестирование Устный опрос Кейс задача	10
		Уметь: определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организовать и координировать межсекторальную деятельность в		8
				3
Тема 1.2. Нормативно- правовые основы профилактической медицины: охрана здоровья, профилактика ХНИЗ, пропаганда ЗОЖ. Тема 1.3. Традиционные и новые				

факторы риска ХНИЗ. Шкалы риска.		программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
		Владеть: имеет навык определения приоритетных проблем популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организации и координирования межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
Раздел 2. Современные подходы к разработке мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни, формирование системы мотивации граждан к ведению здорового образа (в том числе с использованием медицинских	Компетенция - ПК-10 Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья ПК-10 ПК-10.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)	Знать: современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности	Тестирование Устный опрос Кейс задача	15 20 8
		Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценивать эффективность		
		Владеть: навыком использования современных технологий построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности		
	Компетенция - ПК-10 Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных	Знать: современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности		

информационных систем, телемедицинских и иных информационно-коммуникационные технологии). Тема 2.1. Современные технологии построения профилактических программ, их мониторинг и оценка эффективности Тема 2.2. Роль и значение ключевых стейкхолдеров (заинтересованные лица, принимающие решения) в профилактике заболеваний и укреплении здоровья населения	программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья ПК-10 ПК-10.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)	Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторинг и оценивать эффективность		
		Владеть: навыком использования современных технологий построения профилактических программ, их мониторинг и оценки эффективности		
	Компетенция - УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), принципы организации и координации межсекторальной деятельности в программах		
		Уметь: определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья Владеть: имеет навык определения приоритетных проблем популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организации и координации межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		

Раздел 3. Оценка и анализ состояния здоровья населения, его детерминант, факторов риска и факторов, способствующие укреплению здоровья. Планирование и реализация межсекторальных программ и мероприятий по профилактике заболеваний и здоровьесбережению. Тема 3.1. Отличительные особенности стратегий профилактики НИЗ. Индикаторы глобального бремени болезней.	Компетенция - ПК-10 Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья ПК-10 ПК-10.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)	Знать: современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности	Тестирование Устный опрос Кейс задача	10
		Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценивать эффективности		10
		Владеть: навыком использования современных технологий построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности		5
Раздел 4. Основные принципы санитарно-просветительской работы и обучение населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера,	Компетенция - УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы,	Знать: приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), принципы организации и координирования межсекторальной деятельности в программах		10
		Уметь: определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров		8 3

способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний Тема 4.1. Современные технологии, формы и методы работы по профилактике заболеваний и формированию мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья	определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	(заинтересованных лиц, принимающих решения), организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
		Владеть: имеет навык определения приоритетных проблем популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организации и координирования межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
Раздел 5. Риск-ориентированный подход к профилактике заболеваний. Методы реализации Тема 5.1. Оценка и анализ состояния здоровья населения, его детерминант, факторов риска и факторов, способствующие укреплению здоровья	Компетенция - ПК-10 Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья ПК-10 ПК-10.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)	Знать: современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности	Тестирование Устный опрос Кейс задача	10
		Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценивать эффективность		8
		Владеть: навыком использования современных технологий построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности		3
	Компетенция - УК-1	Знать: приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых		

	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), принципы организации и координирования межсекторальной деятельности в программах		
		Уметь: определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
		Владеть: имеет навык определения приоритетных проблем популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организации и координирования межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
Раздел 6. Диспансеризация и профилактические осмотры как основа первичной профилактики. Диспансерное наблюдение как основа вторичной профилактики. Факторы риска	Компетенция - ПК-10 Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья ПК-10 ПК-10.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров	Знать: современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности	Тестирование Устный опрос Кейс задача	10 12 5
		Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценивать эффективность		
		Владеть: навыком использования современных технологий построения профилактических программ, их		

прогрессирования заболеваний. Тема 6.1. Роль организаторов здравоохранения в улучшении качества проведения профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного осмотра	(заинтересованных лиц, принимающих решения)	мониторирования и оценки эффективности		
	Компетенция - УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), принципы организации и координирования межсекторальной деятельности в программах		
		Уметь: определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
		Владеть: имеет навык определения приоритетных проблем популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организации и координирования межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
Раздел 7. Информационно-коммуникационные технологии для эффективного сотрудничества в решении задач по	Компетенция - УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	Знать: приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), принципы организации и координирования межсекторальной деятельности в программах	Тестирование	10
			Устный опрос	10
			Кейс задача	5

профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья Тема 7.1. Выбор и использование традиционных и интернет-коммуникационных технологий для реализации программ укрепления здоровья для различных целевых групп. Организация совместного доступа к информационным ресурсам с помощью коммуникационных интернет-технологий при	УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Уметь: определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
		Владеть: имеет навык определения приоритетных проблем популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организации и координирования межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
Раздел 8. Основы эффективного управления и администрирования (менеджмент) в области программ и мероприятий по профилактике заболеваний и здоровьесбережению.	Компетенция - ПК-10 Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья ПК-10 ПК-10.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров	Знать: современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности	Тестирование Устный опрос Кейс задача	10
		Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценивать эффективности		8
		Владеть:навыком использования современных технологий построения профилактических программ, их		3

Тема 8.1. Управление проектами по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Оценка эффективности.	(заинтересованных лиц, принимающих решения)	мониторирования и оценки эффективности		
	Компетенция - УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), принципы организации и координирования межсекторальной деятельности в программах		
		Уметь: определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
		Владеть: имеет навык определения приоритетных проблем популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения), организации и координирования межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья		
Промежуточная аттестация – экзамен			Тестирование Устный опрос Кейс задача	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой экзамена

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, устный опрос, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на тему ВКР, работе с научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Устный опрос

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (80-89 баллов) — неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — неполное и неточное определение понятий, не умение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Раздел 1.

Профилактика. Основные понятия, виды, методы и формы профилактической работы.

Компетенция - **ПК-10** Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья **ПК-10 ПК-10.1** Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)

Компетенция - **УК-1** Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий **УК-1 УК-1.1** Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов

ДОПОЛНИТЕ

1. Первичное звено здравоохранения является ключевым в проведении профилактической работы на _____ уровне.

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: индивидуальном

2. Центр общественного здоровья и медицинской профилактики является ключевым в проведении профилактической работы на _____ уровне.

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: популяционном

3. По мнению экспертов ВОЗ, для профилактики и укрепления здоровья населения, наиболее перспективно применение стратегии высокого риска и стратегии популяционной (массовой профилактики) в сочетании

Да
Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ДА

4. Информационная система о факторах риска для здоровья должна включать данные официальной медицинской статистики и данные специальных исследований

Да
Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ДА

5. Основными принципами укрепления популяционного здоровья считаются:

межсекторальное сотрудничество
ориентация на граждан
участие местного сообщества

убежденность заинтересованных лиц и лиц, принимающих решения (ключевых стейкхолдеров)
все перечисленное верно.

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ВЕРНО

6. Первичная профилактика:

предупреждение развития заболеваний у здоровых людей
проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности
своевременное лечение воспалительного процесса
реабилитация больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: предупреждение развития заболеваний у здоровых людей

7. Первичная профилактика — система мер, направленных на:

своевременное лечение воспалительного процесса
реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний

8. Вторичная профилактика:

предупреждение развития заболеваний у здоровых людей
выявление заболеваний на ранних стадиях развития
проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: выявление заболеваний на ранних стадиях развития

9. Третичная профилактика:

предупреждение развития заболеваний у здоровых людей
выявление заболеваний на ранних стадиях развития
проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности

10. Третичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на:

предупреждение воздействия факторов риска на организм человека
реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
предупреждение возникновения факторов риска развития заболеваний
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности

Тема 1.1. Современное направление профилактической медицины: «Медицина 5П».

1. В соответствии с принципами Медицины 5П, «Предикция» при взаимодействии с пациентом, означает:

выявление предрасположенности к развитию заболевания
учет всех индивидуальных особенностей пациента
предотвращение или снижение риска развития болезни
активное участие человека в профилактике возможных заболеваний и их лечении
залог успешного лечения: оптимистический настрой как врача, так и пациента

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: выявление предрасположенности к развитию заболевания

2. В соответствии с принципами Медицины 5П «Персонализация» при взаимодействии с пациентом означает:

выявление предрасположенности к развитию заболевания
учет всех индивидуальных особенностей пациента
предотвращение или снижение риска развития болезни
активное участие человека в профилактике возможных заболеваний и их лечении
залог успешного лечения: оптимистический настрой как врача, так и пациента

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: учет всех индивидуальных особенностей пациента

3. В соответствии с принципами Медицины 5П «Превентивность» при взаимодействии с пациентом означает:

выявление предрасположенности к развитию заболевания

учет всех индивидуальных особенностей пациента

предотвращение или снижение риска развития болезни

активное участие человека в профилактике возможных заболеваний и их лечении

залог успешного лечения: оптимистический настрой как врача, так и пациента

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: предотвращение или снижение риска развития болезни

4. В соответствии с принципами Медицины 5П «Партисипативность» при взаимодействии с пациентом означает:

выявление предрасположенности к развитию заболевания

учет всех индивидуальных особенностей пациента

предотвращение или снижение риска развития болезни

активное участие человека в профилактике возможных заболеваний и их лечении

залог успешного лечения: оптимистический настрой как врача, так и пациента

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: активное участие человека в профилактике возможных заболеваний и их лечении

5. В соответствии с принципами Медицины 5П «Позитивность» при взаимодействии с пациентом означает:

выявление предрасположенности к развитию заболевания

учет всех индивидуальных особенностей пациента

предотвращение или снижение риска развития болезни

активное участие человека в профилактике возможных заболеваний и их лечении

залог успешного лечения: оптимистический настрой как врача, так и пациента

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: залог успешного лечения: оптимистический настрой как врача, так и пациента

1. Нормативно-правовые основы профилактической медицины отражены в Конституции РФ и в:

- ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан»
- ФЗ-58 «О системе государственной службы РФ»
- ФЗ-52 "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
- ФЗ-61 «Об обращении *лекарственных средств*»
- ФЗ-3 «О *наркотических средствах* и психотропных веществах»

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан»

2. Информационная система о факторах риска для здоровья должна включать данные официальной медицинской статистики и данные специальных исследований

- Да
- Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ДА

3. Структура, основные функции и рекомендуемые штатные нормативы Центра общественного здоровья и медицинской профилактики определены

- Приказом Минздрава России № 1177н
- Приказом Минздрава России № 206н
- Приказом Минздрава России № 29н
- Приказом Минздрава России № 44н
- Приказом Минздрава России № 203 н

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: Приказом Минздрава России № 1177н

4. Для комплексной оценки бремени болезни ХНИЗ в популяции необходимы показатели официальной медицинской статистики:

- смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
- летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
- смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
- смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
- смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность.

5. Верно ли следующее утверждение: «В расчет показателя здорового образа жизни (ЗОЖ), включены пять официальных критериев:

- 1. Отсутствие курения.**
- 2. Потребление овощей и фруктов ежедневно в количестве не менее 400 г.**
- 3. Адекватная физическая активность (не менее 150 минут умеренной или 75 минут интенсивной физической нагрузки в неделю).**
- 4. Нормальное потребление соли (не выше 5 г в сутки).**
- 5. Употребление алкоголя не более 168 г чистого спирта в неделю для мужчин и не более 84 г для женщин»?**

Да

Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: Да

6. Основными источниками информации о показателях смертности населения от НИЗ, которые можно использовать для анализа и оценки эффективности профилактических программ, служат:

данные Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) ([https:// www.fedstat.ru/](https://www.fedstat.ru/))

сборники «Медико-демографические показатели Российской Федерации», которые находятся на сайте ЦНИИОИЗ (<https://mednet.ru/login>)

данные официального сайта информационного ресурса ONCOLOGY.ru (<http://www.oncology.ru/>)

данные официального сайта Росстата (<https://rosstat.gov.ru/> /)

верно все

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: верно все

7. Верно ли следующее утверждение: «На формирование грамотности в вопросах здоровья и поведения влияет множество факторов, основные из которых: окружающая среда, знания, убеждения, навыки, поддержка, сети и мотивация»?

Да

Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: Да

Тема 2.2.

Роль и значение ключевых стейкхолдеров (заинтересованные лиц, принимающих решения) в профилактике заболеваний и укреплении здоровья населения

Компетенция - **УК-1** Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-1 УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «стейкхолдер».

Эталон ответа. Стейкхолдер — это физическое или юридическое лицо, группа лиц, чьи действия и решения могут влиять на деятельность бизнеса, процессы в нем и прибыль.

2. Какая классификация по типу взаимодействия стейкхолдеров существует?

Эталон ответа. По типу взаимодействия стейкхолдеры бывают внутренние и внешние.

3. Приведите пример внутреннего стейкхолдера.

Эталон ответа. Внутренние — те, кто имеет прямое отношение к проекту и принимает в нем участие. К таким стейкхолдерам относятся сотрудники, владельцы компании, директора и другие.

4. Приведите пример внешнего стейкхолдера.

Эталон ответа. Внешние — те, кто могут повлиять на результативность работы, но не имеют прямого отношения к ней. К этой группе стейкхолдеров относятся конкуренты, госорганы, СМИ, банки.

5. Во время каких групп процессов управления проектом, который еще не утвержден, но несколько стейкхолдеров определены, происходит выявление стейкхолдеров?

Эталон ответа. Стейкхолдеров нужно выявлять в течение всего проекта. Чем ранее это сделано, тем лучше.

Укажите один правильный ответ:

1. Во время каких групп процессов управления проектом, который еще не утвержден, но несколько стейкхолдеров определены, происходит выявление стейкхолдеров?

Инициация
Планирование
Исполнение
Контроль и мониторинг
Верно все

Правильный ответ: верно все

2. Компания проводит определение существенных тем при участии внутренних и внешних заинтересованных сторон с использованием следующих инструментов:

анкетирование заинтересованных сторон по вопросу определения существенных тем
диалоги с заинтересованными сторонами
мониторинг сообщений о Компании в средствах массовой информации
проведение сравнительного анализа с крупными российскими и международными компаниями
верно все

Правильный ответ: верно все

Какими характеристиками должна обладать заверяющая сторона?

Пользоваться доверием и репрезентативно представлять стейкхолдеров
Компетентность в области заверения: проверка данных и анализ систем, понимание роли заверения
Компетентность в области процессов: общение со стейкхолдерами, определение степени существенности и реагирования
Компетентность в области реалий и содержания: хорошее знание социальной, научной, экономической и промышленной тематики
Верно все

Правильный ответ: верно все

Верно ли следующее утверждение в отношении эффективности межсекторального сотрудничества при планировании и реализации профилактических программ: «Каждый сектор должен работать самостоятельно, но ради общей цели - улучшения здоровья, т.е. каждый, занимаясь своим делом, должен активно сотрудничать, информировать своих партнеров».

Да

Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: Да

ДОПОЛНИТЕ:

1. Стейкхолдер — это физическое или юридическое лицо, группа лиц, чьи действия и решения могут влиять на деятельность бизнеса, процессы в нем и _____.

Правильный ответ: прибыль.

2. Стейкхолдеры по типу взаимодействия бывают: «_____» — те, кто имеет прямое отношение к проекту и принимает в нем участие и **внешние** — те, кто могут повлиять на результативность работы, но не имеют прямого отношения к ней.

Правильный ответ: внутренние

3. Стейкхолдеры по типу взаимодействия бывают: **внутренние** — те, кто имеет прямое отношение к проекту и принимает в нем участие и «_____» — те, кто могут повлиять на результативность работы, но не имеют прямого отношения к ней.

Правильный ответ: внешние

4. Наиболее распространенные типы стейкхолдеров:

«_____» — поставляет приобретающей стороне продукт или услугу;

приобретающая сторона — приобретает продукт от поставщика, например, заказчик, покупатель, оптовый покупатель;

разработчик — стейкхолдер, который занимается разработкой, анализом, тестированием продукта;

производитель — лицо, ответственное за производство продукта, бюджет и результат;

регулирующий орган — проверяет результат работ на соответствие требованиям;

сопровождающая сторона — несет ответственность за поддержку проекта на одном, нескольких или всех этапах работы.

Правильный ответ: поставщик

5. Наиболее распространенные типы стейкхолдеров:

поставщик — поставляет приобретающей стороне продукт или услугу;

приобретающая сторона — приобретает продукт от поставщика, например, заказчик, покупатель, оптовый покупатель;

«_____» — стейкхолдер, который занимается разработкой, анализом, тестированием продукта;

производитель — лицо, ответственное за производство продукта, бюджет и результат;

регулирующий орган — проверяет результат работ на соответствие требованиям;

сопровождающая сторона — несет ответственность за поддержку проекта на одном, нескольких или всех этапах работы.

Правильный ответ: разработчик

6. Наиболее распространенные типы стейкхолдеров:

поставщик — предоставляет приобретающей стороне продукт или услугу;

приобретающая сторона — приобретает продукт от поставщика, например, заказчик, покупатель, оптовый покупатель;

разработчик — стейкхолдер, который занимается разработкой, анализом, тестированием продукта;

«_____» — лицо, ответственное за производство продукта, бюджет и результат;

регулирующий орган — проверяет результат работ на соответствие требованиям;

сопровождающая сторона — несет ответственность за поддержку проекта на одном, нескольких или всех этапах работы.

Правильный ответ: производитель

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Ситуационная задача 1. За конкретным стейкхолдером - репутация человека, который всегда является источником многочисленных изменений проекта. Вы начали с ним работать с того момента, когда вас назначили на проект. Цель проекта – создание вебсайта «Школа пациента с сахарным диабетом». Какой подход лучше всего использовать с начала проекта для управления этой ситуацией?

- A. Сказать ему «Нет» пару раз, чтобы разубедить вносить много изменений
- B. Вовлечь стейкхолдера в проект как можно раньше
- C. Поговорить с руководителем стейкхолдера, чтобы направить его активности в иной проект
- D. Попросить руководителя стейкхолдера заменить его на другого, который лучше разбирается в «Сахарном диабете» и поможет в создании веб-сайта

Эталон ответа: Вовлечь стейкхолдера в проект как можно раньше.

Изменения в проект могут вноситься из-за недостатка вклада (недоработок) в начале.

Ситуационная задача 2. Проект «производственная гимнастика» шел хорошо, кроме большого числа внесенных изменений. Проект был предложен в семь различных компаний, и должен сильно повысить их производительность. Команда выбрала подходящие процессы к использованию на проекте. ЛМ - технический эксперт, но прошла тренинг по коммуникациям и управлению людьми. Что из следующего скорее всего причина изменений в проекте?

- A. ЛМ не обучена восприятию среды компании
- B. Проекту нужно было уделять больше надзора от менеджеров, раз он несет компаниям хорошие выгоды
- C. На проекте следовало лучше придерживаться процессов управления
- D. Кто-то из стейкхолдеров не выявлен

Эталон ответа: Кто-то из стейкхолдеров не выявлен. Соответственно, раз были упущены стейкхолдеры, то не были учтены их проблемы. Так что теперь они требуют изменений, для приведения проекта в соответствие с их потребностями.

Ситуационная задача 3. Вы управляете проектом по разработке нового веб-сайта Центра общественного здоровья и медицинской профилактики. Сайт будет очень сложным и интерактивным, и ни вы, ни ваш клиент, не имеете должной подготовки по разработке такого. Сделать все нужно в крайне сжатые сроки, т.к. через неделю ожидается проверка из Федерального Центра. Вы полностью выполняете согласованный ранее план, но за 2 часа до окончания работы до вас доводят информацию, что руководителя организации полученный продукт совершенно не устраивает и все нужно переделать. В чем скорее всего причина этой ситуации?

- А. Ключевой стейкхолдер не вовлечен должным образом в проект
- В. План управления проекта, представлены клиенту не должным образом
- С. Коммуникации были организованы плохо, и не предоставляли адекватной информации
- Д. Было недостаточно финансовых и временных средств

Эталон ответа: Ключевой стейкхолдер не вовлечен должным образом в проект. Возможно – это один из тех, про которого забыли при согласовании Плана проекта. Важно понять, что все персоны, допущенные к принятию решений, выявлены рано, и вовлечены в проект, чтобы их интересы также могли быть учтены.

Раздел 6. Диспансеризация и профилактические осмотры как основа первичной профилактики. Факторы риска прогрессирования заболеваний.

Компетенция - **ПК-10** Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья **ПК-10 ПК-10.1** Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)

Компетенция - **УК-1** Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий **УК-1 УК-1.1** Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов.

1. Для снижения влияния факторов риска и раннего выявления заболеваний медицинский скрининг проводят путем

- привлечения населения к занятию физической культурой и спортом
- проведение экологического и санитарно–гигиенического скрининга
- профилактических медицинских осмотров
- проведения иммунопрофилактики

верно все перечисленное

Правильный ответ: профилактических медицинских осмотров

2. Медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья, является

предварительным

периодическим

профилактическим

послесменным

предсменным

Правильный ответ: профилактическим

3. При проведении контроля качества установлено, что основным индикатором эффективности профилактических медицинских осмотров является

удовлетворенность граждан результатами обследования

выполнение плана лечебно-реабилитационных мероприятий у обследованных пациентов

снижение распространенности факторов риска развития хронических

охват граждан профилактическими медицинскими осмотра

Правильный ответ: охват граждан профилактическими медицинскими осмотра

4. Утверждение порядка проведения медицинских осмотров относится к полномочиям

главного врача медицинской организации

органов местного самоуправления

органов государственной власти субъектов РФ

федеральных органов государственной власти

Правильный ответ: федеральных органов государственной власти

5. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводят при наличии

информационного добровольного согласия пациента или его законного представителя
заключение консилиума врачей о необходимости проведения дополнительного
обследования

направления от работодателя

направления от врача

Правильный ответ: информационного добровольного согласия пациента или его
законного представителя

**6. При проектировании процессов проведения периодических медицинских осмотров
работающих граждан необходимо учитывать, что их проводят в**

рабочее время

свободное от работы время

дни отпуска за счет работника

дни очередного отпуска

Правильный ответ: рабочее время

**7. При проведении контроля качества профилактических осмотров необходимо
учитывать, что ответственным за их организацию и проведение на терапевтическом
участке является**

медицинская сестра участковая

заведующий отделением медицинской профилактики

главный врач медицинской организации, в территории обслуживания которой входит
данный участок

врач - терапевт участковой

заместитель руководителя (главного врача)

Правильный ответ: врач - терапевт участковой

**8. Анкетирование граждан перед проведением профилактического медицинского
осмотра и на первом этапе диспансеризации проводят с целью**

Установления медицинской активности граждан

Выявления фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи

Определения факторов риска развития ХНИЗ

Установления граждан, нуждающихся в социальной поддержке

Определения качества жизни

Правильный ответ: Определения факторов риска развития ХНИЗ

9. При планировании и организации профилактической работы в медицинской организации необходимо обучить медицинских работников выявлению симптомов старческой астении у граждан

старше 50 лет

старше 45 лет

старше 65 лет

старше 55 лет

у всех граждан

Правильный ответ: старше 65 лет

10. При планировании и организации профилактической работы в медицинской организации необходимо обучить медицинских работников методике расчета сердечно-сосудистого риска по шкале

SCORE

Морсе

Глазго

визуально-аналоговой

Правильный ответ: SCORE

ДОПОЛНИТЕ:

11. Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний, относятся к ____ группе здоровья

I

II

III а

III б

Правильный ответ: I

12. Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, относятся ко ____ группе здоровья

I

II

III а

III б

Правильный ответ: II

13. При проведении профилактического осмотра при определении ____ или относительного сердечно-сосудистого риска используют шкалу SCORE

Правильный ответ: абсолютного

14. При проектировании и организации процесса проведения профилактического медицинского осмотра необходимо предусмотреть определение относительного сердечного риска у граждан в возрасте ____ - 39 лет

Правильный ответ: 18

15. При проектировании и организации процесса проведения профилактического осмотра необходимо предусмотреть определение абсолютного сердечного риска у граждан в возрасте ____ - 64 лет

Правильный ответ: 40

16. При проведении контроля качества установлено, что основным индикатором эффективности профилактических медицинских осмотров является ____ граждан профилактическими медицинскими осмотра

Правильный ответ: охват

17. Скрининг предполагает массовые обследования для выявления заболеваний на ранних стадиях и _____ риска

Правильный ответ: факторов

18. Профилактические медицинские осмотры проводятся с целью выявления ранних форм _____ и факторов риска

Правильный ответ: заболеваний

19. При организации профилактических медицинских осмотров необходимо учитывать, что они проводятся с целью раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов _____ их развития

Правильный ответ: риска

20. Для снижения влияния факторов риска и раннего выявления заболеваний медицинский скрининг проводят путем _____ медицинских осмотров

Правильный ответ: профилактических

Раздел 7. Диспансерное наблюдение как основа вторичной профилактики. Факторы риска прогрессирования заболеваний.

Компетенция - **ПК-10** Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья **ПК-10 ПК-10.1** Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения)
Компетенция - **УК-1** Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий **УК-1 УК-1.1** Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов

ДОПОЛНИТЕ:

1. Диспансерное наблюдение в медицинской организации осуществляют медицинские работники: врач (фельдшер) центра здоровья (отделения медицинской профилактики); врач-терапевт (врач общей практики); врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина); _____ фельдшерско-акушерского пункта (ФАП).

Правильный ответ: фельдшер

2. Основанием для прекращения диспансерного наблюдения пациента является: выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления); снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня и достижение стойкой _____ хронического заболевания (состояния).

Правильный ответ: ремиссии

3. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, включает: оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований, а также установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению; проведение _____ профилактического консультирования; назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Правильный ответ: краткого

4. При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник: формирует списки лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение; проводит _____ лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения; проводит обучение пациентов навыкам самоконтроля

показателей состояния здоровья и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

Правильный ответ: информирование

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

А. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, включает:

- А. оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований, а также установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)
- В. оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению
- С. проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания правил действий при развитии осложнений и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи
- Д. назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий
- Е. верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

2. Ответственными лицами за организацию диспансерного наблюдения за пациентом, находящимся на обслуживании в медицинской организации, являются:

- А. руководитель медицинской организации или уполномоченный им заместитель
- В. медицинские работники отделения медицинской профилактики
- С. медицинская сестра участковая и сотрудники страховой медицинской организации
- Д. заместитель руководителя по экономическим вопросам и медицинский регистратор
- Е. врач-инфекционист и начальник организационно-аналитического управления

Правильный ответ: руководитель медицинской организации или уполномоченный им заместитель

3. Формирование списка лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году и их поквартальное распределение, является задачей:

- А. врача-терапевта
- В. врача-инфекциониста
- С. врача-методиста
- Д. врача-кардиолога
- Е. врача-профпатолога

Правильный ответ: врача-терапевта

4. Кто подлежит диспансерному наблюдению?

- A. лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными заболеваниями
- B. лица, страдающие отдельными хроническими инфекционными заболеваниями
- C. лица, имеющие высокий риск развития хроническими неинфекционных и инфекционных заболеваний
- D. лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений)
- E. верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

5. В какой срок должно быть установлено диспансерное наблюдение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получении выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях?

- A. в течение 3-х рабочих дней после установления диагноза
- B. в течение 5-х рабочих дней после установления диагноза
- C. в течение 7-х рабочих дней после установления диагноза
- D. в течение 10-х рабочих дней после установления диагноза
- E. не регламентировано

Правильный ответ: в течение 3-х рабочих дней после установления диагноза

6. Какой охват лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

- A. не менее 30 %
- B. не менее 40 %
- C. не менее 50 %
- D. не менее 60 %
- E. не менее 70 %

Правильный ответ: не менее 70%

7. Диспансерное наблюдение могут осуществлять медицинские работники медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь:

- A. врач-терапевт
- B. врачи-специалисты (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний)
- C. врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья
- D. фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта
- E. верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

8. Какой охват лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

- A. не менее 30 %
- B. не менее 40 %
- C. не менее 50 %
- D. не менее 60 %
- E. не менее 70 %

Правильный ответ: не менее 70%

9. Основанием для прекращения диспансерного наблюдения пациента является:

- A. выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления)
- B. достижение стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)
- C. снижение степени риска развития хронических неинфекционных
- D. заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня
- E. верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

10. В какую учетную форму вносятся сведения о диспансерном наблюдении?

- форма № 030/у
- форма № 097/у
- форма № 012/у
- форма № 096/у
- форма № 016/у

Правильный ответ: форма № 030/у

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ НА ПРОВЕРКУ ЗНАНИЙ:

1. Вопрос: Дайте определение понятия «Диспансерное наблюдение».

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц

2. Вопрос: Кто подлежит диспансерному наблюдению?

Эталон ответа: Диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

3. Вопрос: Сроки установления диспансерного наблюдения в медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

4. Вопрос: Кто является ответственным лицом в медицинской организации, отвечающим за организацию диспансерного наблюдения.

Эталон ответа: За организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации отвечает руководитель медицинской организации, либо уполномоченный им заместитель.

5. Вопрос: Какой охват лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

Эталон ответа: ответственный за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации обеспечивает охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями **не менее 70%**.

6. Вопрос: Какой охват лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

Эталон ответа: ответственный за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации обеспечивает охват диспансерным наблюдением лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском **не менее 70%**

7. Вопрос: Перечислите медицинских работников, которые могут осуществлять диспансерное наблюдение в медицинской организации.

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение осуществляют медицинские работники медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь: **врач-терапевт; врачи-специалисты** (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний); **врач по медицинской профилактике** (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья; **фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта.**

8. Вопрос: В какую учетную форму вносятся сведения о диспансерном наблюдении?

Эталон ответа: Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в **учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Для решения ситуационных задач необходим текст приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

Задача 1.

На профилактическом осмотре пациентке было выявлено повышенное артериальное давление и поставлен диагноз «сахарный диабет». Все попытки лечения артериальной гипертензии оказались безуспешными и пациентке был выставлен диагноз: «артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии». Пациентка была поставлена на диспансерное наблюдение к врачу-кардиологу, у которого наблюдается по сегодняшний день, посещая его 2 раза в год (по смс-приглашению).

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии в сочетании с сахарным диабетом, диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом пожизненно в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

Задача 2.

После перенесенного инфаркта миокарда пациент был поставлен на диспансерный учёт и наблюдался первые 12 месяцев врачом-кардиологом, а затем врачом-терапевтом в соответствии с клиническими рекомендациями. Мужчина приходил на прием по приглашению медицинской сестры 3 раз в год в течении 10 лет пока не переехал на новое место жительства.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: после перенесенного инфаркта миокарда диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом в первые 12 месяцев после установки диагноза, далее осуществляется врачом-терапевтом в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

Задача 3.

При профилактическом осмотре у мужчины 35 лет было выявлено повышенное артериальное давление. При наблюдении за пациентом в течении полугода артериальная гипертензия не поддавалась коррекции – диагноз был уточнен: «артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии. Пациент был поставлен на диспансерное наблюдение к врачу-кардиологу, у которого наблюдается по сегодняшний день, посещая его 2 раза в год (по смс-приглашению).

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом пожизненно в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

Задача 4.

Мужчина Р., 40 лет строитель, лечившийся по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, был выписан из стационара и поставлен под диспансерное наблюдение участкового врача-терапевта, которого посещал 1 раз в год. Так как в течении 5 лет обострения и ухудшения состояния не наблюдалось, мужчина был снят с Д-учёта.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при язве 12-ти перстной кишки диспансерное наблюдение осуществляется врачом-терапевтом в течение 5 лет с момента последнего обострения в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год

Задача 5.

Женщина Д. 35 лет, бухгалтер, страдает язвенной болезнью желудка с обострениями 1-2 раза в год. Находится под диспансерным наблюдением последние 4 года (с момента установления диагноза). Дважды в год проходит диспансерный осмотр у врача-терапевта. Ежегодно в одном из приёмов ее осматривает (консультирует) врач-гастроэнтеролог.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при язве желудка диспансерное наблюдение осуществляется врачом-терапевтом в течение всей жизни в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год и 1 раз в год проводится прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА
ФПК И ППС**

«УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Имамов А.А.

Протокол заседания кафедры № _____

от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Организация профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной и паллиативной работы в медицинских организациях
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1, 2 (1, 2)
Семестр	1, 2, 3 (2,3,4)
Лекции (час.)	32 (12)
Практические занятия (час.)	75 (36)
Самостоятельная работа (час.)	73 (132)
Экзамен (час.)	36 (36)
Зачет (час.)	
Всего (час.)	216 (216)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	6 (6)
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор Радченко О.Р.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Цель освоения дисциплины: подготовка специалиста в области общественного здоровья к самостоятельной профессиональной деятельности и выполнения трудовых функций в полном объёме в соответствии с требованиями профессионального стандарта

Задачи освоения дисциплины:

1. приобретение новых теоретических знаний, освоение новых методик и изучения передового практического опыта по вопросам диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической и паллиативной деятельности в области общественного здоровья
2. усвоение и закрепление на практике профессиональных знаний, умений и навыков, обеспечивающих реализацию новых профессиональных компетенций по вопросам диагностической, лечебной, профилактической, паллиативной, психолого-педагогической, организационной, управленческой деятельности, необходимых для выполнения решения профессиональных задач в условиях медицинских организациях, относящихся к компетенции специалиста общественного здоровья

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1 Структура, задачи и функции медицинских организаций, оказывающих профилактическую помощь населению Тема 1.1. Нормативно-правовое обеспечение работы медицинских организаций различных видов собственности, оказывающих профилактическую	УК-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла УК-2.2 Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта	Знать: Основные показатели здоровья населения и критерии комплексной оценки состояния здоровья населения; основы организации медицинской помощи населению	Тестирование	10
		Уметь: Анализировать основные патологические состояния; определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики.	Кейс задача	10
		Владеть: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		5
	У К-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла УК-2.3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их	Знать: Основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.	Тестирование	10
		Уметь: Анализировать основные этапы и правила организации медико-	Кейс задача	8
				3

помощь населению и функциональные обязанности сотрудников, работающих в этих учреждениях Тема 1.2. Организация работы по профилактике инфекционных заболеваний в медицинских организациях – проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, включая введение ограничительных мероприятий (карантин).	решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений	статистических исследований в системе здравоохранения. Владеть: Организовывать статистический документооборот внутри медицинской организации	Тестирование Кейс задача	15 20 8
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.1 Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде	Знать: Основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.		
		Уметь: Проводить оценку функционального состояния и активности пациента		
		Владеть: Осуществлять статистический учет и подготовку статистической информации для последующей обработки готовить отчеты медицинской организации		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.2 Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения	Знать: Методику определения и оценки морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека		
		Уметь: Определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний		

Тема 1.3. Организация работы по проведению скрининг-обследований, медицинских профилактических осмотров и диспансеризации населения. Диспансерное наблюдение как основа вторичной профилактики Тема 1.4. Вопросы организации взаимодействия учреждений, подведомственных министерству	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.3 Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты	Владеть: методикой определения и оценки морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека		
		Знать: Роль причинных факторов и безболезненных условий в возникновении типовых патологических процессов и болезней; первичные патологические реакции; развитие причинно-следственных связей в патологии целого организма; значение реактивности организма в возникновении, развитии и исходе типовых патологических процессов и болезней; стадийность развития типовых патологических процессов и болезней, их осложнения и исходы; синдромы и симптомы наиболее распространенных заболеваний		
		Уметь: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		
		Владеть: Осуществлять статистический учет и подготовку статистической информации для последующей обработки готовить отчеты медицинской организации		

здравоохранения с представителями других министерств и ведомств при проведении профилактической работы	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества	Знать: Основы организации медицинской помощи населению	Тестирование Кейс задача	10 10 5
		Уметь: Анализировать основные патологические состояния; определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики		
		Владеть: Организовывать статистический документооборот внутри медицинской организации		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.5 Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для	Знать: Основные показатели здоровья населения и критерии комплексной оценки состояния здоровья населения Уметь: Объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики. Проводить оценку функционального состояния и активности пациента		

	достижения поставленной цели, контролирует их выполнение	Владеть: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		
Раздел 2 Структура, задачи и функции медицинских организаций при оказании диагностической, лечебной и паллиативной помощи населению Тема 2.1. Нормативно-правовое обеспечение работы медицинских организаций различных видов собственности, оказывающих диагностическую и	УК-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла УК-2.2 Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта	Знать: Основные показатели здоровья населения и критерии комплексной оценки состояния здоровья населения; основы организации медицинской помощи населению		10 8 3
		Уметь: Анализировать основные патологические состояния; определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики.		
		Владеть: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		
	У К-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла УК-2.3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений	Знать: Основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.	Тестирование Кейс задача	10 8 3
		Уметь: Анализировать основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.		
		Владеть: Организовывать статистический документооборот внутри медицинской организации		

лечебную помощь населению. Тема 2.2. Принципы, виды и методы работы при оказании диагностической и лечебной помощи в медицинских организациях. Функциональные обязанности сотрудников, работающих в этих учреждениях Тема 2.3. Структура, задачи и функции медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.1 Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде	Знать: Основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.		
		Уметь: Проводить оценку функционального состояния и активности пациента		
		Владеть: Осуществлять статистический учет и подготовку статистической информации для последующей обработки готовить отчеты медицинской организации		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.2 Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения	Знать: Методику определения и оценки морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека	Тестирование Кейс задача	10 12 5
		Уметь: Определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний		
		Владеть: методикой определения и оценки морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	Знать: Роль причинных факторов и безболезненных условий в возникновении типовых патологических процессов и болезней; первичные патологические реакции; развитие		

населению. Нормативно-правовое обеспечение работы медицинских организаций различных видов собственности, оказывающих паллиативную помощь населению Тема 2.4. Принципы, виды и методы работы при оказании паллиативной помощи в медицинских организациях. Функциональные обязанности сотрудников	УК-3.3 Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты	причинно-следственных связей в патологии целого организма; значение реактивности организма в возникновении, развитии и исходе типовых патологических процессов и болезней; стадийность развития типовых патологических процессов и болезней, их осложнения и исходы; синдромы и симптомы наиболее распространенных заболеваний		
		Уметь: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		
		Владеть: Осуществлять статистический учет и подготовку статистической информации для последующей обработки готовить отчеты медицинской организации		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества	Знать: Основы организации медицинской помощи населению	Тестирование Кейс задача	10 10 5
		Уметь: Анализировать основные патологические состояния; определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики		
		Владеть: Организовывать статистический документооборот внутри медицинской организации		

	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.5 Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение	Знать: Основные показатели здоровья населения и критерии комплексной оценки состояния здоровья населения У		
		меть: Объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики. Проводить оценку функционального состояния и активности пациента		
		Владеть: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		
Раздел 3 Структура, задачи и функции организаций, оказывающих реабилитационную помощь населению Тема 3.1. Нормативно-правовое обеспечение работы организаций различных видов собственности,	УК-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла УК-2.2 Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта	Знать: Основные показатели здоровья населения и критерии комплексной оценки состояния здоровья населения; основы организации медицинской помощи населению	Тестирование Кейс задача	10 8 3
		Уметь: Анализировать основные патологические состояния; определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики.		
		Владеть: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		

оказывающих реабилитационную помощь населению Тема 3.2. Принципы, виды и методы работы при оказании реабилитационной помощи в медицинских организациях. Функциональные обязанности сотрудников, работающих в этих учреждениях. Тема 3.3. Порядок оказания профилактической, диагностической, лечебной,	У К-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла УК-2.3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений	Знать: Основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.		
		Уметь: Анализировать основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.		
		Владеть: Организовывать статистический документооборот внутри медицинской организации		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.1 Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде	Знать: Основные этапы и правила организации медико-статистических исследований в системе здравоохранения.		
		Уметь: Проводить оценку функционального состояния и активности пациента		
		Владеть: Осуществлять статистический учет и подготовку статистической информации для последующей обработки готовить отчеты медицинской организации		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.2 Планирует и организует работу в рамках согласованных	Знать: Методику определения и оценки морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека		
		Уметь: Определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней;		

реабилитационной и паллиативной помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях	целей и задач, умеет добиваться их исполнения	объяснять механизмы развития и проявления заболеваний		
		Владеть: методикой определения и оценки морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.3 Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты	Знать: Роль причинных факторов и болезнетворных условий в возникновении типовых патологических процессов и болезней; первичные патологические реакции; развитие причинно-следственных связей в патологии целого организма; значение реактивности организма в возникновении, развитии и исходе типовых патологических процессов и болезней; стадийность развития типовых патологических процессов и болезней, их осложнения и исходы; синдромы и симптомы наиболее распространенных заболеваний		
		Уметь: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		
		Владеть: Осуществлять статистический учет и подготовку статистической информации для последующей обработки готовить отчеты медицинской организации		

	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества	Знать: Основы организации медицинской помощи населению		
		Уметь: Анализировать основные патологические состояния; определять роль типовых патологических процессов в динамике развития основных групп болезней; объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3.5 Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение	Владеть: Организовывать статистический документооборот внутри медицинской организации		
		Знать: Основные показатели здоровья населения и критерии комплексной оценки состояния здоровья населения		
		Уметь: Объяснять механизмы развития и проявления заболеваний, а также механизмы действия различных принципов лечения и профилактики. Проводить оценку функционального состояния и активности пациента		
		Владеть: Методикой проведения научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.		
Промежуточная аттестация – экзамен			Тестирование Кейс задача	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой экзамена

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование,, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на тему ВКР, работе с научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Устный опрос

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (80-89 баллов) — неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — неполное и неточное определение понятий, не умение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Раздел 1 Структура, задачи и функции медицинских организаций, оказывающих профилактическую помощь населению

Тема 1.1. Нормативно-правовое обеспечение работы медицинских организаций различных видов собственности, оказывающих профилактическую помощь населению и функциональные обязанности сотрудников, работающих в этих учреждениях

Тема 1.2. Организация работы по профилактике инфекционных заболеваний в медицинских организациях – проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, включая введение ограничительных мероприятий (карантин).

Тема 1.3. Организация работы по проведению скрининг-обследований, медицинских профилактических осмотров и диспансеризации населения. Диспансерное наблюдение как основа вторичной профилактики

Тема 1.4. Вопросы организации взаимодействия учреждений, подведомственных министерству здравоохранения с представителями других министерств и ведомств при проведении профилактической работы

Тестовые задания (отметьте один правильный ответ)

1) Здоровье – это состояние полного...

- а) физического благополучия;
- б) духовного благополучия;
- в) социального благополучия;
- г) **все ответы верны.**

2) Что не допускает ЗОЖ?

- а) **употребление спиртного;**
- б) употребление овощей;
- в) употребление фруктов;
- г) занятия спортом.

3) При проведении закаливающих процедур нужно придерживаться основных принципов закаливания. Определите, какие? 1. принципа систематичности; 2. принципа разнообразности; 3. принципа постепенности; 4. принципа активности; 5. принципа индивидуальности:

- а) 2, 4, 5;
- б) 1, 2, 4
- в) 3, 4, 5;
- г) **1, 3, 5.**

4) Укажите последовательно, от каких факторов, прежде всего, зависит здоровье человека:

1) деятельность учреждений здравоохранения; 2) наследственности; 3) состояние окружающей среды; 4) условия и образ жизни.

- а) 1, 2, 3, 4;
- б) 2, 4, 1, 3;
- в) **4, 3, 2, 1;**
- г) 3, 1, 4, 2.

5) Что такое рациональное питание?

- а) питание, распределенное по времени принятия пищи;
- б) питание с учетом потребностей организма;
- в) питание набором определенных продуктов;
- г) **питание с определенным соотношением питательных веществ.**

6) Что является обязательным компонентом ЗОЖ?

- а) чтение книг;
- б) посещение лекций;
- в) **занятия спортом;**
- г) употребление в пищу овощей.

7) Принципы, способствующие сохранению и укреплению здоровья:

- а) научность;
- б) объективность;
- в) массовость;
- г) **все ответы верны.**

8) Какие из перечисленных факторов оказывают наибольшее влияние на индивидуальное здоровье человека?

- а) биологические;
- б) окружающая среда;

- в) служба здоровья;
- г) индивидуальный образ жизни.**

9) Одним из важнейших направлений профилактики, является:

- а) ЗОЖ;**
- б) охрана окружающей среды;
- в) вакцинация;
- г) экологическая безопасность.

10) Устным методом пропаганды ЗОЖ является:

- а) повседневное общение с окружающими;
- б) лекция;**
- в) аудиозаписи;
- г) диалог с врачом.

11. Перечислите факторы риска в общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации.

- а) повышенное содержание липидов крови (холестерина и триглицеридов);
- б) гипертензия; курение;
- в) отсутствие физической активности; избыточная масса тела;
- г) диабет; стрессы
- д) все ответы верны.**

12. Для снижения влияния факторов риска и раннего выявления заболеваний медицинский скрининг проводят путем

- привлечения населения к занятию физической культурой и спортом
- проведение экологического и санитарно–гигиенического скрининга
- профилактических медицинских осмотров
- проведения иммунопрофилактики
- верно все перечисленное

Правильный ответ: профилактических медицинских осмотров

13. Медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья, является

- предварительным
- периодическим
- профилактическим
- послесменным
- предсменным

Правильный ответ: профилактическим

14. При проведении контроля качества установлено, что основным индикатором эффективности профилактических медицинских осмотров является

- b) удовлетворенность граждан результатами обследования
- c) выполнение плана лечебно-реабилитационных мероприятий у обследованных пациентов
- d) снижение распространенности факторов риска развития хронических
- e) охват граждан профилактическими медицинскими осмотра

Правильный ответ: охват граждан профилактическими медицинскими осмотра

15. Утверждение порядка проведения медицинских осмотров относится к полномочиям

- a) главного врача медицинской организации
- b) органов местного самоуправления
- c) органов государственной власти субъектов РФ
- d) федеральных органов государственной власти

Правильный ответ: федеральных органов государственной власти

16. При проектировании процессов проведения периодических медицинских осмотров работающих граждан необходимо учитывать, что их проводят в

- a) рабочее время
- b) свободное от работы время
- c) дни отпуска за счет работника
- d) дни очередного отпуска

Правильный ответ: рабочее время

17. При проведении контроля качества профилактических осмотров необходимо учитывать, что ответственным за их организацию и проведение на терапевтическом участке является

- a) медицинская сестра участковая
- b) заведующий отделением медицинской профилактики
- c) главный врач медицинской организации, в территории обслуживания которой входит данный участок
- d) врач - терапевт участковой
- e) заместитель руководителя (главного врача)

Правильный ответ: врач - терапевт участковой

18. Анкетирование граждан перед проведением профилактического медицинского осмотра и на первом этапе диспансеризации проводят с целью

- a) Установления медицинской активности граждан
- b) Выявления фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи
- c) Определения факторов риска развития ХНИЗ
- d) Установления граждан, нуждающихся в социальной поддержке
- e) Определения качества жизни

Правильный ответ: Определения факторов риска развития ХНИЗ

19. При планировании и организации профилактической работы в медицинской организации необходимо обучить медицинских работников выявлению симптомов старческой астении у граждан

- a) старше 50 лет
- b) старше 45 лет
- c) старше 65 лет
- d) старше 55 лет
- e) у всех граждан

Правильный ответ: старше 65 лет

20. При планировании и организации профилактической работы в медицинской организации необходимо обучить медицинских работников методике расчета сердечно-сосудистого риска по шкале

- a) SCORE
- b) Морсе
- c) Глазго
- d) визуально-аналоговой

Правильный ответ: SCORE

21. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводят при наличии

- a) информационного добровольного согласия пациента или его законного представителя
- b) заключение консилиума врачей о необходимости проведения дополнительного обследования
- c) направления от работодателя
- d) направления от врача

Правильный ответ: информационного добровольного согласия пациента или его законного представителя

22. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, включает:

- a) оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований, а также установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)
- b) оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению
- c) проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания правил действий при развитии осложнений и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи
- d) назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий
- e) верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

23. Формирование списка лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году и их поквартальное распределение, является задачей:

- A. врача-терапевта
- B. врача-инфекциониста
- C. врача-методиста
- D. врача-кардиолога
- E. врача-профпатолога

Правильный ответ: врача-терапевта

24. Кто подлежит диспансерному наблюдению?

- A. лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными заболеваниями

- В. лица, страдающие отдельными хроническими инфекционными заболеваниями
- С. лица, имеющие высокий риск развития хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями
- Д. лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений)
- Е. верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

25. В какой срок должно быть установлен диспансерное наблюдение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получении выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях?

- А. в течение 3-х рабочих дней после установления диагноза
- В. в течение 5-х рабочих дней после установления диагноза
- С. в течение 7-х рабочих дней после установления диагноза
- Д. в течение 10-х рабочих дней после установления диагноза
- Е. не регламентировано

Правильный ответ: в течение 3-х рабочих дней после установления диагноза

26. Какой охват лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

- А. не менее 30 %
- В. не менее 40 %
- С. не менее 50 %
- Д. не менее 60 %
- Е. не менее 70 %

Правильный ответ: не менее 70%

27. Диспансерное наблюдение могут осуществлять медицинские работники медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь:

- А. врач-терапевт
- В. врачи-специалисты (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний)
- С. врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья
- Д. фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта
- Е. верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

28. Какой охват лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

- A. не менее 30 %
- B. не менее 40 %
- C. не менее 50 %
- D. не менее 60 %
- E. не менее 70 %

Правильный ответ: не менее 70%

29. Основанием для прекращения диспансерного наблюдения пациента является:

- A. выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления)
- B. достижение стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)
- C. снижение степени риска развития хронических неинфекционных
- D. заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня
- E. верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное

30. В какую учетную форму вносятся сведения о диспансерном наблюдении?

- форма № 030/у
- форма № 097/у
- форма № 012/у
- форма № 096/у
- форма № 016/у

Правильный ответ: форма № 030/у

31. Ответственными лицами за организацию диспансерного наблюдения за пациентом, находящимся на обслуживании в медицинской организации, являются:

- A. руководитель медицинской организации или уполномоченный им заместитель
- B. медицинские работники отделения медицинской профилактики
- C. медицинская сестра участковая и сотрудники страховой медицинской организации
- D. заместитель руководителя по экономическим вопросам и медицинский регистратор
- E. врач-инфекционист и начальник организационно-аналитического управления

Правильный ответ: руководитель медицинской организации или уполномоченный им заместитель

32. По мнению экспертов ВОЗ, для профилактики и укрепления здоровья населения, наиболее перспективно применение стратегии высокого риска и стратегии популяционной (массовой профилактики) в сочетании

Да
Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ДА

33. Информационная система о факторах риска для здоровья должна включать данные официальной медицинской статистики и данные специальных исследований

Да
Нет

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ДА

34. Основными принципами укрепления популяционного здоровья считаются:

межсекторальное сотрудничество
ориентация на граждан
участие местного сообщества
убежденность заинтересованных лиц и лиц, принимающих решения (ключевых стейкхолдеров)
все перечисленное верно.

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ВЕРНО

35. Первичная профилактика:

предупреждение развития заболеваний у здоровых людей
проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности
своевременное лечение воспалительного процесса
реабилитация больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: предупреждение развития заболеваний у здоровых людей

36. Первичная профилактика — система мер, направленных на:

своевременное лечение воспалительного процесса
реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний

37. Вторичная профилактика:

предупреждение развития заболеваний у здоровых людей
выявление заболеваний на ранних стадиях развития

проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: выявление заболеваний на ранних стадиях развития

38. Третичная профилактика:

предупреждение развития заболеваний у здоровых людей
выявление заболеваний на ранних стадиях развития
проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: проведение мероприятий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности

39. Третичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на:

предупреждение воздействия факторов риска на организм человека
реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
предупреждение возникновения факторов риска развития заболеваний
верно все
нет правильных ответов

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: реабилитацию больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности

ДОПОЛНИТЕ:

40. Диспансерное наблюдение в медицинской организации осуществляют медицинские работники: врач (фельдшер) центра здоровья (отделения медицинской профилактики); врач-терапевт (врач общей практики); врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина); _____ фельдшерско-акушерского пункта (ФАП).

Правильный ответ: фельдшер

41. Основанием для прекращения диспансерного наблюдения пациента является: выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления); снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня и достижение стойкой _____ хронического заболевания (состояния).

Правильный ответ: ремиссии

42. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, включает: оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований, а также установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению; проведение _____ профилактического консультирования; назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Правильный ответ: краткого

43. При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник: формирует списки лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное распределение; проводит _____ лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения; проводит обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

Правильный ответ: информирование

44. Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний, относятся к ____ группе здоровья

Правильный ответ: I

45. Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, относятся ко ____ группе здоровья

Правильный ответ: II

46. При проведении профилактического осмотра при определении _____ или относительного сердечно-сосудистого риска используют шкалу SCORE

Правильный ответ: абсолютного

47. При проектировании и организации процесса проведения профилактического медицинского осмотра необходимо предусмотреть определение относительного сердечного риска у граждан в возрасте ____ - 39 лет

Правильный ответ: 18

48. При проектировании и организации процесса проведения профилактического осмотра необходимо предусмотреть определение абсолютного сердечного риска у граждан в возрасте ___ - 64 лет

Правильный ответ: 40

49. При проведении контроля качества установлено, что основным индикатором эффективности профилактических медицинских осмотров является ____ граждан профилактическими медицинскими осмотра

Правильный ответ: охват

50. Скрининг предполагает массовые обследования для выявления заболеваний на ранних стадиях и _____ риска

Правильный ответ: факторов

51. Профилактические медицинские осмотры проводятся с целью выявления ранних форм _____ и факторов риска

Правильный ответ: заболеваний

52. При организации профилактических медицинских осмотров необходимо учитывать, что они проводятся с целью раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов _____ их развития

Правильный ответ: риска

53. Для снижения влияния факторов риска и раннего выявления заболеваний медицинский скрининг проводят путем _____ медицинских осмотров

Правильный ответ: профилактических

54. Первичное звено здравоохранения является ключевым в проведении профилактической работы на _____ уровне.

Правильный ответ: индивидуальном

55. Центр общественного здоровья и медицинской профилактики является ключевым в проведении профилактической работы на _____ уровне.

Правильный ответ: популяционном

КЕЙС-ЗАДАЧИ:

Задача 1.

На профилактическом осмотре пациентке было выявлено повышенное артериальное давление и поставлен диагноз «сахарный диабет». Все попытки лечения артериальной гипертензии оказались безуспешными и пациентке был выставлен диагноз: «артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии». Пациентка была поставлена на диспансерное наблюдение к врачу-кардиологу, у которого наблюдается по сегодняшний день, посещая его 2 раза в год (по смс-приглашению).

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии в сочетании с сахарным диабетом, диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом пожизненно в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

Задача 2.

После перенесенного инфаркта миокарда пациент был поставлен на диспансерный учёт и наблюдался первые 12 месяцев врачом-кардиологом, а затем врачом-терапевтом в соответствии с клиническими рекомендациями. Мужчина приходил на прием по приглашению медицинской сестры 3 раз в год в течении 10 лет пока не переехал на новое место жительства.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: после перенесенного инфаркта миокарда диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом в первые 12 месяцев после установки диагноза, далее осуществляется врачом-терапевтом в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

Задача 3.

При профилактическом осмотре у мужчины 35 лет было выявлено повышенное артериальное давление. При наблюдении за пациентом в течении полугода артериальная гипертензия не поддавалась коррекции – диагноз был уточнен: «артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии. Пациент был поставлен на диспансерное наблюдение к врачу-кардиологу, у которого наблюдается по сегодняшний день, посещая его 2 раза в год (по смс-приглашению).

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом пожизненно в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год.

Задача 4.

Мужчина Р., 40 лет строитель, лечившийся по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, был выписан из стационара и поставлен под диспансерное наблюдение участкового врача-терапевта, которого посещал 1 раз в год. Так как в течении 5 лет обострения и ухудшения состояния не наблюдалось, мужчина был снят с Д-учёта.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при язве 12-ти перстной кишки диспансерное наблюдение осуществляется врачом-терапевтом в течение 5 лет с момента последнего обострения в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в год

Задача 5.

Женщина Д. 35 лет, бухгалтер, страдает язвенной болезнью желудка с обострениями 1-2 раза в год. Находится под диспансерным наблюдением последние 4 года (с момента установления диагноза). Дважды в год проходит диспансерный осмотр у врача-терапевта. Ежегодно в одном из приёмов ее осматривает (консультирует) врач-гастроэнтеролог.

Вопрос: правильно ли организовано диспансерное наблюдение в данной медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение организовано верно: при язве желудка диспансерное наблюдение осуществляется врачом-терапевтом в течение всей жизни в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 2 раз в год и 1 раз в год проводится прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога.

Задача 6.

В прививочном кабинете температура на верхней полке холодильника – 20С, там же хранятся 5 упаковок полиомиелитной вакцины, 3 упаковки коревой вакцины и 3 упаковки вакцины АКДС, электронный термометр и термоиндикатор. На средней полке холодильника уложены 4 упаковки вакцины БЦЖ и 3 упаковки паротитной вакцины. Упаковки с вакцинами лежат на расстоянии 3–4 см друг от друга. На нижней полке лежат упаковки препаратов для лечения анафилактического шока – адреналин, димедрол, преднизолон, электронный термометр и электронный термоиндикатор. Регулятор термостата находится на режиме максимального холода.

Вопросы: 1. Соответствует ли установленным требованиям температурный режим на верхней полке холодильника? 2. Правильно ли размещены вакцины на полках холодильника? 3. Имеются ли какие-либо другие нарушения правил использования холодильника для хранения вакцин в прививочном кабинете? 4. Могут ли выявленные

нарушения повлечь за собой какие-либо серьезные последствия? Если «да», то какие? 5. Что нужно сделать для устранения и/или предупреждения выявленных нарушений?

Эталон ответа: используем Сан ПиН 3.3686-21 Температура внутри холодильной камеры должна поддерживаться в диапазоне 2°С +8° С. Все указанные вакцины, кроме АКДС, размещены правильно. Неправильно размещена вакцина АКДС. Ее следует, во избежание замораживания, всегда хранить на средней или нижней полке холодильника. Нельзя в холодильнике с вакцинами хранить другие предметы, в том числе и медикаменты. Вакцина АКДС будет заморожена и потеряет свои иммуногенные свойства. Перевести регулятор термостата на менее интенсивный холодовой режим и установить требуемую температуру в холодильном отделении (+2° С - +8° С). Изъять из холодильника вакцину АКДС и списать ее.

Задача 7.

Предложите профилактические мероприятия (гигиеническое обучение и воспитание) населения по формированию здорового образа жизни (способствующего сохранению и укреплению здоровья). Примерный ответ: Цель данной программы - повысить приверженность детей к ЗОЖ. Основные задачи: 1. Дать актуальную информацию о гигиене в доступной форме. 2. Обучить гигиеническим навыкам. 3. Способствовать формированию стиля жизни детей, направленного на сохранение и укрепление здоровья (привлечение педагогов и родителей).

Эталон ответа: Для достижения цели будут использованы: короткие устные выступления (5-7 мин); печатные листовки и брошюры; наглядные картинки, видеоролики, слайды презентации. Основные темы для обсуждения: Гигиеническое содержание тела (кожи, волос, полости рта, органов слуха, зрения); Гигиена индивидуального питания; Гигиена одежды и обуви; Гигиена жилища; Режим дня; Физическая активность; Вредные привычки.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Вопрос: Дайте определение понятия «Диспансерное наблюдение».

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение представляет собой **проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями**, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц

2. Вопрос: Кто подлежит диспансерному наблюдению?

Эталон ответа: Диспансерному наблюдению подлежат **лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития**, а также лица, находящиеся в восстановительном

периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

3. Вопрос: Сроки установления диспансерного наблюдения в медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение устанавливается в течение **3-х рабочих дней** после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

4. Вопрос: Кто является ответственным лицом в медицинской организации, отвечающим за организацию диспансерного наблюдения.

Эталон ответа: За организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации отвечает **руководитель медицинской организации**, либо уполномоченный им **заместитель**.

5. Вопрос: Какой охват лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

Эталон ответа: ответственный за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации обеспечивает охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями **не менее 70%**.

6. Вопрос: Какой охват лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

Эталон ответа: ответственный за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации обеспечивает охват диспансерным наблюдением лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском **не менее 70%**

7. Вопрос: Перечислите медицинских работников, которые могут осуществлять диспансерное наблюдение в медицинской организации.

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение осуществляют медицинские работники медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь: **врач-терапевт; врачи-специалисты** (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний); **врач по медицинской профилактике** (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья; **фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта**.

8. Вопрос: В какую учетную форму вносятся сведения о диспансерном наблюдении?

Эталон ответа: Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

9. Вопрос: Перечислите факторы риска в общей смертности от онкологических заболеваний в России.

Эталон ответа:

- пожилой возраст;
- онкологическое заболевание, имевшееся ранее;
- заболевание раком у кровных родственников;
- курение;
- ожирение;
- алкоголь;
- некоторые типы вирусных инфекций, такие как вирус папилломы человека (ВПЧ);
- определенные химические вещества.

10. Вопрос: Перечислите факторы риска при заболеваниях эндокринной системы в России.

Эталон ответа:

- неправильные привычки питания;
- избыточный вес;
- вредные привычки (курение, алкоголь);
- гиподинамия;
- стресс;
- опухоли головного мозга, надпочечников;
- артериальная гипертензия;
- инфекционные отягощения;

11. Вопрос: Перечислите факторы риска при заболеваниях органов дыхания в России.

Эталон ответа:

- курение;
- неблагоприятные факторы окружающей среды;
- профессиональная вредность;
- наличие сердечно-сосудистых заболеваний;
- хронические инфекции носоглотки;

- избыточный вес и ожирение;
- дисбактериоз желудочно-кишечного тракта.

12. Вопрос: Дайте определение понятия «Диспансерное наблюдение».

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение представляет собой **проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц**

13. Вопрос: Кто подлежит диспансерному наблюдению?

Эталон ответа: Диспансерному наблюдению подлежат **лица, страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).**

14. Вопрос: Сроки установления диспансерного наблюдения в медицинской организации?

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение устанавливается **в течение 3-х рабочих дней после установления диагноза** при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

15. Вопрос: Кто является ответственным лицом в медицинской организации, отвечающим за организацию диспансерного наблюдения.

Эталон ответа: За организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации отвечает **руководитель медицинской организации, либо уполномоченный им заместитель.**

16. Вопрос: Какой охват лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

Эталон ответа: ответственный за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации обеспечивает охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями **не менее 70%.**

17. Вопрос: Какой охват лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен быть обеспечен при организации диспансерного наблюдения в медицинской организации.

Эталон ответа: ответственный за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации обеспечивает охват диспансерным наблюдением лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском **не менее 70%**

18. Вопрос: Перечислите медицинских работников, которые могут осуществлять диспансерное наблюдение в медицинской организации.

Эталон ответа: Диспансерное наблюдение осуществляют медицинские работники медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь: **врач-терапевт; врачи-специалисты** (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний); **врач по медицинской профилактике** (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья; **фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта.**

19. Вопрос: В какую учетную форму вносятся сведения о диспансерном наблюдении?

Эталон ответа: Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также **в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».**

20. Вопрос: Определите план действий участкового врача по первичной профилактике, если при профилактическом осмотре у мужчины 35 лет было выявлено повышенное артериальное давление. Из анамнеза стало известно, что его отец перенес инсульт.

Эталон ответа: Проведение санитарного просвещения с целью формирования мотивации в здоровом образе жизни, устранение факторов риска, коррекция условий и образа жизни, лечебные рекомендации, регулярное диспансерное наблюдение.

Раздел 2 Структура, задачи и функции медицинских организаций при оказании диагностической, лечебной и паллиативной помощи населению

Тема 2.1. Нормативно-правовое обеспечение работы медицинских организаций различных видов собственности, оказывающих диагностическую и лечебную помощь населению.

Тема 2.2. Принципы, виды и методы работы при оказании диагностической и лечебной помощи в медицинских организациях. Функциональные обязанности сотрудников, работающих в этих учреждениях

Тема 2.3. Структура, задачи и функции медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь населению. Нормативно-правовое обеспечение работы медицинских организаций различных видов собственности, оказывающих паллиативную помощь населению

Тема 2.4. Принципы, виды и методы работы при оказании паллиативной помощи в медицинских организациях. Функциональные обязанности сотрудников

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.

Выберите один правильный ответ

1. Паллиативная помощь это:

- 1) система мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.
- 2) оказание реабилитационной помощи пациентам на базе санаторно-курортных учреждений
- 3) всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития с целью купирования боли и других симптомов, а также оказание психологической помощи.
- 4) оказание помощи на дому инвалидам и пациентам пожилого возраста социальной и духовной поддержки.
- 5) оказание доврачебной медицинской помощи на врачебном участке.

Правильный ответ: 3.

2. Какое медицинское учреждение оказывает паллиативную помощь?

- 1) Госпиталь ветеранов войн.
- 2) Клиническая больница.
- 3) Хоспис.
- 4) Медико-санитарная часть.
- 5) Поликлиника.

Правильный ответ: 3

3. Целью проведения паллиативного лечения является:

- 1) снижение затрат на лечение больных.
- 2) достижение адекватного качества жизни инкурабельных пациентов и членов их семей.
- 3) психологическая помощь больным с терминальными стадиями заболеваний.
- 4) подготовка медицинских кадров.
- 5) проведение ранней диагностики онкологических заболеваний.

Правильный ответ: 2

4. Главной задачей паллиативной помощи является:

- 1) симптоматическая терапия хронических соматических заболеваний.
- 2) клиническая апробация новых обезболивающих препаратов у онкологических больных.
- 3) снижение смертности населения.
- 4) купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов и их родственников.
- 5) применение цитостатических препаратов у онкологических больных.

Правильный ответ: 3

5. Какие компоненты входят в понятие паллиативной помощи?

- 1) Обучение пациента и его близких тем необходимым манипуляциям, которые могут потребоваться для обеспечения должного ухода за умирающим.
- 2) Обеспечение обезболивающей терапии, проведение научных исследований.
- 3) Психологическая поддержка семьи и ближайшего окружения пациента вовремя его болезни и после смерти, обучение пациента и его близких тем необходимым манипуляциям.
- 4) Контроль за симптомами; реабилитация; психотерапия; поддержка семьи; обучение пациента и его близких необходимым манипуляциям, которые могут потребоваться для обеспечения должного ухода за умирающим; проведение научных экспериментов.
- 5) Верно все перечисленное.

Правильный ответ: 5

6. Хоспис это:

- 1) медицинское учреждение, оказывающее врачебную помощь геронтологическим больным.

- 2) медицинское учреждение, оказывающее помощь инвалидам на дому.
- 3) медицинское учреждение, оказывающее паллиативную помощь инкурабельным больным.
- 4) онкологическая клиника.
- 5) учреждение для оказания социальной помощи пожилым пациентам.

Правильный ответ: 3

7. Какие проблемы больных решаются при паллиативной помощи?

- 1) Физические, психологические, духовные, материальные.
- 2) Психологические, социальные, духовные.
- 3) Физические, социальные, духовные.
- 4) Физические, психологические, социальные, духовные.
- 5) Физические, психологические, социальные

Правильный ответ: 4

8. Что не относится к физическим аспектам качества жизни инкурабельного пациента?

- 1) Изменения личности.
- 2) Оценка болевых ощущений.
- 3) Наличие или отсутствие побочных эффектов от проводимой терапии.
- 4) Совокупность симптомов болезни.
- 5) Выраженность тяжести физического состояния.

Правильный ответ: 5

ОТМЕТЬТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ:

ЗАДАЧИ ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:

- A. Проведение консультаций и обучение родственников уходу за онкологическими больными со стойкими физическими и/или психическими нарушения
- B. Комплексная поддержка онкологических больных, подбор терапии, решение социальных вопросов и оказание духовной поддержки, проведение консультаций
- C. Решение социальных вопросов родственникам, ухаживающим за больным в домашних условиях
- D. Проведение обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и уходу за инкурабельными онкологическими больными

ЦЕЛЯМИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- A. Помощь к безразличию отношения к жизни
- B. Облегчению страданий больному с онкологией
- C. Философское изучение проблем онкологии
- D. Проведение радикального лечения

КАТЕГОРИЯ ЛЮДЕЙ, НУЖДАЮЩИЕСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:

- A. Больные онкологией, которым не помогло основное лечение
- B. Страдающие алкоголизмом
- C. Больные люди, оставшиеся без средств к существованию
- D. Интенсивный болевой синдром, нарушения двигательных и высших психических функций

КАК ОБЫЧНО БОЛЬНЫЕ ПОПАДАЮТ В ХОСПИС?

- A. По направлению лечащего врача онкодиспансера или районного онколога по месту жительства на основании
- B. Сами приходят
- C. При госпитализации скорой медицинской помощи
- D. По рекомендациям знакомых

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗДЕЛ:

- A. Стоматологии
- B. Хирургии
- C. Онкологии
- D. Неврологии

КАКИЕ СЛУЖБЫ ЕСТЬ У ХОСПИСА?

- A. Выездная (патронажная) служба
- B. Выездная (патронаж) служба и стационар
- C. Стационар
- D. Онкологический диспансер

ЭТИЧЕСКИЙ ДОЛГ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ:

- A. Облегчение страданий
- B. Относиться к нему с сочувствием и уважением
- C. Понимать потребности больного
- D. Стараться удовлетворить его психические, социальные и духовные потребности

ЦЕЛЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. Активная всесторонняя помощь пациентам
- B. Внедрению мероприятий, обеспечивающих адекватное обезболивание
- C. Психосоциальная и духовная поддержка пациента
- D. Проведение полноценной противоопухолевой терапии

ОСНОВНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНКУРАБЕЛЬНОГО БОЛЬНОГО И ЧЛЕНОВ ЕГО СЕМЬИ:

- A. Боль и другие симптомы, раны, питание
- B. Контроль основного заболевания и сопутствующей патологии
- C. Беспокойство, страхи, злость
- D. Коррекция лечения основного заболевания

ГЛАВНОЙ ЦЕЛЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. Достижение качества жизни умирающего пациента, максимально приближенного к качеству жизни здорового человека
- B. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников
- C. Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких
- D. Философское изучение проблем онкологии

ПОМИМО ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ПАЛАТАХ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ МОГУТ ПРИВЛЕКАТЬСЯ:

- A. Врач-анестезиолог
- B. Врач-реабилитолог
- C. Служители религиозных конфессий
- D. Волонтеры, в том числе сестры милосердия

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ, ЦЕНТРАЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ВСЕЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТА И ЕГО СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. Медицинский аспект
- B. Духовный аспект
- C. Психологический аспект
- D. Реабилитационный аспект

ХОСПИСНАЯ ПОМОЩЬ ЭТО:

- A. Вариант эвтаназии
- B. Философское учение
- C. Метод исследования
- D. Вариант паллиативной помощи

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ СЛУЖБЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИИ:

- A. Специальная медицинская группа врачей онкологов
- B. Бригады, объединяющие работников различного профиля работающие на базе больницы или непосредственно среди населения
- C. Врач – онколог
- D. Бригада социальных работников, психологов, районных терапевтов

РАЗОВЫЕ ОРГАНИЗОВАННЫЕ АКЦИИ В СТАЦИОНАРЕ ХОСПИСА В РАМКАХ КОРПОРАТИВНОГО ВОЛОНТЕРСТВА:

- A. Субботники (мытьё окон, уборка снега, посадка цветов в саду)
- B. Дизайнеры, корректоры, аналитики, переводчики (выполнение конкретных задач в свободное или специально выделенное для этого время)
- C. Сбор и анализ информации под конкретную задачу
- D. Проведение врачебных консилиумов

ХОСПИСНАЯ ГРУППА ВОЛОНТЕРОВ ЗАНИМАЕТСЯ:

- A. Оказанием паллиативной помощи в непрофильном стационаре до возможного перевода в отделение паллиативной помощи (хоспис) или для оказания помощи на дом
- B. Стабилизацией состояния в стадии декомпенсации

- С. Психологическая и эмоциональная поддержка больных и их родственников во время болезни, а также родственников после смерти пациентов
- Д. Решение медикосоциальных вопросов

ЦЕЛЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛЕГЧЕНИЕ СТРАДАНИЙ БОЛЬНОГО:

- А. Инкурабельного
- В. Онкологического
- С. С осложнениями от специального лечения
- Д. Страдающего злокачественными новообразованиями

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Описание самим пациентом ощущений и переживаний
- В. Выбор тактики для облегчения страданий
- С. Проводить сложную диагностику
- Д. Опрос лечащего врача

ЭКСПЕРТЫ ВОЗ СЧИТАЮТ, ЧТО ОСНОВНЫМИ ПОЛОЖЕНИЯМИ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ:

Паллиативная помощь является неотложной гуманитарной потребностью во всем мире для людей с заболеваниями в терминальной фазе

Паллиативная помощь должна быть интегрирована в существующую систему медицинской помощи

Паллиативная помощь должна оказываться только в онкологическом лечебном учреждении

Паллиативная помощь должна быть гарантированной для всех слоев населения, независимо от конфессий, вероисповеданий

ВСЕМИРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ В СВОЕМ ЗАЯВЛЕНИИ О ПОЛИТИКЕ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКУЮ (1990 Г.) РЕКОМЕНДОВАЛА ПРОВОДИТЬ ЛЕЧЕНИЕ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ТАК:

Чтобы они могли жить насколько возможно активно до самой смерти

Чтобы максимально облегчить их страдания и способствовать достойному уходу из жизни

Чтобы не стремиться ни ускорить, ни отдалить наступление смерти

Как при радикальном лечении

ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ:

Недостаток средств в приобретении лекарственных средств

Недостаточная доступность опиоидов

Отсутствие химиопрепаратов

Никаких проблем нет

ХОСПИС – ЭТО:

Платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком

Бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком

Платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала

Бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала.

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ УСПЕХА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ?

Является длительное профессиональное постоянное наблюдение за больным

Является профессионализм персонала

Является сила воли пациента

Является полной обеспеченностью радикального лечения

КАКАЯ ИДЕЯ ЛЕЖИТ В ОСНОВАНИИ КОНЦЕПЦИИ ХОСПИСА?

Собрать всех больных в одном месте

Оказание паллиативной помощи

Изоляция больных от общества

Решение социально-бытовых проблем

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАПРАВЛЕНО НА РЕШЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ЗАДАЧ:

Обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов

Включает психологическую и духовную поддержку больного

Предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь

Обеспечивает полное радикальное лечение

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ, ЦЕНТРАЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ВСЕЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТА И ЕГО СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Медицинский аспект

Духовный аспект

Психологический аспект

Материально-бытовой аспект

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ:

Вопрос 1. В каком случае применяется паллиативная медицинская помощь?

Эталон ответа: пациент и члены его семьи готовы ее принять

Вопрос 2. В стационарных условиях ПМП оказывается во всех медицинских организациях, кроме:

Эталон ответа: выездной патронажной службой на базе хосписа

Вопрос 3. В чем состоит цель оказания паллиативной медицинской помощи?

Эталон ответа: улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан

Вопрос 4. Где может оказываться паллиативная медицинская помощь?

Эталон ответа: в стационарных условиях; в амбулаторных условиях; на дому

Вопрос 5. Пациент, 77 лет, ИБС: стенокардия напряжения 3 ФК, перенес острый инфаркт миокарда в 2002 г., сердечная недостаточность IV ФК по NYHA (полная или частичная потеря работоспособности, симптомы сердечной недостаточности и боль в груди проявляются даже во время отдыха), за прошлый год трижды госпитализирован. Нуждается ли такой пациент, в оказании паллиативной помощи?

Эталон ответа: да, нуждается

Вопрос 6. Как может классифицироваться паллиативная медицинская помощь?

Эталон ответа: по видам; по условиям; по форме

Вопрос 7. Как определяет ВОЗ паллиативную медицинскую помощь?

Эталон ответа: как подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью

Вопрос 8. Какие специалисты оказывают паллиативную медицинскую помощь больным со злокачественными новообразованиями в амбулаторных условиях?

Эталон ответа: врачи-терапевты участковые; врачи общей практики (семейные врачи); врачи-онкологи

Вопрос 9. Какие специалисты оказывают паллиативную медицинскую помощь больным со злокачественными новообразованиями в стационарных условиях?

Эталон ответа: врачи-онкологи; врачи по паллиативной медицинской помощи; врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи)

Вопрос 10. Какие условия должны быть соблюдены для оказания качественной паллиативной помощи?

Эталон ответа: профессиональный подход; командная работа; наличие навыков общения

Вопрос 11. Какими навыками общения должен обладать специалист, оказывающий паллиативную помощь?

Эталон ответа: умение работать в команде; знание проблемы умирания; знания психологии людей с ограничивающими жизнь заболеваниями; умение управлять конфликтами

Вопрос 12. Какому контингенту больных требуется паллиативная медицинская помощь?

Эталон ответа: пациентам с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения; пациентам с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания; пациентам с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития; пациентам с различными формами деменции в терминальной стадии заболевания; пациентам с различными формами злокачественных новообразований

Вопрос 13. Кто входит в команду специализированной паллиативной помощи?

Эталон ответа: священнослужители; подготовленные врачи; подготовленные медицинские сестры; социальные работники;

Вопрос 14. Кто может оказывать паллиативную медицинскую помощь?

Эталон ответа: медицинские работники, прошедшие обучение по оказанию такой помощи

Вопрос 15. Объектом оказания паллиативной помощи является:

Эталон ответа: паллиативный пациент и его родственники до момента наступления смерти

Вопрос 16. Паллиативная медицинская помощь может оказываться во всех случаях, кроме:

Эталон ответа: пациентов с раком и метастазированием, несмотря на отказ пациента от ПМП

Вопрос 17. Паллиативная медицинская помощь обеспечивает:

Эталон ответа: не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти; психологические и духовные аспекты помощи пациентам; облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания; утверждает жизнь и относится к умиранию, как к естественному процессу; поддержку, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти

Вопрос 18. Пациенты, страдающие какими заболеваниями, преобладают среди нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи?

Эталон ответа: пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Вопрос 19. Перечислите задачи паллиативной помощи:

Эталон ответа: психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников; улучшение качества жизни пациента в соответствии с его представлениями и пожеланиями; выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека; достижение, поддержка, сохранение и повышение, насколько это возможно, качества жизни пациента

Вопрос 20. Показаниями к госпитализации в отделение паллиативной помощи являются:

Эталон ответа: необходимость проведения дезинтоксикационной терапии, нормализации показателей крови

Вопрос 22. Помощь «выходного дня» - это:

Эталон ответа: предоставление кратковременного отдыха родственникам больного или лицам, осуществляющим уход за пациентом на дому

Вопрос 23. Помощь «выходного дня» может оказываться:

Эталон ответа: в хосписах; в дневных стационарах; при участии специализированных выездных служб; в отделениях паллиативного профиля

Вопрос 24. Сколько выделяют уровней оказания паллиативной медицинской помощи?

Эталон ответа: три

Вопрос 25. Что такое хоспис?

Эталон ответа: тип медицинской организации, где пациенты в терминальной стадии заболевания получают достойный уход, паллиативное лечение, духовную, психологическую и социальную поддержку

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Пациентка 45 лет, госпитализирована в онкологическое отделение рак молочной железы. Проведена мастэктомия, в послеоперационном периоде наблюдается повышение температуры до 38,5С, отсутствие аппетита, испытывает чувство страха в связи с возможностью рецидива заболевания. Испытывает фатомные боли ампутированной молочной железе и операционной ране.

Задания:

- 1.Выявите проблемы пациентки.
- 2.Организуйте специализированный сестринский уход за пациенткой.

Задача №2

Пациент Ч. 64 лет в течение 3 мес. наблюдался в сельской больнице у отоларинголога по поводу гиперемии зева и болезненности при глотании. Был отправлен на обследование в районную больницу, где ему поставили диагноз: рак пищевода. В анамнезе отмечены хронический гастрит, курение в течение 50 лет папирос без фильтра и частый прием крепких алкогольных напитков, за последние 6 месяцев похудел на 8кг. Пациент встревожен и испытывает чувство страха, общение с родственниками его тяготит.

Задания:

1. Выявите проблемы пациента.
2. Организуйте специализированный сестринский уход за пациентом.

Задача №3

В отделение поступает пациентка, 65 лет, для проведения четвертого курса химиотерапии по поводу рака молочной железы. Она подавлена, в разговоре отмечает нежелание проводить лечение, так как после третьего курса у нее держалась температура, была сильная мучительная рвота в течение недели, покраснение и шелушение кожи, боли в сердце. За пять дней до поступления ее состояние стало удовлетворительным. Она считает, что «операция и лучевая терапия сделали свое дело, а химиотерапия ничем уже помочь не может». Высказывает намерение прибегнуть к народным средствам: водка с маслом, перекись водорода.

Задания:

1. Выявите проблемы пациентки.
2. Организуйте специализированный сестринский уход за пациенткой.

Задача №4

В отделение поступила пациентка 33 лет для проведения шестого курса химиотерапии по поводу рака желудка. Она общительна, дружелюбна. Торопится вернуться домой, где проживает с мужем и ребенок 5 лет. Не настроена на стойкое перенесение всех побочных эффектов. Говорит, что ей необходимо вылечиться, но более лёгким способом. Поддержки со стороны родных и коллег нет.

Задания:

- 1.Выявите проблемы пациентки.
- 2.Организируйте специализированный сестринский уход за пациенткой.

Задача№5

В онкологическом отделении находится на стационарном лечении пациент 48 лет, с диагнозом: рак желудка. Жалобы на рвоту, слабость, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудание, сильные боли в эпигастральной области, отрыжку, вздутие живота. Пациент адинамичен, подавлен, с трудом идет на контакт с медперсоналом, замкнут, испытывает чувство страха смерти. Объективно: состояние тяжелое, температура 37,9 °С, кожные покровы бледные с землистым оттенком, больной резко истощен, при пальпации в эпигастральной области отмечается болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки. Печень плотная, болезненная, бугристая, выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Получает лечение цитостатиками, наркотическими анальгетиками.

Задания:

- 1.Выявите проблемы пациента.
- 2.Организируйте специализированный сестринский уход за пациентом.

Задача№6

Пациент 62 лет находится на лечении в онкологическом отделении с диагнозом: рак печени. Отмечается ухудшение в течение последней недели на фоне проведения химиотерапии. В последние месяцы наблюдалась сильная потеря веса, анорексия и запоры, но справлялся с активностью повседневной жизни сам. Сейчас выглядит изможденным и усталым. После сна склеиваются веки и ресницы. У пациента неприятный запах изо рта, жалуется на сильную сухость и привкус металла в полости рта. В полости носа образовались корочки, затрудняющие носовое дыхание, поэтому пациент дышит через рот. Беспокоит жажда и духота в палате, головная боль. Плохо спит, по вечерам температура тела поднимается до 37,1 -37,2оС. Один – два раза в день бывает рвота. Пациент находится в подавленном настроении, требует внимания, жалуется, что его «бросили».

- Задания:
- 1.Выявите проблемы пациентки.
 - 2.Организируйте специализированный сестринский уход за пациенткой.

Задача №7

Пациент 65 лет поступил в больницу с жалобами на слабость, одышку, сердцебиение. Пациента привезли в отделение на машине «скорой помощи», так как он потерял сознание на улице. Кожные покровы и слизистые бледные, ЧСС 90 в минуту. При попытке встать жалуется на сильное головокружение. Год назад пациент находился в онкологическом отделении центральной районной больницы по поводу рака толстого кишечника. Ему была наложена колостома. Экспресс- анализ крови выявил снижение уровня гемоглобина до 80 мг/л. Пациент направлен в онкоотделение на обследование. Он подавлен, считает причиной плохого самочувствия метастазы. При осмотре на коже в области колостомы выявлено покраснение и изъязвление.

Задания: 1.Выявите проблемы пациентки.

2.Организуйте специализированный сестринский уход за пациенткой.

Задача №8

Пациентка 70 лет находится дома, 4 года назад перенесла операцию по поводу рака правой молочной железы. Полгода назад наблюдалась у хирурга по поводу перелома тела поясничного позвонка. Состояние ухудшилось 2 дня назад: она перестала вставать и садиться. От пищи отказывается из-за рвоты. Пьет воду небольшими порциями. Дочь пациентки рассказывает, что утром при смене памперса больная жаловалась на невыносимую боль в спине. После приема двух таблеток кеторола боль через час уменьшилась.

Задания:

1.Выявите проблемы пациентки.

2.Организуйте специализированный сестринский уход за пациенткой.

Задача №9

Пациент 50 лет поступил в больницу с жалобами на слабость, одышку, кашель с отхождением мокроты, t 39,5. Пациента привезли в отделение на машине скорой помощи. При попытке встать жалуется на сильное головокружение, 6 месяцев назад пациент

находился в онкологическом отделении по поводу рака легких. Пациент подавлен, считает причину плохого самочувствия, прогрессирование болезни.

Задания:

- 1.Выявите проблемы пациента.
- 2.Организуите специализированный сестринский уход за пациентом.

Задача №10

Пациент 45 лет в течении трех месяцев наблюдался у терапевта по поводу хронического холецистита, был отправлен на обследование в онкологический диспансер, где ему был поставлен диагноз рак поджелудочной железы. В анамнезе отмечены хронический гастрит, курение и злоупотребление алкогольными напитками. Пациент испытывает чувство тревоги, снижение аппетита, тошнота и рвота.

Задания:

- 1.Выявите проблемы пациентки.
- 2.Организуите специализированный сестринский уход за пациенткой.

Раздел 3 Структура, задачи и функции организаций, оказывающих реабилитационную помощь населению

Тема 3.1. Нормативно-правовое обеспечение работы организаций различных видов собственности, оказывающих реабилитационную помощь населению

Тема 3.2. Принципы, виды и методы работы при оказании реабилитационной помощи в медицинских организациях. Функциональные обязанности сотрудников, работающих в этих учреждениях.

Тема 3.3. Порядок оказания профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной и паллиативной помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов:

Выберите правильное определение медицинской реабилитации

- 1) Лечебные и/или социальные мероприятия по отношению к инвалидам или другим морально подорванным людям (осуждённым и проч.), направленные на адаптацию их к жизни;
- 2) Метод реабилитации, состоящий в применении физических упражнений и естественных факторов природы к больному человеку с лечебно-профилактическими целями;
- 3) **Комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество;+**
- 4) Комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных или врожденных заболеваний, а также в результате травм система знаний и практической деятельности, целенаправленных на восстановление функциональных резервов человека, повышение уровня его здоровья и качества жизни, сниженных в результате неблагоприятного воздействия среды и деятельности или в результате болезни (на этапе выздоровления или ремиссии), путём применения преимущественно немедикаментозных

методов;

5) Комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме.

Выберите утверждения, соответствующие направленности комплекса мероприятий медицинской реабилитации

- 1) полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа либо системы организма;+
- 2) поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме;+
- 3) трудоустройство инвалидов после проведения реабилитационных мероприятий;
- 4) предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма;+
- 5) предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни.+

Выберите утверждения, соответствующие реабилитационному диагнозу по Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья.

- 1) описание возникшего повреждения и последовавших за этим нарушений бытовых и профессиональных навыков;+
- 2) описание анамнеза развития заболевания;
- 3) описание ограничения активности и участия в значимых для индивида событиях частной и общественной жизни;+
- 4) описание развития заболеваний;
- 5) оценка влияния факторов окружающей среды, облегчающих или осложняющих выполнение основных функций.+

Выберите, какое количество этапов включает в себя медицинская реабилитация

- 1) два этапа;
- 2) три этапа;+

- 3) четыре этапа;
- 4) пять этапов;
- 5) зависит от тяжести состояния пациента.

Для первого этапа медицинской реабилитации верны все утверждения, кроме

- 1) осуществляется в ранний восстановительный период;+**
- 2) проводится в условиях стационара;
- 3) проводится при отсутствии противопоказаний к методам реабилитации;
- 4) необходимо обследование для определения реабилитационного потенциала;
- 5) осуществляется в острый период течения заболевания.

Задачами медицинской реабилитации в медицинском центре являются все, кроме

- 1) увеличение объема активных и пассивных движений в суставах конечностей;
- 2) улучшение рисунка ходьбы;
- 3) улучшение манипулятивных функций;
- 4) протезирование зубов;+**
- 5) тренировка вестибулярного аппарата.

К методам медицинской реабилитации относятся все, кроме

- 1) природные физические факторы;
- 2) танцы, спорт;+**
- 3) ЛФК;
- 4) массаж;
- 5) аппаратная физиотерапия.

Какая категория пациентов, преобладающая в процентном отношении, в большей степени нуждается в реабилитации?

- 1) пациенты, получающие лечение в поликлинике;+**
- 2) пациенты, получающие лечение в стационаре;
- 3) инвалиды;
- 4) ветераны войн и труда;
- 5) пациенты реанимационного отделения.

Какие заболевания занимают лидирующие позиции как причина первичной инвалидности взрослого населения в России?

- 1) болезни системы кровообращения;+
- 2) злокачественными новообразованиями;
- 3) болезни нервной системы;
- 4) болезни органов дыхания;
- 5) травмы.

Какие факторы способствуют реализации положительного реабилитационного прогноза?

- 1) стабильное клиническое состояние пациента;+
- 2) высокая мотивация к реабилитации пациента;+
- 3) соответствие социальных условий тяжести состояния пациента;+
- 4) заинтересованность родственников в эффективности реабилитации;+
- 5) отсутствие желания у пациента продолжить работать.

Каковы задачи индивидуальной работы с пациентом при проведении психологической реабилитации?

- 1) для определения возможностей участия медицинского персонала в реабилитации;
- 2) для выявления основной внутри- и межличностной проблематики;+
- 3) для формирования мотивации к эффективному участию в групповых занятиях;+
- 4) для коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия;+
- 5) для формирования программы двигательной реабилитации.

Каковы задачи применения протезирования?

- 1) обеспечение покоя сегментам конечностей и их стабилизация при воспалительных заболеваниях и повреждениях;+
- 2) придание сегментам конечностей функционально-выгодного положения;+
- 3) восстановление функции пострадавших мышц;+
- 4) нагрузка поврежденного участка конечности;
- 5) ограничение движений в суставах.

Каковы задачи профессионального медицинского реабилитационного сообщества?

- 1) разработка и внедрение эффективных диагностических, реабилитационных и экспертных технологий в соответствии с требованиями МКФ;+
- 2) разработка клинических рекомендаций по динамической оценке функциональных нарушений у пациентов в различные периоды течения заболевания и на различных

этапах реабилитационного процесса;+

3) разработка клинических рекомендаций по определению реабилитационного потенциала и маршрутизации пациентов в процессе реабилитации;+

4) разработка временных, процессуальных критериев экспертной оценки процесса реабилитации и критериев «исхода» реабилитационных мероприятий на каждом этапе;+

5) госпитализация пациентов в реабилитационные отделения (центры).

Каковы клинические задачи профессионального медицинского реабилитационного сообщества?

1) внедрение порядков помощи по медицинской реабилитации;+

2) внедрение и совершенствование стандартов оказания реабилитационной помощи по профилям оказания медицинской помощи;+

3) внедрение порядков помощи по физиотерапии, лечебной физкультуре, рефлексотерапии, мануальной терапии, медицинской психологии;+

4) определение и совершенствование показаний к направлению на этапы медицинской реабилитации;+

5) оценка эффективности реабилитации пациентов в реабилитационных учреждениях.

Каковы организационные задачи профессионального медицинского реабилитационного сообщества?

1) актуализация учреждений, оказывающих реабилитационную помощь;+

2) создание специализированных реабилитационных учреждений;+

3) разработка карты маршрутизации пациентов;+

4) финансовый контроль реабилитационных учреждений;

5) перевод федеральных учреждений медицинской реабилитации на работу в условиях государственного задания.+

Каковы положительные эффекты от применения ортезирования?

1) способствует сокращению сроков лечения;+

2) улучшает качество жизни;+

3) снижает двигательные возможности пациента;

4) снижает прогрессирование суставных деформаций;+

5) снижает риск развития осложнений.+

Каковы функции мультидисциплинарной бригады?

- 1) исходная оценка состояния больного и степень нарушения;+**
- 2) определение реабилитационного потенциала и формулировка реабилитационного диагноза;+**
- 3) привлечение специалистов в целях консультативной помощи из иных учреждений здравоохранения;
- 4) составление плана основных реабилитационных мероприятий;+**
- 5) выработка конкретных реабилитационных целей.+**

Какой категории пациентов проводится медицинская реабилитация в условиях медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях?

- 1) пациентам, нуждающимся в посторонней помощи в самообслуживании;
- 2) пациентам, нуждающимся в круглосуточном наблюдении, не имеющим противопоказаний к осуществлению медицинской реабилитации;
- 3) пациентам, имеющим благоприятный прогноз заболевания, но имеющим противопоказания для проведения некоторых видов реабилитации;
- 4) пациентам, имеющим реабилитационный потенциал, не имеющим противопоказаний для проведения реабилитации, не нуждающимся в постоянной помощи по самообслуживанию и не требующим круглосуточного наблюдения;+**
- 5) пациентам, имеющим противопоказания к проведению некоторых методов реабилитации.

Какой фактор определяет этап медицинской реабилитации?

- 1) прогноз заболевания;
- 2) отсутствие противопоказаний к проведению медицинской реабилитации;
- 3) место проведения медицинской реабилитации;
- 4) реабилитационный потенциал;
- 5) срок от начала заболевания (травмы) и тяжесть состояния пациента.+**

Медицинская реабилитация осуществляется

- 1) в экстренном порядке;
- 2) в плановом порядке, независимо от сроков заболевания;+**
- 3) в плановом порядке, через 1 месяц от начала заболевания;

- 4) в плановом порядке, через 6 месяцев от начала заболевания;
- 5) в плановом порядке, через 1 год от начала заболевания.

Медицинская реабилитация осуществляется

- 1) в экстренной форме;
- 2) в плановой форме;+
- 3) в рамках первичной медико-санитарной помощи;+
- 4) в рамках специализированной медицинской помощи;+
- 5) в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.+

На каком этапе медицинская реабилитация оказывается в амбулаторных условиях?

- 1) на первом этапе;
- 2) на втором этапе;
- 3) на третьем этапе;+
- 4) в острый период;
- 5) в ранний восстановительный период.

Определение реабилитационного потенциала включает

- 1) определение наличия наследственных заболеваний;
- 2) определение характера двигательных нарушений и степени ограничения функции;+
- 3) определение возможности полного или частичного восстановления;+
- 4) формирование дальнейшего прогноза развития адаптационных и компенсаторных возможностей;+
- 5) оценка физической работоспособности и толерантности к физическим нагрузкам.+

Определите критерии жизнедеятельности

- 1) передвижение и ориентация;+
- 2) самообслуживание и трудоспособность;+
- 3) психические состояния;
- 4) контроль своего поведения;+
- 5) общение и обучение.+

Определите показания к применению бандажа для верхней конечности

- 1) переломы ключицы;+**
- 2) перелом грудных позвонков;
- 3) парезы и параличи верхней конечности;+**
- 4) острые воспалительные заболевания суставов верхней конечности;+**
- 5) хронические воспалительные заболевания суставов верхней конечности.+**

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется

- 1) в острый период;+**
- 2) в ранний восстановительный период;
- 3) в период остаточных явлений заболевания;
- 4) при хроническом течении заболевания вне обострения;
- 5) при хроническом течении заболевания в период обострения.

Порядок оказания медицинской помощи включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;+**
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);+**
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;+**
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;+**
- 5) рекомендуемые помещения и их площадь.

При направлении на 2 этап медицинской реабилитации необходимы все перечисленные документы, кроме

- 1) направление на консультацию и госпитализацию;
- 2) выписка из медицинской карты пациента;
- 3) заполненная форма 044/у;+**
- 4) данные об эффективности проведенного ранее лечения;
- 5) информация о целях медицинской реабилитации.

Приведенные ниже проблемы в построении реабилитационного процесса верны все, кроме

- 1) отсутствие единой системы реабилитационных учреждений;
- 2) отсутствие приказов, регламентирующих проведение реабилитации;+**
- 3) отсутствие преемственности на этапах;

- 4) отсутствие инструмента контроля эффективности реабилитационных мероприятий;
- 5) незначительное количество учреждений по уходу.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Информационно-коммуникационные технологии в охране здоровья населения
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1,2 (2,3)
Семестр	2,3 (3,4,5)
Лекции (час.)	24 (8)
Практические занятия (час.)	54 (24)
Самостоятельная работа (час.)	66 (112)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	144 (144)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	4
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор Шулаев А.В.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы*	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Информационно-коммуникационные технологии в общественном здоровье и здравоохранении Тема 1.1. Классификация и виды информационных технологий. Компьютерные технологии в медицине и здравоохранении. Национальный проект «Единая государственная информационная система в здравоохранении»	Компетенция – УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	Знать: Уметь: Владеть:	Тестирование Контрольные вопросы	12 10
	Компетенция – УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	Знать: Уметь: Владеть:		
	Компетенция – УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия	Знать: Уметь: Владеть:		
Раздел 2. Применение информационных технологий в общественном здоровье и здравоохранении Тема 2.1. Информационные системы в здравоохранении (цели основные направления применения). Понятие и назначение МИС.	Компетенция – ПК-10. Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения.	Знать: Уметь: Владеть:	Тестирование Контрольные вопросы	4 7
	Компетенция – УК-2. Способен управлять проектом на всех	Знать: Уметь: Владеть:		

Структурно-организационная и функциональная классификация МИС	этапах его жизненного цикла.			
	Компетенция - УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели.	Знать: Уметь: Владеть:		
Раздел 3. Медицинские информационные системы в здравоохранении Тема 3.1. Медицинские информационные системы в здравоохранении. Компьютерные технологии интеллектуальной поддержки лечебно-диагностических процессов. Автоматизированное рабочее место врача-специалиста. Техническое, программное, организационно-методическое обеспечение АР	Компетенция – УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	Знать: Уметь: Владеть:	Тестирование Контрольные вопросы Кейс-задачи	5 4 2
	Компетенция – УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия.	Знать: Уметь: Владеть:		
Раздел 4. Программное обеспечение деятельности медицинской организации. Тема 4.1. Программное обеспечение деятельности медицинской организации. Информационно-телекоммуникационные Технологии. Интернет-ресурсы для медицины и общественного здравоохранения;	Компетенция – УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия.	Знать: Уметь: Владеть:	Тестирование Контрольные вопросы Кейс-задачи	8 5 3
	Компетенция – ПК-10. Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по	Знать: Уметь: Владеть:		

основы телемедицины, облачных технологий	профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения.			
Промежуточная аттестация – зачет			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета

* Компетенции, ЗУВы

УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла

УК-2.3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений.

Знать: действующие правовые нормы

Уметь: решать конкретные задачи проекта, выбирая оптимальный способ их решения

Владеть: способами решения конкретных задач проекта

УК-2.4. Организует обсуждение проекта, оценивает риски и результаты проекта.

Знать: оценку рисков проектов.

Уметь: организовывать обсуждение проекта.

Владеть: способами обсуждения проектов.

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-3.1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

Знать: стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели.

Уметь: эффективно использовать стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели.

Владеть: стратегиями сотрудничества для достижения поставленной цели.

УК-3.4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

Знать: способы эффективного взаимодействия с другими членами команды.

Уметь: эффективно взаимодействовать с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

Владеть: методами эффективного взаимодействия с другими членами команды.

УК-3.5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

Знать: последовательность шагов для достижения поставленной цели.

Уметь: планировать действия для достижения поставленной цели.

Владеть: методами планирования действий для достижения поставленной цели.

УК-3.6. Формулирует общее решение, умеет разрешать конфликтные ситуации на основе согласования позиций и учета мнений всех заинтересованных сторон.

Знать: методы разрешения конфликтов.

Уметь: решать конфликты.

Владеть: методами разрешения конфликтных ситуаций.

УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия

УК-4.1. Умеет выстраивать эффективную коммуникацию с партнерами в процессе профессионального взаимодействия на государственном и иностранных языках.

Знать: методы эффективной коммуникации.

Уметь: выстраивать эффективную коммуникацию с партнерами в процессе профессионального взаимодействия.

Владеть: методами эффективной коммуникации.

УК-4.2. Ведет деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции на государственном и иностранном (-ых) языках.

Знать: методы деловой переписки.

Уметь: использовать методы деловой переписки.

Владеть: методами деловой переписки.

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

УК-5.1. Находит и использует необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ

Знать: информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ.

Уметь: использовать информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ. Владеть: методами использования информации о культурных особенностях и традициях различных сообществ.

УК-5.2. Демонстрирует уважительное отношение к историческому наследию и социокультурным традициям различных народов и культурных традиций мира, в зависимости от среды взаимодействия и задач профессиональной деятельности.

Знать: социокультурные традиции различных народов и культурных традиций мира.

Уметь: использовать информацию об историческом наследию и социокультурных традиций.

Владеть: информацией об историческом наследию и социокультурных традиций.

УК-5.3. Умеет толерантно и конструктивно взаимодействовать с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции.

Знать: методы толерантного и конструктивного взаимодействия с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей.

Уметь: использовать информацию о толерантном и конструктивном взаимодействии с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей.

Владеть: методами толерантного и конструктивного взаимодействия с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей.

ПК-10. Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения

ПК-10.2. Демонстрирует умение применять на практике международные подходы к решению проблем общественного здоровья

Знать: международные подходы к решению проблем общественного здоровья.

Уметь: применять международные подходы к решению проблем общественного здоровья.

Владеть: подходами к решению проблем общественного здоровья.

ПК-10.3. Владеет современными технологиями построения профилактических программ, их мониторинга и оценки эффективности

Знать: технологии построения профилактических программ.

Уметь: использовать современные технологии построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности.

Владеть: современными технологиями построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности.

ПК-10.4. Демонстрирует умение организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья

Знать: способы организации межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья.

Уметь: организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья.

Владеть: методами организации межсекторальной деятельности в программах и мероприятиях по укреплению здоровья.

ПК-10.5. Владеет современными информационными технологиями

Знать: современные информационные технологии.

Уметь: использовать современные информационные технологии.

Владеть: методами информационных технологий.

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, устный опрос, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с учебной и научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Устный опрос

Критерии оценки:

«Отлично» (90–100 баллов) — полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материала последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (80–89 баллов) — неполное определение, 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (70–79 баллов) — неполное и неточное определение понятий, не умение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (0–69 баллов) — нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Фонд оценочных средств

Раздел 1. Информационно-коммуникационные технологии в общественном здоровье и здравоохранении

Тема 1.1. Классификация и виды информационных технологий. Компьютерные технологии в медицине и здравоохранении. Национальный проект «Единая государственная информационная система в здравоохранении»

Компетенции – УК-2, УК-3, УК-4

Тестирование

Дополните

1. Организационно упорядоченная совокупность документов (массивов документов) и информационных технологий, в том числе с использованием средств вычислительной техники и связи, реализующих информационные процессы – это _____ (**информационная**) система.
2. Информационные системы предназначены для сбора, _____ (**хранения**), обработки, поиска, распространения, передачи и предоставления информации
3. Процесс внедрения и использования информационных технологий в сфере медицины и оказания медицинских услуг – это _____ (**информатизация**) здравоохранения.
4. Применение компьютерных технологий для обработки и анализа огромного объема информации, собранной врачами и медицинскими учреждениями – это _____ анализ (**больших данных**) в медицине (Big Date).
5. Единая система включает в себя подсистему – федеральный _____ (**регистр**) медицинских и фармацевтических работников.
6. Единая система включает в себя подсистему – _____ (**обезличивания**) персональных данных.
7. Единая система включает в себя информационно-аналитическая подсистему мониторинга и контроля в сфере закупок _____ (**лекарственных препаратов**) для обеспечения государственных и муниципальных нужд.
8. Единая система включает в себя подсистему - федеральный _____ (**реестр**) медицинских и фармацевтических организаций.
9. Единая система включает в себя подсистему - федеральная _____ (**электронная**) регистратура.
10. Единая система включает в себя подсистему - федеральная _____ (**интегрированная**) электронная медицинская карта.
11. Оператором Единой системы является _____ (**Министерство здравоохранения РФ**).
12. Доступ к информации, содержащейся в единой системе, получают _____ (**зарегистрированные**) пользователи.

Контрольные вопросы

1. Какой Федеральный проект, входящий в национальный проект «Здравоохранение», направлен на обеспечение доступности гражданам цифровых сервисов посредством внедрения электронного документооборота, в том числе телемедицинских технологий, электронной записи к врачу, электронных рецептов, а также на повышение эффективности функционирования системы здравоохранения путем создания механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе ЕГИСЗ, внедрения цифровых технологий и платформенных решений, формирующих единый цифровой контур здравоохранения?

Ответ: Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)».

2. Каким нормативно-правовым актом утверждено Положение о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения?

Ответ: Постановление Правительства РФ №140 от 09.02.2022.

3. Задачи единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения.

Ответ: а) информационное обеспечение государственного регулирования в сфере здравоохранения;

б) информационная поддержка деятельности медицинских организаций и фармацевтических организаций;

в) информационное взаимодействие поставщиков информации в единую систему и пользователей информации, содержащейся в единой системе;

г) информирование населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, передачи сведений о выданных рецептах на лекарственные препараты из медицинских информационных систем медицинских организаций в информационные системы фармацевтических организаций;

д) обеспечение доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме;

е) ведение персонифицированного учета лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, лиц, обучающихся по образовательным программам среднего профессионального и высшего медицинского образования, образовательным программам среднего профессионального и высшего фармацевтического образования.

4. Для чего предназначен Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников?

Ответ: для ведения персонифицированного учета в сфере здравоохранения, в том числе учета сведений о кадровом обеспечении медицинских и фармацевтических организаций, трудоустройстве медицинских и фармацевтических работников в медицинские или фармацевтические организации, а также предоставления доступа к электронным сервисам медицинским и фармацевтическим работникам.

5. Для чего предназначен Федеральный реестр медицинских и фармацевтических организаций?

Ответ: для учета сведений о медицинских организациях и фармацевтических организациях (в части деятельности, осуществляемой в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения) государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

6. Для чего предназначена Федеральная электронная регистратура?

Ответ: для мониторинга и управления потоками пациентов в режиме реального времени посредством информационного обмена с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов РФ, ФМБА, МИС МО государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

7. Какая подсистема Единой системы обеспечивает запись на прием к врачу в медицинскую организацию?

Ответ: Федеральная электронная регистратура

8. Что представляет собой Федеральный реестр электронных медицинских документов?

Ответ: это подсистема единой системы, содержащая сведения о медицинской документации в форме электронных документов, по составу которых невозможно определить состояние здоровья гражданина, и сведения о медицинской организации, в которой такая медицинская документация создана и хранится.

9. Какая подсистема Единой системы обеспечивает получение, проверку, регистрацию и хранение сведений о медицинской документации в форме электронных документов, которая создается и хранится медицинскими организациями?

Ответ: Федеральный реестр электронных медицинских документов.

10. Какая информационно-аналитическая подсистема осуществляет информационную поддержку контрольных процедур в сфере закупок лекарственных препаратов?

Ответ: Информационно-аналитическая подсистема мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

Раздел 2. Применение информационных технологий в общественном здоровье и здравоохранении

Тема 2.1. Информационные системы в здравоохранении (цели основные направления применения). Понятие и назначение МИС. Структурно-организационная и функциональная классификация МИС Компетенции – УК-2, УК-3, ПК-10

Тестирование

Дополните:

1. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в медицинской организации и системе здравоохранения – это медицинская _____ (**информационная**) система (МИС).

2. Информационные системы, которые используют доктора в своей ежедневной практике – это МИС _____ (**базового**) уровня.

3. Совокупность оборудования для выполнения диагностических и лечебных процедур – это медицинские _____ (**приборно-компьютерные**) системы.

4. Важной особенностью МИС лечебных учреждений является наличие нескольких уровней _____ (**доступа**) в систему.

Контрольные вопросы

1. Какие преимущества связаны с информатизацией здравоохранения?

Ответ: Информатизация здравоохранения позволяет улучшить доступ к медицинской информации и обмену данными между врачами и пациентами, сократить время на оформление документов, улучшить качество диагностики и лечения, а также повысить безопасность пациентов.

2. Какие конкретные инструменты информатизации используются в здравоохранении?

Ответ: Электронные медицинские карты, системы электронной записи на прием к врачу, системы хранения и обмена медицинскими данными, системы дистанционной консультации и телемедицины, аналитические платформы для обработки и анализа больших данных и др.

3. Каким образом информатизация здравоохранения может повысить доступность медицинской помощи?

Ответ: Информатизация здравоохранения может повысить доступность медицинской помощи через различные механизмы. Например, благодаря электронной записи на прием к врачу можно записаться онлайн и не тратить время на очереди. Дистанционные консультации и телемедицина позволяют получать консультацию врача удаленно, без необходимости приезжать в клинику.

4. Какие проблемы могут возникнуть при внедрении информатизации в здравоохранение?

Ответ: проблемы безопасности и конфиденциальности медицинских данных, обучение медицинских работников и пациентов использованию новых технологий.

5. Какие проекты в области цифровой трансформации здравоохранения в РФ реализуются в настоящее время?

Ответ: 1. Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. 2. Медицинские платформенные решения федерального уровня.

6. Какие основные задачи, решаются с помощью МИС?

Ответ: · информационная поддержка оказания медицинской помощи населению; информационная поддержка управления отраслью здравоохранения.

7. Из каких обязательных программных модулей состоит МИС?

Ответ:

1. Модуль сбора информации.
2. База данных.
3. Модуль обработки и анализа данных.
4. Модуль управления документооборотом.
5. Модуль управления медицинскими аппаратными средствами

Раздел 3. Медицинские информационные системы в здравоохранении

Тема 3.1. Медицинские информационные системы в здравоохранении.

Компьютерные технологии интеллектуальной поддержки лечебно-диагностических процессов. Автоматизированное рабочее место врача-специалиста. Техническое, программное, организационно-методическое обеспечение АР.

Компетенции – УК-3, УК-5

Тестирование

Выберите один правильный ответ:

1. Какой тип МИС не относится к базовому уровню?
А. автоматизированное рабочее место (АРМ) врача
Б. медицинские приборно-компьютерные системы
В. Персонифицированные регистры пациентов
Г. консультативно-диагностические системы

2. Какой тип МИС относится к уровню учреждения?
- А. автоматизированное рабочее место (АРМ) врача
 - Б. медицинские приборно-компьютерные системы
 - В. информационно-справочные системы, содержащие перечень существующих торговых названий лекарственного препарата, который назначает врач
 - Г. **МИС консультационных центров**

Дополните:

1. Электронный документ, который содержит информацию о здоровье и медицинских записях пациента – это _____ (**электронная**) медицинская карта.
2. Согласно определению ВОЗ, электронное здравоохранение – это использование информационно-коммуникационных _____ (**технологий**) для здравоохранения.
3. Цифровое здравоохранение включает в себя: электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение и _____ (**телемедицину**).

Контрольные вопросы

1. Каковы цели внедрения МИС базового уровня?

Ответ: МИС базового уровня – это ежедневный инструментальный современный врача. Цели их внедрения: упростить текущую работу специалиста, делегировав часть врачебных операций компьютерной программе; улучшить качество медицинского обслуживания там, где наблюдается дефицит кадров или повышенная нагрузка на имеющихся специалистов.

2. Что является базовой единицей цифровизации медицинского сектора?

Ответ: автоматическое рабочее место врача (АРМ врача).

3. Каково общее назначение АРМов?

Ответ: управление информацией, которая составляет основу работы каждого конкретного специалиста.

4. Какие возможности пользователям предоставляет АРМ?

Ответ:

- работа в унифицированном интерфейсе (Рабочий стол) с любыми типами медицинских электронных документов;
- доступ к документам и управление правами доступа к ним;
- возможность рассылки медицинских электронных документов на рабочие столы пользователей;
- возможность организации документов на своем рабочем столе;
- ввод и хранение данных лабораторных и диагностических исследований.

Кейс-задачи

Задача 1

На рисунке представлена функциональная модель платформы «Персональный медицинский помощник» (ПМП). Укажите пропущенное название одного из элементов модели.



Ответ: Медицинские информационные системы

Задача 2

На рисунке представлена функциональная модель платформы «Персональный медицинский помощник» (ПМП). Укажите пропущенное название одного из элементов модели.



Ответ: Медицинский прибор

Раздел 4. Программное обеспечение деятельности медицинской организации.

Тема 4.1. Программное обеспечение деятельности медицинской организации.

Информационно-телекоммуникационные технологии. Интернет-ресурсы для медицины и общественного здравоохранения; основы телемедицины, облачных технологий.

Компетенции – УК-4, ПК-10

Тестирование

Выберите один правильный ответ:

1. Телемедицинские технологии могут использоваться при оказании следующих видов медицинской помощи:

- а) первичной медико-санитарной помощи
- б) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
- в) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
- г) паллиативной медицинской помощи
- д) верно все перечисленное**

2. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий проводятся:

- а) в экстренной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного
- б) в неотложной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного
- в) в плановой форме - при проведении профилактических мероприятий
- г) в плановой форме - при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью.
- д) верно все перечисленное**

3. Участниками консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований являются:

- а) лечащий врач;
- б) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование;
- в) консультант
- г) верно все перечисленное**

4. Наибольший экономический эффект от телемедицинских консультаций наблюдается:

- а) при проведении сложных телемедицинских консультаций
- б) при проведении большого числа телемедицинских консультаций**
- в) при проведении малого числа телемедицинских консультаций

Дополните

1. Медицинское обслуживание, осуществляемое с использованием современных информационных и коммуникационных технологий, дистанционное оказание медицинской помощи – это _____ (**телемедицина**).

2. Консультации врачей при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени или _____ (**отложенных**) консультаций.

3. В настоящее время в РФ реализуется пилотный проект по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с использованием информационной системы «_____ (**персональные**) медицинские помощники».

4. Телемедицинские технологии при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями применяются в целях: профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента; принятия решения о необходимости проведения _____(очного) приема врача (осмотра, консультации).

Контрольные вопросы

1. По каким видам работ (услуг) медицинская организация может оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий?

Ответ: по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2. При оказании каких видов медицинской помощи могут использоваться телемедицинские технологии?

Ответ: первичной медико-санитарной помощи, специализированной, скорой, паллиативной.

3. Кто назначает дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента?

Ответ: лечащий врач

4. Какие клинические тематики вошли в реализуемый в настоящее время пилотный проект по персональным медицинским помощникам?

Ответ: мониторинг пациентов с артериальной гипертензией и мониторинг пациентов с сахарным диабетом.

5. В каком Федеральном Законе указаны особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий?

Ответ: в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Кейс-задачи

Задача 1

Оцените правильность организации работы (представленный алгоритм) по проведению телемедицинской консультации.

На прием обратился родитель с ребенком в возрасте 5 лет, проживающие в одном из отдаленных районов Республики Татарстан. У ребенка с онкогематологическое заболевание, отсутствие ремиссии в течение полугода. Состояние ребенка средней тяжести. Выписан из онкогематологии (состояние после трансплантации 2022). Находился на стационарном лечении в г. Москва вместе с отцом. В семье ещё 4 несовершеннолетних ребёнка. В рекомендациях после выписки из стационара: телемедицинская консультация. Алгоритм проведения консультации с использованием Телемедицинских технологий в детской поликлинике г. Казани выглядит следующим образом:

1. Лечащий врач формирует направление на телемедицинскую консультацию в форме выписки из истории болезни или амбулаторной карты пациента для направления больного на врачебную комиссию;

2. Запрос на проведение телемедицинской консультации отправляется по защищённой почте в ДРКБ в отдел информационных технологий для согласования времени проведения консультации (срок предоставления консультации 1-2 рабочих дня).

3. Заведующий отделением консультативно – диагностической поликлиники назначает врача – консультанта.

4. Телемедицинская консультация проводится в назначенное время в оборудованной аудитории.

5. Информация о пациенте докладывается лечащим врачом.

6. Результат телемедицинской консультации оформляется врачом консультантом в виде «Заключения телемедицинской консультации», в котором указываются диагноз и рекомендации по ведению больного. Заключение по факсу направляется в лечебное учреждение, приславшее заявку на проведение телемедицинской консультации.

Ответ: представленный алгоритм составлен верно.

Задача 2

В рамках проведения диспансеризации несовершеннолетних на основании приказа МЗ РФ от 10.08.2017 г. №514 «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних» диагностическое обследование сердца ЭКГ проводится: в 12 месяцев, 6 лет, 15 и 17 лет. В настоящее время в рамках проекта «Единый кардиолог Республики Татарстан» все обследования несовершеннолетних проводятся с использованием ИС «Единый кардиолог». Про проведение Диспансеризации несовершеннолетних пациенту 15 лет сделали ЭКГ. Какие консультации будут оформлены и в какой информационной системе?

Ответ: Программный комплекс «Единый кардиолог Республики Татарстан» позволяет снимать и описывать данные ЭКГ в автоматическом режиме. После этого данные отправляются дистанционно на подтверждение врачу кабинета функциональной диагностики. Вносятся в электронную медицинскую карту пациента, подписываются электронной цифровой подписью. Бумажная версия вклеивается в амбулаторную карту пациента.

Задача 3

Врачам-хирургам одной из ЦРБ РТ требуется консультация-обучение профессора З***. из города Красноярска.

1. Какой вид телемедицинской технологии потребуется для этой консультации?

2. Какие каналы связи необходимо использовать в этом случае?

Ответ:

1. Телеобучение (дистанционное обучение или телеобразование). Телеобучение подразумевает внедрение телемедицинских методов обучения в непрерывную систему подготовки медицинских кадров (теленаставничество). Особенностью направления является внедрение телемедицинских систем тестирующего контроля и сертификации, а также внедрение методов направляемой деятельности обучаемого во время проведения медицинских манипуляций.

2. Высокоскоростные каналы связи сети Интернет, например, оптические каналы связи и радиоканалы, в том числе спутниковые линии связи.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Качество жизни. Управление качеством жизни
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2
Семестр	3
Лекции (час.)	12 (4)
Практические занятия (час.)	27 (12)
Самостоятельная работа (час.)	33 (56)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	72 (72)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	2
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Доцент Китаева Э.А.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств				
Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Качество жизни как объект управления	Компетенция – ПК-11. Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по изучению и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения. ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни.	Знать: Понятие социальных условий жизнедеятельности людей. Факторы и система показателей уровня и качества жизни населения. Система интегральных и обобщающих статистических индикаторов качества жизни. Уровень жизни и его измерение. Индикаторы уровня жизни: интегральные, частные. Классификация доходов работающих граждан. Номинальные, располагаемые и реальные доходы населения. Оценка современного состояния уровня и качества жизни населения России	Тестирование Презентация Кейс-задача	15
		Уметь: работать с законодательными, нормативными актами, использовать в своей работе информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"		2
		Владеть: навыками критического анализа и выбора информации, необходимой для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.		1
Раздел 2. Оценка качества жизни Тема.2.1.	Компетенция – ПК-11.	Знать: Индикаторы дифференциации доходов и заработной платы.	Тестирование Кейс-задача	15 1

Дифференциация доходов населения, факторы и методы измерения	Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по изучению и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения. ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни.	Бедность – современное положение и измерение. Факторы бедности. Формы бедности. Социальное расслоение. Покупательная способность доходов. Расходы. Законы Энгеля. Децимальный коэффициент неравенства доходов. Кривая Лоренца, коэффициент Джини. Качество жизни: понятие, система показателей и индикаторов – объективных и субъективных. Индекс развития человеческого потенциала. Индекс интеллектуального потенциала. Коэффициент жизнеспособности населения. Капитализация личных доходов. Актуальные направления социальной политики России в области обеспечения роста уровня и качества жизни населения		
		Уметь: осуществлять анализ влияния качества жизни на здоровье населения.		
		Владеть: навыками выявления проблемных ситуаций, обусловленных воздействием факторов качества жизни, определения этапов их разрешения.		
Раздел 3. Система управления качеством жизни Тема 3.1. Государственные гарантии области обеспечения благосостояния	Компетенция – ПК-11. Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по изучению и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих	Знать: Социальные нормативы и методики их расчета. Система государственных минимальных стандартов. Структура потребления. Потребительская корзина. Прожиточный минимум и минимальный потребительский бюджет. Методика формирования бюджета прожиточного минимума в России. Государственное регулирование доходов	Тестирование Презентация Кейс-задача	14 4 1

	влияние на здоровье и качество жизни населения. ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни.	населения. Методы регулирования доходов: законодательные, административные, согласительные, антиинфляционные. Компоненты качества трудовой жизни: физическое и социальное окружение на предприятии; система управления; соотношение между трудовой и нетрудовой сферами. Факторы, влияющие на качество трудовой жизни. Показатели социальной оценки качества трудовой жизни. Экономическая и социальная сущность заработной платы. Основные принципы организации оплаты и стимулирования труда: рыночные, производственные, рыночно-производственные. Внутрифирменная политика заработной платы и современные модели трудового вознаграждения			
		Уметь: осуществлять анализ влияния качества жизни на здоровье населения.			
		Владеть: навыками выявления проблемных ситуаций, обусловленных воздействием качества жизни, определения этапов их разрешения.			
Промежуточная аттестация – зачет			Тесты	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета	

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется устный опрос, тестирование, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на заданную тему, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ в сфере обеспечения качества жизни населения, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Презентация

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если: презентация соответствует теме самостоятельной работы; - оформлен титульный слайд с заголовком (тема, цели, план и т.п.); сформулированная тема ясно изложена и структурирована; использованы графические изображения (фотографии, картинки и т.п.), соответствующие теме; выдержан стиль, цветовая гамма, использована анимация, звук; работа оформлена и предоставлена в установленный срок.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если: презентация соответствует теме самостоятельной работы; оформлен титульный слайд с заголовком (тема, цели, план и т.п.); сформулированная тема ясно изложена и структурирована; использованы графические изображения (фотографии, картинки и т.п.), соответствующие теме; работа оформлена и предоставлена в установленный срок.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если работа не выполнена или содержит материал не по вопросу.

Во всех остальных случаях работа оценивается на «удовлетворительно».

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» – обучающийся демонстрирует сформированное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, умение применять полученные в курсе знания, правильно выстраивает алгоритм действий.

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует в целом хорошее умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, хорошее умение применять полученные в курсе знания, в целом правильно выстраивает алгоритм действий.

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует в целом успешное, но не систематическое умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в

сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстраивает с ошибками.

«Неудовлетворительно» – обучающийся демонстрирует частичное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстроить не может.

Фонд оценочных средств

Компетенция – ПК-11.Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по изучению и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения.

(ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни)

Тесты

1. В домен «окружающая среда» качества жизни по ВОЗ входит

- а) домашняя среда;+**
- б) отсутствие боли;**
- в) подвижность;**
- г) транспорт;+**
- д) финансовые ресурсы.+**

2. В психологический домен качества жизни по ВОЗ входят следующие компоненты

- а) духовность и мировоззрение;**
- б) образ тела и внешность;+**
- в) положительные чувства;+**
- г) самооценка;+**
- д) эмоциональное функционирование.**

3. Здоровье по ВОЗ – это

- а) отсутствие биологических и психологических дефектов;**
- б) отсутствие состояний, признанных болезненными;**
- в) состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов;+**
- г) способность к поддержанию гомеостаза и воспроизведению себя.**

4. Измерение качества жизни базируется на

- а) выражении человеком его чувств и мнений;+**
- б) заключении врачебной комиссии;**
- в) инструментальном обследовании врачом;**
- г) физикальном исследовании врачом.**

5. Измерение качества жизни возникло в контексте экономики

- а) потребительской;+**
- б) рабовладельческой;**
- в) социалистической;**
- г) феодальной.**

6. К инсомниям относятся

- а) нарушения глубины сна;+
- б) нарушения засыпания;+
- в) нарушения продолжительности сна;+
- г) ритм «жаворонка».

7. Какие компоненты входят в домен физического благополучия по ВОЗ?

- а) боль и дискомфорт;+
- б) независимость;
- в) сон и отдых;+
- г) физическое функционирование;
- д) энергия и усталость.+

8. Качество жизни в медицине обозначается как

- а) biomedical quality of life;
- б) **health related quality of life;**+
- в) medical quality of life;
- г) quality of health.

9. Качество жизни измеряется с помощью

- а) генеральных выборок;
- б) инструментальных измерений;
- в) **опросников;**+
- г) шкал риска.

10. Качество жизни характеризует функционирование

- а) политическое;
- б) **социальное;**+
- в) **физическое;**+
- г) химическое;
- д) **эмоциональное.**+

11. Качество жизни является

- а) **измеримой величиной;**+
- б) материальной величиной;
- в) неизмеримой величиной;
- г) эфемерной величиной.

12. Качество жизни – это понятие

- а) внедисциплинарное;
- б) **междисциплинарное;**+
- в) чисто медицинское;
- г) чисто социологическое.

13. Качество жизни – это понятие

- а) интегральное;+**
- б) чисто биомедицинское;
- в) чисто психологическое;
- г) чисто социологическое.

14. Качество жизни – это характеристика

- а) абсолютных истин;
- б) объективных показателей;
- в) субъективного восприятия;+**
- г) формальных умозаключений.

15. Компоненты здоровья по ВОЗ?

- а) политический;
- б) психологический;+**
- в) социальный;+**
- г) физический;+**
- д) экономический.

16. На каких аспектах делается акцент в определении качества жизни по ВОЗ?

- а) на биологических нормах;
- б) на культурной среде;+**
- в) на личности человека;+**
- г) на политической системе;
- д) на репродуктивной функции.

17. Образ тела является фактором психологического благополучия в связи с

- а) важностью сопоставления тела с культурным идеалом;+**
- б) важностью тела самой по себе;
- в) законодательной регламентацией идеального тела;
- г) прямым влиянием тела на психику.

18. Отсутствие положительных чувств является

- а) негативным фактором, если при этом имеется негативный аффект;
- б) нормой;
- в) позитивным фактором;
- г) самостоятельным негативным фактором.+**

19. Позитивная эмоция возникает в ответ на

- а) негативное событие;
- б) событие, объективно являющееся позитивным;

- в) событие, считающееся позитивным;+**
г) событие, являющееся по крайней мере не негативным.

20. Понятие о том, что качество жизни можно и нужно измерять, возникло в контексте медицины

- а) западной альтернативной;
б) западной научной;+
в) индийской;
г) китайской.

21. Понятие социальной поддержки включает в себя

- а) наличие семьи, друзей, единомышленников;+**
б) наличие соседей;
в) только наличие друзей и единомышленников;
г) только наличие семьи.

22. Почему именно self-report положен в основу измерения качества жизни?

- а) он коррелирует с экономическим статусом;
б) он позволяет оценить интегральное состояние организма и личности;+
в) он позволяет точно оценить биологическое состояние организма;
г) он является предиктором прогноза многих хронических болезней.

23. Причины когнитивного дефицита могут быть

- а) культурными;
б) органическими;+
в) психологическими;+
г) социальными;
д) экономическими.

24. Расстройства сна обозначаются как

- а) гиперсомнии;
б) инсомнии;+
в) сомнабулии;
г) сомнопатии.

25. Сколько доменов качества жизни выделяется по ВОЗ?

- а) 4;
б) 5;
в) 6;+
г) 7.

26. Современные системы здравоохранения глобально ориентированы на

- а) достижение целевых биологических показателей;
- б) повышение уровня здоровья;+**
- в) снижение заболеваемости;
- г) улучшение экономических показателей.

27. Уровень независимости как домен качества жизни существует на уровне

- а) биологическом;
- б) политическом;
- в) социальном;+**
- г) химическом.

28. Фэшн-индустрия транслирует образ тела

- а) аскетичного;
- б) мертвенного, но идеального;+**
- в) не выделяющегося из толпы;
- г) полного жизни.

29. Частями психологического домена по ВОЗ являются

- а) негативные эмоции;+**
- б) обучение, память, концентрация;+**
- в) отсутствие боли;
- г) самооценка;+**
- д) уровень независимости.

30. Чем обусловлена оценка события как позитивного и негативного?

- а) его влиянием на жизнь людей;+**
- б) его культурными коннотациями;+**
- в) его социальным контекстом;+**
- г) случайными факторами.

40. Что из перечисленного является доменами качества жизни по ВОЗ?

- а) психологическое благополучие;+**
- б) уровень независимости;+**
- в) уровень сексуальной активности;
- г) физическое благополучие;+**
- д) экономическое благополучие.

41. Что из перечисленного является компонентами домена «уровень независимости» в опроснике качества жизни по ВОЗ?

- а) необходимость лечения;+**
- б) отсутствие боли;

- в) подвижность;+**
- г) социальное функционирование;
- д) способность работать.+**

42. Шестой домен качества жизни по ВОЗ включает в себя

- а) духовность;+**
- б) личные убеждения;+**
- в) политические убеждения;
- г) религиозность;+**
- д) эмоциональность.

43. Энергичность человека носит природу

- а) биохимическую;
- б) сложную психосоматическую;+**
- в) социальную;
- г) физическую.

44. Является ли биологически нормальное тело гарантией психологического благополучия в этой области?

- а) да, но только если тело моложе 40 лет;
- б) да, является;
- в) нет, гарантией психологического здоровья является нездоровое тело;
- г) нет, для психологического здоровья необходимо ещё и восприятие тела как здорового.+**

Презентация

1. Индекс развития человеческого потенциала.
2. Индекс качества жизни в городах Российской Федерации.
3. Здоровье населения как индикатор качества жизни населения.
4. Качество жизни, связанное со здоровьем.
5. Влияние качества жизни на естественное движение населения.
6. Социальная политика, как элемент управления качеством жизни населения.

Кейс-задача №1

27 - летняя девушка не может самостоятельно передвигаться – только на коляске или с чьей – либо помощью. Девочка родилась физически здоровой, но с 10 лет начали проявляться симптомы атрофии мышц – усталость, слабость. Последние два года обучения в школе занималась дома. Надеялась на выздоровление, но информация о поставленном диагнозе и пожизненной инвалидности I группы стала сильной психологической травмой.

1. Определите основную проблему.
2. Законодательная база, используемая специалистом социальной работы в данном случае
3. Какие учреждения социального профиля могут помочь девушке?
4. Какие меры помощи можно использовать в данном случае?

Ответ

1. Основная проблема – физическое и психическое здоровье.
2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: ФЗ от 24 .11. 1995г. №181 - ФЗ (с изм. и доп.); Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты Генеральной Ассамблеей ООН от 20.12.1993 г.
3. Учреждения: социально- психологическая служба, территориальный орган (отдел) социальной защиты населения, реабилитационный центр.
4. Меры помощи:
 - организация адекватных видов активности (заочная учеба, хобби, др.) - адаптация;
 - оказание психолого-педагогической помощи;
 - оказание материальной помощи.

Кейс-задача №2

Женщина страдает системным заболеванием крови, признана инвалидом. Воспитывает двух детей одна (ей 32 года, дочери 5 лет, сыну 10 лет), работает воспитателем в детском саду. Денег на жизнь и на лечение не хватает, другой работы найти не может (пыталась не раз). Муж живет с другой семьей, никакой помощи не оказывает.

1. Определите социальные проблемы семьи.
2. Законодательная база, используемая специалистом социальной работы в данном случае для решения проблем семьи.
3. Какие варианты решения проблем Вы можете предложить?
4. Какие учреждения и организации должны быть задействованы в решении проблем этой семьи?

Ответ

1. Основная проблема – материальная незащищенность.
2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: ФЗ от 24.11.1995г. №181 - ФЗ (с изм. и доп.); Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты Генеральной Ассамблеей ООН от 20.12.1993г.; Семейный кодекс РФ; О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: ФЗ от 24 .11. 1995г. №181-ФЗ (с изм. и доп.); О государственной социальной помощи 178 - ФЗ от 17.07.1999г.; О предоставлении субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг: Постановление правительства Российской Федерации от 14.12.2005 г. №761.
3. Варианты решения проблемы:
 - помощь в организации лечения, прохождении медико-социальной экспертизы женщиной оформления инвалидности (как следствие –получение пенсии и прочих выплат);
 - помещение детей (на время лечения матери в стационаре) в кризисный центр или организация их проживания у родственников женщины или в новой семье отца;
 - привлечение отца детей к выплате алиментов в судебном порядке;
 - помощь женщине в поиске дополнительных источников дохода– работы, адекватной ее состоянию здоровья; обращение к родственникам; др.
4. Учреждения: Здравоохранения; Социального обслуживания населения; Судебные; Бюро МСЭ.

Кейс-задача №3

Соотнесите между собой три вида социальных проектов, исходя из источника финансирования и предложенные социальные проекты.

Виды проектов:

1. Инвестиционный проект;
2. Спонсорский проект;
3. Бюджетный проект.

4. Социальные проекты:

Социальные проекты:

- а. Проведение велопробега за здоровый образ жизни. Характеристики проекта: проект требует значительного объема финансирования, охватывает 6 городов России с численностью населения свыше 1 млн. чел., предполагает проведения массовых мероприятий в городах участников.
- б. Организация производства ортопедических протезов с привлечением труда инвалидов. Характеристики проекта: проект требует значительного объема финансирования, предполагаемый социальный эффект: социализация и создание рабочих мест для инвалидов, производство конкурентно -способной 56 отечественных ортопедических протезов для инвалидов и как следствие повышение их доступности.
- в. Проведения тренингов личностного роста для подростков из неблагополучных семей. Характеристики проекта: проект требует умеренного объема финансирования, предполагает ярко выраженный социальный эффект.

Ответ

- 1-б;
- 2 -а;
- 3 -в

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ПЕДИАТРИИ**

Заведующий кафедрой
пропедевтики детских болезней
и факультетской педиатрии
проф. Файзуллина Р.А.

(подпись)
протокол заседания кафедры №9
« 15 » мая _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина:	Охрана материнства и детства
Код и наименование специальности	32.04.01 «Общественное здравоохранение»
Квалификация	магистр
Уровень	магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет/Институт	медико-профилактический
Курс	2 (3)
Семестр	3(5)
Лекции (час)	12 (4)
Практические занятия	27 (12)
Самостоятельная работа	33 (56)
Экзамен	0
Зачет	0
Всего	72 (72)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	2 (2)
Составители ФОС	доцент кафедры ПДБ и ФП к.м.н. Самороднова Е.А. зав. кафедрой ПДБ и ФП, д.м.н. проф. Файзуллина Р.А.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	0
II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	0
III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	0
IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	0

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контролируемые Разделы, Темы, модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)	Кол.- во
Тема 1.1. Охрана материнства и детства как межсекторальная проблема	ИДУК-1-1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов.	знать	основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	17
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
	ИДУК-1-3. Формулирует цели и рассматривает различные варианты решения проблемной ситуации на основе системного подхода, оценивает их преимущества и риски.	знать	Знать: основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	17
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа	3

			состояния здоровья женщин-матерей и детей.	
	ИДУК-1-5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации.	знать	основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	17
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
Тема 1.3. Организация охраны здоровья детей	ИДУК-1-1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов.	знать	основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	25
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
	ИДУК-1-3. Формулирует цели и рассматривает	знать	Знать: основные направления государственной	25

	различные варианты решения проблемной ситуации на основе системного подхода, оценивает их преимущества и риски.		политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
	ИДУК-1-5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации.	знать	Знать: основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	25
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
Тема 1.3. Организация охраны здоровья детей	ИДУК-1-1. Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов.	знать	Знать: основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные	28

			направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
	ИДУК-1-3. Формулирует цели и рассматривает различные варианты решения проблемной ситуации на основе системного подхода, оценивает их преимущества и риски.	знать	Знать: основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы охраны материнства и детства	28
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
	ИДУК-1-5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации.	знать	Знать: основные направления государственной политики в сфере охраны материнства и детства, организацию и основные направления деятельности учреждений службы	28

			охраны материнства и детства	
		уметь	Уметь: проводить диагностику, формулировать и содействовать разрешению проблем женщин-матерей и детей	3
		владеть	Владеть: навыками мониторинга и анализа состояния здоровья женщин-матерей и детей.	3
Промежуточная аттестация зачет		Тесты		60

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Общие критерии оценки

Процедура оценивания результатов обучения осуществляется на основе Положения Казанского ПЛУ «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся». Текущему контролю успеваемости (далее — ТКУ) подлежат следующие виды учебной деятельности студентов по дисциплине «Охрана материнства и детства»: посещение лекций, работа на семинарских занятиях, результаты самостоятельной работы, в том числе, на образовательном портале. ТКУ проводится преподавателем, прикрепленным для реализации образовательной программы в конкретной академической группе.

При проведении промежуточной аттестации (зачета) учитываются результаты ТКУ и применяется балльно-рейтинговая система, утвержденная Положением Казанского ПЛУ «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся». Зачет проводится в пределах аудиторных часов, выделенных на освоение учебной дисциплины, на последнем семинарском занятии согласно календарно-тематическому плану.

Текущий контроль.

Лекции. Оценивается посещаемость лекций, Посещаемость обязательная. Пропущенные лекции отрабатываются на образовательном портале КГМУ. Практические (семинарские занятия) занятия.

При устном или письменном ответе оценивается уровень подготовки к занятиям, полнота и правильность ответа.

Контроль по разделам (модулям). Решение тестового задания. Оценивается уровень подготовки к занятиям. Решение ситуационной задачи. Оценивается полнота и правильность ответа.

Самостоятельная работа. Оценивается качество и своевременность выполненных домашних работ, грамотность в оформлении, правильность выполнения.

Промежуточная аттестация. Зачет. Итоговая оценка при использовании рейтинговой системы. Общая сумма баллов для получения аттестации по дисциплине должна составлять не менее 70 баллов:

3. Критерии оценки по формам текущего контроля.

Уровень 1.

Для оценивания результатов обучения в виде знаний используются следующие типы контроля: устный, письменный опрос, тесты.

Тесты.

Критерии оценки:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100%- оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70 правильных ответов — оценка «Неудовлетворительно».

Устные и письменные ответы на вопросы

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные;

изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (80-89 баллов) — неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — неполное и неточное определение понятий, неумение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Уровень 2.

Для оценивания результатов обучения в виде умений используются следующие типы контроля: — **решение ситуационных задач;**

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплекс-ной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы за-дачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Уровень 3

Для оценивания результатов обучения в виде навыков используются следующие типы контроля:

- **Задания на принятие решения в нестандартной ситуации (многоальтернативности решений)** подбор примеров неблагоприятного последствия медицинского вмешательства

- **Критерии оценки:**

«Отлично» (90-100 баллов) — Верно подобраны все примеры. Дана правильная оценка приведенной ситуации.

«Хорошо» (80-89 баллов) — Имеются ошибки в классификации действий медицинских работников,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — Не дана или неверно дана оценка классификации действий медицинских работников.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — Задание не выполнено или более половины примеры подобраны неверно.

Промежуточная аттестация. Зачет.

Итоговая оценка при использовании рейтинговой системы. Общая сумма баллов может составлять при зачёте от 100 до 70 баллов: Отлично - 100 — 90, Хорошо - 89-80, Удовлетворительно — 79-70. Итоговая оценка: зачета — «Зачёт» / «Не зачёт»

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тема 1. 1. Охрана материнства и детства как межсекторальная проблема

Компетенции: УК – 1: ИДУК-1-1, ИДУК-1-3, ИДУК-1-5

Уровень 1.

Тесты.

1. Система охраны материнства и детства включает:

- а) гарантии прав женщины-матери и ребенка
- б) систему медицинских учреждений по оказанию медицинской помощи женщинам и детям
- в) подготовку медицинских кадров для оказания медицинской помощи женщинам и детям
- г) охрану женского труда и труда детей и подростков
- д) систему общественного воспитания и обучения детей и подростков
- е) обеспечение социального страхования беременной женщины и женщины-матери
- ж) заботу о здоровье женщин, детей и подростков

2. Задачи системы охраны материнства и детства включают:

- а) гарантии прав женщины-матери и ребенка
- б) систему медицинских учреждений по оказанию медицинской помощи женщинам и детям
- в) подготовку медицинских кадров для оказания медицинской помощи женщинам и детям
- г) охрану женского труда и труда детей и подростков
- д) систему общественного воспитания и обучения детей и подростков
- е) социальное страхование беременной женщины и женщины-матери
- ж) заботу о здоровье женщин, детей и подростков

3. Первый факультет по подготовке врачей-педиатров был организован в:

- а) 1920 году
- б) 1930 году
- в) 1940 году
- г) 1948 году
- д) 1953 году
- е) 1970 году

4. С целью антенатальной охраны здоровья ребенка в соответствии с законодательством беременная женщина освобождается:

- а) от сверхурочных работ
- б) от работ, связанных с профессиональными вредностями
- в) от ночной работы
- г) от командировок
- д) все перечисленное

5.С целью охраны здоровья матери и ребенка в соответствии с законодательством женщина-мать, имеющая ребенка первого года жизни, имеет право:

- а) на освобождение от сверхурочных работ
- б) на предоставление дополнительного перерыва
- в) на получение денежного пособия на ребенка
- г) на освобождение от ночной работы
- д) все перечисленное

6. Важнейшая социальная функция женщины

- а. карьера
- б. создание семьи
- в. рождение и воспитание здорового ребенка
- г. сохранение здоровья нации

7. К амбулаторно-поликлиническим учреждениям охраны материнства и детства относятся:

- а. женские консультации
- б. поликлиники
- в. центры планирования семьи
- г. все вышеперечисленное правильно

8.Удельный вес женщин, занятых в общественном производстве в Российской Федерации в последние 3-4 года составила

- а) 11-20%
- б) 21-40%
- в) 41-50%
- г) 51-60%

9. Основными направлениями государственной поддержки семьи, материнства и детства в Российской Федерации являются:

- а). выплаты государственных пособий женщинам в связи с рождением и воспитанием детей;
- б).принятие мер по социальной адаптации и реабилитации семей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- в).соблюдения права на обеспечение жилыми помещениями в соответствии с законодательством РФ и установления соответствующих норм оплаты коммунальных услуг;
- г).оказания услуг в сфере культуры и физической культуры на безвозмездной основе;
- д) оказания квалифицированной юридической, психологической, педагогической помощи.
- е) все перечисленное

10. Если родителей лишают родительских прав, то они лишаются:

- а) всех прав и обязанностей в отношении ребенка,
- б) лишаются только обязанностей,
- в) лишаются только прав,
- г) ничего не лишают.

Доклады.

Темы устных/письменных докладов:

1. Определение понятий: материнство, детство, охрана материнства и детства.
2. Основные этапы становления системы охраны материнства и детства в России до 1917 г.
3. Права детей на охрану здоровья в законодательстве РФ.
- 4.Охрана материнства и детства как медико-социальная проблема.
5. Основные направления государственной политики в области охраны материнства и детства на современном этапе: нормативная правовая база.

6. Основные направления государственной политики в области охраны материнства и детства на современном этапе: целевые программы.
7. Учреждения и организации, составляющие систему охраны материнства и детства в России.

Уровень 2

Ситуационные задачи.

Задача 1. Женщина, проживающая в селе с численностью 824 чел., обратилась к своему начальнику с просьбой об освобождении от работы на 1 рабочий день. т.к. ей необходимо возить 6-месячную внучку на проф. прививку в ЦРБ. С учетом дороги до районного центра на это уйдет 1 день.

1. С какой численностью жителей в населенном пункте организуется ФАП?
2. Правильно ли информировала женщина по поводу учреждения, где можно провести проф. прививку ребенку?

Задача 2. За назначением досрочной трудовой пенсии по старости обратилась в возрасте 50 лет Оленина, мать инвалида с детства. До его рождения она работала 3 года на фабрике, затем работу прекратила и в течение 15 лет ухаживала за сыном-инвалидом. В возрасте 15 лет он умер.

1. Имеет ли Оленина право на досрочную трудовую пенсию по старости в 50 лет как мать инвалида с детства?

Задача 3. Гражданка Прокофьева, являющаяся одинокой матерью в отношении новорожденного сына, решила выйти на работу. Бабушка мальчика решила взять уход за ребенком на себя, но предоставить ей отпуск по уходу за внуком до исполнения ему 1,5 лет с выплатой пособия в организации, где она работает, отказались, заявив, что такой отпуск может взять только мать.

1. Правомерен ли отказ? 2. Какой нормативно-правовой акт регламентирует выплату пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет?

Уровень 3

Задания на принятие решения в нестандартной ситуации (многоальтернативности решений, проблемной ситуации).

Ситуационная задача 1

В отдел социальной защиты одного из районов г. Волгограда обратились жильцы дома, которые просят принять меры в отношении своих соседей. Супруги, имеющие троих детей (двое – несовершеннолетние), злоупотребляют алкоголем, являются безработными. Деньги, которые зарабатывает старшая 18-летняя дочь, отбирают родители. Кроме того, она испытывает физическое и психическое насилие со стороны отца.

Задание:

1. Определите основную проблему и сопутствующие медико-социальные проблемы.
2. Законодательная база, используемая специалистом социальной работы в данном случае.
3. Какие учреждения должны быть задействованы в решении этой проблемы?
4. Предложите Ваш вариант оказания помощи семье специалистом социальной службы.

Ситуационная задача 2

14-летний подросток ведет асоциальный образ жизни – не учится, не работает, злоупотребляет алкоголем, мешает соседям. Его мать также злоупотребляет алкоголем, не работает, воспитанием сына не занимается.

Задание:

1. Назовите основные проблемы семьи.
2. Законодательная база, используемая специалистом социальной работы в данном случае для решения проблемы.

3. Какие учреждения могут помочь в разрешении проблем?

4. Какие специалисты должны быть задействованы?

Ситуационная задача 3.

Женщина страдает системным заболеванием крови, признана инвалидом. Воспитывает двух детей одна (ей 32 года, дочери 5 лет, сыну 10 лет), работает воспитателем в детском саду. Денег на жизнь и на лечение не хватает, другой работы найти не может (пыталась не раз). Муж живет с другой семьей, никакой помощи не оказывает.

1. Определите социальные проблемы семьи.

2. Законодательная база, используемая специалистом социальной работы в данном случае для решения проблем семьи.

3. Какие варианты решения проблем Вы можете предложить?

4. Какие учреждения и организации должны быть задействованы в решении проблем этой семьи?

Тема 1.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Компетенции: УК – 1: ИДУК-1-1, ИДУК-1-3, ИДУК-1-5

Уровень 1.

Тесты.

01. Принципами организации медицинской помощи женщинам в женской консультации являются:

- а) индивидуальное отношение к пациенту
- б) участковость
- в) диспансерный метод
- г) профилактическое направление
- д) единство науки и практики

02. Главным принципом организации диспансерного наблюдения беременных в женской консультации является:

- а) проведение общественной профилактики
- б) активное выявление гинекологических больных
- в) дифференцированное наблюдение
- г) профилактическое направление

03. Основными разделами организации профилактического наблюдения беременных в женской консультации являются:

- а) осмотр врачами-специалистами
- б) своевременное взятие под наблюдение
- в) своевременное полное лабораторное обследование
- г) наблюдение в послеродовом периоде
- д) оказание необходимой социальной помощи

04. Приоритетный признак, который лежит в основе дифференцированной диспансеризации женщин:

- а) наличие экстрагенитального заболевания
- б) возраст
- в) физиологическое состояние
- г) социальное положение

05. Комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в основном осуществляется:

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома

- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике

06. Комплекс мероприятий по интранатальной охране плода в основном осуществляется:

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома
- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике

07. Комплекс мероприятий по постнатальной охране плода в основном осуществляется

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома
- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике

08. Во время беременности женщина должна посетить женскую консультацию при нормально протекающей беременности:

- а) 3-4 раза
- б) 5-6 раз
- в) 9-10 раз
- г) 12-15 раз

09. В наблюдательное отделение родильного дома поступают беременные женщины с

- а) явлениями острого заболевания
- б) диабетом
- в) резус-несовместимостью
- г) мертвым плодом
- д) температурой

010. В специализированное отделение родильного дома поступают беременные женщины:

- а) с явлениями острого заболевания
- б) страдающие диабетом
- в) с резус-несовместимостью
- г) с мертвым плодом
- д) с температурой

011. В отделение патологии беременности стационара родильного дома женщины госпитализируются в случае:

- а) наличия осложнений беременности
- б) неправильного положения плода
- в) наличия экстрагенитальной патологии
- г) отягощенного акушерского анамнеза
- д) наличия мертвого плода

012. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар родильного дома необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного отделения
- б) учет сведений о перенесенных заболеваниях

- в) учет сведений о прививках
- г) учет сведений о контактах с инфекционными заболеваниями
- д) соблюдение санитарно-гигиенических правил (сбор грязного белья, обработка посуды и т.д.)

- е) проведение регулярных медицинских осмотров женщин
- ж) проведение регулярных медицинских осмотров персонала

013. В женской консультации заполняются следующие документы:

- а) история развития новорожденного
- б) обменная карта беременной
- в) листок нетрудоспособности
- г) история родов
- д) индивидуальная карта беременной
- е) медицинская карта амбулаторного больного
- ж) медицинская карта стационарного больного

014. В стационаре родильного дома заполняются следующие документы:

- а) история развития новорожденного
- б) обменная карта беременной
- в) листок нетрудоспособности
- г) история родов
- д) индивидуальная карта беременной
- е) медицинская карта амбулаторного больного
- ж) медицинская карта стационарного больного

015. Осложнением беременности является:

- а) преждевременные роды
- б) мертворождение
- в) эклампсия
- г) аборт по медицинским показаниям

Доклады.

Темы докладов:

1. Показатели и критерии оценки здоровья женщин.
2. Здоровье девочек как основа здоровья будущих матерей: состояние, тенденции и закономерности.
3. Влияние на репродуктивное здоровье женщин искусственных абортов и инфекций, передающихся преимущественно половым путём.
4. Организация диспансерного наблюдения беременных.
5. Организация специализированной медицинской помощи беременным.
6. Организация подготовки беременной и ее семьи к рождению ребенка.
7. Организация родовспоможения и диспансерного наблюдения женщин в послеродовом периоде.
8. Охрана здоровья беременных на производстве.
9. Новые репродуктивные технологии как вид высокотехнологичной медицинской помощи: понятие, содержание, организация, правовая база.
10. Производственные факторы и их влияние на здоровье женщин.

Уровень 2

Ситуационные задачи.

Задача № 1. В отчетном году в женскую консультацию города Н. поступила под наблюдение 3091 беременная женщина, в том числе со сроком беременности до 12 недель - 2677. Из числа женщин, закончивших беременность (3055), осмотрены врачом-терапевтом 3035, в том числе до 12 недель – 2659.

Закончили беременность (из числа состоявших под наблюдением на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году) 3055 женщин, из них родами – 2917, в 125 случаях роды оказались преждевременными. Абортов проведено 138.

ЗАДАНИЕ: Рассчитать следующие показатели деятельности женской консультации: своевременность взятия беременных под наблюдение, полнота обследования беременных в женской консультации врачом-терапевтом, исходы родов. Оформить заключение.

Задача № 2. В женской консультации №2 города Н. у 2350 беременных женщин было зарегистрировано 3215 заболеваний, в том числе: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства – 426 случаев; болезни мочеполовой системы – 311; анемии – 1675; болезни щитовидной железы – 172; болезни системы кровообращения – 381; прочие заболевания – 250 случаев.

ЗАДАНИЕ: Рассчитать уровень и структуру заболеваемости беременных. Оформить заключение.

Задача № 3. В родильном доме города Н. в отчетном году родилось живыми 3899 детей, из них мертвыми – 21, умерло в первые 0–6 дней – 5.

ЗАДАНИЕ: Рассчитать показатели: мертворождаемости, перинатальной и ранней неонатальной смертности. Оформить заключение.

Уровень 3

Задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации);

Ситуационная задача 1

И-ва А. Р., 25 лет, продавец магазина - ООО «Нива», проживающая по адресу: Беговая, д.3, к.8, поступила в родильный дом 3 марта. Срок беременности 29 недель, родила недоношенного ребёнка, который умер на 4-ый день жизни.

- 1.Примите решение по экспертизе нетрудоспособности в данной ситуации.
- 2.Особенности выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам?

Ситуационная задача 2.

Женщина 32 лет обратилась в Центр здоровья с целью отказа от никотиновой зависимости. Планирует беременность. Курит в течение 17 лет по 30 сигарет в день. Попытки отказа от курения: не курила неделю месяц назад. Степень мотивации к отказу от курения – 6 баллов, никотиновая зависимость – 7 баллов, мотивация к курению – поддержка и стимуляция. Врач Центра здоровья составил индивидуальную длительную программу по отказу от курения, в которую была включена поведенческая терапия, препарат «.....с», даны рекомендации по питанию, лечебная физкультура, назначены дни явок на прием для контроля состояния здоровья.

- 1: Оцените степень мотивации к отказу от курения у данной пациентке.;
- 2: Оцените степень никотиновой зависимости.;
- 3: Согласны ли Вы с тем, что врач рекомендовал пациентке длительную лечебную программу?;
- 4: Что значит «поведенческая терапия»?;

5: Какие рекомендации по питанию необходимо дать пациенту отказывающемуся от курения?;

Ситуационная задача 3.

К акушерке в частном порядке обратились родители 16-летней девушки с просьбой за вознаграждение, но тайно, произвести аборт. Они объяснили, что дочь призналась в изнасиловании, после которого наступила беременность. Срок беременности исчисляется в 14 недель, но родителям это стало известно только теперь. Они решили не заявлять об изнасиловании, «скрыть этот позор». Акушерка вошла в положение семьи, у себя дома произвела операцию по прерыванию беременности в стерильных условиях с использованием принесенных из отделения инструментов.

Вопросы (задание):

1 Имеется ли в данном случае правонарушение?

2 Приведите нормативные документы, регламентирующие проведение искусственного прерывания беременности, и раскройте суть этих регламентаций.

Тема 1.3. Организация охраны здоровья детей

Компетенции: УК – 1: ИДУК-1-1, ИДУК-1-3, ИДУК-1-5

Уровень 1.

Тесты.

01.К принципам работы детской поликлиники относятся:

- а) дифференцированное обслуживание в зависимости от возраста
- б) система «единого педиатра»
- в) диспансерный метод
- г) организация вакцинации

02.Преимуществом работы детской поликлиники по системе «единого педиатра» является:

- а) единство в наблюдении за ребенком от 0 до 18 лет
- б) больше контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста
- в) своевременное направление на обследование
- г) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка

03.Недостатком в работе детской поликлиники по системе «единого педиатра» является:

- а) единство в наблюдении за ребенком от 0 до 14 лет
- б) больше контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста
- в) своевременное направление на обследование
- г) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка

04.На фильтре в детской поликлинике медицинская сестра начинает работу с пришедшим ребенком:

- а) с осмотра
- б) с термометрии
- в) с опроса
- г) с вызова дежурного врача
- д) с изоляции

05.Профилактическая работа с детьми в детской поликлинике включает в себя:

- а) осмотр ребенка участковым педиатром
- б) осмотр ребенка врачами-специалистами
- в) проведение лабораторного обследования
- г) проведение инструментального обследования

д) вакцинацию детей

06. Приоритетный признак, который лежит в основе дифференцированной диспансеризации детей:

а) заболевание

б) возраст

в) пол

г) социальное положение

07. Здоровые дети находятся на диспансерном наблюдении включительно:

а) до 1 года

б) до 3 лет

в) до 7 лет

г) до 10 лет

д) до 18 лет

08. Детская поликлиника отвечает за качество медицинской помощи детям:

а) на дому

б) в поликлинике

в) в детских дошкольных учреждениях

г) в школе

09. Объем специализированной медицинской помощи в детской поликлинике определяется:

а) наличием медицинского оборудования

б) штатным расписанием учреждения

в) численностью обслуживаемого детского населения

г) категорией учреждения

010. Отделения (палаты) детских больниц формируются по:

а) полу

б) возрасту

в) нозологическим формам заболеваний

011. К особенностям работы стационаров детской больницы относят:

а) меры по предупреждению внутрибольничных инфекций

б) формирование отделений по возрасту

в) проведение воспитательной работы

г) создание лечебно-охранительного режима

012. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:

а) наличие боксированного приемного отделения

б) учет сведений о перенесенных заболеваниях

в) учет сведений о прививках

г) учет сведений о контактах с инфекционными заболеваниями

д) соблюдение санитарно-гигиенических правил (сбор грязного белья, обработка посуды и т.д.)

е) проведение регулярных медицинских осмотров детей

ж) проведение регулярных медицинских осмотров персонала

013. Основной документацией детской поликлиники является:

а) история развития новорожденного

б) история развития ребенка

- в) листок нетрудоспособности
- г) медицинская карта стационарного больного
- д) экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
- е) контрольная карта диспансерного наблюдения
- ж) карта профилактических прививок
- з) статистическая карта выбывшего из стационара

014.Основной документацией стационара детской больницы является:

- а) история развития новорожденного
- б) история развития ребенка
- в) листок нетрудоспособности
- г) медицинская карта стационарного больного
- д) экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
- е) контрольная карта диспансерного наблюдения
- ж) карта профилактических прививок
- з) статистическая карта выбывшего из стационара

015.Совершенствование стационарной лечебно-профилактической помощи детям может быть достигнуто за счет:

- а) использования новых современных медицинских технологий
- б) использования новых современных медико-организационных мероприятий
- в) применения стационарзамещающих технологий
- г) создания условий для совместного пребывания детей с родителями

016.Создание детских реабилитационных центров позволит:

- а) более рационально использовать коечный фонд детских больниц
- б) усовершенствовать качество лечения детей диспансерных групп
- в) проводить медико-социальную профилактику среди больных детей
- г) ликвидировать работу отделений профилактики в детских поликлиниках

017.Медицинская помощь подросткам организована:

- а) при поликлинике для взрослых
- б) при поликлинике в составе студенческих поликлиник
- в) при детской поликлинике

Доклады.

Темы докладов:

1. Комплексная оценка здоровья детей. Группы здоровья.
2. Основные закономерности роста и развития детей.
3. Факторы, влияющие на здоровье детей, и их характеристика.
4. Детская городская поликлиника как базовое учреждение в системе охраны материнства и детства.
5. Диспансерный метод наблюдения за состоянием здоровья и развития детей в поликлинике: характеристика, содержание.
6. Организация работы поликлиники со здоровыми детьми и их семьями.
7. Детская больница: основные направления и содержание работы.
8. Санаторные учреждения для детей и их роль в восстановительном лечении, оздоровлении и медицинской реабилитации детей.
9. Морфофункциональная готовность детей к систематическому обучению в школе и её медико-социальное значение. Критерии «школьной зрелости».
10. Здоровьесберегающие технологии обучения. Организация охраны здоровья учащихся в период обучения.

Уровень 2

Ситуационные задачи.

Задача 1. В отчетном году в детскую поликлинику №1 города А с численностью обслуживаемого населения 55 тыс. чел. суммарное количество посещений к участковым врачам-педиатров составило 158122, среднегодовое число участковых врачей-педиатров – 25, число отработанных дней за год составило 258 день, количество отработанных часов за год 1812,4 ч.

Рассчитайте:

1. показатель среднегодовой нагрузки участкового врача-педиатра (функция врачебной должности),
2. среднегодовой нагрузки врача в день,
3. среднегодовой нагрузки врача в час.

Задача 2. Численность детского населения района А в 2019г. – 110000 чел. Зарегистрировано случаев обращения по поводу заболевания за медицинской помощью жителями района в поликлинику объединенной больницы – 120530, в т.ч. с лечебной целью – 83673, с консультативной – 25250, с профилактической – 11607.

Вычислите:

1. показатель заболеваемости по данным обращаемости детского населения за медицинской помощью в 2019 году,
2. показатель структуры обращений за медицинской помощью.

Задача 3. В городской детской больнице №1 в 2019 году число среднегодовых коек составило 420. В отчетном году поступило всего на госпитализацию 8360 детей; выписано больных – 8534 человека, умерло 8. Проведено больными койко-дней – 132250.

Рассчитайте:

1. показатели числа госпитализированных (пользованных больных),
2. среднее число дней занятости койки в году (работа койки),
3. оборот койки,
4. показатель средней длительности пребывания больного на койке,

Уровень 3

Задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации);

Задача 1.

На прием к педиатру обратилась женщина с ребенком 6 лет, с жалобами на частые простудные заболевания, длительный, плохо поддающийся лечению кашель, отставание от сверстников в физическом развитии, быструю утомляемость. При опросе выяснено, что молодая семья проживает в общежитии втроем в одной комнате, отец ребенка курит в комнате в присутствии жены и ребенка.

- 1: Назовите факторы риска?;
- 2: Как пассивное курение влияет на здоровье детей;
- 3: Перечислите, какие хронические неинфекционные заболевания Вы знаете?;
- 4: Напишите расчет формулы индекса курильщика?;
- 5: Дайте рекомендации

Задача 2. На консультацию пришли родители подростка. Сыну 16 лет. В интерпретации он ведет себя странно: стал нервным, скрытным. Часто у него «блестят глаза». Ухудшились успеваемость и поведение.

1. Сформулируйте возникшие у вас гипотезы о возможных причинах трудностей пациента.
2. По каким признакам родители могут определить, что их ребенок стал употреблять спиртное (другие психоактивные вещества)?

Задача 3.

Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз? Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами?
2. Как объяснить матери данную ситуацию?
3. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.

Промежуточная аттестации – зачет

Итоговое тестирование:

Тестовые задания для итогового тестирования по дисциплине:

001. Удельный вес женщин, занятых в общественном производстве в Российской Федерации в последние 3-4 года составила

- а) 11-20%
- б) 21-40%
- в) 41-50%
- г) 51-60%

002. Система охраны материнства и детства включает:

- а) гарантии прав женщины-матери и ребенка
- б) систему медицинских учреждений по оказанию медицинской помощи женщинам и детям
- в) подготовку медицинских кадров для оказания медицинской помощи женщинам и детям
- г) охрану женского труда и труда детей и подростков
- д) систему общественного воспитания и обучения детей и подростков
- е) обеспечение социального страхования беременной женщины и женщины-матери
- ж) заботу о здоровье женщин, детей и подростков

003. Задачи системы охраны материнства и детства включают:

- а) гарантии прав женщины-матери и ребенка
- б) систему медицинских учреждений по оказанию медицинской помощи женщинам и детям
- в) подготовку медицинских кадров для оказания медицинской помощи женщинам и детям
- г) охрану женского труда и труда детей и подростков
- д) систему общественного воспитания и обучения детей и подростков
- е) социальное страхование беременной женщины и женщины-матери
- ж) заботу о здоровье женщин, детей и подростков

004. Система охраны материнства и детства в стране была создана в:

- а) 1920 году
- б) 1930 году
- в) 1940 году
- г) 1948 году
- д) 1953 году
- е) 1970 году

005.Первый факультет по подготовке врачей-педиатров был организован в:

- а) 1920 году
- б) 1930 году
- в) 1940 году
- г) 1948 году
- д) 1953 году
- е) 1970 году

006.С целью антенатальной охраны здоровья ребенка в соответствии с законодательством беременная женщина освобождается:

- а) от сверхурочных работ
- б) от работ, связанных с профессиональными вредностями
- в) от ночной работы
- г) от командировок

007.С целью охраны здоровья матери и ребенка в соответствии с законодательством женщина-мать, имеющая ребенка первого года жизни, имеет право:

- а) на освобождение от сверхурочных работ
- б) на предоставление дополнительного перерыва
- в) на получение денежного пособия на ребенка
- г) на освобождение от ночной работы
- д) на освобождение от командировок

008.С целью охраны здоровья матери и ребенка в соответствии с законодательством женщина-мать, имеющая ребенка 6 лет жизни, имеет право:

- а) на освобождение от сверхурочных работ
- б) на предоставление дополнительного перерыва
- в) на получение денежного пособия на ребенка
- г) на освобождение от командировок

009.Учреждения, оказывающие медицинскую помощь женщинам и детям, распределяются на следующие группы:

- а) лечебно-профилактические
- б) санаторные
- в) воспитательные
- г) санитарно-просветительные
- д) оздоровительные

010.К лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим медицинскую помощь женщинам, относятся:

- а) женские консультации
- б) санатории для детей с родителями
- в) лесная школа
- г) городская поликлиника
- д) городская больница
- е) дом ребенка
- ж) детская больница

011.Принципами организации медицинской помощи женщинам в женской консультации являются:

- а) индивидуальное отношение к пациенту
- б) участковость

- в) диспансерный метод
- г) профилактическое направление
- д) единство науки и практики

012. Главным принципом организации диспансерного наблюдения беременных в женской консультации является:

- а) проведение общественной профилактики
- б) активное выявление гинекологических больных
- в) дифференцированное наблюдение
- г) профилактическое направление

013. Основными разделами организации профилактического наблюдения беременных в женской консультации являются:

- а) осмотр врачами-специалистами
- б) своевременное взятие под наблюдение
- в) своевременное полное лабораторное обследование
- г) наблюдение в послеродовом периоде
- д) оказание необходимой социальной помощи

014. Приоритетный признак, который лежит в основе дифференцированной диспансеризации женщин:

- а) наличие экстрагенитального заболевания
- б) возраст
- в) физиологическое состояние
- г) социальное положение

015. Комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в основном осуществляется:

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома
- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике

016. Комплекс мероприятий по интранатальной охране плода в основном осуществляется:

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома
- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике

017. Комплекс мероприятий по постнатальной охране плода в основном осуществляется

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома
- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике

018. Во время беременности женщина должна посетить женскую консультацию при нормально протекающей беременности:

- а) 3-4 раза
- б) 5-6 раз
- в) 9-10 раз
- г) 12-15 раз

019. В наблюдательное отделение родильного дома поступают беременные женщины с

- а) явлениями острого заболевания
- б) диабетом
- в) резус-несовместимостью
- г) мертвым плодом
- д) температурой

020. В специализированное отделение родильного дома поступают беременные женщины:

- а) с явлениями острого заболевания
- б) страдающие диабетом
- в) с резус-несовместимостью
- г) с мертвым плодом
- д) с температурой

021. В отделение патологии беременности стационара родильного дома женщины госпитализируются в случае:

- а) наличия осложнений беременности
- б) неправильного положения плода
- в) наличия экстрагенитальной патологии
- г) отягощенного акушерского анамнеза
- д) наличия мертвого плода

022. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар родильного дома необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного отделения
- б) учет сведений о перенесенных заболеваниях
- в) учет сведений о прививках
- г) учет сведений о контактах с инфекционными заболеваниями
- д) соблюдение санитарно-гигиенических правил (сбор грязного белья, обработка посуды и т.д.)
- е) проведение регулярных медицинских осмотров женщин
- ж) проведение регулярных медицинских осмотров персонала

023. В женской консультации заполняются следующие документы:

- а) история развития новорожденного
- б) обменная карта беременной
- в) листок нетрудоспособности
- г) история родов
- д) индивидуальная карта беременной
- е) медицинская карта амбулаторного больного
- ж) медицинская карта стационарного больного

024. В стационаре родильного дома заполняются следующие документы:

- а) история развития новорожденного
- б) обменная карта беременной
- в) листок нетрудоспособности
- г) история родов
- д) индивидуальная карта беременной
- е) медицинская карта амбулаторного больного
- ж) медицинская карта стационарного больного

025. Осложнением беременности является:

- а) преждевременные роды
- б) мертворождение
- в) эклампсия
- г) аборт по медицинским показаниям

026. При госпитализации беременной женщины в родильное отделение необходимы следующие документы

- а) индивидуальная карта беременной
- б) обменная карта беременной
- в) листок нетрудоспособности
- г) паспорт
- д) справка из ЦГСЭН о контактах с инфекционными больными

027. К принципам работы детской поликлиники относятся:

- а) дифференцированное обслуживание в зависимости от возраста
- б) система «единого педиатра»
- в) диспансерный метод
- г) организация вакцинации

028. Преимуществом работы детской поликлиники по системе «единого педиатра» является:

- а) единство в наблюдении за ребенком от 0 до 14 лет
- б) больше контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста
- в) своевременное направление на обследование
- г) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка

029. Недостатком в работе детской поликлиники по системе «единого педиатра» является:

- а) единство в наблюдении за ребенком от 0 до 14 лет
- б) больше контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста
- в) своевременное направление на обследование
- г) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка

030. На фильтре в детской поликлинике медицинская сестра начинает работу с пришедшим ребенком:

- а) с осмотра
- б) с термометрии
- в) с опроса
- г) с вызова дежурного врача
- д) с изоляции

031. Профилактическая работа с детьми в детской поликлинике включает в себя:

- а) осмотр ребенка участковым педиатром
- б) осмотр ребенка врачами-специалистами
- в) проведение лабораторного обследования
- г) проведение инструментального обследования
- д) вакцинацию детей

032. Приоритетный признак, который лежит в основе дифференцированной диспансеризации детей:

- а) заболевание
- б) возраст
- в) пол
- г) социальное положение

033. Здоровые дети находятся на диспансерном наблюдении включительно:

- а) до 1 года
- б) до 3 лет
- в) до 7 лет
- г) до 10 лет
- д) до 14 лет

034. Детская поликлиника отвечает за качество медицинской помощи детям:

- а) на дому
- б) в поликлинике
- в) в детских дошкольных учреждениях
- г) в школе

035. Объем специализированной медицинской помощи в детской поликлинике определяется:

- а) наличием медицинского оборудования
- б) штатным расписанием учреждения
- в) численностью обслуживаемого детского населения
- г) категорией учреждения

036. Отделения (палаты) детских больниц формируются по:

- а) полу
 - б) возрасту
 - в) нозологическим формам заболеваний
- 037.К особенностям работы стационаров детской больницы относят:
- а) меры по предупреждению внутрибольничных инфекций
 - б) формирование отделений по возрасту
 - в) проведение воспитательной работы
 - г) создание лечебно-охранительного режима
- 038.В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:
- а) наличие боксированного приемного отделения
 - б) учет сведений о перенесенных заболеваниях
 - в) учет сведений о прививках
 - г) учет сведений о контактах с инфекционными заболеваниями
 - д) соблюдение санитарно-гигиенических правил (сбор грязного белья, обработка посуды и т.д.)
 - е) проведение регулярных медицинских осмотров детей
 - ж) проведение регулярных медицинских осмотров персонала
- 039.Основной документацией детской поликлиники является:
- а) история развития новорожденного
 - б) история развития ребенка
 - в) листок нетрудоспособности
 - г) медицинская карта стационарного больного
 - д) экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
 - е) контрольная карта диспансерного наблюдения
 - ж) карта профилактических прививок
 - з) статистическая карта выбывшего из стационара
- 040.Основной документацией стационара детской больницы является:
- а) история развития новорожденного
 - б) история развития ребенка
 - в) листок нетрудоспособности
 - г) медицинская карта стационарного больного
 - д) экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
 - е) контрольная карта диспансерного наблюдения
 - ж) карта профилактических прививок
 - з) статистическая карта выбывшего из стационара
- 041.Совершенствование стационарной лечебно-профилактической помощи детям может быть достигнуто за счет:
- а) использования новых современных медицинских технологий
 - б) использования новых современных медико-организационных мероприятий
 - в) применения стационарзамещающих технологий
 - г) создания условий для совместного пребывания детей с родителями
- 042.Создание детских реабилитационных центров позволит:
- а) более рационально использовать коечный фонд детских больниц
 - б) усовершенствовать качество лечения детей диспансерных групп
 - в) проводить медико-социальную профилактику среди больных детей
 - г) ликвидировать работу отделений профилактики в детских поликлиниках
- 043.Медицинская помощь подросткам организована:
- а) при поликлинике для взрослых
 - б) при поликлинике в составе студенческих поликлиник
 - в) при детской поликлинике
- 044.Кабинет детского гинеколога целесообразнее организовать в составе:

- а) детской поликлиники
 - б) женской консультации
045. Отделения детской гинекологии целесообразнее организовать на базе стационара:
- а) родильного дома
 - б) городской больницы
 - в) детской больницы
046. Для вычисления показателя летальности в детской больнице необходимо знать число:
- а) поступивших больных
 - б) проведенных койко-дней
 - в) выписанных больных
 - г) умерших больных
 - д) развернутых коек
047. Врач женской консультации при наблюдении за беременными женщинами осуществляет взаимосвязь, как правило, со следующими ЛПУ:
- а) детской поликлиникой
 - б) медико-санитарной частью
 - в) родильным домом
 - г) стационаром детской больницы
 - д) городской больницей
 - е) детскими дошкольными учреждениями
048. Врач детской поликлиники при наблюдении за новорожденными осуществляет взаимосвязь со следующими ЛПУ:
- а) детской поликлиникой
 - б) медико-санитарной частью
 - в) родильным домом
 - г) стационаром детской больницы
 - д) городской больницей
 - е) детскими дошкольными учреждениями
049. Врач детской поликлиники при наблюдении за детьми осуществляет взаимосвязь со следующими ЛПУ:
- а) женской консультацией
 - б) родильным домом
 - в) стационаром детской больницы
 - г) ЦГСЭН
 - д) детскими дошкольными учреждениями
050. К показателям деятельности женской консультации относятся:
- а) раннее поступление под наблюдение женской консультации
 - б) младенческая смертность
 - в) перинатальная смертность
 - г) смертность детей
 - д) материнская смертность
051. К показателям деятельности стационара родильного дома относятся:
- а) летальность
 - б) младенческая смертность
 - в) перинатальная смертность
 - г) смертность детей
 - е) материнская смертность
052. К показателям деятельности детской поликлиники относятся:
- а) охват родовым патронажем
 - б) младенческая смертность
 - в) перинатальная смертность
 - г) смертность детей

е) материнская смертность

053.К показателям деятельности детской больницы относятся:

а) летальность

б) младенческая смертность

в) перинатальная смертность

г) смертность детей

е) материнская смертность

054.В основе формирования детских дошкольных и школьных учреждений лежат следующие признаки:

а) пол

б) возраст

в) социальное положение

г) состояние здоровья

055.Проведение комплекса мероприятий, обеспечивающих защиту детей в детских учреждениях от инфекционных заболеваний, включает в себя:

а) общеоздоровительную работу

б) меры борьбы с проникновением инфекционных заболеваний в детский коллектив

в) меры специфической профилактики

г) меры борьбы с распространением инфекционных заболеваний в детском коллективе

056.Общеоздоровительная работа в детских учреждениях состоит из:

а) обеспечения рационального вскармливания детей

б) изоляции заболевшего ребенка

в) организация активной иммунизации

г) контроля здоровья персонала

д) проведения закаливания и массажа

057.К мероприятиям по борьбе с распространением инфекционных заболеваний в детских учреждениях относятся:

а) обеспечения рационального вскармливания детей

б) изоляции заболевшего ребенка

в) организация активной иммунизации

г) контроля здоровья персонала

д) соблюдение принципа групповой изоляции

058.К мерам по борьбе с проникновением инфекционных заболеваний в детских учреждениях относятся:

а) обеспечения рационального вскармливания детей

б) организация активной иммунизации

в) контроль соблюдения правил кулинарной обработки пищи

г) контроля здоровья персонала

д) соблюдение принципа групповой изоляции

059.Мероприятиями по специфической профилактике возникновения инфекционных заболеваний в детских учреждениях являются:

а) изоляция заболевшего ребенка

б) организация активной иммунизации

в) контроля здоровья персонала

г) введение гаммаглобулина детям, бывшим в контакте с больным ребенком

д) соблюдение принципа групповой изоляции

060.Укажите факторы риска развития неинфекционных заболеваний:

а) здоровый образ жизни

б) вредные привычки

в) гиподинамия

г) нарушение экологии

д) сбалансированное питание

е) патогенные микроорганизмы

IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Тема 1. 1. Охрана материнства и детства как межсекторальная проблема

Компетенции: УК – 1: ИДУК-1-1, ИДУК-1-3, ИДУК-1-5

Уровень 1.

Тесты.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
бвд	агез	б	д	д	в	г	в	е	в

Уровень 2

Контрольные работы.

Тема 1. Определение понятий: материнство, детство, охрана материнства и детства.

Тезисы ответов:

В ч. 2 ст. 7 Конституции РФ закреплено, что «в Российской Федерации обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства». Пункт 1 ст. 38 Конституции РФ провозглашает, что «материнство и детство, семья находятся под защитой государства».

Материнство, детство, семья представляют собой взаимосвязанную систему социальных факторов, в решающей степени определяющих состояние общества и перспективу его прогрессивного развития, связь, нормальную смену и преемственность поколений, подготовленность новых членов общества к полноценной реализации прав и обязанностей человека и гражданина, как и фактическую реализацию этих прав и обязанностей в социальной и частной жизнедеятельности.

«Материнство - реализованная способность женщины к рождению, выкармливанию, воспитанию детей. Понятие материнства охватывает родственную связь матери и детей и в более старшем возрасте, осознание ею позитивной ответственности за здоровье и нормальное развитие детей, реализацию прав и исполнение обязанностей по отношению к детям, эмоциональные отношения с ними».

Охрана материнства и детства – это созданные государством условия, направленные на обеспечение необходимых условий для рождения, выживания и защиты детей, их полноценного развития и для реализации семьей всех ее функций в жизни общества.

Тема 2. Основные этапы становления системы охраны материнства и детства в России.

Тезисы ответов:

Борьба с детской смертностью была одним из важнейших вопросов общественной жизни России конца XIX — начала XX в. Отдельные попытки поднять проблему высокой детской смертности предпринимались еще с конца XVIII в., однако только во второй половине XIX в. она получает серьезную научную основу в связи с формированием педиатрии как самостоятельной научной дисциплины. С конца XIX в. состояние охраны материнства и младенчества стало предметом обеспокоенности не только врачей, но и широкой

общественности. При этом особое внимание уделялось детям грудного возраста и первых лет жизни, среди которых наблюдались наиболее высокие показатели смертности.

Поэтому наряду с формировавшейся на протяжении всего XIX в. системой родовспоможения как единственной мерой охраны матери и ее новорожденного ребенка появляются новые формы помощи матери и ребенку — ясли, консультации, так называемые «капли молока», система страхования материнства.

Российским правительством в начале XX в. были предприняты попытки создания системы охраны материнства и младенчества в общегосударственном масштабе. Одним из наиболее важных шагов в этом направлении стала работа Высочайше учрежденной междуведомственной Комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, пытавшейся разработать законопроект по охране материнства, младенчества и детства. Решение о создании комиссии было принято Советом министров 16 февраля 1912 г.

Параллельно с работой комиссии российским правительством был предпринят еще один шаг в сторону создания системы охраны материнства и младенчества: учреждено Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества.(1913).

Результаты деятельности Попечительства были неоднозначными. С одной стороны, с каждым годом возрастало число местных отделов и комитетов. К 1917 г. в ведении Попечительства находилось 11 отделов и 132 комитета. Однако число конкретных учреждений, выполняющих задачи охраны материнства и младенчества на местах, было более чем скромным. К общероссийскому значению Попечительству удалось приблизиться лишь в организации летних сельских яслей.

Тема 3. Права детей на охрану здоровья в законодательстве РФ.

Тезисы ответов:

Конституцией РФ, Федеральным законом №323-ФЗ, и иными нормативными актами гарантированы всем гражданам равные права в сфере охраны здоровья, независимо от возраста. Поэтому и дети имеют точно такие же права в сфере охраны здоровья, как и их родители или иные граждане нашей страны. Государственная политика в интересах детей является приоритетной (ст. 7 Федерального закона “Об основных гарантиях прав ребенка в РФ”).

Отметим нормативные акты, которыми регулируются права детей в сфере охраны здоровья:

- Конституцией РФ;
- Гражданским кодексом РФ (далее – “ГК РФ”);
- Семейным кодексом РФ;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об охране здоровья граждан” (далее – “Закон №323-ФЗ”);
- Федеральным законом от 24.07.1998 №124-ФЗ “Об основных гарантиях прав ребенка в РФ” (далее – Закон №124-ФЗ);
- Федеральным законом от 17.07.1999 №178-ФЗ “О государственной социальной помощи” (далее – “Закон №178-ФЗ”);
- Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 №366н “Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи”; И прочими нормативными актами.

Тема.4. Охрана материнства и детства как медико-социальная проблема.

Тезисы ответов:

Охрана материнства и детства – система государственных и общественных мероприятий, направленных на обеспечение здоровья матери и ребенка, укрепление семьи, поощрение материнства, создание наиболее благоприятных условий для воспитания детей, их физического, интеллектуального и нравственного развития.

В системе охраны материнства и детства различают 6 этапов оказания профилактической и лечебной помощи:

- 1) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров “Брак и семья”, генетических центров и др.;
- 2) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.;
- 3) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов;
- 4) охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития;
- 5) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса;
- 6) охрана здоровья детей школьного возраста.

Тема 5. Основные направления государственной политики в области охраны материнства и детства на современном этапе: нормативная правовая база.

Тезисы ответов:

В части 2 статьи 7 Конституции РФ закреплено, что «в Российской Федерации обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства...».

Пункт 1 статьи 38 Конституции РФ провозглашает, что «материнство и детство, семья находятся под защитой государства».

Данные принципы выступают базисом для принятия государством в лице его полномочных органов мер по охране интересов матери и ребенка, правовых механизмов такой охраны, поощрения института материнства, направленные на создание здоровой семьи, общества, и государства в целом.

Нормы, направленные на реализацию данных принципов закреплены в абсолютном большинстве отраслей Российского законодательства: гражданском, семейном, трудовом, уголовном и т.д. Созданы и специальные институты, направленные на защиту интересов матери и ребенка.

Определяющее значение в определении пределов охраны материнства и детства имеют международно-правовые акты. В силу части 4 статьи 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права, и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Национальное законодательство Российской Федерации, как мы уже подчеркнули, базируется на конституционных принципах, а также международно-правовых нормах.

Данные принципы и нормы конкретизированы в ряде федеральных законодательных актах (в том числе кодифицированных), подзаконных актах, актах принимаемых на уровне субъектов Российской Федерации.

В этой связи необходимо подчеркнуть, что координация вопросов материнства и детства отнесена к совместному ведению Российской Федерации и субъектов РФ (п. «к» ч.1 ст.72 Конституции РФ).

На федеральном уровне, прежде всего, необходимо выделить:

- Трудовой кодекс Российской Федерации;
- Семейный кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» и иные законодательные акты.

Тема 6. Основные направления государственной политики в области охраны материнства и детства на современном этапе: целевые программы.

Тезисы ответов:

Создание условий для роста рождаемости, охрана материнства и детства, укрепление института семьи - это приоритетные социальные задачи в России. Они должны иметь ключевое значение для настоящего и для будущего нашего государства и требуют системной, согласованной работы органов власти всех уровней, общества и граждан, это работа, которая должна иметь единые, чёткие и достижимые цели.

Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 года № 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" выделены основные проблемы в сфере детства, перечислены ключевые принципы Национальной стратегии.

В рамках Национальной стратегии были разработаны конкретные программы по рассматриваемым направлениям:

- Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 25 августа 2014 г. N 1618-р;

- Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 29 мая 2015 г. N 996-р;

- Стратегия развития индустрии детских товаров на период до 2020 года, утверждена распоряжением Правительства РФ от 11 июня 2013 г. N 962-р;

- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утверждена Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. N 1351;

- Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утверждена распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. N 1662-р;

- Государственная программа Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2015 годы, утвержденная постановлением Правительства РФ от 17 марта 2011 г. N 175 и другие.

Правительство РФ неустанно проявляет внимание к потребностям молодых семей, разрабатывая и внедряя программы государственной поддержки. Благодаря вниманию властей у людей появляется возможность снизить стоимость нового жилья до 40%. В зависимости от рода деятельности и соответствия прочим требованиям можно воспользоваться условиями различных адресных программ.

Тема 7. Учреждения и организации, составляющие систему охраны материнства и детства в России.

Тезисы ответов: Система ОМиД включает:

- сеть женских, медико-генетических и других консультаций, родильных домов, санаториев и домов отдыха для беременных женщин и матерей с детьми, ясли, детские сады и детские медицинские учреждения;

Каждой женщине предусмотрены: квалифицированное медицинское наблюдение за течением беременности, стационарная помощь при родах и лечебно-профилактическая помощь матери и новорожденному ребенку в соответствующих медицинских учреждениях.

Система организации медицинской помощи детям охватывает все разделы практической педиатрии от антенатальной охраны плода и новорожденного, воспитания здорового ребенка в семье до организации диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми и оказания им квалифицированной медицинской помощи. В этой системе функционируют медицинские учреждения разных уровней, учреждения образования и

социального обеспечения (дома ребенка, школы-интернаты, интернаты для детей с дефектами умственного и физического развития и т.д.).

Имеется сеть соответствующих учреждений планирования семьи: главный центр по охране матери и ребенка, центры на областном и межобластном уровне, кабинеты - при больницах. Кроме этого, консультативную помощь по планированию семьи оказывают кабинеты «Брак и семья» в составе амбулаторно-поликлинических учреждений. На базе отделений детской и подростковой гинекологии ЛПУ созданы центры по вопросам полового воспитания подростков.

Расширяется сеть медико-генетических учреждений, к которым относят областные и межобластные, региональные центры, медико-генетические консультации, НИИ наследственной патологии, Институт генетики репродукции.

В стране работают центры, отделения, кабинеты детской и подростковой гинекологии. Кабинеты открыты в областных центрах и больших городах. В некоторых регионах в каждом районном центре работают врачи-гинекологи детского и подросткового возраста.

Новым является - создание центров поддержки лактации и совместное пребывание матери и ребенка в одной палате родильного отделения (с 1996 года).

Законодательством определено право граждан на государственную помощь при уходе за ребенком с дефектами физического и психического развития. Если больным ребенком занимается семья, государство гарантирует ей право на медико-социальную помощь, в том числе денежную. При желании семья может передать больного ребенка в соответствующее детское учреждение на государственное содержание.

Уровень 2

Эталоны ответов к ситуационным задачам.

Эталон ответа к задаче 1.

1. ФАП организуется в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние до ближайшего медицинского учреждения превышает 7 км, то ФАП может быть организован и в населенном пункте с числом жителей до 700 человек.

2. Нет.

Эталон ответа к задаче 2.

Согласно ст. 28 ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ» от 17 декабря 2001 г. досрочная трудовая пенсия по старости назначается по достижении возраста 50 лет и при наличии страхового стажа не менее 15 лет женщине - матери инвалида с детства, воспитавшей ребенка-инвалида до достижения им 8 лет.

Следовательно, Оленина, обратившаяся за пенсией в возрасте 50 лет и являющаяся матерью умершего в 15 лет инвалида с детства, имеет право на досрочную пенсию по старости, так как она воспитала ребенка до 8-летнего возраста и ее страховой стаж составляет 18 лет (3 года - работа на фабрике и 15 лет - уход за ребенком-инвалидом).

Эталон ответа к задаче 3.

Нормативно-правовые акты:

- Федеральный закон от 19.05.1995 г. №81-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»;
- Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ (ред. от 27.12.2019) «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

· Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 1012н от 23.12.2009 г. «Об утверждении порядка и условий назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей»

· Трудовой кодекс

Пособия — денежные выплаты, производимые гражданам ежемесячно, единовременно, либо периодически с целью возмещения утраченного им заработка, либо с целью оказания материальной поддержки.

Отказ не правомерен. Право на ежемесячное пособие по уходу за ребенком имеют: матери либо отцы, другие родственники, опекуны, фактически осуществляющие уход за ребенком.

Уровень 3

Задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации).

Эталон решения задача 1.

1. Основная проблема — дальнейшее проживание детей в семье. Родители не выполняют своих обязанностей по воспитанию, образованию, защите прав и интересов детей (Семейный Кодекс РФ, ст. 63-64).

2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации; Семейный кодекс Российской Федерации; О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон РФ от 02.07.1992г. №3185-1 (с изм. и доп.).

3. Учреждения: Территориальный орган (отдел) социальной защиты населения;

Органы опеки и попечительства (вопрос о лишении родительских прав),

-РОВД,

-Судебные органы,

-ЛПУ наркологического профиля (если родители захотят лечиться),

- Кризисный центр (психологическая помощь старшей дочери, обучение ее навыкам воспитания детей).

Скорее всего, для детей большей психологической травмой будет помещение их в интернат и длительная разлука друг с другом, нежели дальнейшее проживание в стенах дома.

4. Возможно, оптимальный вариант оказания социальной помощи — организация лечения родителей; разовые встречи с ними детей; оформление опекуна на старшую сестру; оказание ей психолого-педагогической поддержки в воспитании братьев-сестёр. Возможно, опекунами согласятся стать другие родственники.

Эталон решения задача 2.

1. Основные проблемы: девиантное поведение подростка, неспособность матери выполнять родительские обязанности, материальная незащищенность.

2. Конституция Российской Федерации (с изм.); Семейный кодекс; О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон РФ от 02.07.1992г. №3185-1 (с изм.); О занятости населения в Российской Федерации: Закон РФ от 19.04.1991г. №1032-1.

3. Учреждения: ЛПУ наркологического профиля — нестационарная помощь женщине и сыну; социальный приют для детей и подростков — до решения вопроса попечительства (если возникнет необходимость); социально-психологическая служба; органы труда и занятости — помощь женщине в трудоустройстве (получении новой профессии).

4. Специалисты: врачи, педагоги, психологи, сотрудники центра занятости населения.

Эталон решения задача 3.

1. Основная проблема –материальная незащищенность.
2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: ФЗ от 24.11.1995г. №181-ФЗ (с изм. и доп.); Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты Генеральной Ассамблеей ООН от 20.12.1993г.; Семейный кодекс РФ; О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: ФЗот 24.11.1995г. №181-ФЗ (с изм. и доп.); О государственной социальной помощи 178-ФЗ от 17.07.1999г.; Определении субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг: Постановление правительства Российской Федерации от 14.12.2005г. №761.
3. Варианты решения проблемы: помощь в организации лечения, прохождении медико-социальной экспертизы женщиной, оформлении инвалидности (как следствие –получение пенсии и прочих выплат); помещение детей (на время лечения матери в стационаре) в кризисный центр или организация их проживания у родственников женщины или в новой семье отца; привлечение отца детей к выплате алиментов в судебном порядке; помощь женщине в поиске дополнительных источников дохода –работы, адекватной ее состоянию здоровья; обращение к родственникам; др.
4. Учреждения: –Здравоохранения; –Социального обслуживания населения; –Судебные; –Бюро МСЭ.

Тема 1.2. Организация охраны здоровья женщин
Компетенции: УК – 1: ИДУК-1-1, ИДУК-1-3, ИДУК-1-5
Уровень 1.

Тесты.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
бв	в	абвгд	в	абд	б	бвд	г	agd	бе

11	12	13	14	15
авг	агж	бвде	абвгж	в

Тезисы ответов на вопросы (доклады)

1. Показатели и критерии оценки здоровья женщин.

Охрана здоровья женского населения как ключевого фактора, обеспечивающего состояние будущего поколения, является наиважнейшей задачей любого государства. Качественные показатели оценки состояния здоровья женщины (в т.ч. и репродуктивного) включают:

- рождаемость, смертность, естественный прирост населения;
- материнская смертность;
- частота экстрагенитальной патологии во время беременности;
- характер гестационных осложнений (невынашивание, гестозы) и осложнений родового акта (кровотечения, оперативные вмешательства, гнойно- воспалительные заболевания);
- уровень охвата женщин фертильного возраста современными методами контрацепции;
- число аборт на 1000 женщин фертильного возраста;
- частота бесплодия в браке;
- перинатальная и младенческая смертность.

2. Здоровье девочек как основа здоровья будущих матерей: состояние, тенденции и закономерности.

Репродуктивное здоровье девочек и девочек-подростков.

Репродуктивное здоровье – это физическое, умственное, социальное благополучие. Иными словами – это отсутствие заболеваний, которые влияют на деторождение, а также гармоничное душевное состояние, возможность самостоятельно решать, когда и сколько рожать детей.

О репродуктивном здоровье своих дочерей мамы должны задумываться еще во время беременности. Образование будущих половых клеток у девочки происходит еще в утробе матери. Рождаясь на свет, она уже имеет ограниченный набор ооцитов (незрелая форма будущих яйцеклеток). На протяжении жизни новые яйцеклетки не образуются, их количество будет только уменьшаться. Поэтому на будущей маме лежит большая ответственность за формирование половой системы своей дочери.

Как сохранить репродуктивное здоровье девочки с самого рождения?

- Беременность должна быть запланированной. Отказ от вредных привычек, планирование беременности
- Забота о гигиене девочки с рождения. Недостаточная гигиена провоцирует развитие воспалительных заболеваний половых органов, которые без должного лечения могут перейти в хроническую стадию и негативно повлиять на репродуктивное здоровье в будущем.
- рациональное питание и режим дня, формирование правильных пищевых привычек в семье. Полноценное питание, соответствующее возрасту ребенка, обеспечит растущий организм всеми необходимыми для его нормального развития микроэлементами. Режим дня, двигательная активность, гимнастические упражнения и полноценный отдых способствуют гармоничному физическому и психическому развитию девочки.
- Своевременные визиты к детскому гинекологу. Профилактические осмотры девочек гинекологом проводятся в возрасте 3, 6-7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно. Организуются они для предупреждения и ранней диагностики развития гинекологических заболеваний и патологий молочных желез.
- специфическая профилактика рака шейки матки (вакцинация против вируса папилломы).
- Информированность ребенка по вопросам полового воспитания.
- профилактика вредных привычек.
- профилактика половых инфекций и вопросы контрацепции: Первый сексуальный опыт и ранняя незапланированная беременность.
- . Духовное, интеллектуальное развитие девочки, влияние семьи.

3. Влияние на репродуктивное здоровье женщин искусственных абортов и инфекций, передающихся преимущественно половым путём.

Аборт является проблемой, затрагивающей разные сферы жизни человечества, в том числе медицинскую и социальную, так как имеет высокую распространенность, особенно среди молодых женщин, а также имеет значительный вклад в структуру заболеваний репродуктивной сферы, женской смертности, обусловленной беременностью, и перинатальных потерь.

Частота пациенток повторнобеременных, осуществлявших ранее прерывание беременности, составляет 45%. Существует большое количество исследований, которые доказывают, что наличие аборта в гинекологическом анамнезе у женщины несет за собой риск осложнений в развитии последующих беременностей. Было замечено, что у такой группы женщин выше вероятность возникновения недостаточности плаценты, как следствие, внутриутробной гипоксии и синдрома задержки роста плода.

Осложнения после аборта наблюдаются у 16-55% женщин. Осложнения после прерывания беременности в зависимости от срока возникновения могут быть ранними, отсроченными и отделенными. К ранним последствиям аборта относятся осложнения, возникающие непосредственно во время вмешательства, например перфорация матки, возникновение кровотечения. В течение первого месяца после искусственного прерывания беременности (отсроченные последствия) могут возникнуть - скопление крови в полости матки, воспаление внутренней оболочки матки, обострение имевшихся ранее хронических воспалительных процессов. К отдаленным осложнениям относятся - разрастание рубцовой ткани в канале шейки матки, спайки в маточной полости, патологические изменения гормонального фона и др. Частота отсроченных последствий аборта превышает таковой показатель ранних осложнений, что оказывает значительное влияние на репродуктивный потенциал женщины.

Среди ИППП в настоящее время наиболее распространёнными заболеваниями являются: хламидиоз, уреаплазмоз, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека и бактериальный вагиноз. Из выявленных инфекций на 1 месте вирус простого герпеса, на 2 месте уреаплазма и на 3 месте хламидиоз, трихомониаз, сифилис и др.

Инфекция ППП у женщин связана с серьёзными нарушениями репродуктивной функции и инфекционными осложнениями, в виде воспалительных заболеваний малого таза, трубного бесплодия, внематочной беременности, выкидыши, замершие беременности и даже перинатальной смертностью.

4. Организация диспансерного наблюдения беременных.

Наблюдение за беременными включает в себя постановку на учет в ранние сроки беременности (в первые 12 недель беременности)

При первом обращении женщины в консультацию, по поводу беременности, врач знакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, изучает семейный анамнез, перенесенные соматические и гинекологические заболевания. При ознакомлении с семейным анамнезом, важно выяснить наличие у родственников сахарного диабета, гипертонической болезни, туберкулеза, психических, онкологических заболеваний, многоплодной беременности, наличие в семье детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

Повторно посетить врача акушера-гинеколога с результатами анализов и заключениями врачей рекомендуется через 7-10 дней после первого обращения, а затем 1 раз в месяц до 28 недель беременности; после 28 недель - 2 раза в месяц.

Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом может быть установлена до 6-8 раз (до 12 недель беременности, в 16, 20, 28, 32-33 недель) при условии регулярного наблюдения специально подготовленной акушеркой. Т.е., при физиологическом течении беременности частота наблюдения до родов составляет в среднем 12-15. При наличии патологии частота осмотров планируются индивидуально.

Каждую беременную (при физиологически протекающей беременности) дважды осматривает терапевт (после первого осмотра врачом акушером-гинекологом и при сроке 30 недель беременности).

При наличии экстрагенитальных заболеваний врач-терапевт совместно с врачом акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности.

Беременная также осматривается врачами: стоматологом, офтальмологом, оториноларингологом и по показаниям – другими специалистами. Консультативная помощь беременным оказывается в специализированных кабинетах женских консультаций, территориальных поликлиник, стационарах.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным проводится пренатальная диагностика.

5. Организация подготовки беременной и ее семьи к рождению ребенка.

Актуальность проблемы организации подготовки беременных к родам определяется возрастанием числа абортов, преждевременных родов, нарушений родовой деятельности, рождением больных и недоношенных детей. Это вызвано низкой информированностью женщин по вопросам, связанным с беременностью и родами.

Даже практически здоровые женщины на протяжении генеративного периода находятся в состоянии биологического и психологического криза. Вопрос о комплексной психопрофилактике и применении нефармакологических методов коррекции стоит особенно остро, так как существенное ухудшение здоровья беременных и рожениц приводит к увеличению количества осложнений родов, что неизбежно влияет на объем медицинских пособий, в том числе оперативных вмешательств, и на степень медикаментозной нагрузки, испытываемой женщиной и плодом во время беременности и в родах.

Психологическая подготовка к родам – важный этап, от которого зависит весь процесс рождения ребенка и моральное состояние. Чтобы не охватила паника, нужно заранее готовиться к родам, настраиваться на позитивные мысли.

Что нужно, чтобы морально подготовиться к родам?

- Общение с другими беременными, обмен опытом;
- чтение достоверной литературы (книги и пособия, написанные квалифицированными врачами);
- психолог (при необходимости, если женщине сложно настроиться самостоятельно);
- поддержка близких людей;
- ежедневные прогулки (свежий воздух способствует положительным эмоциям, успокаивает и расслабляет);
- консультация с врачом
- занятие любимым делом (от негативных мыслей отвлекает любимое хобби); ограждение себя от стрессовых и неприятных ситуаций.

Физическая подготовка должна длиться всю беременность, хорошая форма облегчает процесс рождения малыша и помогает быстрее восстановиться.

Физическая подготовка включает в себя следующие занятия: ежедневные прогулки; плавание, дыхательные упражнения (правильное дыхание помогает легче перенести схватки и правильно распределить силы); упражнения Кегеля (тренировка мышц промежности); укрепление мышц спины; растяжка; закаливание (с разрешения врача); массаж.

6. Организация родовспоможения.

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа: амбулаторный и стационарный.

На амбулаторном этапе медицинскую помощь оказывает акушер-гинеколог. В случае его отсутствия при физиологически протекающей беременности помощь может быть предоставлена врачами общей практики (семейными врачами) или медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов. При этом в случае осложненного течения беременности женщине должна быть обеспечена консультация акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю соматического заболевания.

Стационарный этап антенатального периода предусматривает оказание медицинской помощи беременным в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях), отделениях акушерского ухода для беременных или

специализированных отделениях медицинских учреждений (при соматических заболеваниях).

Учреждения здравоохранения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь:

амбулаторные:

фельдшерско-акушерские пункты;

фельдшерские здравпункты;

офисы врачей общей практики (семейных врачей);

смотровые кабинеты;

женские консультации;

центры планирования семьи и репродукции;

медико-генетические консультации (кабинеты);

кабинеты искусственной инсеминации;

стационарные:

гинекологические палаты хирургических отделений;

гинекологические отделения в составе многопрофильных больниц всех уровней:

центральных районных, городских, областных, краевых, республиканских, окружных, клинических, ведомственных больниц, больниц скорой медицинской помощи, родильных домов, межрайонных перинатальных центров, медико-санитарных частей, диспансеров или центров, перинатальных центров, центров охраны материнства и детства;

ургентный родильный зал;

родильные отделения в составе многопрофильных больниц всех уровней:

центральных районных, городских, областных, краевых, республиканских, окружных, клинических;

родильные дома;

межрайонные перинатальные центры;

перинатальные центры;

центры охраны материнства и детства.

7. Организация диспансерного наблюдения женщин в послеродовом периоде

Клинические проявления в послеродовом периоде (6 недель после родов) в целом отображают откат физиологических изменений, которые произошли во время беременности (см. таблицу Нормальные послеродовые изменения). Эти изменения являются временными, их не следует путать с патологическими состояниями.

Серьезные послеродовые осложнения наблюдаются редко. Наиболее распространенные осложнения: послеродового кровотечения, Послеродовой эндометрит, Инфекции мочеполовых путей (цистит и пиелонефрит), Мастит, Послеродовая депрессия

В родильном зале сразу после родов всем родильницам производят осмотр шейки матки и мягких тканей родового канала при помощи зеркал. При обнаружении травмы тканей родового канала их необходимо зашить. В первые 2–4 ч после родов, родильница должна находиться в родильном отделении под постоянным наблюдением врача и акушерки.

При нормальном течении послеродового периода пациентка может быть выписана из родильного дома после вакцинации ребенка БЦЖ на 3–4 сутки под наблюдение врачом женской консультации. Оптимально запланировать первый осмотр через 4–6 недель после родов, но не позднее 8 недель (в течение 40 дней). Если же роды были домашние, то обязательно надо посетить специалиста как можно быстрее. Вторая консультация гинеколога показана на сроке в 6–8 месяцев после родов, третий профилактический визит назначают через 12 месяцев после рождения ребёнка.

8. Охрана здоровья беременных на производстве.

По отношению к беременным женщинам действуют следующие нормы: не допускается привлекать беременных женщин к работам в ночное время, к сверхурочным работам и работам в выходные дни, а также направлять в командировки, беременные женщины не должны выполнять производственные операции, связанные с подъемом предметов труда выше уровня плечевого пояса, подъемом предметов труда с пола, преобладанием статического напряжения мышц ног и брюшного пресса, вынужденной рабочей позой (на корточках, на коленях, согнувшись, упором животом и грудью в оборудование и предметы труда), наклоном туловища более 15°.

Для беременных женщин должны быть исключены работы на оборудовании, использующем ножную педаль управления, на конвейере с принудительным ритмом работы, сопровождающиеся нервно - эмоциональным напряжением.

Не допускаются беременные женщины к выполнению работ, связанных с воздействием возбудителей инфекционных, паразитарных и грибковых заболеваний.

При оценке параметров производственной среды на рабочих местах беременных следует руководствоваться гигиеническими показателями оптимальных условий производственной среды.

Беременные женщины не должны трудиться в условиях воздействия инфракрасного излучения, температура нагретых поверхностей оборудования и ограждений в рабочей зоне не должна превышать 35°C.

Для беременных женщин исключаются виды деятельности, связанные с намоканием одежды и обуви, работы на сквозняке и запрещается работа в условиях резких перепадов барометрического давления (летный состав, бортпроводницы, персонал барокамер и др.).

На основании медицинских заключений беременным женщинам могут быть снижены нормы выработки, нормы обслуживания, а также осуществляется их перевод на более легкую и исключаящую воздействие неблагоприятных производственных факторов работу.

9. Новые репродуктивные технологии как вид высокотехнологичной медицинской помощи.

Около 15% супружеских пар в настоящее время сталкивается с проблемой бесплодия, которая является не только медицинской, но и социально-психологической. Она не просто сокращает рождаемость, а еще и приводит к возникновению конфликтов в семьях и увеличивает число разводов.

Сегодня бесплодие является преодолемым. Для этого разработаны вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Они помогают сохранять пары и позволяют мужчинам и женщинам становиться счастливыми родителями.

Вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой комплекс диагностических и лечебных мероприятий, позволяющих реализовать детородную функцию при обнаружении ранее неизлечимых форм бесплодия. Основной их задачей является зачатие и рождение ребенка. При этом обеспечивается и сохранение здоровья матери.

Виды ВРТ

В программы вспомогательных репродуктивных технологий в гинекологии входит целый ряд методик.

- ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение)
- ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов)
- IVМ
- донорство эмбрионов, спермы и яйцеклеток
- искусственная внутриматочная инсеминация спермой

- суррогатное материнство
- криоконсервация яйцеклеток, сперматозоидов и эмбрионов
- ПГД (предимплантационная генетическая диагностика)

10.Производственные факторы и их влияние на здоровье женщин.

Выделение женщин в особую категорию работников, требующих создания специальных условий труда, обусловлено как анатомофизиологическими особенностями женского организма, необходимостью в повышенной охране репродуктивной функции, так и особой социальной ролью женщины как матери. Воздействие неблагоприятных факторов производственной среды повышает риск несчастных случаев, создает предпосылки для возникновения профессиональных заболеваний, негативно отражается на состоянии здоровья женщин и их репродуктивной функции.

Статья 253 Трудового кодекса РФ (далее – ТК РФ) устанавливает следующие ограничения по применению труда женщин:

- ограничение применения труда женщин на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на подземных работах, за исключением нефизических работ или работ по санитарному и бытовому обслуживанию;
- запрещение применения труда женщин на работах, связанных с подъемом и перемещением вручную тяжестей, превышающих предельно допустимые для них нормы.

Перечень тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда женщин, утвержден постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2000 года № 162. Перечень включает 456 различных видов работ и должностей, при выполнении которых имеют место потенциально опасные и (или) вредные производственные факторы.

Уровень 2

Ситуационные задачи. Эталоны ответа к задачам.

Эталон ответа к задаче 1.

1. Своевременность взятия беременных под наблюдение женской консультации (раннее поступление - до 12 недель):

$$\frac{2677}{3091} \times 100 = 86,6\%$$

3091

Полнота обследования беременных в женской консультации врачом- терапевтом:

$$\frac{3035}{3055} \times 100 = 99,3\%$$

3055

Структура исходов беременности: доля своевременных родов

$$\frac{(2917-125)}{3055} \times 100 = 91,4\%$$

3055

77

доля преждевременных родов

$$\frac{125}{3055} \times 100 = 4,1\%$$

3055

доля беременностей, закончившихся абортами

$$\frac{138}{3055} \times 100 = 4,5\%$$

3055

Таким образом, в результате проведенного анализа деятельности женской консультации №1 в городе Н. за отчетный год показатель своевременного взятия беременных под наблюдение женской консультации оказался низким (86,6%), полноты обследования беременных врачом-терапевтом – высоким (99,3%). Эти показатели должны соответствовать 100%. В структуре исходов беременности доля своевременных родов

Задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации).

Эталон ответа к задаче 1

1) При родах, наступивших до 30 недель беременности и рождении живого ребенка, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинской организацией, где произошли роды, на 156 календарных дней. В случае, если роды закончились рождением мертвого ребенка или смерть его наступила в течение первых 7-ми дней после родов, продолжительность послеродового отпуска составит не менее 3 дней.

2 По беременности и родам листок нетрудоспособности выдается врачом акушером-гинекологом женской консультации (родильного дома), а при его отсутствии – врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель беременности. На дородовый и послеродовой отпуск одновременно выдается один листок нетрудоспособности на 140 дней суммарно (70 календарных дней до родов и 70 – после родов) единой строкой.

Эталон ответа к задаче 2

1) Высокая мотивация к отказу от курения.;

2) Высокая степень никотиновой зависимости.;

3) Да. У женщины высокая мотивация к отказу от курения.;

4) Основной принцип: построить свое поведение так, чтобы не сталкиваться с факторами, вызывающими желание курить, а также найти курению сигарет адекватную замену.;

5) Рекомендуются: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витаминов РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (растительное масло, зародыши пшеницы, зеленые овощи). В качестве источников углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье (минеральные воды, соки, овощные отвары).;

Эталон ответа к задаче 3.

В [ст.56](#) п.4 ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” сказано: “Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель”. Одним из социальных показаний для искусственного прерывания беременности на позднем сроке является беременность, наступившая в результате изнасилования. Таким образом, срок производства соблюден.

Тем не менее, действия акушерки будут квалифицироваться по [ст.123 УК РФ](#) (“Незаконное производство аборта”) по двум причинам. Во-первых, аборт был произведен вне больничного учреждения, во-вторых, лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Тема 1.3. Организация охраны здоровья детей
Компетенции: УК – 1: ИДУК-1-1, ИДУК-1-3, ИДУК-1-5
Уровень 1.

Тесты.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

абв	а	б	в	абв гд	б	д	абв г	в	абв
11	12	13	14	15	16	17	8		
абв г	агж	бвд еж	вгд з	абв г	а	в	б		

Тезисы ответов на вопросы:

1. Комплексная оценка здоровья детей. Группы здоровья.

В основу создания методики была положена четкая качественная и количественная комплексная характеристика состояния здоровья.

Для обеспечения комплексного подхода к оценке состояния здоровья были предложены 4 базовых критерия:

- 1) наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний;
- 2) уровень достигнутого развития (физического и психического), степень его гармоничности;
- 3) уровень функционального состояния основных систем организма;
- 4) степень резистентности организма неблагоприятным внешним воздействиям.

В настоящее время на основании полученных в последние годы данных о состоянии здоровья детей, его особенностях, сведений о течении заболеваний, а также расширившихся диагностических возможностей определили необходимость внесения определенных изменений и дополнений в существующую методику. В соответствии с Приказом МЗ РФ от 30.12.2003 г. № 621 всесторонняя комплексная оценка состояния здоровья, базирующаяся на предложенных М. С. Громбахом 4 критериях и позволяющая отнести каждого ребенка к определенной группе здоровья, обращает внимание уже не только на отсутствие или наличие заболеваний, но и позволяет определить их донозологические и преморбидные формы.

В соответствии с изложенными критериями здоровья и методическими подходами к их выявлению дети в зависимости от состояния здоровья могут быть отнесены к следующим группам здоровья.

I группа – здоровые дети, имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие, без функциональных и морфофункциональных отклонений. В настоящее время по данным НИИ гигиены детей и подростков наполняемость I группы здоровья в среднем по России не превышает 10 %, а в некоторых регионах страны достигает лишь 3—6 %, что, несомненно, является отражением санитарно-эпидемиологического неблагополучия населения.

II группа – дети, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие функциональные или морфофункциональные отклонения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания, с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии, а также дети с низким уровнем иммунорезистентности организма – часто (4 раза и более в год) и (или) длительно (более 25 календарных дней по одному заболеванию) болеющие.

Данные НИИ гигиены детей и подростков свидетельствуют, что за последние 10 лет во всех возрастных группах произошел стремительный рост числа функциональных нарушений (в 1,5 раза), и наполняемость второй группы здоровья возросла в среднем с 20 до 35 %.

Наличие функциональных отклонений, так часто определяющих отнесение ребенка ко II группе здоровья, имеют некоторые закономерности возникновения в состоянии здоровья детей в зависимости от их возраста.

III группа – дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии (компенсации).

В среднем по России отмечается стойкая тенденция к росту числа хронических заболеваний среди детей и подростков. Наполняемость III группы здоровья возрастает у детей в

дошкольном возрасте и становится сильно выраженной в школьном периоде (половина школьников 7—9 лет и более 60 % старшеклассников имеют хронические заболевания), доходя до 65—70 %. Увеличивается число школьников, имеющих несколько диагнозов. Школьники 7—8 лет имеют в среднем 2 диагноза, 10—11 лет – 3 диагноза, 16—17 лет – 3—4 диагноза, а 20 % старшеклассников-подростков имеют в анамнезе 5 и более функциональных нарушений и хронических заболеваний.

IV группа – дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации.

V группа – дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, дети-инвалиды.

2. Основные закономерности роста и развития детей.

Рост и развитие обычно употребляются как понятия тождественные, неразрывно связанные между собой. Между тем биологическая природа этих процессов различная, различны их механизмы и последствия.

Рост – процесс, характеризующийся непрерывным увеличением размера, массы органов и организма в целом. Рост осуществляется за счет процессов гиперплазии – увеличения числа клеток (например, кости, легкие), а также за счет гипертрофии – увеличения размеров клеток (мышцы, нервная ткань). Процессы гиперплазии наиболее интенсивно протекают в период внутриутробного развития и менее интенсивно после рождения. В постнатальный период некоторые клетки теряют способность к делению. Так, образование новых мышечных клеток возможно только первые 4 месяца после рождения. Дальнейшее увеличение массы и объема мышечной ткани происходит в основном за счет образования огромного количества нервных отростков и синаптических контактов.

Развитие – это процесс качественных изменений, приводящих к повышению сложности организации живой системы. Эти преобразования протекают за счет дифференцировки (увеличение разнообразия клеточных структур) и приводят к качественным и количественным изменениям функций организма.

Основными закономерностями онтогенеза детей являются неравномерность и непрерывность роста и развития, гетерохронность (разновременность) с опережающим созреванием жизненно важных систем и формирование биологической надежности организма.

В тех случаях, когда во множестве различных тканей организма одновременно наблюдаются ростовые процессы, отмечаются феномены так называемых «скачков роста». Выделяют три периода ускоренного роста детей: до 1 года (20–25 см), от 6 до 7 лет («полуростовой скачок»), от 11 до 13 лет («пубертатный скачок»), в качественные изменения происходят от года до 4 лет, от 8 до 10 лет и от 14 до 20 лет. Стоит отметить, что в период полового течения которых размеры тела увеличиваются наиболее интенсивно, существенно меняются пропорции тела, все более приближаясь к взрослым. После каждого «скачка роста» наступает период интенсивной дифференцировки органов и тканей, определяющих степень созревания органов и систем. Поэтому наиболее значительные созревания прибавка в длине тела составляет 8–10 см, в остальные периоды в среднем 4–6 см. Тем не менее процессы роста и созревания протекают непрерывно в течение первых 20 лет жизни. Прекращение процессов роста у девочек происходит к 17–18 годам, у юношей к 18–19 годам. Этот же закон неравномерности свойствен массе тела и окружности грудной клетки.

3. Факторы, влияющие на здоровье детей, и их характеристика.

Возрастные показатели роста и развития организма (его фенотип) являются сплавом врожденных и приобретенных признаков.

С одной стороны, они определяются наследственными факторами – генотипом, что необходимо учитывать при спортивном отборе, прогнозировании спортивной одаренности. С другой стороны, развитие организма определяется влияниями внешней среды.

Факторы роста и развития человека можно подразделить на:

- 1) наследственные (генетические) – носят обязательный характер, без их действия развитие невозможно;
- 2) средовые (паратипические) – носят случайный характер, они либо способствуют реализации генетической программы, либо тормозят ее раскрытие:
 - абиотические (температура, влажность, инсоляция, атмосферное давление, естественная радиация, электромагнитный фон, химический состав почвы, геоморфология суши и т.д.);
 - биотические (источники воды и пищи, инфекционные агенты и пр.);
 - социальные (взаимоотношения между членами сообщества, популяции и т.д.).

4. **Детская поликлиника как базовое учреждение в системе охраны материнства и детства.**

Детская поликлиника — лечебно-профилактическое учреждение, являющееся структурным подразделением детской больницы или самостоятельным медицинским учреждением, которое обеспечивает в районе деятельности внебольничную помощь детям от рождения до 18 лет (до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно).

Детская поликлиника обеспечивает в районе деятельности:

I. организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения путем:

- обеспечения динамического медицинского наблюдения за здоровыми детьми;
- проведения профилактических осмотров и диспансеризации детей;
- проведения профилактических прививок;
- проведения лекций, бесед, конференций для родителей и детей навыкам здорового образа жизни и проведения профилактических мероприятий в семье.

II. лечебно-консультативную помощь детям на дому и в поликлинике, в том числе и квалифицированную специализированную медицинскую помощь, направление детей на лечение в стационары, больницы, на восстановительное лечение в санаторий, отбор их в специализированные детские ясли-сады, учреждения детского отдыха и оздоровления и др.

5. **Диспансерный метод наблюдения за состоянием здоровья и развития детей в поликлинике: характеристика, содержание.**

Диспансеризация — это комплекс мероприятий, включающих систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими заболеваниями с целью предупреждения, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики.

Диспансерное наблюдение детей с различными заболеваниями направлено на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов.

При наблюдениях за детьми участковый врач вместе со специалистами оценивают критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета. При диспансеризации больных детей необходимо систематически проводить лечебно-просветительную работу с больными детьми и их родителями, объяснять необходимость посещения больного школу здоровья по профилю болезни.

В детской поликлинике учет и контроль за диспансерным наблюдением больного ребенка осуществляется посредством контрольной карты диспансерного наблюдения (ф.30/у), в которой указываются сроки текущего и повторного осмотров.

Важнейший раздел диспансеризации больных детей – восстановительное лечение (медицинская реабилитация), отвечающее задачам вторичной профилактики, которая предусматривает активное динамическое наблюдение за выявленными больными, своевременное и качественное оказание детям необходимой квалифицированной лечебно-диагностической помощи, проведение оздоровительных мероприятий с целью обеспечения их полного выздоровления, снижения частоты повторных случаев заболеваний, предупреждения возникновения хронической патологии и инвалидности.

6. Организация работы поликлиники со здоровыми детьми и их семьями.

Диспансеризация детей первого года жизни.

Диспансеризация — активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов населения с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет, диспансерного наблюдения и комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению окружающей среды, предупреждению развития болезней, реабилитации.

В детской поликлинике наблюдаются здоровые дети от 0 до 18 лет (17 лет 11 месяцев 29 дней).

В поликлинике обслуживаются только здоровые дети. Один день в неделю выделяется для приема детей 1-го года жизни «грудничковый день». В 1 месяц ребенка впервые осматривают в условиях детской поликлиники в день приема здоровых детей, проводится антропометрия, оценивается физическое и нервно-психическое развитие, даются советы по питанию, режиму дня ребенка, профилактике гипогалактии и т.д.

На 1-м году жизни дети осматриваются также хирургом, ортопедом, невропатологом, окулистом, оториноларингологом, стоматологом. До 3-х месяцев у ребенка впервые берут общий анализ крови и мочи (перед проведением 1-й прививки). УЗИ суставов на 1 месяце жизни.

Обязательным этапом в диспансеризации детского населения являются профилактические осмотры детей в поликлинике (амбулатории). Чем ребёнок младше, тем чаще он осматривается педиатром. На первом году жизни (за исключением первого месяца) здоровый ребёнок осматривается врачом 12 раз, т.е. за весь первый год 16 раз; дети из групп риска осматриваются чаще. На втором году жизни ребёнок посещает врача в поликлинике ежеквартально, т.е. 4 раза в год; на третьем году — 2 раза и в последующие годы — 1 раз в год.

Кабинет здорового ребёнка.

Кабинет здорового ребенка — структурное подразделение детской поликлиники — играет роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста.

Основные задачи КЗР:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей правилам воспитания здорового ребёнка (режим, питание, физическое воспитание, уход и т.д.);
- санитарное просвещение родителей по гигиеническому воспитанию детей, профилактике заболеваний и отклонений в развитии ребёнка;
- Формы реализации задач:
- ведение приёма здоровых детей врачом (фельдшером);
- обучение матерей комплексам массажа, гимнастики, закаливающих процедур;
- разъяснение рекомендаций по вскармливанию (введение соков, фруктовых пюре, прикормов и т.п.);
- проведение контрольного взвешивания;
- рекомендации по профилактике гипогалактии;
- проведение работы по неспецифической и специфической профилактике рахита, анемии;
- осуществление планомерной работы по подготовке детей в детские дошкольные учреждения, школы;
- проведение консультаций педагога-психолога по вопросам воспитания детей раннего и дошкольного возраста.

На базе КЗР организуется школа молодой матери, школа отцов. Кабинет здорового ребёнка должен быть обеспечен методическими материалами и наглядными пособиями по основным вопросам развития и воспитания здорового ребёнка, профилактике заболеваний

(таблицы возрастных режимов, таблицы-схемы вскармливания, наглядные пособия по вскармливанию и питанию детей раннего возраста, таблицы физического и нервно-психического развития, стенды с комплексами массажа, одежды, обуви, игрушек для детей различных возрастных групп, схем профилактики рахита, стенд по подготовке ребёнка в детское дошкольное учреждение, школу и др.)

7. Детская больница: основные направления, структура и содержание работы.

Детская больница— организация здравоохранения, оказывающая квалифицированную медицинскую помощь детскому населению, нуждающемуся в круглосуточном медицинском наблюдении и интенсивном лечении.

Детские больницы оказывают помощь по территориальному принципу. От общего числа коек 40-50% планируется для госпитализации детей в возрасте до 3 лет, а из этого числа - 50% коек для детей до года.

Детское население РФ получает медицинскую помощь в стационарных условиях в:

- детских больницах,
- детских отделениях больниц общего типа,
- детских отделениях центральных районных больниц,
- родильных домах,
- стационарных отделениях диспансеров,
- РНПЦ по профилю заболевания,
- РНПЦ «Мать и дитя».

Дифференциация больничных организаций:

1) по профилю:

- многопрофильные;
- специализированные;

2) по системе организации:

- самостоятельные,
- объединенные с поликлиникой;

3) по объему деятельности: различной категорийности, определяемой коечной мощностью. По мощности детские больницы делятся на 7 категорий:

I категория — 300-400 коек; II категория — 250-300 коек; III категория — 200-250 коек; IV категория — 150-200 коек; V категория — 100-150 коек; VI категория — 75-100 коек; VII категория — 50-75 коек.

Задачи детской больницы:

- 1) оказание квалифицированной медицинской помощи;
- 2) применение для обследования пациента и установления диагноза методов и средств, недоступных в амбулаторных условиях;
- 3) внедрение в практику обслуживания современных методов профилактики, диагностики, лечения;
- 4) проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов и их родителей с целью повышения их санитарной культуры.

Структура детской больницы представлена следующими функциональными подразделениями:

- 1) управление детской больницы;
- 2) стационар;
- 3) административно-хозяйственная часть;
- 4) прочие подразделения:
 - пищеблок;
 - морг;
 - аптечный склад;
 - библиотека.

Стационар детской больницы. Пациенты в стационар поступают:

- 1) по направлению врачей детских поликлиник;

- 2) по направлению врача скорой (неотложной) медицинской помощи, доставившего в больницу пациента;
- 3) при самостоятельном обращении пациента в приемном отделении;
- 4) переводом из другой больницы.

*Плановая госпитализация ребенка осуществляется по направлению детской поликлиники. В направлении должны быть представлены данные о:

- заболевании (начало заболевания, особенности течения);
- проведенном лечении;
- лабораторных и инструментальных методах исследования в амбулаторных условиях;
- всех перенесенных заболеваниях (соматических и инфекционных);
- отсутствии у ребенка контакта с инфекционными больными дома, в детских дошкольных учреждениях и в школе на протяжении 3 дней;
- проведенных прививках.

Структура стационара:

- 1) приемное отделение;
 - 2) лечебные специализированные отделения;
 - 3) операционный блок;
 - 4) лечебно-вспомогательные и диагностические отделения.
8. Санаторные учреждения для детей и их роль в восстановительном лечении, оздоровлении и медицинской реабилитации детей.

Детский санаторий является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, тесно связанным со всей системой лечебно-профилактической помощи детям. Основной задачей детского санатория является создание больным детям таких благоприятных условий жизни, при которых наилучшим и быстрейшим образом может наступить нормализация всех функций их организма. Применяемые в зависимости от медицинского профиля специальные методы лечения поэтому и дают именно в условиях санатория столь высокую эффективность, что они осуществляются на фоне создаваемой в этих учреждениях оптимальной «внешней среды».

На этом этапе обеспечивается ликвидация патологических изменений, свойственный для периода остаточных явлений. Особое внимание на санаторном этапе реабилитации уделяется восстановлению и расширению физической и психической деятельности ребенка, нормализация реактивности детского организма, восстановление нормального уровня неспецифической сопротивляемости. Санаторный этап осуществляется как показывает само название в специализированном санатории, а для некоторых категорий больных в реабилитационном центре или отделении восстановительного лечения поликлиники. Реабилитация детей раннего возраста может осуществляться в дошкольных учреждениях, группах санаторного типа.

Идеальной схемой этапной реабилитации для ребенка, лечившегося в стационаре будет: стационар - санаторий - поликлиника (диспансерное наблюдение), для детей лечившихся дома: домашний стационар - поликлиника (диспансерное наблюдение) - санаторий. Реабилитационные мероприятия в поликлинике проводятся под руководством врача восстановительного лечения.

Успех второго этапа реабилитации во многом зависит от информации, которой будет располагать врач поликлиники (санатория) о характере и течении заболевания, о реабилитационных мероприятиях первого этапа. Поэтому большое значение приобретает документальное оформление (передаточный выписной эпикриз, подробная выписная справка).

Детские санатории принимают больных с активными и затихающими формами туберкулеза, реконвалесцентов после туберкулезного менингита, больных ревматизмом, с последствиями полиомиелита, с желудочно-кишечными заболеваниями, рахитом, психоневрологическими расстройствами. Существуют и общетерапевтические детские

санатории. Функционируют санатории и дома отдыха специального назначения: для семейных, матерей с детьми, беременных. Многие российские курорты, вне зависимости от их организационно-правовой формы, изменили профиль деятельности, начав принимать не только взрослых, но и родителей с детьми. Это привело к реформированию материально-технической базы здравниц: перестраиваются палаты, создаются детские игровые комплексы. Проводится реорганизация служб: в санаториях создаются службы семейных врачей, вводятся специальные рационы детского питания в столовых.

8. **Морфофункциональная готовность детей к систематическому обучению в школе и её медико-социальное значение. Критерии «школьной зрелости».**

Подготовка детей к школе — задача комплексная, многогранная, охватывающая все сферы жизни ребенка. Ребенок к школе должен быть зрелым не только в физиологическом и социальном отношении, но и достичь определенного уровня умственного и эмоционально-волевого развития.

Школьная зрелость — это уровень морфологического, физиологического, психического и социального развития, который обеспечивает детям возможность справляться с требованиями систематического обучения.

Чтобы ребенок мог успешно учиться в школе и выполнять свои обязанности, он к моменту поступления в школу должен достичь определенного уровня физического и психического развития, так называемой школьной зрелости.

Выделяют две группы критериев готовности детей к обучению в школе: медицинские и психолого-педагогические.

Медицинские критерии:

1. Уровень физического развития.
2. Уровень биологического развития.
3. Состояние здоровья.

Психолого-педагогические критерии:

1. Степень психосоциальной зрелости.
2. Уровень умственной работоспособности.
3. Выполнение монометрического теста.
4. Чистота звукопроизношения.
5. Уровень школьной зрелости и уровень интеллекта по тестам Керна-Ирасека и Векслера.
6. Уровень восприятия, памяти, мышления.

В связи с неравномерностью процесса роста и развития не все дети (6-летние и 7-летние) готовы к обучению в школе. Некоторые из них в силу индивидуальных психофизиологических особенностей трудно адаптируются к новым условиям, лишь частично справляются (а иногда и не справляются вовсе) с режимом работы и учебной программой. Поэтому важно заранее определить степень готовности ребенка к школе и помочь ему в преодолении трудностей на начальном этапе обучения.

9. **Здоровьесберегающие технологии обучения. Организация охраны здоровья учащихся в период обучения.**

Школьные факторы риска по убыванию значимости и силы влияния на здоровье обучающихся:

- Стрессовая педагогическая тактика;
- Несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
- Несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса;
- Недостаточная грамотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей;
- Провалы в существующей системе физического воспитания;
- Интенсификация учебного процесса;
- Функциональная неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья;

- Частичное разрушение служб школьного медицинского контроля;
- Отсутствие системной работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни.

«Здоровьеформирующие образовательные технологии», по определению Н.К. Смирнова, - это все те психолого-педагогические технологии, программы, методы, которые направлены на воспитание у обучающихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни.

Здоровьесберегающая технология, по мнению В.Д. Сонькина, - это:

- условия обучения ребенка в школе (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания);
- рациональная организация учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями);
- соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка;
- необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим.

Под здоровьесберегающей образовательной технологией (Петров) понимает систему, создающую максимально возможные условия для сохранения, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья всех субъектов образования (учащихся, педагогов и др.). В эту систему входит:

- Использование данных мониторинга состояния здоровья учащихся, проводимого медицинскими работниками, и собственных наблюдений в процессе реализации образовательной технологии, ее коррекция в соответствии с имеющимися данными.
- Учет особенностей возрастного развития школьников и разработка образовательной стратегии, соответствующей особенностям памяти, мышления, работоспособности, активности и т.д. учащихся данной возрастной группы.
- Создание благоприятного эмоционально-психологического климата в процессе реализации технологии.
- Использование разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности учащихся, направленных на сохранение и повышение резервов здоровья, работоспособности

Уровень 2

Эталоны решения ситуационных задач.

Задача 1. По условию задачи необходимо рассчитать:

1. показатель среднегодовой нагрузки участкового врача-педиатра (функция врачебной должности),
2. среднегодовой нагрузки врача в день,
3. среднегодовой нагрузки врача в час.

Решение задачи:

1. Функция врачебной должности $= 178122 / 25 = 7124,9$ посещений в год на 1 врача-педиатра участкового
2. Среднегодовая нагрузка врача-педиатра участкового в день $= 7124,9 / 258 = 27,6$ посещений
3. Среднегодовая нагрузка врача-педиатра участкового в час $= 7124,9 / 1812,4 = 3,9$ посещения

Задача 2. По условию задачи необходимо рассчитать:

1. показатель заболеваемости по данным обращаемости детского населения за медицинской помощью в 2019 году,
2. показатель структуры обращений за медицинской помощью.

Решение задачи:

1. показатель заболеваемости по данным обращаемости детского населения = $120530/110000 \cdot 10001095,7$ случаев заболеваний на 1000 детского населения;
2. Структура обращений за медицинской помощью:
Удельный вес обращений с лечебной целью = $83673/120530 \cdot 100 = 69,4\%$
Удельный вес обращений с консультативной целью = $25250/120530 \cdot 100 = 20,9\%$
Удельный вес обращений с профилактической целью = $11607/120530 \cdot 100 = 9,6\%$

Задача 3. По условию задачи необходимо рассчитать:

1. показатели числа госпитализированных (пользованных больных),
2. среднее число дней занятости койки в году (работа койки),
3. оборот койки,
4. показатель средней длительности пребывания больного на койке,

Решение задачи:

1. число госпитализированных больных = $(8360+8534+8)/2=8451$;
2. работа койки = $132250/420 = 314,9$ дней;
3. оборот койки = $8451/420 = 20,1$ пациентов;
4. показатель средней длительности пребывания больного на койке = $132250/8451 = 15,6$ дней

Уровень 3

Задания на принятие решения в нестандартной ситуации (ситуации выбора, многоальтернативности решений, проблемной ситуации).

Эталон ответа к задаче 1.

- 1) Пассивное курение;
- 2) Регулярное пребывание рядом с курящим (в роли пассивного курильщика) в 2,5 раза повышает у него риск сердечных заболеваний со смертельным исходом по сравнению с теми людьми, которые не подверглись действию вторичного табачного дыма. Наиболее чувствительны к табачному дыму дети до 5 лет. Пассивное курение способствует развитию у них гиповитаминозов, ведет к потере аппетита и расстройству пищеварения. Дети становятся беспокойными, плохо спят, у них бывает длительный, плохо поддающийся лечению кашель, чаще сухой, носящий приступообразный характер. В течение года они болеют бронхитом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) 4-8 и более раз. Гораздо чаще, чем дети некурящих родителей, они заболевают и воспалением легких.;
- 3) Сердечно-сосудистые, онкологические, бронхолегочные, психические расстройства, сахарный диабет и др.;
- 4) Индекс курения (ИК): $ИК = 12 \times N$, (где N - количество выкуриваемых сигарет в день, умноженное на 12 месяцев в году). Людей, которые имеют индекс выше 200, специалисты относят к <злостным курильщикам>.;
- 5) Отказ от курения отца, либо полный запрет курения в комнате. Закаливание, правильное полноценное питание, витамины и др

Эталон ответа к задаче 2

- 1) Гипотезы: ухудшились детско-родительские отношения; ухудшились отношения с ровесниками или учителями; подростковая депрессия; употребление алкоголя и других психоактивных веществ.;

- 2) Признаки: друзья ребенка выпивают; от него пахнет спиртным; пропадают деньги; изменения в поведении; душевная травма; перемена настроения; ребенок находится в состоянии депрессии; родители не знают где, находится ребенок.;
- 3) Беседа с родителями с целью выяснения причины и объяснения необходимости больше общаться с ребенком. Индивидуальное консультирование подростка.;

Эталон ответа к задаче 3

- 1.Диагноз: обычная поствакцинальная р-ция на вакцину АКДС. Осмотр специалистов не нужен
 - 2.Объяснение матери: адекватный иммунный ответ на введение вакцины
 - 3.Осложнения при АКДС: сильные общие и местные реакции (t40, резкая гиперемия с отеком мягких тканей в месте введения, захватывающая всю ягодицу, бедро и поясницу, (чаще при повторном введении), реже аллергические реакции – отек Квинке, анафилактический шок, 1год-коллапс, ЦНС- пронзительный крик 4-5час. после прививки), афибрильные судороги с потерей сознания (кивки, клевки, абсанс).
- :

Промежуточная аттестации – зачет

Итоговое тестирование

Эталоны ответов к итоговому тесту

001 в	011 б, в	021 а, б, в, г
002 б, в, д	012 в	022 а, г, ж
003 а, г, е, ж	013 а, б, в, г, д	023 б, в, д, е
004 в	014 в	024 а, б, в, г, ж
005 б	015 а, б, д	025 в
006 а, б, в, г	016 б	026 б, г
007 а, б, в, г, д	017 б, в, д	027 а, б, в
008 а, в, г	018 г	028 а
009 а, в, д	019 а, г, д	029 б
010 а, б, г, д	020 б, в	030 в
031 а, б, в, г, д	041 а, б, в, г	051 а, в
032 б	042 а	052 а, б, г
033 д	043 а, в	053 а
034 а, б, в, г, д	044 а	054 б, в, г
035 в	045 в	055 а, б, в, г
036 а, б, в	046 в, г	056 а, д
037 а, б, в, г	047 а, в	057 б, д
038 а, г, ж	048 в, г	058 в, г
039 б, в, д, е, ж	049 в, г, д	059 б, г
040 в, г, д, з	050 а	060 бвг

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Заведующая кафедрой
инфекционных болезней
профессор Николаева И.В.

« ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Социально значимые и особо опасные инфекции
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2
Семестр	3
Лекции (час.)	6 (2)
Практические занятия (час.)	15 (6)
Самостоятельная работа (час.)	15 (28)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	36
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Доцент Муртазина Г.Х.

Казань 2022

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	3
II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	5
III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	9
IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	20

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Контролируемые темы дисциплины / модуля / практики	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
				Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)	Кол.-во
Модуль Социально значимые и особо опасные инфекции					
Раздел 1. Вирусные гепатиты					
	Тема 1.1 Острые вирусные гепатиты	УК-1, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные вопросы	13
	Тема 1.2. Хронические вирусные гепатиты			Тесты	20
				Ситуационные задачи	5
Раздел 2. ВИЧ-инфекция					
	Тема 2.1. ВИЧ-инфекция	УК-1, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные вопросы	6
	Тема 2.2. СПИД – индикаторные заболевания			Тесты	15
				Ситуационные задачи	3
Раздел 3. Острые кишечные инфекции и паразитозы					
	Тема 3.1. Острые кишечные инфекции	УК-1, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные вопросы	21
	Тема 3.2. Паразитозы			Тесты	25
				Ситуационные задачи	8
Раздел 4. Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)					
	Тема 4.1. Грипп и другие ОРВИ	УК-1, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные вопросы	12
	Тема 4.2. Коронавирусная инфекция (COVID- 19)»			Тесты	16
				Ситуационные задачи	2
Раздел 5 . Карантинные инфекции и др. ООИ					
	Тема 5.1. Карантинные инфекции	УК-1, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные вопросы	17
	Тема 5.2. Чума			Тесты	12
	Тема 5.3. Геморрагические лихорадки			Ситуационные задачи	4

Обучающийся должен освоить следующие компетенции:

- **УК-1** Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

В результате освоения УК-1 обучающийся должен:

Знать: этапы выявления, разрешения, версии решения проблем связанных с инфекционными болезнями

Уметь: анализировать и интерпретировать полученную информацию; рассматривать различные варианты решения проблемных ситуаций, вырабатывать стратегию действий, связанных с социально-значимыми и особо опасными инфекциями

Владеть: методами решения проблемных ситуаций, связанных с социально-значимыми и особо опасными инфекциями; методами выявления факторов риска социально-значимых и особо опасных инфекций

- **УК-3** Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

В результате освоения УК-3 обучающийся должен:

Знать: методы планирования и организации деятельности связанной с социально-значимыми и особо опасными инфекциями

Уметь: планировать и организовывать деятельность, связанную с социально-значимыми и особо опасными инфекциями

Владеть: методами планирования и организации деятельности связанной с социально-значимыми и особо опасными инфекциями

.

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Текущий контроль

Процедура оценивания результатов обучения осуществляется на основе Положения Казанского ГМУ о формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся. Текущему контролю успеваемости (далее – ТКУ) подлежат следующие виды учебной деятельности студентов по дисциплине «Социально значимые и особо опасные инфекции»: посещение лекций, работа на практических занятиях, результаты самостоятельной работы, в том числе, на образовательном портале. ТКУ проводится преподавателем, прикрепленным для реализации образовательной программы в конкретной академической группе или преподавателем, ответственным за виды учебной деятельности обучающихся..

ТКУ по дисциплине «Социально значимые и особо опасные инфекции» проводится в форме оценки выполнения заданий на самостоятельную работу на образовательном портале, индивидуального собеседования, тестового контроля, а также путем оценки решения ситуационных задач. Текущий контроль результатов самостоятельной работы проводится на каждом занятии для всех студентов. Оценка успеваемости студентов по отдельной теме выражается по 10-балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

2. Контроль по разделу (модулю)

По окончании раздела тематического плана (модуля) ТКУ проводится для всех студентов группы. Модульное задание состоит из двух частей: тесты и решение ситуационной задачи. На практических занятиях преподавателем оценивается любое, особенно успешное действие (например, участие в клиническом разборе), отметкой фиксируется только решение полноценной задачи. Преподаватели будут стремиться определять оценку в диалоге. Студент имеет право аргументировано оспорить выставленную оценку. За каждую ситуационную задачу, показывающую овладение отдельным умением – ставится отдельная отметка.

Оценка успеваемости студентов по разделу (модулю) в 100 – балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

Модуль 1 – «Социально значимые и особо опасные инфекции»

Разделы:

Раздел 1. Вирусные гепатиты

Раздел 2. ВИЧ-инфекция

Раздел 3. Острые кишечные инфекции и паразитозы

Раздел 4. Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)

Раздел 5 . Карантинные инфекции и др. ООИ

3. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа занимает важное место при освоении дисциплины. Студенты обязаны выполнять задания преподавателя по каждой теме, в том числе на образовательном портале. Контроль за выполнением самостоятельной работы включает в себя: тестирование, устный опрос. Важную часть самостоятельной работы по дисциплине составляют подготовка докладов.

Критерии оценки по формам текущего контроля

1 уровень – оценка знаний

Для оценивания результатов обучения в виде **знаний** используются следующие типы контроля:

- тесты;
- индивидуальное собеседование (устный опрос);

Тесты (пример):

1 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) человек, находящийся в инкубационном периоде
- 2) больной в периоде разгара
- 3) реконвалесцент
- 4) вирусоноситель
- 5) бактериовыделитель

Критерии оценки:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Индивидуальное собеседование – диалог преподавателя со студентом, цель которого – систематизация и уточнение имеющихся у студента знаний, проверка его индивидуальных возможностей усвоения материала.

Пример: 1. Методы специфической диагностики острых кишечных инфекций

Критерии оценки:

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) – студент демонстрирует знание материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной и дополнительной литературой; дает логичные, аргументированные ответы на поставленные вопросы.

«Хорошо» (80-89 баллов) – студент демонстрирует знание материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной и дополнительной литературой; дает правильные ответы на поставленные вопросы, но допущены несколько ошибок

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) – студент частично демонстрирует знание материала, основанные на ознакомлении с обязательной литературой; дает неправильные ответы на поставленные вопросы.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) – отсутствие знаний по изучаемому разделу.

2 уровень – оценка умений

Для оценивания результатов обучения в виде **умений** используются следующие типы контроля:

- решение ситуационных задач.

Ситуационная задача – проблемное задание, в котором студенту предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы. Студент самостоятельно формулирует предварительный диагноз, обосновывает его, составляет план обследования, проводит дифференциальную диагностику с другими сходными заболеваниями.

Ситуационная задача (пример):

Больной 18 лет, студент, во время зимних каникул заболел остро, познабливало, температура сразу поднялась до 39,5°C, болела голова, мышцы всего тела; на второй день болезни появилось чувство ссаждения за грудиной и сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание без экссудации. При осмотре больного отмечается лихорадочный румянец на щеках, инъекция сосудов склер с единичными петехиальными элементами, повышенное потоотделение. Язык обложен белым налетом, слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Однократно был жидкий стул без патологических примесей.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз, его обоснование.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) – задание выполнено правильно, формулировка диагноза, его обоснование, план обследования, дифференциальная диагностика, план противоэпидемических мероприятий и профилактики составлены правильно.

«Хорошо» (80-89 баллов) - задание выполнено, но допущены одна-две незначительных ошибки логического или фактического характера (не указана форма заболевания или тяжесть, не указаны все методы диагностики, профилактики).

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) – допущены серьезные ошибки логического и фактического характера, предпринята попытка сформулировать диагноз, обосновывать его, допущены ошибки в планах обследования и профилактики.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) – неправильно поставлен диагноз, содержание задачи не осознано, результат неадекватен заданию.

3 уровень – оценка навыков

Для оценивания результатов обучения в виде **навыков** используются следующие типы контроля:

Ситуационная задача – проблемное задание, в котором студенту предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы. Студент самостоятельно формулирует предварительный диагноз, обосновывает его, составляет план обследования, проводит дифференциальную диагностику с другими сходными заболеваниями.

Ситуационная задача (пример):

В одной из бактериологических лабораторий заболел врач-бактериолог через 3 дня после вскрытия тушки павшего суслика. Заболевания началось остро с нарушением общего состояния. Температура 39°C., резкая слабость. Появились головная боль, беспокойство, мышечные боли. При объективном осмотре: лицо гиперемировано, конъюнктивит, губы сухие, язык белый, «меловой». Отмечает боль в правом паху. Лимфоузлы паховые справа увеличены, плотные, спаяны между собой и с окружающей тканью. Кожа под ними напряжена, гиперемирована. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс – 120 уд. в мин., Легкие – везикулярное дыхание, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз, его обоснование.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) – задание выполнено правильно, формулировка диагноза, его обоснование, план обследования, дифференциальная диагностика, план противоэпидемических мероприятий и профилактики составлены правильно.

«Хорошо» (80-89 баллов) - задание выполнено, но допущены одна-две незначительных ошибки логического или фактического характера (не указана форма заболевания или тяжесть, не указаны все методы диагностики, профилактики).

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) – допущены серьезные ошибки логического и фактического характера, предпринята попытка сформулировать диагноз, обосновывать его, допущены ошибки в планах обследования и профилактики.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) – неправильно поставлен диагноз, содержание задачи не осознано, результат неадекватен заданию.

Промежуточная аттестация

Зачет – промежуточная аттестация, которая проводится в 3 семестре. Преподаватель оценивает степень достижения студентом требуемых знаний, умений, навыков. Состоит из 2 разделов: тестирование, ситуационная задача.

Ситуационная задача. Студент получает одну ситуационную задачу. После анализа задачи отвечает на следующие вопросы (разделы):

1. Формулировка клинического диагноза в соответствии с классификацией
2. Обоснование диагноза
3. Составление плана обследования
4. Проведение дифференциальной диагностики
5. Составление плана профилактики и противоэпидемических мероприятий

За каждый пункт критерия максимально 10 баллов; максимальное количество баллов – 50.

Тестирование. Тест состоит из заданий с выбором одного или нескольких ответов из 5 предложенных. Количество заданий – 30.

Критерии оценки:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Максимальное количество баллов – 50 ($100\% \cdot 0,2 = 50$).

Критерии оценки зачета:

«Зачтено» (70-100 баллов)

«Не зачтено» (0-69 баллов)

Итоговая (рейтинговая) оценка складывается из оценок по модулям (максимум 100 баллов за модуль), текущей оценки (максимум 10 баллов), оценки, полученной на зачете (максимум 100 баллов).

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Раздел 1. Вирусные гепатиты

Раздел 2. ВИЧ-инфекция

Раздел 3. Острые кишечные инфекции и паразитозы

Раздел 4. Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)

Раздел 5 . Карантинные инфекции и др. ООИ

Раздел 1 Вирусные гепатиты

Компетенции: УК-1, УК-3

Тема 1.1. Острые вирусные гепатиты

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в изданиях:

Острые и хронические вирусные гепатиты А, В, С и D: (тестовые задания):
учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов /(авторы-составители В. Х. Фазылов и др.). - Казань: КГМУ, 2012. - 32 с.

Индивидуальное собеседование:

1. Этиология острых вирусных гепатитов
2. Эпидемиология острых вирусных гепатитов
3. Патогенез острых вирусных гепатитов
4. Клиническая картина острых вирусных гепатитов
5. Клиническая классификация острых вирусных гепатитов
6. Дифференциальная диагностика острых вирусных гепатитов
7. Методы лабораторной и инструментальной диагностики острых вирусных гепатитов

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

Больной Н., 15 лет, поступил на стационарное лечение 4.07. Поступил из очага вирусного гепатита (болеет сестра).

Заболел постепенно с 15.06.: головная боль, лихорадка, слабость. 21.06. заметил желтушное окрашивание склер, темную мочу, светлый кал. Дома часто была рвота (до 6 раз в сутки).

Объективно: состояние тяжелое, очень вялый, лицо одутловато, интенсивно-желтого цвета, склеры иктеричны. Сердечные: тоны приглушены, АД 90/60 мм.рт. ст. Живот вздут, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется + 1 см. Моча темной окраски.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 2

Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что заметил желтушное окрашивание склер, самочувствие не ухудшилось. Раньше желтухой не болел. Точную информацию по вакцинации от ВГ дать не может. Отмечается иктеричность склер и кожи,

печень и селезенка у края реберной дуги, чувствительные при пальпации и перкуссии. Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ – 1045 ед/л.

Из эпид. анамнеза: аналогичная симптоматика отмечена еще у двух человек, проживающих в одной комнате общежития и обратившихся в инфекционный стационар ранее.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 3

Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клинико-лабораторного обследования (АлАТ - 300 ед/л, билирубин общий 80 мкмоль/л,) в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не отмечает.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, иктеричности кожи и склер нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 4

Больная М., 25 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ (ринофарингит) в течение 5 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие не улучшалось - пропал аппетит, появилась слабость, тупая боль в правом подреберье. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее.

При осмотре – иктеричность кожи и склер. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,0 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Тема 1.2. Хронические вирусные гепатиты

Уровень 1

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в изданиях:

Острые и хронические вирусные гепатиты А, В, С и D: (тестовые задания):
учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов /(авторы-составители В. Х. Фазылов и др.). - Казань: КГМУ, 2012. - 32 с.

Индивидуальное собеседование:

1. Этиология хронических вирусных гепатитов
2. Эпидемиология хронических вирусных гепатитов
3. Патогенез хронических вирусных гепатитов
4. Клиническая картина хронических вирусных гепатитов
5. Клиническая классификация хронических вирусных гепатитов
6. Дифференциальная диагностика хронических вирусных гепатитов

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

У больной В., 45 лет, при госпитализации в терапевтическое отделение по поводу гипертонического криза были «случайно» обнаружены антитела к ВГС. Жалоб не предъявляет. При объективном осмотре выявляется увеличение печени, выступает на 1,5 см. средней плотности.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Раздел 2. ВИЧ-инфекция
Компетенции: УК-1, УК-3

Тема 2.1. ВИЧ-инфекция

Тема 2.2. СПИД – индикаторные заболевания

Индивидуальное собеседование:

1. Общая клиническая характеристика ВИЧ-инфекции.
2. Поражения кожи и слизистых при ВИЧ-инфекции
3. Поражения легких при ВИЧ-инфекции.
4. Поражения ЦНС в стадии СПИДа.
5. Диагностика ВИЧ-инфекции. Разбор клинических случаев.
6. ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты В,С,Д.

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

Пациентка М., 43 г, наблюдается в специализированном центре около 6 месяцев с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Из анамнеза: принимает алкоголь ежедневно, но в малых дозах (со слов). Жалобы: на незначительную желтуху склер, послабление стула, отсутствие аппетита. В анализах крови АЛТ 50 ед/л; общий билирубин 59,3 (прямой 33) мкмоль/л; CD4 лимфоциты 462 кл/мкл; РНК ВИЧ в ПЦР 23000 коп/мл; обнаружены сумм. анти HCV.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 2

Пациент А., 30 лет, диагноз ВИЧ-инфекция установлен 5 лет назад. Находится на "Д" наблюдении, АРВТ не получал. В анамнезе ОВГВ. Жалобы на выраженную слабость, "чувство" печени в правом подреберье. Объективно: кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Печень +3 см. из под края реберной дуги за счет левой доли, плотно-эластичной консистенции, край закруглен. Селезенка пальпируется +1 см.

Лабораторные данные: CD4 лимфоциты 420 кл/мкл., вирусная нагрузка РНК ВИЧ в ПЦР – 1000 коп/мл., АЛТ 320 ед/л, АСТ 280 ед/л. В ИФА (HBsAg- обн.; сумм. антитела к HCV – не обн.).Общий анализ крови: эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 140 г/л; лейкоциты – $4,0 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 48%, эозинофилы – 0%, моноциты – 5%, лимфоциты – 43%, базофилы – 0%; тромбоциты - $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 9 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 3

Пациент К., 33 года. В течение 3-х дней находится на лечении в инфекционной больнице с предварительным диагнозом: инфекционный мононуклеоз. Из анамнеза известно, что болен в течение 12 дней, когда повысилась температура до 38°C, отметил появление першения в горле, слабость. Лечился самостоятельно, полоскал горло, принимал жаропонижающие препараты. Через 3 дня вызвал участкового врача, диагностирована «катаральная» ангина, врачом было отмечено увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов. Через 4 дня состояние сохранялось прежним, температура от 37°C до 38,8°C в течение дня, вновь вызвал врача из поликлиники, больной был направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

Из анамнеза: употреблял ПАВ в/в (со слов – несколько раз) с другом у которого есть гепатит (со слов). При осмотре: состояние средней тяжести. Температура – 38°C. При осмотре слизистая ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены до 2 ст., налетов нет. Пальпируются безболезненные подчелюстные, переднее и заднешейные, подмышечные лимфоузлы размером до 1,5 см. По остальным органам без патологии. Печень и селезенка не увеличены.

В клиническом анализе крови: Hb – 140 г/л, лейкоцитов – $4,5 \times 10^9/л$, п/я нейтрофилов – 4%, сегментоядерный нейтрофилов – 22%, лимфоцитов – 68%, моноцитов – 6%, СОЭ – 10 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Раздел 3. Острые кишечные инфекции

Компетенции: УК-1, УК-3

Тема 3. 1. ОКИ.

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по теме смотри в изданиях:

Тестовый контроль знаний по инфекционным болезням: методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов и ординаторов /Составители: В. Х. Фазылов, Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов и др.; Под ред. В. Х. Фазылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - с.4-8, 36-49, 51-58.

Индивидуальное собеседование:

Дизентерия

1. Виды шигелл и их краткая характеристика
2. Эпидемиология дизентерии
3. Основные звенья патогенеза острой дизентерии
4. Клинические синдромы дизентерии
5. Клиническая классификация дизентерии
6. Заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику

Сальмонеллез

1. Этиология сальмонеллеза.
2. Эпидемиология сальмонеллеза.
3. Основы патогенеза сальмонеллеза.
4. Клинические проявления и классификация сальмонеллеза.
5. Синдром обезвоживания: классификация, клинико-биохимические показатели.
6. Методы лабораторной диагностики сальмонеллеза.
7. Дифференциальный диагноз сальмонеллеза.
8. Принципы терапии сальмонеллеза.

Уровень 2

Ситуационная задача 1

Больной Г., 64 года, снят с поезда на 3 день болезни. Едет из средней Азии г. Алмалык к родственникам. Заболел в пути. В начале заболевания появились боли в животе, тошнота, жидкий стул до 3 раз, затем стул участился до 10 раз в сутки, боли в животе усилились, аппетит отсутствует, состояние нарушено.

Объективно: температура 37,2 градусов. Лицо бледное. Сыпи нет. Питание несколько снижено. Лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 70 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации болезненность в области слепой и сигмовидной кишки, спастически сокращенная сигмовидная кишка. Стул в приемном покое калового характера, слизь красного цвета.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 2

Больной С., 21 год, поступил с жалобами на жидкий стул с примесью крови, стул учащен. Болен в течение 3 недель, прибыл из Узбекистана.

Объективно: температура 37,8 градусов. Питание снижено. Тоны сердца ясные. Легкие – дыхание везикулярное. Живот мягкий, при пальпации незначительно болезнен в правой половине живота. Печень и селезенка не увеличены. Стул учащен, в стуле слизь с кровью. При ректоскопии обнаружен катарально-язвенный проктосигмоидит с кровотоочащими язвами до 1,5 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Уровень 3

Ситуационная задача №1.

Пациент Ш., 69 лет заболел остро через 3 часа после употребления на завтрак яичницы: появились потрясающий озноб, головная боль и повышение t тела до 38°C . Наблюдалась 5 кратная рвота с тошнотой, присоединился обильный, зловонный, частый стул цвета «болотной тины». Состояние при поступлении средней степени тяжести, гемодинамика стабильна. Живот мягкий, урчит, болезненный при пальпации в эпигастрии, околопупочной и правой подвздошной областях.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача №2.

Больная Г., 36 лет, работает продавцом в продуктовом магазине, заболела на работе, остро, через 40 минут после чаепития с тортом домашнего приготовления. Появились тошнота, многократная рвота (до 6 раз), режущая боль в эпигастральной области и в области пупка, общее недомогание, субфебрилитет. Стула не было. Одновременно признаки похожего заболевания возникли еще у 2 сотрудниц.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Тема 3.2. Паразитозы

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Индивидуальное собеседование:

1. Классификация гельминтозов
2. Особенности эпидемиологической диагностики гельминтозов
3. Особенности клинической диагностики гельминтозов
4. Энтеробиоз как массовый гельминтоз
5. Аскаридоз как распространенный геогельминтоз
6. Описторхоз как актуальный гельминтоз
7. Дифиллоботриоз

Уровень 2

Ситуационная задача 1

Больная Л., 6 лет, посещает детский сад. Периодически жаловалась на боли в животе, зуд в области заднего прохода. Родители девочки стали замечать у ребенка общую слабость, быструю утомляемость, раздражительность, плохой сон. Неделю назад мама заметила в кале ребенка мелких «червячков».

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, при осмотре ребенок капризничает, плаксива. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный вокруг пупка. Печень, селезенка не увеличены. Перипушечная область – легкая гиперемия.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 2

Больная К., 36 лет, заболела через 20 дней после употребления в пищу малосоленого язя. Появилось познабливание, недомогание, через 3 дня повысилась температура тела до 38 градусов, в последующие 10 дней – 38-39 градусов. Отмечено увеличение печени и селезенки, лейкоциты $20,7 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы – 78%, СОЭ – 20 мм/час.

В больницу поступила на 20-й день болезни. К этому времени температура тела снизилась до 37,5 градусов, беспокоили боли в мышцах, суставах. Кожа чистая, все группы лимфатических узлов увеличены до размера крупной фасоли, безболезненные. Тоны сердца приглушены, дыхание везикулярное. Пульс 116 уд/мин, АД 100/50 мм.рт.ст. Печень по Курлову 21-17-15 см, уплотнена, чувствительна. Лейкоциты $36 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы – 52%, СОЭ – 30 мм/час. Общий билирубин – 19 мкмоль/л, тимоловая проба – 8 ед, АЛТ – 252 ед. При исследовании фекалий яйца гельминтов не обнаружены.

Была произведена пункционная биопсия печени. Заключение морфолога: подострый гепатит с некрозом отдельных клеток печени, эозинофильные инфильтраты.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 3

Больной М., 24 года, поступил в инфекционную больницу 28 июня на 14-й день болезни с жалобами на сухой кашель, приступы удушья, одышку при физической нагрузке, высыпания на коже по всему телу, сопровождающиеся мучительным зудом, слабостью, болями в правом подреберье, усиливающимися при глубоком дыхании. Болен 2 недели, насморк, слабость, субфебрилитет, покашливание. Лечился амбулаторно - принимал антибиотики и ингаляции в течение 5 дней. Однако кашель усилился, температура повысилась до 38 градусов, появился кожный зуд с высыпаниями, приступы удушья. В поликлинике терапевтом поставлен диагноз – двусторонняя нижнедолевая пневмония, медикаментозная аллергия и больной направлен на стационарное лечение.

При поступлении (14-й день болезни) общее состояние удовлетворительное. Пульс 96 уд/мин, АД 110/80 мм.рт.ст. ЧДД 22/мин. На кожных покровах мелкая, покрывающая все тело сыпь, следы расчесов. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 0,5 см из-под края реберной дуги. В крови: гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л,

нейтрофилы – п-6%, с-61%, эозинофилы – 21%, лимфоциты – 18%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Биохимические показатели без особенностей. Анализ кала на яйца гельминтов при трехкратном исследовании отрицательный. Рентгенография грудной клетки: в нижних отделах обеих легких инфильтраты, больше справа, усиление легочного рисунка вокруг зоны инфильтрации, утолщение плевры справа. На основании клинико-рентгенологических данных поставлен диагноз – двусторонняя пневмония, медикаментозная аллергия (с учетом эозинофилии, зуда и сыпи). Принимал следующее лечение – отхаркивающие и десенсибилизирующие препараты, от назначения антибиотиков решили воздержаться с учетом аллергологического анамнеза. Через 3 дня зуд, высыпания и удушье исчезли, уменьшилась одышка, снизилась температура до 37,3 градуса. Рентгенограмма легких в динамике: полное рассасывание инфильтрата слева, справа – небольшой очаг в VIII сегменте, и по два новых очага округлой формы IV и V сегментах.

При уточнении эпиданамнеза больной сообщил, что ел немытую клубнику, которую выращивал на почве, удобренной осенью фекалиями.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 4

Больной Н., 35 лет, обратился к участковому терапевту 15 сентября (на 15-й день болезни) с жалобами на боли в животе, тошноту по утрам, плохой аппетит, неустойчивый стул в течение 2-х недель. 14 сентября заметил в кале «белую ленточку» длиной приблизительно 30 см.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 градусов. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастрии и вокруг пупка. Печень, селезенка не увеличены.

Заключение ФГДС: острый гастрит.

При уточнении эпиданамнеза выявлено, что больной рыбак-любитель, в мае месяце ел соленую щуку икру.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Раздел 4 Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)

Компетенции: УК-1, УК-3

Тема 4.1. Грипп и другие ОРВИ

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по теме смотри в изданиях:

Тестовый контроль знаний по инфекционным болезням: методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов и ординаторов /Составители: В. Х. Фазылов, Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов и др.; Под ред. В. Х. Фазылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - с.71-82.

Индивидуальное собеседование:

1. Характеристика возбудителей гриппа и ОРВИ
2. Эпидемиология гриппа и ОРВИ
3. Основные звенья патогенеза гриппа и ОРВИ
4. Основные клинические синдромы гриппа и ОРВИ
5. Методы лабораторной диагностики гриппа и ОРВИ
6. Дифференциальная диагностика гриппа и ОРВИ

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

Больной 18 лет, студент, во время зимних каникул заболел остро, познабливало, температура сразу поднялась до 39,5°C, болела голова, мышцы всего тела; на второй день болезни появилось чувство ссаждения за грудиной и сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание без эксудации. При осмотре больного отмечается лихорадочный румянец на щеках, инъекция сосудов склер с единичными петехиальными элементами, повышенное потоотделение. Язык обложен белым налетом, слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Однократно был жидкий стул без патологических примесей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 2

Больной Ф., 36 лет доставлен в больницу в 15 часов 28.01 с жалобами на высокую температуру, сильную головную боль, ломоту во всем теле, боль в глазных яблоках, сухой кашель, заложенность носа. Болен первый день. Объективно: температура 39,1°C, в сознании, лицо одутловатое, гиперемировано, небольшая инъектированность склер. Сыпи на коже нет. Сердце - тоны ритмичные, слегка приглушены. Пульс удовлетворительных качеств. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Зев – отграниченная гиперемия, зернистость на задней стенке глотки, энантема на мягком небе. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Тема 4.2. Коронавирусная инфекция (COVID-19)

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Индивидуальное собеседование:

1. Характеристика возбудителя **Covid-19**
2. Эпидемиология **Covid-19**
3. Основные звенья патогенеза **Covid-19**

4. Основные клинические синдромы **Covid-19**
5. Методы лабораторной диагностики **Covid-19**
6. Дифференциальная диагностика **Covid-19**

Раздел 5. Карантинные инфекции и др. ООИ

Компетенции: УК-1, УК-3

Тема 5.1. Карантинные инфекции

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Индивидуальное собеседование:

1. Определение понятий “карантинные” (“конвенционные”) инфекции.
2. Этиологические особенности карантинных инфекций и других ООИ
3. Эпидемиологические особенности карантинных инфекций и других ООИ
4. Патогенетические особенности карантинных инфекций и других ООИ
5. Характеристика ведущих клинических синдромов.

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

На станцию «скорой помощи» поступил вызов к больной Н., 42 лет, остро заболевшей в 23 часа. При расспросе удалось узнать, что легкое недомогание началось вечером предыдущего дня, заметила небольшое покраснение в области правого запястья, отмечала его болезненность и зуд, ночью это покраснение расчесала. Резкое ухудшение отметила на следующий день, когда повысилась температура тела до 37,3°C, появилась сильная головная боль, слабость, разбитость, боли во всем теле. Госпитализирована в инфекционный стационар.

Из эпидемиологического анамнеза: в хозяйстве содержит домашний скот, 6 дней назад пал бык.

При осмотре: в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 1,0 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Температура тела повысилась утром. Область язвы при пальпации безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, частота пульса 120/мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Язык чистый, сухой. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Тема 5.2. Чума

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по теме смотри в изданиях:

Индивидуальное собеседование:

1. Характеристика возбудителя чумы
2. Эпидемиология чумы
3. Патогенез чумы
4. Клиническая картина чумы
5. Лабораторная диагностика чумы
6. Осложнения чумы
7. Дифференциальная диагностика чумы

Уровень 2,3

Ситуационная задача 1

Заболевание началось внезапно с озноба и повышения температуры до 39,5°C. Сильные головные боли и головокружение. Шатающаяся походка. Резкая гиперемия конъюнктив. Изредка рвота. Запletaющаяся речь. Язык обложен густым налетом. Пульс 130 уд/мин. В левой паховой области опухоль, весьма болезненная, что вынуждает больного держать ногу в отведенном положении. При пальпации опухоли контуры паховых лимфоузлов не определялся. На наружной поверхности левой голени имеется язва, поперечник которой равен 1 см. Селезенка увеличена 8/2 см. Больной работает чабаном. В степи, где он пас овец, огромное количество сусликов, среди которых наблюдается падеж.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 2

В одной из бактериологических лабораторий заболел врач-бактериолог через 3 дня после вскрытия тушки павшего суслика.

Заболевания началось остро с нарушением общего состояния. Температура 39°C., резкая слабость. Появились головная боль, беспокойство, мышечные боли. При объективном осмотре: лицо гиперемировано, конъюнктивит, губы сухие, язык белый, «меловой». Отмечает боль в правом паху. Лимфоузлы паховые справа увеличены, плотные, спаяны между собой и с окружающей тканью. Кожа под ними напряжена, гиперемирована. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс – 120 уд. в мин., Легкие – везикулярное дыхание, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Тема 5.3. Геморрагические лихорадки

Уровень 1

Тесты: Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Индивидуальное собеседование:

1. Этиологические особенности геморрагических лихорадок Денге, Эбола, желтой лихорадки
2. Эпидемиологические особенности геморрагических лихорадок Денге, Эбола, желтой лихорадки
3. Патогенетические особенности геморрагических лихорадок Денге, Эбола, желтой лихорадки
4. Характеристика ведущих клинических синдромов геморрагических лихорадок.
5. Дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок

Ситуационная задача 1

Больной Н. 30 лет, житель Анголы, доставлен в инфекционную больницу на 2-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, потрясающий озноб, боли в мышцах. Лицо больного одутловато, гиперемировано. Инъекция сосудов склер. Температура 40°C. Объективно: в постели находится в вытянутом положении из-за сильных суставных и мышечных болей. На разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов – макулопапулезная сыпь, которая на следующий день распространилась на кожу лица, груди, живота. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен. АД 90/60 мм рт. ст. Печень увеличена на 2,5 см., селезенка не пальпируется. На 4-й день болезни температура критически снизилась до нормы, а через три дня снова повысилась до 39 °С градусов, сопровождаясь симптомами, менее выраженными, чем в начале болезни.

В крови: лейкоцитов– 2,5 . 10⁹/л, п – 3%, с – 44%, э – 7%, л – 38%, м -8%. Общий анализ мочи – без патологических изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план лабораторной диагностики.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Вид оценочного средства: **Ситуационные задачи:**

Оценочное средство	Эталон ответа
Задача 1. Больная И., 45 лет. Поступила на 3 день болезни с жалобами на боли в левой половине живота, слабость, частый жидкий стул. Заболела остро, днем 15 августа. Появились боли в животе, озноб, головная боль, ночью однократный жидкий каловый обильный стул. 16 августа утром температура 39 градусов, слабость, стул жидкий каловый со слизью до 4 раз в день. 16 августа состояние ухудшилось, участился стул, акт дефекации болезнен, стул скудный со слизью и прожилками крови за ночь 7 раз. 17 августа госпитализирована в инфекционную больницу. Работает няней в детском саду, где были случаи заболевания острыми кишечными инфекциями. Ваш предварительный диагноз, его обоснование Проведите дифференциальную диагностику	Острая дизентерия колитическая форма средней степени тяжести. Синдром интоксикации, колитический синдром. Диф. диагностика с кишечным амебиазом.
Задача 2. Больной К., 55 лет, заболел остро, в 5 часов утра, появились частая рвота, жидкий обильный стул более 20 раз, схваткообразные боли в животе, слабость, озноб, температура тела 39 градусов. Через 2 часа от начала болезни вызван врач скорой помощи. У пациента появились судороги в мышцах ног, терял сознание. Стул при осмотре жидкий, зловонный, зеленого цвета. Связывает заболевание с употреблением омлета в буфете. Состояние тяжелое, акроцианоз, тургор кожи снижен. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, пульс слабого наполнения, едва прощупывается, частый. АД не определяется. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, вокруг пупка, правом подреберье. Менингеальных знаков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Не мочился. После начала регидратационной терапии в машине скорой помощи состояние несколько улучшилось. Доставлен в инфекционную больницу. [1] Ваш предварительный диагноз, его обоснование Проведите дифференциальную диагностику	Сальмонеллез гастроинтестинальная форма гастроэнтеритический вариант тяжелой степени. Дегидратация 3-4 степени. Синдром интоксикации, синдром поражения ЖКТ по гастроэнтеритическому варианту, синдром обезвоживания 3-4 степени. Диф.диагностика с ПТИ.
Задача 3. Пациентка А., 40 лет вызвала участкового терапевта из поликлиники в 1-е сутки болезни с жалобами на частый (до 15 раз за ночь) жидкий стул и многократную повторную рвоту, резкую слабость, жажду, сильную сухость во рту.	Холера средней степени тяжести. Дегидратация 3 степени. Диарейный синдром, синдром обезвоживания. Диф.диагностика с ПТИ.

Оценочное средство	Эталон ответа
Из анамнеза установлено, что заболела сегодня ночью, когда среди полного спокойствия появился частый безболезненный жидкий стул вначале калового характера с быстрым развитием обильного водянистого, позже присоединилась повторная рвота без тошноты. Своё состояние связывает с поездкой на отдых в одну из стран Восточной Азии, откуда вернулась за 3 дня до заболевания. Объективно: состояние пациентки средней тяжести, сознание ясное. Температура тела – 36,1°C, пульс - 120 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения, АД 100/60 мм.рт.ст. Кожа сухая, бледная. Снижение тургора кожи на кистях и животе. Акроцианоз, голос ослаблен. Тоны сердца прослушать чётко не удаётся из-за выраженной тахикардии. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Язык сухой, покрыт белым налётом. Живот несколько уплощён, при пальпации безболезненный, отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезёнка не увеличены. Каловые и рвотные массы водянистые желто-зелёного оттенка с примесью белых хлопьев. Отмечает уменьшение количества мочи, но не измеряла. Менингеальных знаков нет. Ваш диагноз и его обоснование? Какие основные дифференциально-диагностические критерии отличают данное состояние?	
Задача 4. Больной Н., 35 лет, обратился к участковому терапевту 15 сентября (на 15-й день болезни) с жалобами на боли в животе, тошноту по утрам, плохой аппетит, неустойчивый стул в течение 2-х недель. 14 сентября заметил в кале «белую ленточку» длиной приблизительно 30 см. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 градусов. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастрии и вокруг пупка. Печень, селезенка не увеличены. Заключение ФГДС: острый гастрит. При уточнении эпиданамнеза выявлено, что больной рыбак-любитель, в мае месяце ел соленую щуку икру. Вопросы: Поставьте предварительный диагноз, дайте его обоснование. Провести дифференциальную диагностику.	Дифиллоботриоз. Диспептический синдром, выделение фрагментов лентеца широкого. Диф.диагностика с тениидозами.
Задача 5. Больной Н., 15 лет, поступил на стационарное лечение 4.07. Поступил из очага вирусного гепатита (болеет сестра).	Острый вирусный гепатит А желтушная форма средней степени тяжести.

Оценочное средство	Эталон ответа
Заболеел постепенно с 15.06.: головная боль, лихорадка, слабость. 21.06. заметил желтушное окрашивание склер, темную мочу, светлый кал. Дома часто была рвота (до 6 раз в сутки). Объективно: состояние тяжелое, очень вялый, лицо одутловато, интенсивно-желтого цвета, склеры иктеричны. Сердечные: тоны приглушены, АД 90/60 мм.рт. ст. Живот вздут, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется + 1 см. Моча темной окраски. Поставьте предварительный клинический диагноз, дайте его обоснование.	Диспептический синдром, гриппоподобный синдром, желтушный синдром, гепатолиенальный синдром. Диф.диагностика с лептоспирозом.
Задача 6. У больной В., 45 лет, при госпитализации в терапевтическое отделение по поводу гипертонического криза были «случайно» обнаружены антитела к ВГС. Жалоб не предъявляет. При объективном осмотре выявляется увеличение печени, выступает на 1,5 см. средней плотности. Поставьте предварительный клинический диагноз, дайте его обоснование. Проведите дифференциальную диагностику.	Хронический вирусный гепатит С. Синдром гепатита, выявление маркеров ВГС. Диф.диагностика с ХВГ В.
Задача 7. Больной Ф., 36 лет доставлен в больницу в 15 часов 28.01 с жалобами на высокую температуру, сильную головную боль, ломоту во всем теле, боль в глазных яблоках, сухой кашель, заложенность носа. Болен первый день. Объективно: температура 39,1°С, в сознании, лицо одутловатое, гиперемировано, небольшая инъецированность склер. Сыпи на коже нет. Сердце - тоны ритмичные, слегка приглушены. Пульс удовлетворительных качеств. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Зев – отграниченная гиперемия, зернистость на задней стенке глотки, энантема на мягком небе. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Поставьте предварительный клинический диагноз, его обоснование.Проведите дифференциальную диагностику.	Грипп средней степени тяжести. Синдром интоксикации, респираторно-катаральный синдром. Диф. диагностика с др. ОРВИ.
Задача 8. В одной из бактериологических лабораторий заболел врач-бактериолог через 3 дня после вскрытия тушки павшего суслика. Заболевания началось остро с нарушением общего состояния. Температура 39°С, резкая слабость. Появились головная боль, беспокойство, мышечные боли. При объективном осмотре: лицо гиперемировано,	Чума бубонная форма тяжелой степени. Синдром интоксикации, синдром бубона. Диф. диагностика с туляремией.

Оценочное средство	Эталон ответа
конъюнктивит, губы сухие, язык белый, «меловой». Отмечает боль в правом паху. Лимфоузлы паховые справа увеличены, плотные, спаяны между собой и с окружающей тканью. Кожа под ними напряжена, гиперемирована. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс – 120 уд. в мин., Легкие – везикулярное дыхание, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены. Поставьте предварительный клинический диагноз, его обоснование. Проведите дифференциальную диагностику.	

Зачет

1 этап Вид оценочного средства: Тесты (всего – 30 вопросов)

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в изданиях:

1.Тестовый контроль знаний по инфекционным болезням: методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов и ординаторов /Составители: В. Х. Фазылов, Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов и др.; Под ред. В. Х. Фазылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 128 с.

2.Острые и хронические вирусные гепатиты А, В, С и D: (тестовые задания): учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов /(авторы-составители В. Х. Фазылов и др.). - Казань: КГМУ, 2012. - 32 с.

2 этап Вид оценочного средства: Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной Н., 43 года, заболел остро: появились озноб, общая слабость, схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул. На 2-ой день состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 38,5°C, усилились схваткообразные боли внизу живота, жидкий необильный стул со слизью до 15 раз в сутки, ложные позывы на акт дефекации.

Из эпидемиологического анамнеза: за день до заболевания употреблял в пищу котлеты в столовой вместе с сослуживцами, у которых регистрируется аналогичная симптоматика.

При осмотре: язык влажный, обложен грязно-серым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Пульс - 90/мин., ритмичный, АД - 110/80 мм рт.ст. В копрограмме: лейкоциты - 8-12 в поле зрения, эритроциты - 10-15 в поле зрения, слизи - много.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 1

1. Предварительный диагноз «Острая дизентерия, колитический вариант, средней степени тяжести» выставлен на основании:

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острое начало с проявлений интоксикационного синдрома и присоединением симптомов колитического синдрома.

- Данных эпид. анамнеза: развитие первых клинических симптомов через 24 часа после употребления мясной пищи; мех-м передачи – фек-оральный, путь передачи – алиментарный; групповой характер заболевания.

- Клинической картины и данных объективного осмотра: наличие у больного синдрома интоксикации (выраженная слабость, повышение температуры, головная боль, озноб), колитического синдрома (жидкий необильный стул со слизью до 15 раз в сутки, ложные позывы на акт дефекации, живот болезненный в левой подвздошной области; сигмовидная кишка спазмирована, болезненна);

Данных лабораторных методов исследования: наличие в копрограмме эритроцитов, лейкоцитов, слизи

Среднетяжелая форма - повышение температуры до 40°C, выраженная слабость, повышение температуры, головная боль, озноб; диарея с частотой стула до 10-15 раз в сутки.

2. Дифференциальный диагноз дизентерии проводится с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, проявляющихся колитическим синдромом (сальмонеллез, острый амебиаз, кампилобактериоз, эшерихиоз, НЯК, клостридиоз).

Сальмонеллез (гастроинтестинальная форма) отличается от шигеллеза тем, что имеет более короткий инкубационный период; характерно бурное начало заболевания без продромального периода; повторная обильная рвота, водянистый обильный стул зеленоватого цвета с резким зловонным запахом без примеси крови; выделение сальмонелл из испражнений, рвотных масс)

Задача № 2

Больной Н., 33 года, заболел постепенно: слабость, головная боль, боли в животе, частый жидкий стул. На 2-ой день температура тела повысилась до 37,2°C, боли внизу живота сохранялись, жидкий необильный стул со слизью до 10 раз в сутки. Симптомы сохранялись в течение 5 дней, к врачу не обращался, ничем не лечился.

Из эпидемиологического анамнеза: прибыл из Узбекистана, где жил в частном доме и использовал воду из колодца.

При осмотре: язык влажный, обложен грязно-серым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Пульс - 90/мин., ритмичный, АД - 110/80 мм рт. ст. В копрограмме: лейкоциты - 4-6 в поле зрения, эритроциты - 10-15 в поле зрения, слизи - много.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 2

1. Предварительный диагноз. Кишечный амебиаз, амебная дизентерия средней степени тяжести

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: постепенного начала, слабости, головных болей, субфебрильной температуры, болей в нижних отделах живота, частого жидкого стула с примесью слизи с сохранением этих жалоб и нарастанием в течение 5 дней.

- Данных эпидемиологического анамнеза: прибытие из эндемичной страны с жарким климатом (Узбекистан), где заболеваемость повышена; механизм передачи – фекально-оральный, путь передачи – водный (употребление загрязненной воды из колодца, содержащей цисты дизентерийной амёбы).

-Клинической картины и данных объективного осмотра: синдром интоксикации слабо выраженный (повышение температуры до субфебрильных показателей, головная боль, слабость); выраженный колитический синдром (жидкий необильный стул с примесью слизи до 10 раз в сутки, живот болезненный в левой подвздошной области; сигмовидная кишка спазмирована, болезненна);

Данных лабораторных методов исследования: характерные изменения в копрограмме (эритроциты, лейкоциты, слизь).

2. Дифференциальный диагноз: Острая дизентерия колитическая форма, Кампилобактериоз гастроинтестинальная форма, Эшерихиоз (дизентерииоподобный), Неспецифический язвенный колит.

Общие признаки кишечного амебиаза и *острой дизентерии колитической формы*: синдром интоксикации, колитический синдром, изменения в копрограмме (лейкоциты, эритроциты, слизь), фекально-оральный механизм и водный путь передачи. Различия: при острой дизентерии короткий инкубационный период 1-7 дней; острое начало заболевания, выраженный синдром интоксикации (фебрильная температура до 39 градусов и выше, озноб, ломота, разбитость, сильная слабость, головные боли) и выраженный колитический синдром (резкие схваткообразные боли преимущественно в левой подвздошной области, ложные позывы, тенезмы, частота стула может до 20 раз в сутки, испражнения быстро теряют каловый характер, с патологическими примесями – слизью и прожилками крови, скудные, в виде «ректального плевка»); при бактериологическом исследовании кала выделение культуры шигелл или ДНК шигелл методом ПЦР.

Задача № 3

Больной Б., 37 лет, токарь, направлен в инфекционную больницу с диагнозом: острый гастроэнтерит.

Из анамнеза: заболел остро, 3 дня назад, когда появились слабость, температура тела повысилась до 38°C и сопровождалась ознобом, головная боль, тошнота, боли в животе, отмечалась рвота до 3 раза в первые сутки, одновременно появился жидкий водянистый стул. Из эпидемиологического анамнеза: накануне заболевания (за 6 часов до начала первых симптомов) был в гостях, употреблял в пищу курицу-гриль, пил вино. Проживает в одной квартире с женой и грудным ребенком (6 мес.), они здоровы. Сходная клиническая симптоматика наблюдалась еще у 3 гостей.

При осмотре: Масса тела до болезни 80 кг, состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C, кожные покровы чистые, бледные, тургор в норме, язык сухой. Пульс - 100/мин., ритмичный. АД - 100/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, мезогастррии, внизу живота, больше в илеоцекальном углу. Интенсивно урчит по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Стул водянистый, обильный, зеленого цвета до 10 раз в сутки. В копрограмме: лейкоциты – 10-15 в поле зрения, мышечные волокна непереваренные 1-2 в поле зрения.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 3.

1. **Предварительный диагноз:** Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелая форма.
выставлен на основании:

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острое начало с проявлений интоксикационного синдрома и присоединением симптомов гастроэнтерита.

-Данных эпид. анамнеза: употребление в пищу курицы-гриль, короткий инкубационный период быстрое (через 6 ч) развитие первых клинических проявлений; мех-м передачи – фек-оральный, путь передачи – алиментарный; групповой характер заболевания.

-Клинической картины и данных объективного осмотра: синдром интоксикации - выраженная слабость, повышение температуры, головная боль, озноб. Синдром поражения желудочно-кишечного тракта по гастроэнтеритическому типу: тошноты, многократной рвоты, болезненность в эпигастрии, жидкий водянистый обильный стул зеленого цвета до 10 раз, характерная локализация болей в животе в области «сальмонеллезного треугольника», симптомы обезвоженности 2 степени (потеря массы тела 4-6%).

Среднетяжелая форма - интоксикация выраженная, температура 38-39°C, многократная рвота, стул до 10 раз в сутки, тахикардия, гипотония.

2. Дифференциальный диагноз:

Пищевая токсикоинфекция (отличается - острое начало заболевания, обычно тошноты и многократной рвоты, приносящей облегчение, затем – жидкий обильный стул ярко-желтый или оранжевый, боли в животе отсутствуют или локализуются в области эпигастрия, интоксикационный синдром выраженный, но короткий – не более 1 суток). Острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант. Ротавирусная инфекция. Норовирусная диарея. Холера. Отравление суррогатами алкоголя. Острый панкреатит.

Задача № 4

Больной П., 55 лет, доставлен на 4-й день заболевания с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры до 38,5°C, тошноту, рвоту до 8 раз в сутки, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз, судороги икроножных мышц. Заболел остро, с повышения температуры тела до 38,8°C с ознобом, одновременно появились тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул, вначале 7-8 раз, а в последующие дни до 10-15 раз. Все дни сохранялась фебрильная температура, слабость, головная боль, далее появились судороги кистей рук, икроножных мышц. К врачу не обращался, ничем не лечился. Из эпиданамнеза выяснено, что заболевание началось через 6 ч после употребления сырых яиц, купленных на рынке. Масса тела до заболевания – 85 кг. У пациента в анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия.

При поступлении состояние больного тяжелое. Тургор кожи снижен. Акроцианоз. Слизистая полости рта, язык сухой. Голос осиплый. Олигоурия. Тоны сердца ритмичные, глухие 130/мин., АД-80/40 мм.рт.ст., ЧДД-28/мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается болезненность по ходу толстого кишечника больше внизу живота справа.

В периферической крови: $Eg-5,4 \cdot 10^{12}/л$, $Hg-167 г/л$, $L-5,8 \cdot 10^9/л$, п-11%, с-74%, лимф.-14%, м-1%, СОЭ-23 мм/ч, гематокрит 55%.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 4

1.Предварительный диагноз. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение. Осложнение: Обезвоженность 3-4 степени (гиповолемический шок).

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острое начало с проявлений интоксикационного синдрома и присоединением симптомов гастроэнтерита.

-Данных эпид. анамнеза: развитие первых клинических проявлений через 6 часов после употребления сырых яиц; мех-м передачи – фек-оральный, путь передачи – алиментарный.

-Клинической картины и данных объективного осмотра: синдром интоксикации - выраженная слабость, повышение температуры, головная боль, озноб. Синдром поражения желудочно-кишечного тракта по гастроэнтеритическому типу: тошноты, многократной рвоты, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз, болезненность по ходу толстого кишечника больше внизу живота справа, с развитием гиповолемического шока 3 ст. (потеря жидкости 10% от массы тела, согласно классификации В.И. Покровского): сниженный тургор кожи, акроцианоз, развитие судорог, осиплости голоса, олигоурии, нестабильной гемодинамики, изменений со стороны картины крови (гематокрит 55%).

2. Дифференциальный диагноз: Пищевая токсикоинфекция (отличается - острое начало заболевания, обычно тошноты и многократной рвоты, приносящей облегчение, затем – жидкий обильный стул ярко-желтый или оранжевый, боли в животе отсутствуют или локализуются в области эпигастрия, интоксикационный синдром выраженный, но короткий – не более 1 суток). Острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант. Ротавирусная инфекция. Норовирусная диарея. Холера. Острый панкреатит.

Задача № 5

Больная К., 36 лет, заболела остро: в 22 часа появились тошнота, обильная рвота до 5 раз, приносящая облегчение, сначала желудочным содержимым, а затем желчью, повысилась температура тела до 38,3 °С с ознобом, частый жидкий стул желтого цвета. Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употребляла на ужин в пищу мясной салат, заправленный майонезом, хранившийся при комнатной температуре в течение 5 дней. При поступлении: температура тела 38,2°С, кожные покровы чистые. Пульс - 90/мин., ритмичный. АД - 100/70 мм рт.ст. Однократная рвота. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, интенсивно урчит по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Стул водянистый, желтого цвета до 10 раз в сутки.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 5

1. Предварительный диагноз. Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритический вариант, средней тяжести.

-Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острое начало с проявлений интоксикационного синдрома и присоединением симптомов гастрита и далее энтерита;

-Данных эпид. анамнеза: развитие первых клинических проявлений через 3 часа (короткий инкубационный период) после употребления мясного салата, из продуктов, длительно хранившихся при комнатной температуре; мех-м передачи – феко-оральный, путь передачи – алиментарный.

-Клинической картины и данных объективного осмотра: интоксикации - слабость, повышение температуры, озноб. Синдрома гастроэнтерита: гастрита - тошноты, многократной рвоты, болезненность в эпигастрии, энтерита - жидкий стул желтого цвета до 10 раз в сутки, живот интенсивно урчит по ходу кишечника.

Среднетяжелая форма - интоксикация невыраженная, температура 38-39°С, многократная рвота, стул до 10 раз в сутки, тахикардия, гипотония.

2. Дифференциальный диагноз: острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант. Ротавирусная инфекция (отличается - острое начало заболевания, умеренный интоксикационный синдром в сочетании с катаральным с-мом, стул обильный, жидкий, пенистый, зловонный, ярко-желтого цвета). Норовирусная диарея. Острый панкреатит.

Задача № 6

Пациентка М., 43 г, наблюдается в специализированном центре около 6 месяцев с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Из анамнеза: принимает алкоголь ежедневно, но в малых дозах (со слов). Жалобы: на незначительную желтуху склер, послабление стула, отсутствие аппетита. В анализах крови АЛТ 50 ед/л; общий билирубин 59,3 (прямой 33) мкмоль/л; CD4 лимфоциты 462 кл/мкл; РНК ВИЧ в ПЦР 23000 коп/мл; обнаружены сумм. анти HCV.

-Диагноз основного заболевания (ВИЧ-инфекция), определить стадию, с обоснованием;

-Диагноз сопутствующего и/или оппортунистического заболевания с обоснованием; дифференциальная диагностика.

-

Эталон ответа к задаче № 6

1,2 Предварительный диагноз. ВИЧ-инфекция стадия 3 латентная. Хронический вирусный гепатит С?, минимальной воспалительной активности.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: в соответствии с Российской классификации ВИЧ-инфекции рекомендованной приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 17.03.2006 N 166; при отсутствии клинических признаков ВИЧ-инфекции (стадия 3); постепенного начала, с присоединением жалоб на незначительную желтуху, послабление стула, отсутствие аппетита; выявлением методом ИФА — сумм. anti-HCV.

-Клинической картины и данных объективного осмотра: желтушного синдрома (желтуха склер), диспептического (послабление стула, отсутствие аппетита).

-Данных лабораторных методов исследования: CD4 лимфоциты 462 кл/мкл; РНК ВИЧ в ПЦР 23000 коп/мл.; синдром цитолиза (повышение АлАТ), холестаза - гипербилирубинемии за счет прямой фракции.

ХГВ. Токсический гепатит.

Задача № 7

Пациент А., 30 лет, диагноз ВИЧ-инфекция установлен 5 лет назад. Находится на "Д" наблюдении, АРВТ не получал. В анамнезе ОВГВ. Жалобы на выраженную слабость, "чувство" печени в правом подреберье. Объективно: кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Печень +3 см. из под края реберной дуги за счет левой доли, плотно-эластичной консистенции, край закруглен. Селезенка пальпируется +1 см.

Лабораторные данные: CD4 лимфоциты 420 кл/мкл., вирусная нагрузка РНК ВИЧ в ПЦР – 1000 коп/мл., АЛТ 320 ед/л, АСТ 280 ед/л. В ИФА (HBsAg- обн.; сумм. антитела к HCV – не обн.).Общий анализ крови: эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 140 г/л; лейкоциты – $4,0 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 48%, эозинофилы – 0%, моноциты – 5%, лимфоциты – 43%, базофилы – 0%; тромбоциты - $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 9 мм/час.

- Диагноз основного заболевания (ВИЧ-инфекция), определить стадию, с обоснованием;

-Диагноз сопутствующего и/или оппортунистического заболевания с обоснованием; дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 7

1,2 Предварительный диагноз. ВИЧ-инфекция стадия 3 латентная. Хронический вирусный гепатит В?, выраженной воспалительной активности.

-Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: в соответствии с Российской классификации ВИЧ-инфекции рекомендованной приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 17.03.2006 N 166; при отсутствии клинических признаков ВИЧ-инфекции (стадия 3); постепенного начала, с присоединением жалоб навязчивую слабость, "чувство" печени в правом подреберье; выявлением методом ИФА маркера HBV инфекции.

- Клинической картины и данных объективного осмотра: гепатолиенальный синдром - печень +3 см. из под края реберной дуги за счет левой доли, плотно-эластичной консистенции, край закруглен; селезенка пальпируется +1 см.

-Данных лабораторных методов исследования: CD4 лимфоциты - 420 кл/мкл; РНК ВИЧ в ПЦР 1000 коп/мл.; синдром цитолиза (повышение АлАТ, АсАТ).

ХГС. Токсический гепатит.

Задача № 8

Специальным рейсом в город О. прибыл самолет с 15 геологами, работавшими в Индии. Обсервацию пассажиры самолета проходили в течение 5-ти суток в колонии русских геологов до прибытия в город. При осмотре на санитарно-контрольном пункте аэропорта у прибывших никаких признаков заболевания не установлено. На следующий день у одного из геологов, размещенных в общежитии, начался понос, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось: температура тела - 35,8°C, отмечалось спутанное сознание, рвота стала неукротимой, многократный водянистый стул в виде «рисового отвара».

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 8

1. Холера, дегидратация III ст., тяжелое течение.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза, клинической картины и данных объективного осмотра: гипотермии, характерных диспепсических явлений (неукротимая рвота, стул в виде «рисового отвара»). Синдрома дегидратации.

-Данных эпиданамнеза - работа в стране, неблагополучной по особо опасным инфекциям; мех-м передачи – феко-оральный, путь передачи – алиментарный

2. Дифференциальный диагноз:

Пищевая токсикоинфекция. Острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант. Ротавирусная инфекция (отличается- острое начало заболевания, умеренный интоксикационный синдром в сочетании с катаральным с-мом, стул обильный, жидкий, пенистый, зловонный, ярко-желтого цвета). Норовирусная диарея. Холера. Отравление суррогатами алкоголя. Острый панкреатит.

Задача № 9

Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что заметил желтушное окрашивание склер, потемнение мочи. Заболел 4-5 дней назад – слабость, отсутствие аппетита, ломота в теле, першение в горле, на 4 день заметил темную мочу и желтую окраску склер, самочувствие не ухудшилось. Раньше желтухой не болел. Точную информацию по вакцинации от ВГ дать не может. При объективном осмотре: иктеричность склер и кожи, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги (перкуторно по Курлову 12-9-8 см),

селезенка у края реберной дуги, чувствительные при пальпации и перкуссии. Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ – 1045 ед/л. Из эпид. анамнеза: аналогичная симптоматика отмечена еще у двух человек, проживающих в одной комнате общежития и обратившихся в инфекционный стационар ранее.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 9

1. Предварительный диагноз. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средняя степень тяжести.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острого начала заболевания с цикличностью периодов: преджелтушный период по смешанному типу в течение 4 дней. С появлением желтухи самочувствие не ухудшилось.

- Данных эпид. анамнеза: бытовой контакт с больным желтухой, проживающим в одной комнате общежития, мех-м передачи – фек-оральный, пути передачи – конт-бытовой, алимент.

- Клинической картины и данных объективного осмотра и лабораторных методов исследования: выраженные ведущие синдромы вирусного гепатита в преджелтушный и желтушный периоды: в преджелтушный период- синдромы астено-вегетативный, диспепсический; в желтушный период – синдромы холестаза (иктеричность склер и кожи, увеличение билирубина); синдром цитолиза (АлАт повышен в 100 раз); синдром мезенхимального поражения (гепатоспленомегалия).

2. Дифференциальный диагноз: ОВГ Е, С.ОВГ В - длительность течения инфекции (менее 6 мес.), данных эпидемиологического анамнеза о событиях, произошедших в течение инкубационного периода (последних 6 месяцев до появления симптомов заболевания) - наличие парентеральных манипуляций медицинского и немедицинского характера, сопровождающихся нарушением целостности кожного покрова и слизистых оболочек, включая внутривенное введение психоактивных препаратов, переливание крови или её компонентов; случайные половые контакты или частую смену половых партнеров; клинической картины (постепенное начало болезни; наличие преджелтушного периода продолжительностью от 1 до 4-5 недель, сопровождающегося астеновегетативным синдромом, слабостью, повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, диспептическим синдромом – снижением аппетита, тошнотой, иногда рвотой, чувством тяжести в правом подреберье, артралгиями, экзантемой типа крапивницы; ухудшением самочувствия на фоне появившейся желтухи; лабораторных данных: обнаружение маркеров острой ВГВ-инфекции (HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM) в сыворотке крови. Лептоспироз. Надпеченочные желтухи (гемолитические анемии). Механические желтухи (ЖКБ), функциональные гипербилирубинемии (синдром Жильбера).

Задача № 10

Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клинико-лабораторного обследования (АлАТ - 300 ед/л, билирубин общий 80 мкмоль/л,) в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не отмечает.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, иктеричности кожи и склер нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 10

1. Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкая степень тяжести.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острого начала с проявлений астеновегетативного и диспепсического синдромов в течение недели, без ухудшения самочувствия далее. Иктеричности склер и кожи нет. Моча и кал нормальной окраски.

- Данных эпид. анамнеза: источником инфекции, возможно, явился одноклассник в школе, ранее госпитализированный с «желтухой», мех-м передачи – фек-оральный, пути передачи – конт-бытовой, алиментарный.

- Клинической картины и данных объективного осмотра и лабораторных методов исследования: умеренно выраженные синдромы вирусного гепатита - астено-вегетативный, диспепсический; скрытый синдром холестаза (иктеричность склер и кожи отсутствует, общий билирубин увеличен в 4 раза); умеренный синдром цитолиза (АлАт повышен в 10 раз); синдром мезенхимального поражения (гепатоспленомегалия).

2. Дифференциальный диагноз: ОВГ Е, С. ОВГ В - длительность течения инфекции (менее 6 мес.), данных эпидемиологического анамнеза в течение инкубационного периода (последних 6 месяцев до появления симптомов заболевания) - наличие парентеральных манипуляций медицинского и немедицинского характера, сопровождающихся нарушением целостности кожного покрова и слизистых оболочек, включая внутривенное введение психоактивных препаратов, переливание крови или её компонентов; случайные половые контакты или частую смену половых партнеров; клинической картины (постепенное начало болезни; наличие преджелтушного периода продолжительностью от 1 до 4-5 недель, сопровождающегося астеновегетативным синдромом, слабостью, повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, диспептическим синдромом – снижением аппетита, тошнотой, иногда рвотой, чувством тяжести в правом подреберье, артралгиями, экзантемой типа крапивницы; ухудшением самочувствия на фоне появившейся желтухи; лабораторных данных: обнаружение маркеров острой ВГВ-инфекции (HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM) в сыворотке крови. Лептоспироз. Надпеченочные желтухи (гемолитические анемии). Механические желтухи (ЖКБ), функциональные гипербилирубинемии (синдром Жильбера).

Задача №11

Больная А., 28 лет, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2,0 см. выше реберной дуги по средне-ключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены.

Из анамнеза: 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера; за неделю до поступления беспокоили резкая слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошнота, однократная рвота, тяжесть в правом подреберье.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 11

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень, фульминантное течение. Осложнение: ОПЭП, кома I ст.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острое циклическое течение заболевания с развитием острой печеночной энцефалопатии на 2 день желтухи.

- Данных эпид. анамнеза: хирургическое вмешательство за 3 месяца до заболевания (парентеральный путь инфицирования).

- Клинической картины и данных объективного осмотра: короткий преджелтушный период (5 дней) по смешанному варианту: астеновегетативный (резкая слабость, утомляемость), диспепсический (отсутствие аппетита, тошнота, однократная рвота, тяжесть в правом подреберье) с переходом в желтушный период, который характеризовался развитием синдрома печеночно-клеточной недостаточности (выраженная желтуха, резкое сокращение размеров печени, «печеночный» запах изо рта, тахикардия) и синдрома острой печеночной энцефалопатии, комы I (отсутствие сознания, сохранение корнеальных рефлексов).

2. **Дифференциальный диагноз:** проводится с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, проявляющихся развитием ОПЧН (острые вирусные А, Е, В+Д, С, токсические, лекарственные, аутоиммунные гепатиты, болезнь Вильсона-Коновалова, циррозы печени, диабетическая кома).

Задача № 12

Больной В., 19 лет, учащийся техникума, доставлен машиной «скорой помощи» в инфекционное отделение с синдромом желтухи в тяжелом состоянии.

Из анамнеза: за 4 месяца до настоящего заболевания больной был выписан из хирургического отделения, где находился по поводу флегмонозного аппендицита, осложненного перитонитом. Аппендэктомия сопровождалась переливанием крови. После выписки и до настоящего заболевания злоупотреблял алкогольными напитками. Преджелтушный период протекал по смешанному типу (артралгический, диспепсический и астеновегетативный синдромы) в течение 9 дней. При поступлении жаловался на головную боль, резкую слабость, «ощущение провала в пропасть».

При осмотре: больной вял, сонлив. Кожные покровы и слизистые интенсивно иктеричные. Тоны сердца приглушены. Пульс - 82/мин., ритмичен. Язык влажный. Живот мягкий, умеренноболезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень пальпируется до 1,0 см ниже реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Билирубин крови 215,6 мкмоль/л с преобладанием прямого, АЛАТ 200 ед/л. На следующий день состояние больного ухудшилось: спутанное сознание, двигательное беспокойство, носовое кровотечение. Печень не пальпируется.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 12

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень, фульминантное течение. Осложнение: ОПЭП, прекома II ст.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острое циклическое течение заболевания с развитием острой печеночной энцефалопатии на 2 день желтухи.

- Данных эпид. анамнеза: хирургическое вмешательство 4 месяца назад с проведением гемотрансфузии (парентеральный путь инфицирования). Употребление алкоголя спровоцировало более тяжелое течение заболевания.

- Клинической картины и данных объективного осмотра: преджелтушный период (9 дней) протекал по смешанному варианту: артралгический, диспепсический и астеновегетативный с переходом в желтушный период, который характеризовался развитием синдрома печеночно-клеточной недостаточности (выраженная желтуха, боли в животе, резкое сокращение размеров печени, носовое кровотечение, тахикардия) и синдрома острой печеночной энцефалопатии, прекомы II (сонливость, спутанное сознание, двигательное беспокойство).

- Данных лабораторных методов исследования: синдром холестаза (гипербилирубинемия за счет прямой фракции), слабо выраженный синдром цитолиза (вероятнее всего с тенденцией к снижению из-за некроза гепатоцитов), таким образом, в биохимическом анализе крови имеет место билирубин-ферментная диссоциация.

2. Дифференциальный диагноз: проводится с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, проявляющихся развитием ОПЧН (острые вирусные А, Е, В+Д, С, токсические, лекарственные, аутоиммунные гепатиты, болезнь Вильсона-Коновалова, циррозы печени, диабетическая кома).

Задача № 13

Женщина 34 года, является активным донором. Направлена в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у нее повышением трансаминазы: АлАТ - 750 ед/л. Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалобы на слабость, незначительную желтушность склер.

При обследовании отмечено - печень +0,5 см, плотно-эластической консистенции, край закруглен. Из эпидемиологического анамнеза: от ВГВ вакцинирована; повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2х доноров этой станции.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 13

1. Острый вирусный гепатит С, желтушная форма?

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: появление жалоб на слабость желтушности склер.

- Данные эпид. анамнеза: от ВГВ вакцинирована; является активным донором, в связи с чем активно обследуется на гепатиты, что скорее исключает хроническое течение. К тому же повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2х доноров данной станции гемотрансфузии, что не исключает попадание инфицированного материала парентеральным путем.

- Клинически – лабораторных данных: наличие цитолитического синдрома – повышение АЛТ до 37 норм (норма АЛТ у женщин до 20 ед/л). Астеновегетативный синдром, проявляющийся слабостью. Желтушный синдром – иктеричность склер. Признаки мезенхимального воспаления - печень +0,5 см, плотно-эластической консистенции, край закруглен.

2. Дифференциальный диагноз: с острыми гепатитами А, В, Е; лептоспирозом; гемолитической, механической желтухами.

Задача № 14

В гепатологическое отделение инфекционной больницы направлен призывник, у которого в крови выявляется повышение уровня АлАТ до 60 ед/л, методом ИФА — сумм. anti-HCV. Предъявляет жалобы на слабость, особенно в последние 2 года. Печень +0,5 см, плотно-эластической консистенции, край закруглен, пальпируется край селезенки.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 14

1. Хронический вирусный гепатит С с умеренным воспалительным процессом?

-Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: длительность жалоб на слабость в течение 2 лет, выявлением методом ИФА — сумм. anti-HCV.

--Клинико-лабораторных данных: астеновегетативного (слабость), мезенхимального (печень +0,5 см, плотно-эластической консистенции, край закруглен), цитолитического (повышение АЛТ) синдромов, . Увеличения селезенки - пальпируется край селезенки.

2. Дифференциальный диагноз:

ХГВ

Острые гепатиты А, В, С

Механическая, гемолитическая желтухи

Аутоиммунный гепатит

Токсический гепатит

Ситуационная задача №15

Больной У. 18 лет студент во время зимних каникул заболел остро, познабливало, температура сразу поднялась до 39,5 °С, болела голова, мышцы всего тела; на второй день болезни появилось чувство саднения за грудиной и сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание без экссудации.

При осмотре больного отмечается лихорадочный румянец на щеках, инъекция сосудов склер с единичными петехиальными элементами. Язык обложен белым налетом, слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет.

В периферической крови: $Eg-4,4 \cdot 10^9/l$, $Hg-118 \text{ г/л}$, $Tr-170 \text{ тыс}$; $L-3,8 \cdot 10^9/l$, $p-4\%$, $c-52\%$, лимф.- 41%, м-3%, СОЭ-5 мм/ч.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.
- 3.

Эталон ответа к задаче №15.

1.Предварительный диагноз «Грипп средней степени тяжести» выставлен на основании:

Данных анамнеза заболевания: острое начало с повышения температуры до 39,5°С, головной боли, боли в мышцах, появления на второй день болезни саднения за грудиной, сухого болезненного кашля, затрудненного носового дыхания без экссудации.

Данных эпид. анамнеза: развитие заболевания в зимний период времени, когда наблюдается подъем ОРВИ. Не исключается контакт с больным гриппом во время нахождения на каникулах.

Данных объективного обследования: наличие у больного синдрома интоксикации (выраженная слабость, повышение температуры, головная боль, боли в мышцах), респираторно-катарального синдрома, характерного для гриппа (сухой катар, картина «вирусного зева» - слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки; явления трахеита – саднение за грудиной, сухой болезненный кашель), геморрагического синдрома (инъекция сосудов склер с единичными петехиальными элементами)

Данных лабораторных методов исследования: в общем анализе крови лейкопения, лимфоцитоз, что свидетельствует о вирусной инфекции, тромбоцитопения.

2. **Дифференциальный диагноз** гриппа проводится с другими ОРВИ (парагрипп, аденовирусная инфекция, риновирусная инфекция), ангиной, менингококковой инфекцией.

Ситуационная задача №16

Больная З., 20 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на головную боль в лобной области, небольшую слабость, недомогание, насморк, сухость и першение в горле, незначительные боли в горле при глотании, охриплость голоса, сухой "лающий" кашель. Заболела 2 дня назад. С утра заметила недомогание, познабливало. Температура тела поднялась до 37,5°C, беспокоила незначительная головная боль. К вечеру присоединился жар, небольшая потливость, заложенность носа, небольшие серозные выделения из носовых ходов, першение в горле. На следующий день температура 37,8°C, насморк не усилился, однако появился неприятный, сухой, надсадный кашель, изменился тембр голоса. Живет в общежитии.

При осмотре: температура тела 37,5°C. Кожа нормальной окраски. Слизистая склер, конъюнктив немного гиперемирована, сосуды склер инъектированы. Из носа - небольшое серозное отделяемое. В зеве - разлитая, довольно яркая гиперемия мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, ее зернистость. Миндалины не увеличены. Голос охриплый, тембр снижен, периодически сухой «лающий» кашель. В легких единичные сухие хрипы. Число дыхательных движений - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-82 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: $Eg-4,2 \times 10^{12}/л$, $Hb-120г/л$, $L Tr-190$ тыс; $L-3,8 \times 10^9/л$, $P-4$, $C-54$, $Lm-42$, $COЭ-10$ мм/час. Моча: уд.вес-1021, Лц.-ед. в п/зр.,

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 16

1. Предварительный диагноз «ОРВИ (парагрипп) средней степени тяжести» выставлен на основании:

Данных анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания с повышения температуры до 37,5°C, слабости, умеренной головной боли, появления на второй день насморка, сухости и першения в горле, охриплости голоса, сухого "лающего" кашля.

Данных эпид. анамнеза: Живет в общежитии, что не исключает контакт с больными ОРВИ.

Данных объективного обследования: наличие у больной умеренно выраженного синдрома интоксикации (небольшая слабость, повышение температуры до 37,5°C), катарального синдрома характерного для парагриппа (небольшое серозное отделяемое из носа, картина «вирусного зева» - слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки; явления ларингита - охриплость и снижение тембра голоса, сухой грубый кашель, единичные сухие хрипы в легких).

Данных лабораторных методов исследования: в общем анализе крови лейкопения, лимфоцитоз, что свидетельствует о вирусной инфекции.

2. Дифференциальный диагноз парагриппа проводится с другими ОРВИ (грипп, аденовирусная инфекция, риновирусная инфекция), ангиной.

Ситуационная задача №17

К больной П., 17 лет, вызвана «скорая помощь». Жалобы на высокую температуру, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, сильную головную боль и боль в глазных яблоках. Больна 3-й день, заболевание началось остро, с озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, повышение температуры до 39,2 °C. Со 2-го дня появились боли за грудиной, сухой кашель, заложенность носа. На 3-й день температура снизилась до 38 °C, но усилился кашель, появилась скудная мокрота розового цвета, выросла слабость, появилось чувство нехватки

воздуха. При осмотре – состояние тяжёлое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жёсткое, небольшое количество рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40/мин. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. АД 80 / 40 мм рт.ст.

Февраль месяц. В городе подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче №17

1. Предварительный диагноз «Грипп, тяжелое течение, осложненное геморрагическим отеком легких» выставлен на основании:

Данных анамнеза заболевания: острое начало с повышения температуры до 39,2°C, озноба, головной боли, боли в мышцах, появления на второй день болезни боли за грудиной, сухого кашля, заложенности носа, на 3-й день – усиление кашля, чувство нехватки воздуха и появление мокроты розового цвета.

Данных эпид. анамнеза: подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ.

Данных объективного обследования: наличие у больного синдрома интоксикации (выраженная слабость, повышение температуры, головная боль, боли в мышцах), респираторно-катарального синдрома характерного для гриппа (сухой катар, явления трахеита – боли за грудиной, сухой болезненный кашель), признаки легочно-сердечной недостаточности (беспокойная, бледная, цианоз губ, тахипноэ, в легких сухие и влажные хрипы, гипотония, тахикардия), геморрагического синдрома (мокрота розового цвета).

2. Дифференциальный диагноз гриппа проводится с другими ОРВИ (парагрипп, аденовирусная инфекция, риновирусная инфекция), менингококковой инфекцией.

Ситуационная задача №18

В поликлинику к терапевту обратился студент 20 лет, проживающий в общежитии. Болен 2-ой день. Отмечает легкое недомогание, познабливание, слабость, температура тела 37-37,5°C, насморк, частое чихание, рези в глазах, першение в горле.

При осмотре: Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована, обильные слизисто-водянистые выделения из носа. Умеренно выражена гиперемия конъюнктив и склер, слезотечение. Голос охрипший. Слизистая ротоглотки гиперемирована, зернистость мягкого неба и задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. По внутренним органам без особенностей.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 18

1. Предварительный диагноз «ОРВИ (риновирусная инфекция) средней степени тяжести» выставлен на основании:

Данных анамнеза заболевания: острое начало заболевания с повышения температуры до 37,5°C, слабости, недомогания, насморка, чихания, першения в горле.

Данных эпид. анамнеза: Живет в общежитии, что не исключается контакт с больными ОРВИ.

Данных объективного обследования: наличие у больной умеренно выраженного синдрома интоксикации (небольшая слабость, недомогание, повышение температуры до 37,5°C), выраженного катарального синдрома в форме ринита (слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована, обильные слизисто-водянистые выделения из носа, частое чихание, картина «вирусного зева» - слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, зернистость задней стенки глотки).

2. Дифференциальный диагноз риновирусной инфекции проводится с другими ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция), ангиной, инфекционным мононуклеозом.

Ситуационная задача №19

Больной И., 23 года заболел постепенно. Появилась слабость, боли в горле, насморк, сухой кашель, головная боль. Повысилась температура до 38 °С. Самостоятельно принимал парацетамол, делал ингаляции. Состояние ухудшилось. Появились рези в глазах, усилились боли в горле, насморк, кашель с мокротой, сохранялась лихорадка. Поступил в стационар на 6 день болезни.

При осмотре: Температура 38,5°С. Интоксикация умеренная. Склеры, конъюнктивы гиперемированы, отечны, гнойное отделяемое из глаз. Задняя стенка глотки гиперемирована, отечная, зернистая из-за увеличенных лимфатических фолликулов. Миндалины увеличены до 2 степени, покрыты гнойными наложениями. Дыхание через нос затруднено, из носа умеренное светлое отделяемое. Увеличены подчелюстные, шейные лимфатические узлы. Печень +3 см, пальпируется селезенка. Живот мягкий, безболезненный.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа к задаче № 19

1. Предварительный диагноз «Аденовирусная инфекция средней степени тяжести» выставлен на основании:

Данных анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания с повышения температуры до 38°С, слабости, рези в глазах, боли в горле, насморк, кашель с мокротой.

Данных эпид. анамнеза: Живет в общежитии, что не исключает контакт с больными ОРВИ.

Данных объективного обследования: наличие у больной умеренно выраженного синдрома интоксикации (слабость, недомогание, повышение температуры до 38°С), выраженного катарального синдрома (задняя стенка глотки гиперемирована, отечная, зернистая из-за увеличенных лимфатических фолликулов, дыхание через нос затруднено, из носа умеренное светлое отделяемое), гнойного конъюнктивита, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии.

2. Дифференциальный диагноз аденовирусной инфекции проводится с инфекционным мононуклеозом, ангиной, другими ОРВИ (грипп, парагрипп, риновирусная инфекция).

Задача № 20

Больная М., 28 лет. Обратилась в связи с выявлением HBsAg+ перед планированием беременности. При осмотре предъявляет жалобы на слабость, ↓MT, появление на коже геморрагической сыпи, клинически выявлены телеангиоэктазии, бледность кожных покровов.

Эпид. анамнез: рождена в Узбекистане от мамы с ХГВ, до года перенесла острый тяжелый гепатит В с желтухой, затем не обследовалась.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, предположите стадию болезни
2. Прогноз заболевания, возможно ли планирование беременности?
3. Мероприятия среди контактных лиц.

Эталон ответа к задаче № 20

1. Диагноз: Хронический вирусный гепатит В+Д? с исходом в цирроз печени?

Обоснование предварительного диагноза: диагноз Хронический вирусный гепатит В+Д? с исходом в цирроз печени?

установлен по данным анамнеза - проживание в гиперэндемичном регионе, вертикальный путь заражения, с отсутствием иммунопрофилактики и развитием в раннем детстве тяжелой формы острого гепатита, вероятнее всего В, в настоящее время HBsAg+; наличие астено-вегетативного синдрома, синдрома портальной гипертензии (телеангиэктазии), печеночно-клеточной недостаточности (геморрагический синдром, анемия) у пациентки в молодом возрасте дает возможность предполагать коинфицирование вирусом гепатитом Д с формированием хронического гепатита с исходом в цирроз печени.

2 Прогноз моноинфекции гепатитом В – относительно благоприятный на ранних стадиях ЦП при проведении противовирусной терапии.

При коинфекции ХГ В+Д с исходом в цирроз – неблагоприятный, в связи с агрессивным течением коинфекции и отсутствием эффективной противовирусной терапии. Улучшение прогноза при коинфекции возможно при трансплантации печени.

Планирование беременности на стадии выраженного фиброза/цирроза не рекомендовано/противопоказано.

3. Контактные должны быть обследованы, здоровые вакцинированы против гепатита В.

Задача 21

Пациентка К., 48 лет, процедурная медсестра. 12 Февраля 2016 произошел укол иглой при выездном заборе крови у пациента с коинфекцией ВИЧ+ХГ С, 3 генотип. Сразу после аварийной ситуации провела неспецифическую профилактику гемоконтактных инфекций в полном объеме. После возвращения на работу доложила об аварийной ситуации с внесением в специальный журнал факта аварийной ситуации, сдала анализы крови на ВИЧ и маркеры вирусных гепатитов, через 2 часа после травмы начала специфическую профилактику ВИЧ-инфекции. Результаты анализов крови на ВИЧ, HBsAg, антитела ВГС, взятые в течение 1 часа после аварийной ситуации, были отрицательными. Пациентка привита против гепатита Вв 1997 году, с проведением ревакцинации в 2009 году. Титр антител к HBsAg не определяли.

Через 33 дня после аварийной ситуации госпитализирована в инфекционный стационар с острым гепатитом С, желтушная среднетяжелая форма. Получала патогенетическую и симптоматическую терапию, противовирусная терапия не проводилась.

В декабре 2016 года консультирована инфекционистом, жалоб на самочувствие не предъявляет. При обследовании выявили ПЦР РНК ВГС кач +, 3 генотип, АЛТ 213 ЕД/л, фиброэластометрия- фиброз 2 степени.

Вопросы: 1. Установите диагноз, обоснование диагноза

Эталон ответа к задаче № 21

1. Диагноз: Хронический гепатит С, 3 генотип, с выраженным воспалительным процессом по АЛТ, фиброз 2 ст.

Выставлен на основании данных анамнеза – гемоконтакт от больного с ХГС при аварийной ситуации у ранее здорового медработника, развитие острого гепатита С через 33 дня (укладывается в инкубационный период), сохранение маркеров репликации ВГС более 6 месяцев от первичного выявления, выраженный цитолитический синдром и данные фиброэластометрии.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА: биомедицины, медицинского права и истории медицины

«УТВЕРЖДЕНО»

д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.

(подпись)

(№ протокола заседания кафедры)

От «__» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Биоэтика в общественном здравоохранении
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная/ Очно-заочная
Факультет/Институт	Медико-профилактический
Курс	2
Семестр	3/4
Лекции (час)	6/2
Практические занятия (час)	15/6
Самостоятельная работа (час.)	15/28
Экзамен	-
Зачет	Зачет
Всего (час.)	36
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1
Составитель (-и) ФОС (должность, ФИО)	Заведующий кафедрой Абросимова М.Ю.

2022 год

СОДЕРЖАНИЕ

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контролируемые разделы/темы модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)/промежуточной аттестации	Кол-во
Тема 1.1.	УК -5 УК5.1	Знать: особенности этического и правового регулирования в системе охраны здоровья населения Российской Федерации, обязанности и права врача при осуществлении профессиональной деятельности.	Тестирование	16
		Уметь: : формулировать и аргументированно отстаивать собственную позицию по различным проблемам биоэтики.	Устный опрос	5
		Владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, публичной речи, ведения дискуссии.	Устный опрос	5
Тема 1.2.	УК – 5 УК5.2	Знать: основные этические документы отечественных и международных организаций и нормативно-правовые документы РФ, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности.	Тестирование	20
		Уметь: выявлять проблемные ситуации и осуществлять поиск необходимой информации для решения задач в профессиональной области.	Устный опрос	3
		Владеть: навыками анализа и логического мышления при решении этических и правовых вопросов, возникающих в процессе отдельных видов профессиональной деятельности	Устный опрос	3
Тема 1.3	УК -5 УК5.3	Знать: обязанности и права врача, права пациента при осуществлении отдельных видов медицинской помощи.	Тестирование	12
		Уметь: использовать этические и правовые знания для решения этических и правовых вопросов, возникающих в процессе профессиональной деятельности	Разноуровневые задачи	3
		Владеть: тактикой построения взаимоотношений с пациентами (их законными представителями) на основе терапевтического сотрудничества.	Разноуровневые задачи	10
Тема 1.4	УК -5 УК5.3	Знать: обязанности и права врача, права пациента при осуществлении отдельных видов медицинской помощи.	Тестирование	14
		Уметь: использовать этические и правовые знания для решения этических и правовых вопросов, возникающих в процессе профессиональной деятельности	Разноуровневые задачи	13
		Владеть: тактикой построения взаимоотношений с пациентами (их законными представителями) на основе терапевтического сотрудничества.	Разноуровневые задачи	13
Тема 1.5	УК -5 УК5.3	Знать: обязанности и права врача, права пациента при осуществлении отдельных видов медицинской помощи.	Тестирование	52
		Уметь: использовать этические и правовые знания для решения этических и правовых вопросов, возникающих в процессе профессиональной деятельности	Разноуровневые задачи	10
		Владеть: тактикой построения взаимоотношений с пациентами (их законными представителями) на основе терапевтического сотрудничества.	Разноуровневые задачи	10

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Общие критерии оценки

При изучении дисциплины используются следующие виды учебных занятий: лекции, семинарские занятия, самостоятельная работа.

Текущий контроль успеваемости (ТКУ) - это контроль освоения знаний, умений и навыков в процессе усвоения темы (раздела).

Виды текущего контроля успеваемости:

- тестирование
- устный опрос
- разноуровневые задачи

Оценка ТКУ студентов по отдельной теме выражается по 10-балльной шкале и отражается в учебном журнале.

При проведении промежуточной аттестации учитываются результаты ТКУ за весь период обучения по дисциплине и применяется балльно-рейтинговая система, утвержденная Положением Казанского ГМУ о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся. Итоговая (рейтинговая) оценка включает: оценки по модулям (в 100-балльной шкале), текущие оценки (в 10-балльной шкале), оценку промежуточной аттестации (в 100-балльной шкале).

Контроль по разделам (модулям).

Оценка успеваемости студентов по модульной контрольной работе (модулю) выражается в 100-балльной шкале.

Промежуточная аттестация по дисциплине -зачет:

2. Самостоятельная работа

Студенты обязаны выполнять задания преподавателя по каждой теме. При оценке самостоятельной работы учитывается правильность и своевременность выполненных домашних работ, грамотность в оформлении

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Уровень 1. Оценка знаний

Тесты

Критерии оценки:

- 90-100% - «отлично»,
- 70-89% - «хорошо»,
- 50-79% - «удовлетворительно»,
- менее 50%— «неудовлетворительно».

Устный ответ на вопросы

Критерии оценки:

«Отлично» (9-10 баллов) – полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (8 баллов) – неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (7 баллов) – неполное и неточное определение понятий, неумение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (6 баллов) – нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Уровень 2. Оценка умений

Устный ответ на вопросы

Критерии оценки:

«Отлично» (9-10 баллов) – полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материала последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (8 баллов) – неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (7 баллов) – неполное и неточное определение понятий, неумение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (6 баллов) – нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Решение разноуровневых задач

Критерии оценки:

«Отлично» (9-10 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (8 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос.

«Удовлетворительно» (7 баллов) – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (6 баллов) – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Уровень 3. Оценка навыков

Решение разноуровневых задач

Критерии оценки:

«Отлично» (9-10 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (8 баллов) – комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос.

«Удовлетворительно» (7 баллов) – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (6 баллов) – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

4. Промежуточная аттестация - зачет

Критерии оценки промежуточной аттестации:

Итоговая (рейтинговая) оценка (от 70 до 100 баллов) вычисляется как среднеарифметическое из:

- 1) средней оценки текущей успеваемости;
- 2) оценок, полученных за модульные контрольные работы № 1 и № 2

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тема 1.1. Теоретические основы биоэтики

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК – 5.1. Находит и использует необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими информацию о культурных особенностях и традициях различных сообществ)

Уровень 1

Тесты

1. Причины возникновения биоэтики:

- а) Развитие медицины на Востоке, опубликование “Канона медицины” Авиценны.
- б) Буржуазные революции в Европе и изменение общественного сознания.
- в) Научно-технический прогресс и движение за демократические права.**
- г) Политические и экономические изменения в жизни России.
- д) Вторая мировая война и преступления фашистских врачей

2. Термин «биоэтика» предложен:

- а) Аристотелем **б) Поттером** в) Бенхамом г) К.Бернаром д) Парацельсом

3. Когда был предложен термин ”биоэтика»

- а) IV век до н.э. б) X век н.э. в) 1834 г. **г) 1969 г.** д) 1984 г.

4. Кто может считаться явно некомпетентным пациентом

- а) Очень маленькие дети**
- б) Лица в коматозном состоянии**
- с) Лица с резко сниженными интеллектуальными способностями**
- д) Лица, которые не разбираются в данной области
- е) Пациенты, которые не выполняют рекомендаций врача
- ф) Лица, которые не работают в медицине
- г) Лица, у которых недостаточно медицинских знаний

5. Деонтологическая модель медицинской этики связана с именем:

- а) Дж.Бентама**
- б) Н.И.Пирогова
- с) С.П.Боткина
- д) Гиппократ
- е) Парацельса

6. В какой из указанных моделей взаимоотношений между медицинским работником и пациентом не предусмотрено обязательное информирование пациента о состоянии его здоровья и медицинском вмешательстве

- а) патерналистической**
- б) совещательной
- с) контрактной
- д) инженерной

7. Регулирование взаимоотношений между людьми является основным назначением:

- а) этики**
- б) биоэтики
- с) медицинской этики
- д) философии
- е) всех указанных наук

8. Перечислите модели взаимоотношений между медицинским работником и пациентом, при которых врач обязан информировать пациента о состоянии его здоровья и медицинском вмешательстве

- a) *информационная*
- b) *коллегиальная*
- c) *контрактная*
- d) патерналистическая
- e) авторитарная

9. Этические вопросы, связанные с современным развитием биологии и медицины, изучает

- a) *биоэтика*
- b) этика
- c) медицинская деонтология
- d) медицинская этика
- e) все указанные науки

10. Первая модель медицинской этики связана с именем:

- a) *Гиппократ*
- b) Сократа
- c) Аристотеля
- d) Платона
- e) Авиценны

11. Для деонтологической модели отношений врач-пациент основным принципом является:

- a) *Исполняй долг*
- b) Не навреди
- c) Делай благо
- d) Помогай пациенту
- e) Уважай пациента

12. Основным принципом в модели медицинской этики Парацельса является:

- a) *делай благо*
- b) всегда говори правду
- c) не навреди
- d) исполняй свой долг
- e) уважай пациента

13. Основное содержание биоэтики составляет:

- a) *нравственное отношение ко всему живому*
- b) основные правила взаимоотношений между людьми
- c) отношение врача к пациенту
- d) взаимоотношения в медицине и биологии
- e) взаимоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи

14. Наиболее древняя, традиционная модель взаимоотношений между врачом и пациентом

- a) *Патерналистическая*
- b) Информационная
- c) Коллегиальная
- d) Контрактная
- e) Конвенциональная

15. Биоэтика - это наука ...

- a) об отношении человека ко всему живому
- b) о взаимоотношениях между людьми
- c) об отношении человека к природе
- d) о взаимоотношениях между врачом и пациентом (его близкими)
- e) о положении человека в обществе

16. Биоэтика является частью этики

Верно *Неверно*

Уровень 2, 3

Устный опрос

Вопросы для подготовки по теме

1. Определение и краткая история биоэтики.

Термин “биоэтика” введен американским биологом В.Р.Поттером, выпустившим в 1969 г. книгу “Биоэтика – мост в будущее”. В ней он обозначил биоэтику как соединение биологических знаний и человеческих ценностей, понимая её как “науку о выживании и улучшении условий жизни”, как дисциплину, “определяющую меру ответственности тех, кто принимает решение о выборе метода лечения и о применении научных знаний на практике”. Эта дефиниция не устоялась, и спектр её значения трактуется весьма широко. С нашей точки зрения, за основу можно взять определение, предложенное Страсбургским симпозиумом по биоэтике (1990), согласно которому

биоэтика, будучи комплексной областью знаний, изучает моральные, юридические и социальные проблемы, возникающие по мере развития медицины и биологии.

Во многих зарубежных публикациях наряду с термином “биоэтика” широко употребляется, по существу, его синоним “биомедэтика”, “биомедицинская этика”.

Формирование биоэтики как новой области знаний (новой научной дисциплины) было обусловлено прежде всего небывалым прогрессом медицины, связанным с начавшейся в 60-е годы научно-технической революцией. Широкое внедрение в практику новейших, на грани фантастики, технологий вызвало к жизни комплекс морально-этических и правовых проблем, решение которых в рамках традиционной медицинской этики оказалось весьма затруднительным, а порой и невозможным, причем эти проблемы касались всех периодов жизни человека - от зачатия до смерти. Хорошо известно, например, какие острые моральные коллизии возникают в связи с размножением *in vitro*, суррогатным материнством, определением пола будущего ребенка. Не меньшего драматизма полна ситуация, когда приходится отвечать на вопрос: не следует ли прекратить лечение больного, находящегося несколько месяцев (а то и лет) в устойчивом вегетативном (бессознательном) состоянии? Нельзя не отметить и остроту этических проблем, возникающих с развитием трансплантологии (проблема донорства, констатации смерти, коммерческого использования органов и тканей).

2. Причины и факторы возникновения биоэтики.

Ведущей причиной развития биоэтики стало также движение за демократические права, массовое распространение и утверждение в общественном сознании населения западных стран либерально-демократических идей об индивидуальных правах и свободах, о примате прав человека, в контексте которых не могли не получить нового осмысления и права пациента как их составная и наиважнейшая часть. В этике Гиппократов либеральных трактовок прав пациента попросту не существовало. В то же время к правам пациента стали относить положения, традиционно считавшиеся прерогативой врачей. Как итог указанных тенденций происходит смена традиционной патерналистской схемы отношений между врачом и пациентом на модели, основанной на признании принципов самоопределения, автономии пациента, на модели информационного и совещательного характера. Например, из обязанностей медика ставить больного в известность о предполагаемом способе медицинского вмешательства возникло право пациента на информацию и выбор (вплоть до отказа) метода лечения.

Кроме этих двух основополагающих причин, следует упомянуть и о таких факторах, способствующих формированию и развитию биоэтики, как:

- необходимость контроля (этического, правового, общественного) за исследовательской деятельностью во многих областях медицины, ибо эта деятельность затрагивает фундаментальные ценности общества и человека;

- возрастание роли биомедицинского права (ряд проблем уже не может быть урегулирован традиционными этическими нормами, для этого требуется правовой контроль);

- необходимость этического и правового регулирования экспериментальных исследований на животных и людях, размах которых возрастает в геометрической прогрессии, и соответственно решение важнейшей задачи – минимизации риска, страданий и боли для испытуемых, защита их интересов;

- медиализация как двуединый процесс: феномен чрезвычайного возвышения ценности здоровья и гигантски возросшая роль медицинской науки и практики в современном обществе;

- нарастающее внимание к проблеме реализации принципа социальной справедливости в системе здравоохранения (особенно в условиях страховой медицины, коммерциализации медицинских услуг) и социальной помощи (вопросы распределения все более ограниченных ресурсов);

- возрастающее значение морального плюрализма при разрешении тех биоэтических ситуаций, когда вовлеченные в них люди вынуждены брать на себя ответственность за установление пределов своего собственного существования, сознательно преступая границы собственной религиозной, этнической, политической, расовой и сексуальной идентичности;

- глобализация биоэтических проблем, наличие и решение которых затрагивает интересы всего человечества..

3. Соотношение понятий медицинская этика, биомедицинская этика, биоэтика.

Сущностные критерии	Этика	Медицинская этика	Биоэтика
Определение Явления	Наука, философское учение	Вид (отрасль) профессиональной этики	Комплексная область знания, изучающая не только моральные, но и социальные и юридические проблемы современного общества
Основное содержание	Нормы, правила, принципы поведения человека в обществе, по отношению к другим людям (животным)	Нормы, правила, принципы поведения медицинского работника	Нормы, правила, принципы поведения человека по отношению ко всему живому
Основное назначение	Регулирование взаимоотношений между людьми (а также отношения человека к животным)	Изучение моральных проблем, возникающих при оказании медицинской помощи	Междисциплинарный анализ этических вопросов, вызванных современным развитием биологии и медицины
Цель	Стремление к установлению идеально-разумного и справедливого строя жизни и характера общения	Внедрение и регуляция профессиональных этических стандартов	Принятие жизненно значимых решений в области биомедицины совместно с медиками и обществом (государством, правом, общественным мнением), выработка гуманистического мировоззрения
Сфера функционирования	Отношения между людьми	Отношения между медицинским работником и пациентом, самими медицинскими работниками, медицинскими работниками и обществом, специалистами и обществом	Отношения между техническими возможностями человечества и общечеловеческими ценностями

4. Биоэтическая модель медицинской этики, ее принципы: «не навреди», «делай благо», «признание автономии личности и уважение его прав».

Модели медицинской этики и их принципы:

Модель Гиппократа – «не навреди»

Модель Парацельса – «делай благо»

Деонтологическая модель – «делай должное»

Биоэтическая модель – «признание автономии личности пациента и уважение его прав»

Принцип признания автономии личности по сути дела конкретизирует качественно новую роль, которую играют пациенты в современной медицине.

Человек признается «автономной личностью» в том случае, если он действует свободно на основе рационального понимания собственного блага.

Для описания различных типов взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели: патерналистическую (пасторскую), информационную, инженерную, коллегиальную (совещательную) и контрактную.

Исторически сложилось (со времен врачевания в древнем мире), что главенствующее положение занимала и по существу была единственной патерналистская (или авторитарная) модель взаимоотношений врача и больного, которая напоминает отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. Наиболее характерными чертами этой модели являются:

1. Врач принимает на себя обязанность действовать на благо пациента и сам же определяет в чем это благо заключается;

2. Врач решает в какой мере и в каком аспекте информировать больного о его состоянии и перспективах лечения;

3. За врачом остается последнее слово в выборе метода лечения.

Основой отношений между больным и врачом было полное доверие. Больной доверял врачу - врач брал на себя заботу о нем, всю ответственность за течение и исход болезни.

Обоснованием такой модели служили как большой опыт, знания и практика врача, так и озабоченность, страх, зависимость и подавленность, присущие, как правило, серьезно больным пациентам, что часто значительно нарушает их обычные способности принимать решения.

Однако, в середине XX в. в связи с невиданно возросшим уровнем медицин-ских знаний и практики, с новыми био-медицинскими технологиями, а также с распространением идей прав человека возникли и получили широкое распро-странение другие модели взаимоотношений врача и пациента. Патерналистская же модель считается допустимой лишь по отношению

- к лицам с резко сниженным интеллектуальным уровнем;
- к больным, находящимся в бессознательном состоянии.
- к детям;

Но, и к детям, по мнению многих врачей, патерналистский подход оправдан лишь в случаях если ребенок без роди-телей и находится в интернатном учреждении или в стационаре, а также при необходимости экстренной помощи. Од-нако крайний патернализм здесь также недопустим.

Кроме того существуют значительное количество пациентов, которые воспринимают патерналистическое отноше-ние к себе в качестве наиболее адекватного, для которых оно психологически наиболее приемлемо.

Однако в современном обществе пациент- это не только объект профессионального воздействия медицинского ра-ботника, но и (прежде всего) мыслящий субъект, личность. Его не могут не волновать вопросы собственного физиче-ского и психического благополучия. Он хочет разобраться в сущности протекающих в его организме физиологических и патологических процессов. Поэтому в условиях резкого повышения общей культуры населения и уровня медицинских знаний возникает потребность в изменении традиционной патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента, на смену которой приходят более совершенные, отвечающие духу и требованию времени модели.

Традиционный медицинский патернализм предписывал врачу принимать решения и действовать самостоятельно, игнорируя мнение пациента о том, в чем заключается его благо. Тем самым врач лишал пациента возможности быть личностью, «хозяином» собственного тела, «автором» собственной биографии. Лечение – это не только вмешательство в организм страдающего человека, но и часть жизни (эпизод биографии) как врача, так и пациента, причем их общая часть, которую они проживают, взаимодействуя друг с другом. Поэтому пациент может вполне рационально доверять или не доверять экспертному суждению врача, основываясь на своем предшествующем опыте общения с ним. Именно на этом основании строится его право выбора врача, закрепленное законодательством.

В непатерналистских моделях взаимоотношения врача и больного строятся на основе сотрудничества. Главное (принципиальное) отличие их от патерналистской основывается прежде всего на признании автономии пациента и за-ключается в следующем: если в первой модели информированность пациента ставится в зависимость от желания врача, то в новых моделях получение информации, выбор метода лечения и полный контроль за любым медицинским вмеша-тельством становится его правом.

Практически не бывает такого заболевания и такого состояния пациента, которые лечились бы одним единственным способом. Обычно имеется несколько вариантов. Врач обладает познаниями о предпочтительности того или иного ва-рианта с медицинской точки зрения. Но оптимальное с биологической точки зрения врача не всегда оптимально с био-графической точки зрения пациента. Каждый человек заинтересован в том, чтобы принимать важные решения, влияю-щие на его жизнь, включая выбор медицинского вмешательства (а также и отказ от него), самостоятельно, а это требует, чтобы этот выбор уважался врачом.

Следует отметить, что право на полную и правдивую информацию входит в противоречие с принципами классиче-ской медицинской этики, идущими от Гиппократы: "окружи больного любовью и разумным утешением, но главное оставь его в неведении о том, что ему предстоит и, особенно, что угрожает".

Сторонники патерналистской модели считают, что в ряде случаев откровенное объяснение врача ведет к так назы-ваемой информационной ятрогении. Сообщение больному, особенно с тяжелым неизлечимым заболеванием, правды о его состоянии может резко ухудшить его психическое и физическое состояние.

Иными словами, в условиях многовариантности методов лечения и неоднозначности экспертных заключений раци-ональный самостоятельный выбор пациентом своего блага строится на его критической способности оценивать различ-ные источники информации, отличать достоверное мнение от рекламы и саморекламы. В этом выборе пациент и реа-лизует себя как автономную личность.

5. Исторические модели взаимоотношений в системе «врач-больной»: патерналистская, инженерная (техническая), коллегиальная, контрактная. Характеристика, общие и отличительные черты.

Исторически сложилось (со времен врачевания в древнем мире), что главенствующее положение зани-мала и по существу была единственной патерналистская (или авторитарная) модель взаимоотношений врача и больного, кото-рая напоминает отеческое отношение родите-ля к ребенку или священника к прихожа-нину. Наиболее характерными чертами этой модели являются:

1. Врач принимает на себя обязанность действовать на благо пациента и сам же определя-ет в чем это благо за-ключается;
2. Врач решает в какой мере и в каком аспекте информировать больного о его состоянии и перспективах лечения;
3. За врачом остается последнее слово в выборе метода лечения.

Основой отношений между больным и врачом было доверие. Больной доверял врачу - врач брал на себя заботу о нем, всю ответственность за течение и исход болезни. Традиционно взаимоотношения врача и больного в большой степени основывались на слепой вере; врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду. Обоснованием такой модели служили как больший опыт, знания и практика врача, так и озабоченность, страх, зависимость и подавленность, присущие, как правило, се-рьезно больным пациентам, что часто значительно нарушает их обычные способности принимать решения.

В непатерналистских моделях взаимоотношения врача и больного строятся на основе сотрудничества: они делятся сомнениями, сообщают друг другу полную правду. Главное (принципиальное) отличие их от патерналистской основывается прежде всего на признании автономии пациента и заключается в следующем: если в первой модели информированность пациента ставится в зависимость от желания врача, то в новых моделях получение информации, выбор метода лечения и полный контроль за любым медицинским вмешательством становится его правом.

Суть информационной модели заключается в предоставлении больному всей информации, касающейся его здоровья. Автономия пациента заключается в выборе медицинского вмешательства по своему усмотрению и в контроле за ходом лечения. На врача же возлагается обязанность осуществить выбор пациента. Таким образом, в информационной модели врач выступает в роли компетентного эксперта- профессионала.

При этой модели ответственность за исход заболевания, в основном, ложится на больного. Но, и у врача появляется новая форма ответственности - ответственность за информирование пациента. Однако больные хотят видеть во враче не только профессионала, но и человека сочувствующего и понимающего их тревоги и духовные потребности. Отсутствие этого - явный недостаток информационной модели. Кроме того, пациенты должны быть достаточно компетентными, чтобы иметь способность принимать участие в процессе решения и ответственно судить о ходе лечения.

Сутью совещательной (коллегиальной) модели является помощь больному в выборе лечения, наиболее полезного для него. Больной в рамках этой модели предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом. Врач должен предоставить больному всю медицинскую информацию, а затем объяснить какие методы предпочтительнее и убедить его в этом. Таким образом, врач выступает как друг и учитель.

Для того чтобы быть равноправным в своем взаимодействии с врачом пациент должен получить от врача достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т.д. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, по сути действуя как коллега лечащего врача. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора. Право, основанное на знании.

Эта модель признает, что каждый, как правило, привносит нечто существенное в правильный выбор лечения. Врачи применяют свой профессиональный опыт и дают экспертизу относительно прогнозов лечения, включая альтернативу нелечения, но только пациент знает свои собственные цели и ценности, которые в той же мере важны при оценке ожидаемых результатов от альтернативного лечения. К главному недостатку совещательной модели относят возможность навязывания врачом больному своего мнения, т.е. превращение данной модели в патернализм, с одной стороны, и редкое достижение полнейшей гармонии и взаимопонимания между больным и врачом в силу разных объективных и субъективных причин: различных ценностных ориентаций, принадлежности к различным социальным классам или этническим группам. Кроме того, в условиях коммерческой медицины у врача существует объективная (то есть обусловленная не его личностными качествами, а самим реальным положением дел) заинтересованность в минимизации собственных расходов и максимизации доходов, тогда как интерес пациента, напротив состоит в том, чтобы получить максимум доступной помощи при минимизации собственных затрат на ее получение.

Говоря о контрактной модели взаимоотношений между медиками и пациентами, имеется в виду не только юридическое содержание понятия "контракт" (договор), но и более общее его определение, подразумевающее договорное распределение ролей и взаимной ответственности. Именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом, если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишит врача тех полномочий, которые тот получил в силу договора, и потребовать компенсации.

Тема 1.2. Правовое регулирование отдельных видов медицинской помощи

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК – 5.2. Демонстрирует уважительное отношение к историческому наследию и социокультурным традициям различных народов и культурных традиций мира, в зависимости от среды взаимодействия и задач профессиональной деятельности)

Уровень 1

Тесты

1. Юридическая ответственность возникает на основании:

- 1) правовой нормы в соответствии с нормами Международного права
- 2) **правовой нормы, закреплённой законом**
- 3) правовой нормы, сформулированной в приказе Министерства здравоохранения РФ
- 4) правовой нормы, сформулированной в Конституции РФ
- 5) правовой нормы, сформулированной в Указе Президента РФ.

2. Одним из видов юридической ответственности медицинского работника является:

- 1) **материальная ответственность**
- 2) конституционная ответственность
- 3) гражданско-процессуальная ответственность
- 4) уголовно-процессуальная ответственность
- 5) все указанные виды ответственности

3. Мерой дисциплинарной ответственности медицинского работника может быть:

- 1) штраф
- 2) предупреждение
- 3) **замечание**
- 4) домашний арест
- 5) уголовное наказание

4. Особенность гражданско-правовой ответственности заключается в:

- 1) **наложении на правонарушителя невыгодных имущественных последствий**
- 2) штрафе
- 3) возмещении материального ущерба
- 4) возмещении морального ущерба
- 5) аресте (конфискации) имущества

5. Материальная ответственность возникает:

- 1) **между работником и работодателем**
- 2) между медицинским работником и пациентом
- 3) между пациентом и медицинской организацией
- 4) между пациентами
- 5) верны все указанные варианты

6. Правовые конфликты в здравоохранении можно урегулировать следующими методами:

- 1) **обращение в суд**
- 2) обращение к Президенту РФ
- 3) подача иска в Европейский суд по правам человека
- 4) обращение в средства массовой информации
- 5) обращение в Министерство здравоохранения

7. Третейский суд - это:

- 1) суд общей юрисдикции
- 2) суд, образованный сторонами для решения конкретного спора
- 3) **постоянно действующий третейский суд или третейский суд, образованный сторонами для решения конкретного спора**
- 4) суд субъекта Российской Федерации
- 5) суд, в котором для решения спора привлекается третья сторона

8. Использование правового метода медиации в здравоохранении регулируется законом:

- 1) Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 2) **Федеральный закон №193-ФЗ от 27.07.2010 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника»**
- 3) Конституция РФ
- 4) Уголовно-процессуальный кодекс РФ
- 5) Федеральный закон "О медиации в РФ"

9. Иск о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни пациента некачественным предоставлением медицинских услуг можно подать в:

- 1) Конституционный Суд РФ
- 2) Прокуратуру РФ
- 3) **Федеральный суд общей юрисдикции**
- 4) Администрацию Президента РФ
- 5) Европейский суд по правам человека

10. Претензия пациента на некачественное оказание медицинской помощи (услуги) может быть направлена:

- 1) в общественное объединение пациентов
- 2) **главному врачу организации, которая оказывала медицинскую помощь (услугу) пациенту**
- 3) в третейский суд
- 4) в средства массовой информации
- 5) в Аппарат Президента РФ

11. При нарушении прав пациента перед обращением в суд он должен сначала предъявить претензию медицинскому учреждению и получить письменный отказ.

Верно **Неверно**

12. Решение третейского суда является окончательным и не может быть оспорено уже в государственном суде.

Верно Неверно

13. При причинении вреда пациенту в процессе оказания медицинской помощи нормами Гражданского Кодекса РФ установлена презумпция вины причинителя вреда

14. Виды юридической ответственности медицинских работников:

- 1) административная
- 2) гражданско-правовая
- 3) уголовная
- 4) моральная
- 5) **материальная**

15. Мерой дисциплинарной ответственности является лишение права заниматься медицинской деятельностью на определенный срок.

Верно **Неверно**

16. Какое из указанных деяний не относится к врачебным профессиональным преступлениям

- 1) **хранение и распространение наркотических средств**

- 2) неоказание помощи больному
- 3) незаконное проведение аборта
- 4) незаконное врачевание
- 5) нарушение неприкосновенности частной жизни

17. К какому виду профессиональных преступлений относится разглашение сведений, составляющих врачебную тайну в соответствии с Уголовным кодексом РФ?

- 1) **нарушение неприкосновенности частной жизни**
- 2) нарушение прав и свобод человека и гражданина
- 3) нарушение прав пациента
- 4) незаконное раскрытие личной информации
- 5) нарушение права на сохранение в тайне сведений, составляющих врачебную тайну

18. Кто, из указанных лиц, должен в соответствии с законом хранить в тайне сведения, составляющие врачебную тайну

- 1) **Мед. сестра процедурного кабинета**
- 2) **Студенты, проходящие обучение в клинике**
- 3) **Электрик, обслуживающий данное медицинское учреждение**
- 4) **Работник службы охраны**
- 5) Больные, находящиеся с пациентом в одной палате
- 6) Родственники пациента
- 7) Все граждане, которым стала известна эта информация

19. Какие юридические органы имеют право доступа к информации, составляющей врачебную тайну в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

- 1) **Органы дознания**
- 2) **Органы следствия**
- 3) **Суд**
- 4) Коллегия адвокатов
- 5) Аппарат Президента
- 6) Органы Федеральной службы безопасности (ФСБ)
- 7) Работники Министерства внутренних дел (МВД)

20. За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, медицинский работник может быть привлечен к ответственности:

- 1) **уголовной**
- 2) **административной**
- 3) дисциплинарной
- 4) материальной
- 5) имущественной

Уровень 2

1. Нормативно-правовая система в сфере охраны здоровья граждан. Общие положения и организация охраны здоровья граждан РФ

Ответ: Нормативно-правовая система в сфере охраны здоровья граждан.

Конституция РФ статья 41:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.
3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

Законодательство, регулирующее отдельные виды медицинской деятельности:

1. Федеральный закон от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».
2. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
5. Федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов».
6. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
7. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
8. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
9. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
10. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
11. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека».
12. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

2. Общие положения и организация охраны здоровья граждан РФ.

1. Основные принципы охраны здоровья (ст. 4)

Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

2. Охрана здоровья граждан (ст. 2, п. 2)

охрана здоровья граждан (далее - охрана здоровья) - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

3. Организация охраны здоровья

1. Организация охраны здоровья осуществляется путем:

- 1) государственного регулирования в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования;
- 2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения;
- 3) организации оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями;
- 4) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 5) обеспечения определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 6) управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

2. Организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.
3. Государственную систему здравоохранения составляют:
 - 1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы;
 - 2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти (за исключением федеральных органов исполнительной власти, указанных в пункте 1 настоящей части);
 - 3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.
4. Муниципальную систему здравоохранения составляют:
 - 1) органы местного самоуправления муниципальных районов, муниципальных округов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;
 - 2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.
5. Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

2. Юридическая ответственность медицинских работников и ее виды

Ответ: *Юридической ответственностью называются неблагоприятные последствия личного, имущественного и специального характера, налагаемые государством на правонарушителя в установленной законом процессуальной форме.* В зависимости от характера совершенного правонарушения выделяют следующие виды юридической ответственности медицинских работников: административную, гражданско-правовую, материальную, дисциплинарную и уголовную.

Нормативным основанием юридической ответственности является правовая норма, предусматривающая ответственность за определенный вид деяний. Фактической основой привлечения лица к юридической ответственности служит совершение им правонарушения.

Административная ответственность – разновидность юридической ответственности, которая выражается в применении административного наказания к лицу, совершившему административное правонарушение. Мерой административной ответственности является административное наказание. Кодекс об административных правонарушениях предусматривает различные виды административных наказаний (ст. 3.2).

Медицинские организации и медицинские работники могут быть субъектами некоторых административных правонарушений, посягающих на права граждан, их здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения. В частности, в отношении медицинских работников и медицинских организаций применяются статьи Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (КоАП РФ): Статья 5.39; Статья 6.2; Статья 6.3; Статья 6.16; Статья 6.28; Статья 6.29; Статья 6.30; Статья 6.31; Статья 6.32; Статья 6.33; Статья 13.11; Статья 13.14; Статья 14.1; Статья 14.3; Статья 14.7; Статья 14.4; Статья 14.4.2; Статья 19.4.; Статья 19.5.; Статья 19.7.8.

Гражданско-правовая ответственность — одна из форм государственного принуждения, состоящая во взыскании судом с правонарушителя в пользу потерпевшего имущественных санкций, перелагающих на правонарушителя невыгодные имущественные последствия его поведения и направленных на восстановление нарушенной имущественной сферы потерпевшего.

В зависимости от особенностей конкретных гражданских правоотношений различаются и виды имущественной ответственности за гражданские правонарушения. Так, по основаниям наступления можно выделить ответственность за причинение имущественного вреда (совершение имущественного правонарушения) и ответственность за причинение морального вреда (вреда, причиненного личности). Первый вид ответственности наиболее распространен в гражданском праве и применяется к подавляющему большинству гражданских правонарушений в отношениях между любыми субъектами. Основания такой ответственности могут предусматриваться как законом (в некоторых случаях – и подзаконным актом), так и соглашением сторон (договором). Второй вид ответственности возникает только в отношении граждан-потерпевших и лишь в случаях, прямо предусмотренных законом. Ответственность за причинение морального вреда, как правило, возникает независимо от вины причинителя, состоит в денежной (но не в иной материальной) компенсации и осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда, т.е. сверх него (ст. 1099–1101 ГК РФ).

Материальная ответственность – это основанная на нормах трудового права обязанность одной стороны трудового договора возместить ущерб, причиненный другой стороне этого договора. Например, материальная ответственность работодателя может наступить в случае задержки выплаты заработной платы и иных выплат, причитающихся работнику; материальная ответственность работника медицинской организации может наступить в случае порчи медицинского оборудования данной медицинской организации (статьи 37-39 ТК РФ).

Дисциплинарная ответственность – это вид юридической ответственности, основным содержанием которой являются меры (дисциплинарное взыскание), применяемые работодателем к работнику в связи с совершением им дисциплинарного проступка. Мерой дисциплинарной ответственности являются дисциплинарные взыскания (статья 192 Трудового кодекса РФ) – замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям.

Уголовная ответственность – это вид юридической ответственности, налагаемый судом на лицо, совершившее преступление. Мерой уголовной ответственности является наказание, которое представляет собой меру государственного принуждения, назначаемую по приговору суда лицу, признанному виновным в совершении преступления, и заключающуюся в предусмотренных уголовным законом лишении или ограничении прав и свобод этого лица.

Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом РФ под угрозой наказания (ч.1 ст. 14 УК РФ).

Под профессиональным преступлением в медицинской деятельности понимается умышленное или по неосторожности совершенное медицинским работником в нарушение своих профессиональных обязанностей, общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное Уголовным Кодексом РФ под угрозой наказания.

Все профессиональные преступления, которые могут быть совершены медицинскими работниками, содержатся в различных главах Особенной части Уголовного кодекса РФ. Условно их можно разделить на следующие группы:

1. Преступления против жизни и здоровья пациента (ст. 105; ч. 2 ст. 109; ч. 2 ст. 118; ст. 120; ч. 4 ст. 122; ст.123; ст. 124 УК РФ).
2. Преступления против конституционных прав и свобод человека (ст. 127; ч. 2 ст. 128; ст. 137 УК РФ).
3. Преступления против семьи и несовершеннолетних (ст. 153; ст. 154; ст. 155 УК РФ).
4. Преступления в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ (ст. 228; п. «б» ч. 3 ст. 228.1; ст. 228.2; п. «б» ч. 2 ст. 228.4; п. «в» ч. 2 ст. 229; ст. 233 УК РФ).
5. Преступления против здоровья населения (ч. 4 ст. 234; ст. 235; ст. 236; ст. 237; ст. 247; ст. 248 УК РФ).

3. Страхование гражданской ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью.

Ответ: Страхование профессиональной ответственности врачей

Ошибки со стороны врачей при установлении диагноза не всегда можно рассматривать как проявление небрежности. Медицинские работники могут быть признаны виновными на том основании, что они не проявили необходимой осторожности. Претензии могут быть предъявлены пациентами даже в том случае, если лечение было произведено наилучшим образом. Поэтому страхование профессиональной ответственности врачей базируется на небрежности – неудачное использование своих профессиональных знаний и умений при добросовестном, благоразумном и компетентном подходе к исполнению своих обязанностей. Для установления факта, имела ли место небрежность, служат требования (критерии), которые предъявляются к соответствующей профессии в целом.

Объектом страхования профессиональной ответственности врачей являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы страхователя, связанные с его обязанностью возместить вред, причиненный жизни и здоровью третьим лицам при осуществлении им профессиональной медицинской деятельности.

Страховым случаем является предъявление страхователю иска о возмещении вреда, причиненного жизни, здоровью третьих лиц, возникшего при осуществлении страхователем своей профессиональной деятельности и повлекшие за собой смерть, утрату трудоспособности, увечье третьих лиц.

Страховщик несет ответственность:

1. по возмещению вреда, причиненного жизни, здоровью третьих лиц, в соответствии с законодательством РФ в пределах страховой суммы и установленных в договоре страхования лимитов ответственности;
2. по возмещению расходов, связанных с ведением судебных дел о возмещении вреда в пределах страховой суммы и установленных в договоре страхования лимитов ответственности.

Особенность данного вида страхования заключается в том, что страховщик несет ответственность не только по страховым случаям, наступившим в течение срока действия договора страхования, но и в течение еще 6 месяцев после окончания действия договора страхования.

Страховая ответственность не распространяется на требования о возмещении ущерба, причиненного:

1. медицинским работником умышленно, вследствие его грубой небрежности, халатности, преступления или попытки совершения преступления. К умышленному причинению вреда приравниваются совершенные действия или бездействие, при которых возможное наступление убытка ожидается с достаточно большой вероятностью и сознательно допускается лицом, ответственным за такие действия;
2. при совершении страхователем действий, требующих соответствующих дипломов, лицензий, образовательных аттестатов, сертификатов и специальных разрешений, если последние не подтверждены установленными документами;
3. в результате обстоятельств, связанных с последствиями военных действий, восстаний, путчей, забастовок, гражданских волнений, диверсий, внутренних беспорядков, чрезвычайного или особого положения, объявленного органами власти, за исключением случаев, когда профессиональная деятельность врача в указанной обстановке является работой и согласована со страховщиком;
4. в связи с известными страхователю обстоятельствами, повышающими степень страхового риска, о которых страховщик не был поставлен в известность;

5. в результате умышленного нарушения законов, постановлений, ведомственных или производственных правил, инструкций или других нормативных документов, которыми руководствуется страхователь при осуществлении своей профессиональной деятельности;

6. вследствие действий, направленных на наступление страхового случая.

Ответственность страховщика наступает с момента вступления окончательного решения суда о признании страхователя виновным в причинении вреда третьим лицам в законную силу.

Также не возмещается вред, возникший вследствие:

1. действий страхователя в состоянии алкогольного, наркотического, другого опьянения или его последствий;

2. нарушения страхователем правил обращения и хранения лекарственных, наркотических, сильнодействующих средств;

3. нарушения страхователем санитарно-гигиенических, противоэпидемических правил, что повлекло распространение особо опасных и социальных заболеваний (СПИД, венерические заболевания, туберкулез);

4. заражения при переливании крови, если не была произведена проверка сертификата переливания крови;

5. выполнения страхователем действий, не соответствующих должностным обязанностям, квалификации, а также направлениям деятельности, установленным лицензией;

6. оказания медицинских услуг не по месту работы страхователя;

7. осуществления деятельности в экстремальных условиях из-за всякого рода военных действий, гражданских волнений, незаконных актов третьих лиц, военных или гражданских властей, ядерного взрыва, радиоактивного заражения, отключения электроэнергии, тепло- и водоснабжения;

8. отказа потерпевшего от медицинского вмешательства, оформленного документально;

9. правительственных или иных указаний, предписаний или требований компетентных органов страхователю в части осуществления профессиональной деятельности.

Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон. Страховая сумма – максимальная сумма, которую страховщик выплатит в качестве возмещения всех исковых требований по всем страховым случаям в течение периода действия договора страхования, включая расходы по судопроизводству, если это оговорено в договоре.

Кроме того, в договоре страхования могут быть установлены по соглашению сторон следующие лимиты ответственности:

1. по одному страховому случаю;

2. по одному исковому требованию;

3. по одному виду риска:

1. возмещения вреда, причиненного жизни, здоровью третьих лиц;

2. возмещения расходов, связанных с ведением судебных дел о возмещении вреда.

Для заключения договора страхования страхователь представляет страховщику письменное заявление, к которому прилагаются сведения о страхователе и его работниках (возраст, образование, занимаемая должность, квалификация, ученая степень, стаж), а также о наличии исков по гражданской ответственности за последние пять лет.

Уровень 3

1. Механизмы разрешения правовых конфликтов

Ответ: Конфликтное взаимодействие образуется в ситуации оказания медицинской помощи и медицинских услуг. Необходимо отметить, что пациент может выступать как в конфликтной ситуации «пострадавшей» стороной (73% переданных в суд дел за 2018–2019 гг.), так и инициатором конфликта (27% переданных на рассмотрение суда дел).

1. Правовой метод с использованием медиации (на основе Федерального закона №193-ФЗ от 27.07.2010 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)»). Он основывается на принципе добровольной информированности сторон конфликтного взаимодействия – медицинских работников, пациентов и медиаторов.

Процедура медиации - способ урегулирования споров при содействии медиатора на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения.

Медиатор, медиаторы - независимое физическое лицо, независимые физические лица, привлекаемые сторонами в качестве посредников в урегулировании спора для содействия в выработке сторонами решения по существу спора.

Организация, осуществляющая деятельность по обеспечению проведения процедуры медиации, - юридическое лицо, одним из основных видов деятельности которого является деятельность по организации проведения процедуры медиации, а также осуществление иных предусмотренных настоящим Федеральным законом действий.

Результат процедуры медиации заключается в заключении медиативного соглашения (соглашение, достигнутое сторонами в результате применения процедуры медиации к спору или спорам, к отдельным разногласиям по спору и заключенное в письменной форме).

2. Претензионный метод. В основу положена претензия пациента, обращенная напрямую к исполнителю медицинской услуги или к руководству медицинского учреждения, о добровольном урегулировании конфликта и восстановлении нарушенных прав пациента в досудебном порядке. Именно бесплатность и общедоступность зачастую является особым преимуществом претензионного метода разрешения конфликтных ситуаций в медицинских учреждениях. Кроме того, у пациента, составившего претензию, появляются и дополнительные возможности, например, без особых правовых знаний получить страховую компенсацию от страховой фирмы. Применение данного метода урегулирования

конфликтных ситуаций в медицинской сфере становится популярным, так как медицинские организации все чаще предпочитают не доводить дело до судебного процесса. Поэтому пациент, по своему желанию, может либо предъявить требование о защите нарушенного права медицинскому учреждению, либо обратиться напрямую с иском в суд. Если же решение, вынесенное по претензии, которая была обращена к руководству медицинского учреждения, не разрешит конфликтную ситуацию между медицинским работником и пациентом, у последнего имеется возможность обратиться в суд с исковым заявлением.

3. Третейский суд. На основании Федерального закона от 24.07.2002 №102-ФЗ «О третейских судах в Российской Федерации», третейский суд – постоянно действующий третейский суд или третейский суд, образованный сторонами для решения конкретного спора. Данный правовой инструмент, к сожалению, не получил в современном российском правовом пространстве активного распространения в практике правового разрешения данных ситуаций в сфере здравоохранения. Решение третейского суда является окончательным и не может быть оспорено уже в государственном суде. Активное распространение использования третейского суда в качестве способа урегулирования конфликтов в сфере здравоохранения лежит в области модернизации гражданского судопроизводства.

4. Создание общественных объединений медицинскими работниками и пациентами. Граждане РФ на основании ст. 28 Федерального закона от 23.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» имеют правовую возможность добровольно создавать общественные объединения по защите своих прав в сфере здравоохранения (например, «Лига защиты прав пациентов», «Ассоциация медицинских сестёр Республики Татарстан»).

5. Обращение в суд. Иск о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни пациента некачественным предоставлением медицинских услуг, может быть предъявлен пациентом на основании статьи 208 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) в федеральный суд общей юрисдикции.

Нормами ГК РФ установлена презумпция вины причинителя вреда. Для медицинского учреждения это означает, что пациент не должен доказывать суду, что врач причинил ему вред, а вот врач и медицинское учреждение обязаны доказать, что они не причиняли вред пациенту. Основным правовым документом, защищающим права врача, является договор на оказание медицинских услуг, а также добровольное информированное согласие, полученное от пациента. Однако если судом будет доказано, что пациент был неправильно информирован в корыстных целях, например, чтобы склонить пациента к согласию на дополнительный платный вид лечения, то это будет умышленное причинение вреда с использованием врачом должностного положения. Но фактически довольно часто врачу необходимо убедить пациента в определённом вмешательстве для поддержания здоровья самого пациента, однако в суде данная ситуация может развернуться не в пользу врача и медицинского учреждения.

2. Права граждан в области охраны здоровья. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья. Права пациентов

Ответ: Права граждан в области охраны здоровья.

В соответствии с N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 гражданин имеет право на:

1. охрану здоровья (ст. 18);
2. медицинскую помощь (ст. 19);
3. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства (ст. 20);
4. выбор врача и медицинской организации (ст. 21);
5. информацию о состоянии здоровья (ст. 22);
6. информацию о факторах, влияющих на здоровье (ст. 23);
7. создание общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья (ст. 28).

Права отдельных групп населения в области охраны здоровья.

1. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья (ст. 24):
 1. В целях охраны здоровья и сохранения способности к труду, предупреждения и своевременного выявления профессиональных заболеваний работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, работники, занятые на отдельных видах работ, проходят обязательные медицинские осмотры.
 2. Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры, утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
 3. В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, работник может быть признан врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.
 4. В целях охраны здоровья работодатели вправе вводить в штат должности медицинских работников и создавать подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинскую часть и другие подразделения), оказывающие медицинскую помощь работникам организации. Порядок организации деятельности таких подразделений и медицинских работников устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
 5. Работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения.

2. Права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья (ст. 25):
 1. Военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим (далее - военнослужащие и приравненные к ним лица), а также граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, имеют право на прохождение военно-врачебной экспертизы для определения годности к военной службе или приравненной к ней службе и для досрочного увольнения с военной службы или приравненной к ней службы на основании заключения военно-врачебной комиссии.
 2. Граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемые на альтернативную гражданскую службу, и граждане, поступающие на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, проходят медицинское освидетельствование в порядке, предусмотренном статьей 61 настоящего Федерального закона, и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы или приравненной к ней службы и показаниях для отсрочки или освобождения от призыва на военную службу по состоянию здоровья.
 3. Военнослужащие и приравненные к ним лица имеют право на получение медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях, а при их отсутствии или при отсутствии в ведомственных медицинских организациях отделений соответствующего профиля, специалистов либо специального медицинского оборудования - на получение медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральным органам исполнительной власти и федеральным государственным органам, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.
 4. Порядок организации медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам устанавливается Правительством Российской Федерации, особенности организации оказания медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам, в том числе порядок их освобождения от исполнения обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с заболеванием и иными причинами, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти и федеральными государственными органами, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.
 5. Граждане при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также граждане, направляемые на альтернативную гражданскую службу, имеют право на получение медицинской помощи в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности к военной службе или приравненной к ней службе.
 6. Особенности охраны здоровья военнослужащих и приравненных к ним лиц, а также отдельных категорий граждан, проходящих военную службу или приравненную к ней службу в федеральных органах исполнительной власти и федеральных государственных органах, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба, определяются законодательством Российской Федерации, регламентирующим деятельность этих органов.
3. Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи (ст. 26):
 1. Лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, в соответствии с законодательством Российской Федерации.
 2. Беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период из числа лиц, указанных в части 1 настоящей статьи, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства.
 3. При невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы лица, заключенные под стражу или отбывающие наказание в виде лишения свободы, имеют право на оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, а также на приглашение для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных.
 4. При оказании медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения сотрудниками органов и учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляется охрана лиц, указанных в части 3 настоящей статьи, и при необходимости круглосуточное наблюдение в целях обеспечения безопасности указанных лиц, медицинских работников, а также иных лиц, находящихся в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в порядке, установленном федераль-

ным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, совместно с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Клиническая апробация, испытание лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств с привлечением в качестве объекта для этих целей лиц, указанных в части 1 настоящей статьи, не допускаются.

6. В отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, договор о добровольном медицинском страховании расторгается.

7. Порядок организации оказания медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, лицам, указанным в части 1 настоящей статьи, устанавливается законодательством Российской Федерации, в том числе нормативными правовыми актами уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Права пациентов (ст. 19 п.5):

Пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

3. Правовая и социальная защита медицинских работников.

Ответ: Права медицинских работников и меры их стимулирования (ст. 72)

1. Медицинские работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

- 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
- 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
- 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
- 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
- 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
- 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
- 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

2. Правительством Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам за счет соответственно бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов.

3. Информация об установлении дополнительных гарантий и мер социальной поддержки медицинским работникам размещается в Единой государственной информационной системе социального обеспечения. Размещение и получение указанной информации в Единой государственной информационной системе социального обеспечения осуществляются в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

Тема 1.3. Этико-правовые проблемы медико-биологического эксперимента
УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

(УК – 5.3. Умеет толерантно и конструктивно взаимодействовать с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции)

Уровень 1

Тесты

1. В каком международном документе впервые даны рекомендации по проведению медико-биологических исследований на людях?

1. В Лиссабонской декларации
2. В Сиднейской декларации
3. В Хельсинкской декларации
4. В Венецианской декларации
5. **В Нюрнбергском кодексе**

2. С какого возраста ребенок может дать самостоятельное информированное согласие на участие в эксперименте

1. С 14 лет
2. **С 15 лет**
3. С 16 лет
4. С 18 лет
5. Зависит от уровня развития ребенка

3. Полное название Хельсинкской декларации ВМА Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека

4. Могут ли исследователи, проводящие эксперимент, скрывать часть информации от субъекта исследования?

1. могут, т.к. испытуемый не является компетентным и не поймет всех тонкостей эксперимента
2. могут, т.к. испытуемому не нужна вся информация
3. **могут, но с разрешения КЭК**
4. не могут, т.к. это запрещено международными требованиями
5. верно 1, 2, 3

5. В каком году впервые была принята Хельсинкская декларация?

1. 1926
2. 1947
3. 1955
4. **1964**
5. 1981

6. Клинические эксперименты согласно Хельсинкской декларации – это

1. любые медицинские исследования на людях
2. медицинские исследования, проводимые в лечебном учреждении опытными врачами
3. медицинские исследования с целью лечения субъекта исследования
4. **медицинские исследования, сочетающиеся с оказанием медицинской помощи**
5. медицинские исследования, проводимые в клиниках – лечебных учреждениях, где проходит обучение студентов

7. В каком случае субъекту исследования выплачивается компенсация за участие в исследовании?

1. **В любом случае**
2. Только, если его здоровью нанесен существенный ущерб
3. Только если он участвует в длительном эксперименте и вынужден оставить работу
4. Только если существует потенциальный риск его здоровью
5. Верно 3,4

8. Нюрнбергский кодекс был принят:

1. Всемирной медицинской ассоциацией
2. Всемирной организацией здравоохранения
3. Комиссией по делам медицины Совета Европы
4. Международным военным трибуналом
5. Бюро ЮНЕСКО по вопросам биоэтики

9. На каком этапе проведения эксперимента пациент (субъект исследования) может отказаться от участия в эксперименте?

1. на любом этапе эксперимента
2. перед началом эксперимента (до того, как подписал договор об участии в эксперименте)
3. в ходе эксперимента, если не выдан аванс компенсации за участие в эксперименте
4. в ходе эксперимента, если субъект исследования вернул аванс компенсации

на заключительном этапе, если результаты эксперимента уже predeterminedены

10. На каких детях в России не проводятся клинические исследования

1. *Не имеющих родителей*
2. Инвалидах
3. С врожденными пороками развития
4. Новорожденных
5. Верно 2,3,4

11. Могут ли в России проводиться клинические исследования на заключенных?

1. Могут, если заключенный болен
2. Могут, но только с письменного согласия самого заключенного
3. Могут под наблюдением сотрудников колонии
4. *Не могут, так как это запрещено законом.*
5. Верно 1,2,3

12. Целью создания Национального этического комитета является:

1. *Соблюдение принципов биомедицинской этики в обществе*
2. Контроль за соблюдением этических норм при проведении биомедицинских исследований
3. Экспертиза проектов НИР по критериям биомедицинской деятельности
4. Рассмотрение вопросов этического характера в практической врачебной деятельности
5. Верно 2,3,4

Вопросы для подготовки по теме

1. Основные определения и понятия по теме занятия: эксперимент, медицинский эксперимент, клинический эксперимент.

Эксперимент - (от лат. experimentum - проба, опыт), метод познания, при помощи которого в контролируемых и управляемых условиях исследуются явления природы и общества (Большой Энциклопедический словарь)

Медицинский эксперимент - это активные (фармакологические, хирургические, лучевые и др., связанные с медицинским вмешательством) воздействия на человека, изменяющие течение его физиологических или патологических процессов для достижения цели эксперимента

Клинический (терапевтический) эксперимент - это медицинский эксперимент, проводимый одновременно с медицинским вмешательством субъекту исследования (диагностикой, лечением, профилактическими или реабилитационными мерами).

2. Типы и виды экспериментов, их цели.

Типы экспериментов:

1. Эмпирико-прагматический наблюдательный.
2. Эксперимент как терапевтическая манипуляция клинической ситуацией ради индивидуального блага подопытного человека.
3. Эксперимент как научная манипуляция экспериментальной ситуацией во имя общего прогресса науки и для предположительного социального блага.
4. Эксперимент как научная (возможно псевдонаучная) манипуляция без терапевтических и научных целей во имя военных, политических и других целей.

Виды экспериментов:

Клинический. Цель – польза для данного конкретного испытуемого. Цель отдаленная - польза всем пациентам с таким же заболеванием.

Неклинический (научный). Цель – получение знаний. Цель отдаленная – прогресс медицины, благо общества.

3. Основные требования к проведению экспериментов с участием людей.

Изложены в Нюрнбергском кодексе (Международный военный трибунал, Нюрнберг, 1947 г.) и Хельсинкской декларации (Всемирная медицинская ассоциация, Хельсинки, 1964 г.):

1. Абсолютно необходимым условием проведения эксперимента на человеке является добровольное согласие последнего.

2 Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты, недостижимые другими методами или способами исследования, он не должен носить случайный, необязательный по своей сути характер.

3 Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных, знании истории развития данного заболевания или других изучаемых проблем. Его проведение должно быть так организовано, чтобы ожидаемые результаты оправдывали сам факт его проведения.

4. При проведении эксперимента необходимо избегать всех излишних физических и психических страданий и повреждений.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в случае, если «a priori» есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения испытуемого, исключением, возможно, могут являться случаи, когда врачи-исследователи выступают в качестве испытуемых при проведении своих экспериментов

6. Степень риска, связанного с проведением эксперимента, никогда не должна превышать гуманитарной важности проблемы, на решение которой направлен данный эксперимент

7. Эксперименту должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено оборудованием, необходимым для защиты испытуемого от малейшей возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента от тех, кто проводит его или занят в нем, требуется максимум внимания и профессионализма.

9. В ходе проведения эксперимента испытуемый должен иметь возможность остановить его, если, по его мнению, его физическое или психическое состояние делает невозможным продолжение эксперимента.

10. В ходе эксперимента исследователь, отвечающий за его проведение, должен быть готов прекратить его на любой стадии, если профессиональные соображения, добросовестность и осторожность в суждениях, требуемые от него, дают основания полагать, что продолжение эксперимента может привести к ранению, инвалидности или смерти испытуемого.

4. Права испытуемых в медико-биологических исследованиях

Пациент или его законный представитель имеют право:

1. На информацию о предстоящем исследовании:

- 1) о сущности исследования;
- 2) о безопасности и ожидаемом результате исследования;
- 3) степени риска для участника;
- 4) об условиях участия в исследовании;
- 4) о цели или целях и продолжительности исследования;
- 5) о действиях участника исследования в случае непредвиденных эффектов;
- 6) об условиях обязательного страхования жизни, здоровья участника исследования;
- 7) о гарантиях конфиденциальности участия пациента в исследовании.

2. Добровольное согласие на участие в исследовании, подтвержденное его подписью или подписью его законного представителя на информационном листке участника исследования.

3. Возмещение денежных расходов, связанных с участием в исследовании.

4. Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии проведения такого исследования.

5. Обязательное страхование жизни, здоровья участника.

6. Конфиденциальность информации об участии и ходе исследования.

5. Право на проведение клинических исследований лекарственных средств

Организацию проведения клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения вправе осуществлять:

- 1) разработчик лекарственного препарата или уполномоченное им лицо;
- 2) образовательные учреждения высшего профессионального образования и (или) образовательные учреждения дополнительного профессионального образования;
- 3) научно-исследовательские организации.

Клинические исследования лекарственных препаратов для медицинского применения проводятся в порядке, установленном Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», на основании разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата, выданного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, который ведет реестр выданных разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов, содержащий указание на их цель или цели, в установленном этим органом порядке.

Клинические исследования лекарственных препаратов для медицинского применения проводятся в медицинских организациях, аккредитованных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

6. Дополнительные принципы, касающиеся клинических исследований

Изложены в **Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации**

1. Врач может проводить медицинское исследование одновременно с оказанием медицинской помощи лишь постольку, поскольку данное исследование оправданно с точки зрения его вклада в профилактику, диагностику и лечение заболеваний. При проведении медицинских исследований одновременно с оказанием медицинской помощи применяются дополнительные стандарты обеспечения защиты интересов пациентов, участвующих в исследованиях.

2. Положительные результаты, риски, нагрузки на испытуемых и эффективность нового метода должны оцениваться в сопоставлении с наиболее передовыми на данный момент методами профилактики, диагностики и лечения.

3. По завершении исследования каждому пациенту-участнику должна быть предоставлена доступ к наилучшим методам профилактического, диагностического и терапевтического обслуживания, выявленных в результате данного исследования.

4. Врач обязан предоставить пациенту полную информацию об тех аспектах оказываемой медицинской помощи, которые имеют непосредственное отношение к исследованию. Отказ пациента от участия в исследовании ни при каких обстоятельствах не должен отрицательно сказываться на отношениях между врачом и пациентом.

5. В случае отсутствия апробированных методов профилактики, диагностики и лечения или при их недостаточной эффективности, врач может после получения информированного согласия пациента применить не апробированные или новые профилактические, диагностические и терапевтические меры, если, по мнению врача, они дают надежду на спасение жизни пациента, восстановление его здоровья или облегчение тяжести протекания заболевания. При возможности эти меры должны стать целью исследования, направленной на оценку их безопасности и эффективности. Во всех подобных случаях новая полученная информация должна быть задокументирована и, при возможности, опубликована. При этом следует руководствоваться другими соответствующими принципами настоящей Декларации.

7. Права пациентов, участвующих в клиническом исследовании

Пациент, участвующий в клиническом исследовании, или его законный представитель имеют все права, что и при любом другом исследовании, а именно:

1. На информацию о предстоящем исследовании:

- 1) о сущности исследования;
- 2) о безопасности и ожидаемом результате исследования;
- 3) степени риска для участника;
- 4) об условиях участия в исследовании;
- 4) о цели или целях и продолжительности исследования;
- 5) о действиях участника исследования в случае непредвиденных эффектов;
- 6) об условиях обязательного страхования жизни, здоровья участника исследования;
- 7) о гарантиях конфиденциальности участия пациента в исследовании.

2. Добровольное согласие на участие в исследовании, подтвержденное его подписью или подписью его законного представителя на информационном листке участника исследования.

3. Возмещение денежных расходов, связанных с участием в исследовании.

4. Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии проведения такого исследования.

5. Обязательное страхование жизни, здоровья участника.

6. Конфиденциальность информации об участии и ходе исследования.

Кроме того, в клиническом исследовании у испытуемого есть дополнительные права:

1) на доступ к наилучшим методам профилактического, диагностического и терапевтического обслуживания, выявленных в результате данного исследования. Он имеет право знать, где и как он может приобрести этот продукт, если он окажется безопасным и эффективным, и том числе и период от окончания исследования до одобрения продукта для всеобщего использования.

2) Отказ пациента от участия в исследовании ни при каких обстоятельствах не должен отрицательно сказываться на отношениях между врачом и пациентом

8. Особенности проведения экспериментов на уязвимых субъектах исследования

1) на беременных и кормящих грудью женщинах;

Беременные или кормящие грудью женщины не должны быть субъектами неклинических исследований, за исключением случаев, когда риск исследования для плода или вскармливаемого ребенка не более чем минимальный и целью исследования является получение новых знаний о беременности или лактации. ФЗ «Об обращении лекарственных

ных средств» запрещает проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку;

Примерами таких КИ могут быть испытания эффективности и безопасности лекарств, снижающих перинатальный перенос HIV-инфекции от матери ребенку, или испытания средств выявления аномалий плода.

2) на лицах с психическими и поведенческими расстройствами;

Прежде чем предпринимать исследование участием лиц, которые по этой причине не способны дать адекватное ИС, СПИ должен убедиться, что:

- такие лица не станут субъектами исследования, которое можно провести на лицах, умственно полноценных;
- цель исследования – получить знания, связанные с существенными проблемами лиц, страдающих такими расстройствами;
- ИС каждого СуИ получается в соответствии с его возможностями, и отказ предполагаемой СуИ от участия всегда будет уважаться;
- в случае недееспособности СуИ ИС получают у опекуна или законного представителя;
- степень риска, не связанного с получением пользы самим СуИ, мала и соизмерима с важностью получаемых в период исследования знаний;
- вмешательства, направленные на получение терапевтического эффекта, не менее вредны для СуИ, чем альтернативные.

Добровольное сотрудничество таких больных людей должно достигаться в той степени, в какой это позволяет их интеллектуальный статус. При получении согласия законных представителей или ближайших родственников – супруга, родителя или брата (сестры) – необходимо учитывать, что в некоторых семьях такие больные могут рассматриваться как обуза.

3) на заключенных;

С этической точки зрения, заключенные с тяжелыми болезнями или риском развития тяжелых болезней не должны произвольно лишаться доступа к исследуемым лекарствам, вакцинам или другим агентам, которые дают надежду на лечебную или профилактическую эффективность. Хотя никакие международные декларации не препятствуют участию заключенных в биомедицинских исследованиях, проводить исследования с заключенными в качестве СуИ не рекомендуется, так как под сомнение ставится добровольность их согласия в связи с их ограниченной независимостью.

ФЗ «Об обращении лекарственных средств» запрещает проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

4) на детях.

Предпринимая исследование с участием детей, СПИ должен убедиться в том, что:

- дети не будут вовлекаться в исследование, которое равным образом может быть проведено с участием взрослых;
- целью исследования является получение знаний, относящихся к потребностям здоровых детей;
- родитель каждого ребенка дал родственное ИС;
- ИС каждого ребенка получено в соответствии с его возможностями;
- отказ ребенка от участия в ИУЧ должен быть уважаем даже в случае, если по протоколу исследования ребенок получит лечение, не имеющее приемлемой с медицинской точки зрения альтернативы;
- риск, вытекающий из процедур, не направленных непосредственно на пользу индивидуального СуИ – ребенка, мал и соизмерим с важностью получаемых знаний;
- вмешательства, направленные на получение терапевтического эффекта, не менее полезны для каждого СуИ – ребенка, чем альтернативные средства.

Добровольное сотрудничество ребенка должно быть оформлено после того, как ребенок будет проинформирован в соответствии с его зрелостью и интеллектом. В России установлен возраст, в котором ребенок может давать ИС – 15 лет. Дети старшего возраста, способные дать ИС должны отбираться для исследования прежде младших детей, если научные соображения позволяют это. Отношение ребенка, к участию в исследовании необходимо уважать даже при наличии родительского ИС. Исключением может быть только случай, когда предусмотренное протоколом лечение не имеет медицински приемлемой альтернативы. Родителю, давшему ИС на участие ребенка в исследовании, должно быть дано право наблюдать процесс исследования с тем, чтобы он имел возможность исключить ребенка из исследования, если сочтет, что это в интересах ребенка.

ФЗ «Об обращении лекарственных средств» запрещает проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

9. На ком в РФ нельзя проводить клинические испытания

В соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов:

- 1) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- 2) женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необходимости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку;
- 3) военнослужащих, за исключением случаев проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов. Клиническое исследование такого лекарственного препарата может проводиться с участием в качестве пациентов военнослужащих, за исключением военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, с соблюдением требований, установленных настоящим Федеральным законом в отношении гражданских лиц;
- 4) сотрудников правоохранительных органов;
- 5) лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

Уровень 2

Решение разноуровневых задач

1. Мужчина 72 года, рак предстательной железы, костные и гепатические метастазы. На консилиуме решено начать лечение новым противораковым препаратом (первое испытание на человеке). Считается, что разрешение больного не нужно спрашивать, так как больной все равно обречен, а препарат хотя бы на некоторое время продлит его жизнь. Больной не знает, что он обречен.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Хельсинкской Декларации ВМА больной имеет право на информацию о своем заболевании и новом методе лечения. Добровольное информированное согласие – одно из основных требований проведения экспериментов на человеке.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – лечением новым противораковым препаратом.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

2. Женщина 43 года, рак яичников, перитонеальные и плевральные метастазы. Предполагается инъекция веществ, не имеющих отношения к заболеванию, но позволяющие провести исследования после смерти. На состоянии здоровья пациентки введение препарата никак не отразится.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента возможно, так как согласно Хельсинкской Декларации ВМА экспериментальные исследования с привлечением человека в качестве объекта необходимы для прогресса медицинской науки. При этом соблюдается основное условие – отсутствие риска для здоровья пациентки.

б) Эксперимент неклинический, так как он хотя и сочетается с медицинским вмешательством, но данной пациентке не принесет никакой пользы, а его целью является получение знаний, прогресс медицины и благо общества в будущем.

в) Условия проведения:

1. Проведение в медицинской организации, аккредитованной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.
2. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных.
3. Проведение лицами, обладающими необходимой научной подготовкой, и под контролем медицинских работников-специалистов в области клинической медицины.
4. Добровольное письменное информированное согласие испытуемого.
5. Возможность остановить эксперимент в ходе его проведения по желанию пациентки или исследователя, если, по их мнению, физическое или психическое состояние пациентки делает невозможным продолжение эксперимента.
6. Порядок проведения эксперимента должен подробно фиксироваться в форме протокола.
7. Протокол представляется специально назначенному комитету по этике для рассмотрения, подготовки замечаний, представления рекомендаций.
8. Соблюдение конфиденциальности.

9. Соблюдение прав испытуемого.

3. Пациент психиатрической клиники, вялотекущая шизофрения, депрессивное состояние. Предполагается испытание новых лекарственных средств, применяемых в психиатрической практике. Опекун больного согласен. Лечащий врач против.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента возможно, так как согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств», допускается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, предназначенного для лечения психических заболеваний, с участием в качестве пациентов лиц с психическими заболеваниями, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, предполагает пользу данному пациенту и в дальнейшем другим пациентам с таким же заболеванием.

в) Условия проведения:

1. Проведение в медицинской организации, аккредитованной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

2. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных.

3. Проведение лицами, обладающими необходимой научной подготовкой, и под контролем медицинских работников-специалистов в области клинической медицины.

4. Добровольное письменное информированное согласие законных представителей испытуемого и, по возможности, самого испытуемого.

5. Присутствие (по желанию) законных представителей во время проведения эксперимента.

6. Возможность остановить эксперимент в ходе его проведения по желанию законных представителей, или пациента, или исследователя, если, по их мнению, физическое или психическое состояние пациента делает невозможным продолжение эксперимента.

7. Порядок проведения эксперимента должен подробно фиксироваться в форме протокола.

8. Протокол представляется специально назначенному комитету по этике для рассмотрения, подготовки замечаний, представления рекомендаций.

9. Соблюдение конфиденциальности.

10. Соблюдение прав испытуемого.

2. Ребенок 6 лет страдает бронхиальной астмой, предлагается лечение новым препаратом, предполагающим непосредственное введение в бронхи при помощи бронхоскопической техники (это первое испытание на ребенке, на животных и взрослых пациентах получен положительный эффект). Родители согласны. Ребенок категорически против.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, учитывая несколько обстоятельств:

1) травматичный вид проведения и возможность нанесения физической и психической травмы ребенку;

2) по условиям задачи эксперимент был успешно проведен на взрослых пациентах, следовательно, в привлечении ребенка к данному исследованию нет необходимости;

3) отказ ребенка от участия в исследовании должен быть уважаем, тем более, что бронхиальная астма имеет альтернативные и менее рискованные методы лечения.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – применение нового способа лечения.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

3. На беременных женщинах, посещающих женскую консультацию, предполагается исследование, целью которого является выяснение влияния спокойной классической музыки на течение беременности, предстоящие роды, состояние плода и дальнейшее развитие ребенка.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента возможно, так как риск исследования для самой пациентки, плода или вскармливаемого ребенка не более чем минимальный и целью исследования является получение новых знаний о беременности и дальнейшем развитии ребенка.

б) Эксперимент неклинический, так как он не сочетается с медицинским вмешательством, его целью является получение знаний, прогресс медицины и благо общества в будущем.

в) Условия проведения:

1. Проведение в медицинской организации, аккредитованной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

2. По возможности, эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных.

3. Проведение лицами, обладающими необходимой научной подготовкой, и под контролем медицинских работников-специалистов в области клинической медицины.

4. Добровольное письменное информированное согласие беременной женщины.

5. Возможность остановить эксперимент в ходе его проведения по желанию пациентки или исследователя, если, по их мнению, физическое или психическое состояние пациентки или будущего ребенка делает невозможным продолжение эксперимента.

6. Порядок проведения эксперимента должен подробно фиксироваться в форме протокола.

7. Протокол представляется специально назначенному комитету по этике для рассмотрения, подготовки замечаний, представления рекомендаций.

8. Соблюдение конфиденциальности.

9. Соблюдение прав испытуемого.

Уровень 3

Решение разноуровневых задач

1. Заключение (убийство при отягчающих обстоятельствах) болен открытой формой туберкулеза. Согласен на проведение эксперимента по испытанию нового лекарственного средства, дающего хорошие результаты в опытах на морских свинках (на человеке первое испытание).

а) Возможность проведения эксперимента

б) Определите вид эксперимента

в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – лечением новым лекарственным средством.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

2. Женщина 25 лет госпитализирована в связи с добровольным прерыванием беременности. Ей предлагается за несколько часов до операции введение определенных веществ с целью изучения воздействия на 12-недельный плод (тератогенное действие медикамента).

а) Возможность проведения эксперимента

б) Определите вид эксперимента

в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) Эксперимент проведен быть не может, потому что беременные женщины не могут быть субъектами неклинических исследований, за исключением случаев, когда риск исследования для плода не более чем минимальный. В данном случае предполагается тератогенное действие на плод.

б) Эксперимент неклинический, так как не сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

3. Здоровый мальчик 14 лет дал согласие на проведение эксперимента по определению физической и психической адаптации школьников в условиях экстремальных ситуаций. Родители ребенка против проведения эксперимента.

а) Возможность проведения эксперимента

б) Определите вид эксперимента

в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) Эксперимент проведен быть не может, потому что при привлечении детей в качестве субъектов исследований до 15 лет необходимо информированное письменное согласие родителей ребенка.

б) Эксперимент неклинический, так как не сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

4. Здоровому заключенному (кража кошелька в общественном транспорте) предлагают участие в медицинском эксперименте, безопасном для его жизни и здоровья с условием, что ему может быть сокращен срок или улучшены условия содержания. Согласие заключенного имеется.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» испытание новых методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, а также лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств с привлечением в качестве объекта для этих целей лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, не допускается. Кроме того, при получении согласия потенциального испытуемого применялись ненадлежащие стимулы для привлечения к участию в эксперименте – обещание сократить срок или улучшить условия содержания, т.е. его согласие на участие в данном эксперименте нельзя считать добровольным.

б) Эксперимент неклинический, так как пациент здоров, не сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту, а его целью является получение знаний, прогресс медицины и благо общества в будущем.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

5. Ребенок 12 лет, (родители погибли в автомобильной аварии, когда ребенку было 2 года), страдает бронхиальной астмой. Его опекуну врач предлагает попробовать лечение новым импортным препаратом, находящимся в России на стадии клинических испытаний. В стране-производителе лекарство уже несколько лет применяется на практике.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – лечением новым лекарственным препаратом.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

6. Для исключения психотерапевтического эффекта (эффекта плацебо) проведение эксперимента по испытанию нового жаропонижающего средства планируется на пациентах психиатрической клиники, больных ОРЗ.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента
- в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов лиц с психическими заболеваниями, признанных недееспособными, допускается для лечения психических заболеваний. Цель данного исследования – получить знания, не связанные с проблемами лиц, страдающих такими расстройствами, поэтому этот эксперимент можно провести на лицах с ОРЗ, но не страдающих психическим заболеванием.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – лечением новым лекарственным препаратом.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

7. Испытание нового профилактического противовирусного препарата предполагается на рядовых военнослужащих одной из воинских частей в период эпидемии ОРЗ, так как для проведения эксперимента необходимо большое число испытуемых. Согласие военнослужащих получено.

- а) Возможность проведения эксперимента
- б) Определите вид эксперимента

в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» запрещено проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов военнослужащих, за исключением случаев проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов. Цель данного исследования – получить знания, не связанные с проблемами только военнослужащих, поэтому этот эксперимент можно провести на других контингентах населения с ОРЗ.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – применением нового профилактического противовирусного препарата.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

8. На рядовых военнослужащих срочной службы по призыву одной из воинских частей предполагается испытание нового лекарственного препарата для профилактики воздействия боевого отравляющего вещества. Это первое испытание на человеке. На животных получен положительный эффект.

а) Возможность проведения эксперимента

б) Определите вид эксперимента

в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» запрещено проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов военнослужащих, Клиническое исследование такого лекарственного препарата может проводиться с участием в качестве пациентов военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, даже в случае проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов. Цель данного исследования – получить знания, не связанные с проблемами только военнослужащих, поэтому этот эксперимент можно провести только на военнослужащих, проходящих службу по контракту.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – применением нового препарата, для профилактики воздействия боевого отравляющего вещества.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

9. Испытание нового лекарственного средства для лечения железодефицитной анемии предполагается на воспитанниках детского дома дошкольного возраста, так как там эта патология имеет достаточно широкое распространение. Согласие заведующей детским домом и детского врача получено.

а) Возможность проведения эксперимента

б) Определите вид эксперимента

в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента невозможно, так как согласно Федеральному закону «Об обращении лекарственных средств» запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

б) Эксперимент клинический, так как он сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту – лечением новым лекарственным препаратом.

в) Нет ответа, так как эксперимент не будет проведен.

10. Исследование посмертного влияния низких температур на состояние внутренних органов человека предполагается на пациентах дома престарелых.

а) Возможность проведения эксперимента

б) Определите вид эксперимента

в) Условия проведения эксперимента

Ответ: а) проведение эксперимента возможно, так как согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских, научных и учебных целях при соблюдении определенных условий.

б) Эксперимент неклинический, так как исследования проводятся уже после смерти пациента здоров, не сочетается с медицинским вмешательством, необходимым данному конкретному пациенту, а его целью является получение знаний, прогресс медицины и благо общества в будущем.

в) Условия проведения эксперимента:

1) письменное волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования. Если тело не востребовано после смерти человека по причине отсутствия

его супруга, близких родственников, законных представителей или других лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение, в порядке и в сроки, установленные взявших на себя обязанность осуществить погребение, в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле можно провести исследования после заключения договора с администрацией дома престарелых.

2) Изъятие органов и тканей должно проводиться в соответствии с ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

3) В соответствии с Законом РФ «О погребении и похоронном деле» достойное отношение к телу умершего.

4) Проведение квалифицированными специалистами.

5) Проведение исследования и хранение материалов в особых специально оснащенных помещениях.

6) Кремация (погребение) трупов, органов, образцов тканей после их исследования с соблюдением действующего законодательства, санитарных требований и этических норм.

Тема 1.4. Социально-этические аспекты медицинских мер по контролю за рождаемостью **УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия**

(УК – 5.3. Умеет толерантно и конструктивно взаимодействовать с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции)

Вопросы для подготовки по теме

1. Этические проблемы искусственного аборта

- Актуальность проблемы аборта.

Историческое отношение медицинского работника к аборту является одной из первых и основных этико-медицинских проблем, сохраняющих свою актуальность и сегодня.

Ежегодно во всем мире более 75 миллионов женщин сталкивается с проблемой нежелательной беременности. Приблизительно 2/3 нежелательных беременностей (50 млн.) заканчиваются абортом.

Ежегодно производят около 20 миллионов криминальных абортов, которые являются причиной 80 000 материнских смертей и множества других осложнений.

Аборт нельзя считать полностью безопасной операцией. Осложнения после него наблюдаются у каждой третьей женщины, у первобеременных их частота доходит до 45%. Основными осложнениями являются бесплодие, невынашивание, воспалительные процессы гениталий, эндокринные нарушения, срыв гормональной регуляции.

Вместе с тем, искусственный аборт в России продолжает оставаться основным методом планирования беременности

- Определение и виды абортов.

Аборт (от лат. abortus — «выкидыш»). Абортом называется - любое прерывание беременности на сроке до 22 недель. Аборт может быть *самопроизвольным* (выкидыш) или результатом человеческого вмешательства (*искусственный*). Много самопроизвольных абортов происходит в течение первого триместра беременности. Согласно научным данным от 15 до 50 процентов от всех оплодотворений спонтанно прерываются.

Аборты, которые происходят из-за человеческого вмешательства, могут быть классифицированы как прямые и косвенные.

Косвенный аборт - непреднамеренный побочный эффект от какого-либо медицинского вмешательства (лекарственное лечение, хирургическая процедура).

Прямой аборт - умышленное действие, целью которого было прерывание беременности.

Медицинским с биоэтической точки зрения можно считать прерывание беременности, проведенное в терапевтических целях, т.е. с целью лечения женщины

К медицинским с биоэтической точки зрения могут быть отнесены аборты:

по некоторым медицинским позициям (когда в результате аборта улучшается здоровье женщины, например останавливается рост опухоли);

по некоторым юридическим позициям (когда продолжающаяся беременность или предстоящие роды могут нанести серьезный ущерб психическому или физическому здоровью женщины).

- Аргументы сторонников и противников искусственных абортов.

Этические или моральные проблемы возникают именно при прямом аборте, так как в данном случае происходит умышленное разрушение. И возникает необходимость определения морального статуса плода. То есть требует ответа вопрос: является ли плод человеком и имеет ли он права?

Решающая проблема в дебатах об аборте - конфликт между правами плода на жизнь и интересами беременной женщины.

Либеральная позиция в отношении к искусственным абортам базируется на двух основных принципах:

1) Это право женщины распоряжаться своим телом. Сторонники абортов утверждают, что зародыш человеческого существа фактически ничего из себя не представляет, кроме "сгустка тканей", принадлежащего женщине и только женщина вправе решать, что ей делать со своими тканями.

2) Отрицание личностного статуса плода. То есть, поскольку зародыш или плод нельзя назвать человеком, то и плододизгоняющие операции нельзя считать убийством человека.

Консервативная позиция:

1) Аборт – убийство человека.

2) Аборт – нарушение заповеди любви через убийство матерью своего ребенка.

3) Ребенок не виноват в обстоятельствах, вынуждающих мать сделать аборт.

Умеренная позиция:

Превращение зародыша в человеческую личность осуществляется постепенно в процессе развития от зачатия до рождения (плод накапливает «объем» своей человечности и «объем» права на жизнь). И если разделить беременность на три равные части, то в первые три месяца объем прав у плода минимален, и их могут «превысить» социальные или экономические интересы матери.

- **Условия производства искусственного аборта в России.**

1. Учреждение, имеющее лицензию на данный вид помощи.

2. Врач, имеющий соответствующую подготовку.

3. Письменное согласие женщины.

4. Заключение врача акушера-гинеколога (до 12 недель), заключение комиссии: акушер-гинеколог, юрист, руководитель учреждения (после 12 недель)

5. Отсутствие противопоказаний.

6. Направление на прерывание беременности.

Таким образом, до 12 недель беременности женщина имеет право сделать аборт только по собственному желанию, без каких-либо показаний.

С 12 до 22 недель она может это сделать по социальным показаниям. Единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате изнасилования.

Решение о возможности проведения аборта по социальным показаниям должна принимать комиссия в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста, по письменному заявлению женщины, при наличии заключения о сроке беременности, установленном врачом акушером-гинекологом, и соответствующих юридических документов, подтверждающих наличие социальных показаний.

По медицинским показаниям беременность может быть прервана на любом сроке беременности.

Согласно российскому законодательству, беременная женщина, если ей уже есть 15 лет, сама правомочна давать согласие на аборт, то есть заявить о таком своем желании и ее просьба не сообщать об этом родителям законна, так как с 15 лет любой гражданин имеет право на неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, третьим лицам.

- **Искусственное прерывание беременности без согласия пациентки.**

Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» искусственное прерывание беременности у **совершеннолетней**, признанной в установленном законом порядке **недееспособной**, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно **по решению суда**, принимаемому **по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней**, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

- **Мотивы производства искусственного аборта**

1) аборты, являющиеся необходимыми с медицинских позиций (чтобы спасти жизнь матери и по другим медицинским показаниям). С этой позиции развивающаяся беременность или предстоящие роды представляют угрозу здоровью или даже жизни женщины.

2) аборты, являющиеся евгеническими для плода, т.е. мнение, что отдельному плоду лучше умереть (тяжелый генетический или врожденный умственный или физический дефекты плода).

3) аборты, которые являются евгеническими с социальной точки зрения (социально-экономические и демографические причины), т.е. общество выиграет без этого индивидуального ребенка;

4) аборты по юридическим причинам (беременность в результате насилия, кровосмешения и др.).

5) аборт, как средство, приносящее благо семье (семья страдает психологически или экономически при рождении ребенка).

6) аборты ради различных благ с точки зрения женщины (от образа жизни, карьеры до желательного пола младенца).

2. Этические проблемы стерилизации как метода контрацепции

- **Что такое медицинская стерилизация.**

Согласно Федеральному закону "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" "Медицинская стерилизация" – специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства (метод контрацепции).

- **Этические проблемы стерилизации.**

1. **Информирование второго супруга.** Равенство супругов в семье обеспечивается установлением общего принципа решения супругами всех вопросов жизни семьи. Они должны решаться супругами совместно, т.е. по взаимному согласию. Таким образом, представляется разумным, что при осуществлении репродуктивного выбора, в частности принятие такого важного решения как проведение медицинской стерилизации, последствием которой может стать невозможность зачатия ребенка, обосновано было бы ввести обязательное информирование супруга (супруги) о предстоящем оперативном вмешательстве. Данное условие не будет являться ограничением личной свободы каждого из супругов. Законодательно закреплять обязательное получение согласия супруга (супруги) на проведение медицинской стерилизации не представляется необходимым. Но информирование супруга (супруги) в этом случае соответствовало бы соблюдению указанного принципа равенства супругов в семье.

2. **Вопрос о принудительной стерилизации.** В отличие от добровольной стерилизации, принудительная стерилизация проводится без информированного добровольного согласия мужчины или женщины на ее проведение. С возникновением теории об улучшении природы человека, в начале 20 века предпринимается попытка реанимации принудительной стерилизации по отношению к асоциальным слоям общества – душевнобольным, рецидивистам. Однако, в настоящее время большинство стран рассматривают принудительную стерилизацию как недопустимое вмешательство, нарушающее ряд основных прав человека: на телесную неприкосновенность, право на здоровье, на достоинство личности. Перечисленные права принято относить к сфере личных прав. В соответствии со статьей 17 Конституции Российской Федерации личные права и свободы неотчуждаемы и принадлежат человеку от рождения независимо от состояния здоровья, возраста, пола, национальности, социального положения и т.д.

Представляется очевидным, что право на охрану достоинства личности и личную неприкосновенность должны принадлежать человеку независимо от того, как он сам и окружающие воспринимают и оценивают его личность. Поэтому, как бы ни зарекомендовал себя человек, какими бы качествами, в том числе отрицательными, он ни обладал, государство и его органы обязаны в полной мере обеспечивать ему условия для реализации всех прав, обеспечивающих человеческое достоинство.

Защиту человеческого достоинства, как и личную неприкосновенность, не принято ставить в зависимость от общественной значимости личности, возраста, пола, убеждений, состояния здоровья и т.п. «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве» – провозглашено в статье 1 Всеобщей декларации прав человека 1948 г. Никакие обстоятельства, в том числе отрицательная оценка личности в общепризнанном понимании, психическая болезнь, чрезвычайное положение, война и т.п., не могут служить основанием для умаления достоинства.

В случае излечения человека от психического расстройства, гражданин по решению суда становится полностью дееспособным и может обладать всеми, в том числе и репродуктивными правами. Однако, в случае проведенной ранее медицинской стерилизации, существует большая вероятность того, что возможность иметь детей утрачена навсегда.

В соответствии с вышеизложенным, представляется очевидным, что законодательное закрепление возможности принудительной медицинской стерилизации человека, признанного недееспособным, может расцениваться как действие, нарушающее личную неприкосновенность человека и умаляющее его личное достоинство.

- **Возможность принудительной стерилизации отдельных категорий граждан в России.**

Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» по заявлению законного представителя **совершеннолетнего** лица, признанного в установленном законом порядке **недееспособным**, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна **по решению суда**, принимаемому **с участием совершеннолетнего лица**, признанного в установленном законом порядке недееспособным.

- **Условия медицинской стерилизации в России**

1) Проведение в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, имеющих лицензию на указанный вид деятельности;

2) Письменное согласие гражданина;

3) Возраст старше 35 лет; или

4) Наличие не менее 2 детей.

При наличии медицинских показаний возраст и наличие детей не имеют значения.

Стерилизация осуществляется путем создания искусственной непроходимости маточных труб при мини-лапаротомии, лапароскопии или гистероскопии у женщин и вазэктомии – у мужчин. В настоящее время используется два вида стерилизации: с восстановлением генеративной функции ("зажимы Фильше") и необратимая стерилизация.

Перед операцией необходимо получить личную подпись о согласии гражданина и о том, что он (она) ознакомлены с возможными осложнениями и неудачами и о том, что

1) последствия необратимы;

2) нет гарантии полной стерильности (только при пангистерэктомии у женщин и вазэктомии у мужчин);

3) о возможных осложнениях (ранение органов ЖКТ и мочевых путей, инфицировании, кровотечениях, анестезиологических осложнениях).

3. Этические проблемы бесплодного брака и вспомогательных репродуктивных технологий

- **Определение понятий «бесплодие», «бесплодный брак».**

Бесплодие - *sterilitas* (лат.). По определению ВОЗ, **бесплодным считается брак**, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникает беременности в течение года, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте.

- Социальные, биологические и социально-психологические проблемы бесплодия.

В России частота бесплодных браков составляет 12-15% и имеет тенденцию к росту. Вместе с тем известно, что если частота бесплодных браков достигает или превышает 15%, то проблема бесплодия в этом случае приобретает государственное значение.

Медико-социальные исследования, проведенные в центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН показали, что у 93% женщин бесплодие приводит к психологическому и социальному дискомфорту, снижает социальную адаптацию, профессиональную активность, повышает число разводов. Бесплодие имеет значение не только для отдельных индивидуумов, но оказывает влияние на общество в целом.

Социальные проблемы бесплодия:

- Снижение рождаемости в стране
- Уменьшение народонаселения
- Сокращение трудовых резервов

Медико-биологические проблемы бесплодия:

- Преждевременное старение организма женщины
- Повышенная соматическая и психосоматическая заболеваемость
- Повышение частоты опухолей репродуктивной системы женщины

Социально-психологические проблемы бесплодия:

- Душевные переживания супругов
- Развитие комплекса неполноценности
- Психосексуальные расстройства
- Антисоциальное поведение
- Семейные конфликты
- Распад семьи

- Виды вспомогательных репродуктивных технологий, общие представления о методике их проведения и показания к их применению.

Среди новых репродуктивных технологий выделяют:

- искусственную инсеминацию спермой донора (гетерологическая) или мужа (гомологическая);
- оплодотворение вне организма (экстракорпоральное, *in vitro*) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины;
- “суррогатное материнство” - когда яйцеклетка одной женщины оплодотворяется *in vitro*, а затем эмбрион имплантируется в матку другой женщины.



- Этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий и возможные пути их решения.

Этические проблемы, касающиеся вспомогательных репродуктивных технологий в целом заключаются в следующем:

1. Допустима ли практика выбора пола ребенка, не нарушит ли это равновесия в природе.
2. Моральна ли редукция лишнего эмбриона.
3. Что делать с избыточными оплодотворенными яйцеклетками (они могут сохраняться очень долго) и кто должен решать их судьбу.
4. Не является ли анонимность донора нарушением прав ребенка.
5. Кого именно следует считать матерью родившегося ребенка при донорстве яйцеклетки.
6. Может ли женщина, вынашивающая ребенка использоваться лишь как инкубатор. Не станет ли данный способ новым способом торговли человеческим телом.

Меньше всего этических проблем возникает при использовании **гомологичного** осеменения, так как биологические и социальные родители совпадают.

Этические проблемы **гетерологической** инсеминации:

1. Возможность передачи заболеваний, передающихся с биологическими жидкостями.
2. Возможность передачи генетического дефекта.
3. Признание отцовства
4. Возможность шантажа (как со стороны донора, так и семьи реципиентки)

В приложении к приказу Минздрава РФ №301 от 28 декабря 1993 г. “О применении метода искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия” предусматривается, что супруги, в отношении которых были применены данные методы, берут на себя равные права и обязанности в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию.

Лица, записанные родителями ребенка, родившегося в результате применения указанных методов, обязуются не устанавливать личность донора. Донор, со своей стороны, также обязуется не устанавливать ни личность пациентки, ни ребенка, родившегося в результате применения метода искусственной репродукции.

Большое количество этических проблем возникает при осуществлении **оплодотворения in vitro**.

1. Здоровье детей (вследствие достаточно большого для первых родов возраста женщины, не очень хорошего состояния её здоровья, многоплодной беременности).
2. Здоровье женщины (вследствие большой гормональной нагрузки из-за стимуляции гиперовуляции).
3. Проблема лишних эмбрионов (которые образуются вследствие оплодотворения сразу нескольких яйцеклеток из-за низкой эффективности процедуры). Встает этический вопрос: Что делать с лишними эмбрионами. Их можно криоконсервировать, уничтожить или передать другой женщине, у которой отсутствуют собственные яйцеклетки. Судьбу эмбрионов решает только сама женщина по её письменному заявлению.
4. Высокая стоимость и высокий процент неудач.
5. Использование биологического материала уже умершего человека.

Этические проблемы суррогатного материнства:

- Вынашивание ребенка без медицинских показаний
- Кого считать родителями ребенка
- Ситуация, когда ребенок рождается больным
- Возможность шантажа, как с одной, так и с другой стороны.
- Вынашивание ребенка для гомосексуальных пар и др.
- Семейный кодекс РФ от 29 декабря 1995 г.

В соответствии с ч.2 п.4 ст. 51 СК лица, состоящие в браке между собой и давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери). СК исходит из общего принципа, что матерью ребенка является именно та женщина, которая его родила. Поэтому в целях охраны материнства и детства СК предоставляет возможность супружеской паре, давшей свое согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, быть записанными в качестве родителей ребенка в том случае, если с этим согласна женщина, родившая ребенка (суррогатная мать). СК не может предусматривать срока, в течение которого суррогатная мать может дать такое согласие. Таким сроком должен быть признан период, установленный законодательством об актах гражданского состояния для регистрации рождения ребенка в органах загса. В настоящее время в соответствии с Инструкцией о порядке регистрации актов гражданского состояния в РСФСР (п.8) этот срок составляет один месяц.

Требования к суррогатной матери в РФ:

- Возраст от 20 до 35 лет;
- Наличие собственного здорового ребенка;
- Психическое и соматическое здоровье.
- Письменное согласие на медицинское вмешательство
- Письменное согласие мужа (если брак зарегистрирован)
- Заявление ВМА о новых репродуктивных технологиях (Назвать документ, когда и где он принят, содержание).

Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов, Принято в Мадриде в 1987 г

Фертилизация in vitro (IVF) и трансплантация эмбрионов применяется во многих странах для лечения бесплодия. Эта операция имеет благоприятные последствия как для пациента, так и для общества в целом, не только, как способ борьбы с бесплодием, но и как путь избежания генетических аномалий, а также для проведения фундаментальных исследований по репродукции и контрацепции.

Всемирная Медицинская Ассоциация призывает всех врачей к соблюдению норм медицинской этики и к бережному отношению к здоровью будущей матери и эмбриона с самых первых дней его жизни. С целью оказания помощи врачам в понимании и выполнении своих этических обязанностей, ВМА делает настоящее Заявление.

С этической и научной точек зрения, медицинская помощь оправдана при бесплодии, не поддающемуся медикаментозному и хирургическому лечению, особенно в случаях:

- А) иммунологической несовместимости;
- Б) непреодолимых препятствий для слияния мужской и женской половых гамет;
- В) бесплодия по неизвестным причинам.

Во всех перечисленных случаях врач может действовать только при условии добровольного, информированного и осознанного согласия донора и реципиента. Врач должен всегда действовать так же и в интересах ребенка, который родится после проведения операции.

В обязанности врача входит предоставление пациентам полной информации, на доступном их пониманию уровне, о цели, способе, риске, неудобствах и возможной неудаче операции и получение их согласия. Только прошедший соответствующую специальную подготовку врач может взять на себя ответственность за выполнение операции. Врач должен всегда действовать в соответствии со всеми законами и подзаконными актами, этическими и профессиональными нормами, установленными национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями страны, относящимися к данному случаю. Пациенты имеют такое же право на соблюдение тайны и невмешательство в личную жизнь, как и при любом другом методе лечения.

Если при проведении IVF образуется избыток яйцеклеток, которые не будут немедленно использованы для лечения бесплодия, их дальнейшая судьба должна быть определена совместно с донорами. Лишние яйцеклетки могут быть:

- а) уничтожены;
- б) подвергнуты криоконсервации с целью сохранения в замороженном виде;
- с) оплодотворены и подвергнуты криоконсервации.

Уровень медицинских знаний, касающихся вопросов созревания, оплодотворения, начальных стадий деления и развития человеческой яйцеклетки, далек от совершенства. Необходимо продолжить экспериментальное изучение этого вопроса в строгом соответствии с Хельсинкской декларацией и с письменного согласия доноров.

Исследования

Техника IVF и трансплантации эмбриона может быть полезной при исследовании механизмов возникновения и передачи генетических аномалий, а также при изучении вопросов их профилактики и лечения. В то же время, она способна породить серьезные моральные и этические проблемы для врача и пациентов. Врач не может пренебречь своими нравственными принципами, но при этом должен с чуткостью и уважением отнестись к моральным и этическим принципам пациентов. Врач должен нести ответственность как перед пациентами (участниками эксперимента, добровольное и осознанное согласие которых необходимо), так и перед законом; кроме того, его действия должны соответствовать профессиональным этическим нормам. Соблюдение принципов «Хельсинкской декларации» ВМА должно распространяться как на все исследования по IVF и трансплантации человеческих эмбрионов, так и на все проблемы, возникающие в ходе этих исследований.

ВМА предлагает не вмешиваться в процесс оплодотворения с целью выбора пола плода, кроме тех случаев, когда такое вмешательство позволит избежать сцепленных с полом врожденных патологий.

Донорство

Техника IVF и трансплантации эмбрионов предусматривает возможность донорства яйцеклеток, спермы и эмбрионов; при этом биологические доноры не обязательно могут стать родителями рождающегося в ходе этой операции ребенка. Использование донорских гамет или эмбрионов может поставить врачей и пациентов, принимающих участие в операции, перед проблемами юридического, морального и этического характера. Врачи обязаны соблюдать все законы и этические нормы национальных медицинских ассоциаций и других медицинских организаций, внимательно относиться к своим пациентам, уважать их моральные и этические принципы, и воздерживаться от каких-либо манипуляций с донорскими гаметами и эмбрионами, которые не согласуются с перечисленными положениями. Врач может отказаться от тех видов вмешательств, которые считает неприемлемыми.

Техника криоконсервации гамет расширяет возможности донорства. В разрешенных законом случаях, заручившись согласием доноров гамет или эмбрионов, которые не собираются стать родителями будущего ребенка, врач должен убедиться в том, что реципиенты возьмут на себя полную ответственность за судьбу еще неродившегося человека, а доноры откажутся от своих прав и притязаний на ребенка после его рождения.

Если это не запрещено законами страны, национальной медицинской ассоциацией или другими медицинскими организациями, при оказании помощи, не имеющей матки взрослой женщине, может быть использована процедура так называемого «суррогатного материнства». Все участники подобной процедуры должны дать осознанное добровольное согласие на ее проведение. При принятии решения об использовании этого метода, врач обязан считаться со всеми законодательными, этическими и моральными аспектами проблемы «суррогатного материнства».

Сказанное не означает, что ВМА безусловно поддерживает идею «суррогатного материнства», при котором женщина за вознаграждение соглашается на искусственное оплодотворение спермой мужчины с целью рождения ребенка, который будет усыновлен этим мужчиной и его женой.

ВМА безусловно отвергает любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки, сперма и/или эмбрион становятся предметом купли-продажи.

- **Суррогатное материнство. Методика. Показания. Этические проблемы. Правовое регулирование в России.**

Суррогат-материнство - метод экстракорпорального оплодотворения и трансплантации эмбриона в матку женщины (суррогатной матери) с целью его вынашивания. Применение способа, когда эмбрион имплантируется в матку "приемной матери" целесообразно в случаях, когда у "генетической матери" отсутствует или значительно недоразвита собственная матка, но имеются функционирующие яичники. Оплодотворение извлеченных из них яйцеклеток сперматозоидами мужа *in vitro* обеспечивает формирование "генетического" для данной пары эмбриона, который и переносится в матку суррогатной матери. В настоящее время в мире таким способом зачаты и рождены уже тысячи детей.

Этические проблемы суррогатного материнства:

- Вынашивание ребенка без медицинских показаний
- Кого считать родителями ребенка
- Ситуация, когда ребенок рождается больным
- Возможность шантажа, как с одной, так и с другой стороны.
- Вынашивание ребенка для гомосексуальных пар и др.

В соответствии с ч.2 п.4 ст. 51 Семейного Кодекса РФ лица, состоящие в браке между собой и давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери).

СК исходит из общего принципа, что матерью ребенка является именно та женщина, которая его родила. Поэтому в целях охраны материнства и детства СК предоставляет возможность супружеской паре, давшей свое согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, быть записанными в качестве родителей ребенка в том случае, если с этим согласна женщина, родившая ребенка (суррогатная мать). СК не может предусматривать срока, в течение которого суррогатная мать может дать такое согласие. Таким сроком должен быть признан период, установленный законодательством об актах гражданского состояния для регистрации рождения ребенка в органах загса. В настоящее время в соответствии с Инструкцией о порядке регистрации актов гражданского состояния в РСФСР (п.8) этот срок составляет один месяц.

Требования к суррогатной матери в РФ:

- Возраст от 20 до 35 лет;
- Наличие собственного здорового ребенка;
- Психическое и соматическое здоровье.
- Письменное согласие на медицинское вмешательство
- Письменное согласие мужа (если брак зарегистрирован)
- Декларация Осло о медицинских абортах (Кем, когда и где принят документ, содержание).

Принята в Осло в 1970 г.

1. Основополагающий моральный принцип врача – уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия.
2. Обстоятельства, противопоставляющие интересы потенциальной матери интересам ее не родившегося ребенка, ставят врача перед необходимостью выбора: сохранить беременность или преднамеренно ее прервать.
3. Неоднозначность выбора определяется разными религиозными и нравственными позициями, причем любое из решений требует уважения.
4. Определение отношения к этому вопросу и правил его решения в данном государстве или общине лежит вне компетенции медицины; врачи должны лишь обеспечить защиту своим пациентам и отстоять собственные права в обществе.
5. В тех странах, где медицинские аборт разрешены законом, компетентные специалисты могут делать их на легальном основании.
6. Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге.
7. Исполнение положений настоящей Декларации Генеральной Ассамблеи Всемирной Медицинской Ассоциации не является обязательным для тех ассоциаций-членов, которые не присоединятся к ней.

Уровень 1

Тесты

Инструкция: Выберите один наиболее правильный ответ

1. Аборт – это:

- а) прерывание беременности на сроке до 22 недель
- б) искусственное прерывание беременности на сроке до 22 недель
- в) прерывание беременности на сроке до 28 недель
- г) искусственное прерывание беременности на сроке до 28 недель
- д) любое нежелательное прерывание беременности

2. В России искусственное прерывание беременности только по желанию женщины проводится на сроке:

- а) до 10 недель **б) до 12 недель** в) до 16 недель г) до 22 недель д) до 28 недель

3. В России искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится на сроке:

- а) до 10 недель б) до 12 недель в) до 16 недель **г) до 22 недель** д) до 28 недель

4. В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» искусственное прерывание беременности в России может проводиться только:

а) в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности

б) в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности

в) в учреждениях, осуществляющих медицинскую деятельность

г) в учреждениях, где работают опытные врачи – акушеры-гинекологи

д) в учреждениях, где есть для этого соответствующие условия

5. В России первый декрет о легализации аборта был принят:

- а) в 1649 г. б) в 1825 г. в) в 1918 г. **г) в 1920 г.** д) в 1936 г.

6. Укажите возраст, с которого в России производится добровольная стерилизация граждан:

- а) 18 лет **б) 30 лет** в) 35 лет г) 40 лет д) 45 лет

7. В каких учреждениях может проводиться искусственное прерывание беременности в поздние сроки по социальным показаниям:

а) в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности;

б) в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности;

в) в учреждениях, осуществляющих медицинскую деятельность;

г) в учреждениях, где работают опытные врачи-специалисты;

д) в учреждениях, где есть для этого соответствующие условия.

8. Укажите количество детей, необходимого для проведения операции добровольной стерилизации граждан:

- а) один **б) двое** в) трое г) четверо д) пятеро

Инструкция: Выберите один или несколько правильных ответов.

9. Медицинский аборт с позиции биоэтики – это:

а) аборт, являющийся необходимым по некоторым медицинским показаниям

б) аборт, когда у плода обнаружен тяжёлый дефект или аномалия развития

в) аборт, являющийся необходимым по некоторым юридическим причинам

г) в медицинском учреждении

д) аборт, проводимый квалифицированным акушером-гинекологом

10. В каком случае женщина имеет право на прерывание беременности на сроке 20 недель беременности:

а) В любом случае, если она не хочет иметь ребёнка

б) Если у неё есть медицинские показания

в) Если у неё есть социальные показания

г) Если ей уже исполнилось 18 лет

д) Если на это есть письменное согласие мужа (или отца будущего ребёнка)

11. В каком случае женщина имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона:

- а) *Если она хочет, но не может иметь ребёнка естественным способом*
- б) Если у неё есть условия для рождения и воспитания ребёнка
- в) *Если ей уже исполнилось 18 лет*
- г) Если она уже замужем
- д) *Если она находится в детородном возрасте*

Инструкция: Проверьте истинность каждого из утверждений и логической связи между ними. Выберите ответы, исходя из следующей таблицы:

	а	б	в	г	д
1 Утверждение	верно	верно	верно	не верно	не верно
2 Утверждение	верно	верно	не верно	верно	не верно
Логическая связь	есть	нет	нет	нет	нет

12. Девушке, которой не исполнилось 15 лет нельзя анонимно провести операцию искусственного аборта ПОТОМУ, ЧТО в России любое медицинское вмешательство ребёнку до 16 лет может проводиться только с согласия родителей (в)

13. Искусственное прерывание беременности на сроке до 12 недель может проводиться по желанию женщины, без каких-либо показаний ПОТОМУ, ЧТО прерывание беременности на ранних сроках не оказывает влияния на здоровье женщины (в)

Инструкция: Каждой букве нужно подобрать соответствующую ответу цифру. Каждая цифра может быть использована один раз, больше одного раза, или не использована совсем.

14. В какой стране какое законодательство об абортах?

а) Швейцария	2	1. Строгое
б) Китай	4	2. Скорее строгое
в) Северная Ирландия	1	3. Скорее свободное
г) Финляндия	3	4. Свободное

Уровень 2, Уровень 3

Решение разноуровневых задач

1. Супружеская пара: женщина 32 года способна к деторождению, муж 38 лет страдает азооспермией (отсутствие живых сперматозоидов), хотят иметь ребенка.

- а) применяемый вид вспомогательных репродуктивных технологий;
- б) условия проведения операции;
- в) могут ли донор и реципиентка знать друг о друге;
- г) возможно ли проведение операции без согласия супруга? Почему?

Ответ: а) гетерологическая инсеминация

- б) - в учреждениях, получивших лицензию на данный вид деятельности;
- письменное согласие обоих супругов;
- информирование женщины о процедуре искусственного оплодотворения, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе и национальности, а также о внешних данных;
- отсутствие у женщины противопоказаний к проведению операции.

в) донор не может ничего знать о личности реципиентки и рожденном ею ребенке. Супружеская пара может быть информирована о фенотипических и генотипических данных донора, состоянии его здоровья, национальности.

г) проведение операции без согласия супруга невозможно, так как в соответствии с законодательством РФ, если брак зарегистрирован, супруги должны подписать заявление вместе.

2. Устойчивая супружеская пара не может иметь детей из-за непроходимости маточных труб у женщины, хотят иметь своего ребенка.

а) применяемый вид ВРТ;

б) условия проведения операции;

в) возможно ли проведение операции без согласия супруга (при условии, что он не знает о болезни жены)? Почему?

Ответ: а) экстракорпоральное оплодотворение и трансплантация эмбриона в матку женщины, которая хочет стать матерью.

б) - в учреждениях, получивших лицензию на данный вид деятельности;

- письменное согласие обоих супругов;

- информирование женщины о процедуре искусственного оплодотворения, о медицинских и правовых аспектах ее последствий;

- отсутствие у женщины противопоказаний к проведению операции.

в) проведение операции без согласия супруга невозможно, так как в соответствии с законодательством РФ, если брак зарегистрирован, супруги должны подписать заявление вместе. Кроме того в задаче не сказано о проблемах с деторождением у супруга, поэтому будет использован биологический материал супруга, а это невозможно без его добровольного информированного письменного согласия.

3. В молодой супружеской паре в результате опасного кровотечения у женщины 25 лет удалена матка. Супруги хотят иметь своего ребенка.

а) применяемый вид ВРТ;

б) условия проведения операции;

в) кто в России считается матерью родившегося ребенка? Почему?

Ответ: а) экстракорпоральное оплодотворение и трансплантация эмбриона в матку другой женщины, с целью его вынашивания (суррогатное материнство).

б) - в учреждениях, получивших лицензию на данный вид деятельности;

- письменное согласие обоих супругов и женщины вынашивающей ребенка;

- информирование женщины- донора яйцеклетки о процедуре искусственного оплодотворения, о медицинских и правовых аспектах ее последствий;

- информирование женщины-реципиента о процедуре искусственного оплодотворения, о медицинских и правовых аспектах ее последствий;

- соблюдение требований, предъявляемых законом к суррогатной матери:

- Возраст от 20 до 35 лет;
- Наличие собственного здорового ребенка;
- Психическое и соматическое здоровье.
- Письменное согласие на медицинское вмешательство
- Письменное согласие мужа (если брак зарегистрирован)

в) В соответствии с ч.2 п.4 ст. 51 Семейного Кодекса РФ лица, состоящие в браке между собой и давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери). СК исходит из общего принципа, что матерью ребенка является именно та женщина, которая его родила. Поэтому в целях охраны материнства и детства СК предоставляет возможность супружеской паре, давшей свое согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, быть записанными в качестве родителей ребенка в том случае, если с этим согласна женщина, родившая ребенка (суррогатная мать). СК не может предусматривать срока, в течение которого суррогатная мать может дать такое согласие. Таким сроком должен быть признан период, установленный законодательством об актах гражданского состояния для регистрации рождения ребенка в органах загса. В настоящее время в соответствии с Инструкцией о порядке регистрации актов гражданского состояния в РСФСР (п.8) этот срок составляет один месяц.

4. Сложившаяся гомосексуальная пара двух совершеннолетних женщин хочет иметь ребенка.

а) применяемый вид ВРТ;

б) возможность проведения операции РФ;

г) условия проведения операции (если операция возможна)

Ответ: а) гетерологическая инсеминация одной из женщин.

б) В РФ это возможно, так как ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» говорит о том, что одинокая женщина имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. В связи с тем, что однополые браки у России не регистрируются, одна из женщин из этой пары может обратиться в репродуктивный центр с просьбой об искусственном оплодотворении.

в) - в учреждениях, получивших лицензию на данный вид деятельности;

- письменное согласие женщины-реципиента;
- информирование женщины о процедуре искусственного оплодотворения, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе и национальности, а также о внешних данных;
- отсутствие у женщины противопоказаний к проведению операции.

5. Замужняя женщина 28 лет, имеющая 2 детей, обращается с просьбой о перевязывании маточных труб.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции;
- в) нужно ли согласие супруга на проведение операции? Почему?

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как у женщины уже есть 2 ребенка, что соответствует требованиям ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» - или 35 лет или наличие двоих детей.

б) 1. Проведение в учреждениях, имеющих лицензию на данный вид медицинского вмешательства.

2. Письменное добровольное информированное согласие женщины. Перед операцией необходимо получить личную подпись о согласии гражданина и о том, что она ознакомлена с возможными осложнениями и неудачами и о том, что

1) последствия необратимы;

2) нет гарантии полной стерильности (только при пангистерэктомии);

3) о возможных осложнениях (ранение органов ЖКТ и мочевых путей, инфицировании, кровотечении, анестезиологических осложнениях).

в) Закон не требует обязательного согласия на такую операцию супруга того лица, в репродуктивную способность которого проводится оперативное вмешательство. Однако несогласный супруг может потребовать расторжения брака с лицом, которое с помощью врача повлияло на свою репродукцию.

6. Мужчина 36 лет, не женат, обращается с просьбой о перевязке семенных канатиков для того, чтобы иметь возможность вести более свободный образ половой жизни.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции;
- в) должен ли врач руководствоваться мотивом пациента для принятия им решения о возможности удовлетворить просьбу пациента? Почему?

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как мужчине уже исполнилось 36 лет, что соответствует требованиям ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» - или 35 лет или наличие двоих детей.

б) 1. Проведение в учреждениях, имеющих лицензию на данный вид медицинского вмешательства.

2. Письменное добровольное информированное согласие пациента. Перед операцией необходимо получить личную подпись о согласии гражданина и о том, что он ознакомлен с возможными осложнениями и неудачами и о том, что

1) последствия необратимы;

2) нет гарантии полной стерильности (только при вазэктомии);

3) о возможных осложнениях (инфицировании, кровотечении, анестезиологических осложнениях).

в) врач не должен руководствоваться мотивом пациента для принятия им решения о возможности удовлетворить просьбу пациента, потому что это осознанное решение самого пациента, и врач должен соблюдать право пациента на медицинское вмешательство.

7. Опасному преступнику-рецидивисту 45 лет, совершающему половые преступления, предлагают полную стерилизацию в обмен на сокращение срока тюремного заключения.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции.
- в) возможна ли принудительная стерилизация в данном случае?

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как мужчина находится в местах лишения свободы и его информированное согласие, полученное с использованием ненадлежащих стимулов нельзя считать добровольным. В то же время добровольное информированное согласие является главным условием проведения стерилизации в России согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

б) Нет ответа, так как операция не будет проведена.

в) Принудительная стерилизация невозможна, так как в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» она проводится только по заявлению законного представителя **совершеннолетнего** лица, признанного в установленном законом порядке **недееспособным**, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна **по решению суда**, принимаемому **с участием совершеннолетнего лица**, признанного в установленном законом порядке недееспособным. Данного мужчину нельзя признать недееспособным

8. Женщина, состоящая в браке, просит произвести ей аборт на сроке 20 недель беременности, мотивируя это тем, что ее муж осужден, находится в заключении, и она осталась без средств содержания.

- а) возможность проведения операции.
- б) условия проведения операции.

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как срок беременности больше 12 недель. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» с 12 до 22 недель беременность можно прервать только по медицинским и социальным показаниям. О медицинских показаниях в условиях задачи ничего не сказано, а единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате изнасилования. Т.е. аргументы о том, что муж женщины осужден и она осталась без средств содержания не являются социальными показаниями в России.

б) Нет ответа, так как операция не будет проведена.

9. Женщина, не состоящая в браке, просит произвести ей аборт на сроке 18 недель беременности, мотивируя это тем, что она студентка и пока, до окончания учебы, не хочет иметь детей.

- а) возможность проведения операции.
- б) условия проведения операции.

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как срок беременности больше 12 недель. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» с 12 до 22 недель беременность можно прервать только по медицинским и социальным показаниям. О медицинских показаниях в условиях задачи ничего не сказано, а единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате изнасилования. Т.е. аргументы о том, что женщина студентка и не хочет пока иметь детей не являются социальными показаниями в России.

б) Нет ответа, так как операция не будет проведена.

10. Девочка 15,5 лет обращается к врачу акушеру-гинекологу с просьбой анонимного (без сообщения родителям) проведения прерывания беременности на сроке 16 недель.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции;
- в) имеет ли врач право скрывать информацию от родителей пациентки? Почему?

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как срок беременности больше 12 недель. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» с 12 до 22 недель беременность можно прервать только по медицинским и социальным показаниям. О медицинских показаниях в условиях задачи ничего не сказано, а единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате изнасилования. Так как девочка несовершеннолетняя, родители не могли не знать о ее изнасиловании, так как по их письменному заявлению должно было заведено уголовное дело.

б) Нет ответа, так как операция не будет проведена.

в) Врач имеет право скрывать информацию от родителей пациентки, так как в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» девочке уже исполнилось 15 лет, и она имеет право на конфиденциальность информации, составляющей врачебную тайну. Вместе с тем врач должен известить соответствующие органы МВД, так как имеет информацию о том, что в отношении несовершеннолетней пациентки совершены противоправные действия сексуального характера.

11. Женщина 32 лет, имеющая здорового ребенка 10 лет, обращается с просьбой о перевязке маточных труб, мотивируя это опасением рождения ребенка с дефектами развития, так как ее муж уже в течение 6 лет страдает хроническим алкоголизмом.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции;
- в) нужно ли согласие супруга на проведение подобной операции?

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как женщина не соответствует ни одному из предъявляемых условий, необходимых для проведения стерилизации согласно требованиям ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»: ей нет 35 лет и у нее только один ребенок (должно быть не менее двух). Алкоголизм мужа не является показанием для стерилизации жены.

б) Нет ответа, так как операция не будет проведена.

в) Нет, так как ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» не предусматривает согласие второго супруга на проведение стерилизации.

12. Мужчина 33 лет, в настоящее время не женат, имеет двоих детей от разных женщин, обращается с просьбой о перевязке семенных канатиков для того, чтобы иметь возможность вести более свободный образ половой жизни.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции.

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как у мужчины уже имеется двое детей, что соответствует требованиям ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» - или 35 лет или наличие двоих детей.

б) 1. Проведение в учреждениях, имеющих лицензию на данный вид медицинского вмешательства.

2. Письменное добровольное информированное согласие пациента. Перед операцией необходимо получить личную подпись о согласии гражданина и о том, что он ознакомлен с возможными осложнениями и неудачами и о том, что

- 1) последствия необратимы;
- 2) нет гарантии полной стерильности (только при вазэктомии);
- 3) о возможных осложнениях (инфицировании, кровотечении, анестезиологических осложнениях).
- 3. Наличие юридических доказательств того, что мужчина является отцом двоих детей.

13. Женщина 25 лет, замужем, обращается к врачу акушеру-гинекологу с просьбой о прерывании беременности на сроке 11 недель, мотивируя это тем, что не хочет потерять место секретаря в престижной коммерческой фирме.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции;

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» до 12 недель беременности женщина имеет право сделать аборт только по собственному желанию, без каких-либо показаний и даже без объяснения причин.

- б) 1. Учреждение, имеющее лицензию на данный вид помощи.
- 2. Врач, имеющий соответствующую подготовку.
- 3. Письменное согласие женщины.
- 4. Заключение врача акушера-гинеколога
- 5. Отсутствие противопоказаний.
- 6. Направление на прерывание беременности.

14. Женщина 19 лет, не замужем, обращается с просьбой о прерывании беременности на сроке 24 недели, наступившей в результате изнасилования.

- а) возможность проведения операции;
- б) условия проведения операции.

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как срок беременности больше 22 недель. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» после 22 недель беременность можно прервать только по медицинским показаниям. О медицинских показаниях в условиях задачи ничего не сказано. Прерывание беременности, наступившей в результате изнасилования, возможно только до 22 недель.

б) Нет ответа, так как операция не будет проведена.

Тема 1.5. Этико-правовые проблемы окончания жизни человека

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия (УК – 5.3. Умеет толерантно и конструктивно взаимодействовать с представителями сообщества с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции)

Уровень 1

Вопросы для подготовки по теме

1. Этико-правовые проблемы трансплантологии

- Определение трансплантологии. Виды трансплантаций.

Трансплантология - (от лат. *transplantatio* - «пересадка» и греч. *logos* - «учение, наука») означает отрасль биологии и медицины, изучающей проблемы пересадки и консервации органов и тканей, создания и применения искусственных органов.

Аллотрансплантация - (устаревшее гомотрансплантация) — пересадка органов и тканей между двумя организмами одного и того же вида.

Аутоотрансплантация - пересадка органов и тканей в пределах одного организма.

Изотрансплантация - пересадка органов и тканей, взятых от организмов генетически идентичных (например, однояйцевых близнецов).

Ксенотрансплантация - пересадка органов или тканей между особями разных видов (например от животного к человеку).

Нейротрансплантация - пересадка зародышевых тканей головного мозга эмбриона или стволовых клеток в различные структуры головного мозга пациента. Применяется при лечении различных неврологических заболеваний (болезни Паркинсона, хорее Гентингтона, эпилепсии, шизофрении, детском церебральном параличе, тяжелой черепно-мозговой травме, травме спинного мозга, гипоксически-ишемической энцефалопатии, генетических заболеваниях мозга и других патологиях ЦНС).

Гетеротопическая трансплантация - (греч. heteros другой, иной, необычный + topos место) — пересадка, при которой орган или ткань помещают на несвойственное им место.

Ортоотопическая трансплантация - (греч. orthos прямой, правильный + topos место) — пересадка, при которой орган или ткань помещают на место такого же отсутствующего или удаленного органа или ткани.

- Международные документы, регулирующие проведение трансплантации органов и тканей.

Заявление о торговле живыми органами (ВМА, 1985) - Всемирная медицинская ассоциация осуждает куплю-продажу человеческих органов для трансплантации и обращается к правительствам всех стран с призывом принять эффективные меры для предотвращения использования человеческих органов в коммерческих целях.

Декларация о трансплантации человеческих органов (ВМА, Мадрид, 1987) -

Всемирная медицинская ассоциация рекомендует всем врачам, занимающимся пересадкой человеческих органов, придерживаться следующих принципов:

1. Состояние здоровья пациента – главная забота врача в любой ситуации. Этот принцип должен соблюдаться и при проведении всех процедур, связанных с пересадкой органов от одного человека другому. Как донор, так и реципиент являются пациентами, и их права необходимо соблюдать. Ни один врач не может взять на себя ответственность за проведение операции по пересадке органа до тех пор, пока не будет обеспечено соблюдение прав и донора и реципиента.

2. Снижение стандартов в оказании медицинской помощи потенциальному донору не имеет никаких оправданий. Уровень оказываемой медицинской помощи не может зависеть от того, будет ли пациент донором или нет.

3. В случаях, когда для трансплантации берется орган умершего, смерть должна быть независимо констатирована минимум двумя врачами, не имеющими прямого отношения к процедуре пересадки. При констатации смерти, каждый из врачей должен использовать современные критерии, принятые национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями его страны.

4. В случае проведения экспериментальной трансплантации человеку органов животных или искусственных органов, необходимо следовать хельсинкской декларации ВМА, содержащей рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях.

5. Совершенно необходимо полное всестороннее обсуждение предполагаемых процедур с донором и реципиентом, либо с их родственниками или законными представителями. При этом врач должен соблюсти объективность, сообщить об ожидаемом риске и о возможных альтернативных методах лечения. Подаваемые больному надежды, не должны противоречить реалиям. Желание врача послужить интересам науки должно быть вторичным, а интересы пациента – первичными. Необходимо получить информированное, добровольное и осознанное согласие донора и реципиента, а в случаях, когда это невозможно, то членов их семей или законных представителей.

6. Операции по пересадке органов могут проводиться только в специально оборудованных учреждениях компетентными, специально подготовленными специалистами, обладающими необходимыми знаниями, опытом и навыками.

7. Трансплантация может быть осуществлена только после тщательной оценки возможности и эффективности других способов лечения.

8. Купля-продажа человеческих органов строго осуждается.

Резолюция по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов (ВМА, Стокгольм, 1994)

Высказывается озабоченность все возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации человеческих органов или тканей, изъятых из тел:

-Заклоченных, приговоренных к смертной казни, не имеющих возможности отказаться от этого или без их предварительного согласия;

-Лиц, страдающих физическими или психическими недостатками (handicapped), чья смерть рассматривается как облегчение их страданий и как основание для забора их органов;

-Бедных людей, которые согласились расстаться со своими органами по коммерческим соображениям;

-Детей, украденных с этой целью; и

Это является прямым нарушением положений «Декларации ВМА о трансплантации человеческих органов» 1987 г. ВМА еще раз подтверждает ее положения и призывает все национальные медицинские ассоциации соблюдать их, а в случаях их нарушений сурово наказывать врачей, замешанных в подобных нарушениях.

Дополнительный протокол к конвенции по правам человека и биомедицине относительно трансплантации органов и тканей человеческого происхождения (Совет Европы, Страсбург, 2002)

Стороны гарантируют, что система существует для обеспечения справедливого доступа пациентов к трансплантационным услугам.

Любое вмешательство в область трансплантации органов и тканей должно осуществляться согласно соответствующим профессиональным обязательствам и стандартам.

Получателю и, если применимо, лицу или органу, обеспечивающему разрешение на имплантацию, заблаговременно предоставляется соответствующая информация о цели и характере имплантации, ее последствиях и рисках, а также альтернативе вмешательству.

Специалисты, участвующие в процессе трансплантации органов и тканей, принимают все разумные меры для минимизации риска передачи любых заболеваний получателю органа или ткани и избежания любых действий, которые могут повлиять на пригодность органа или ткани для имплантации.

После трансплантации живым донорам и получателям предлагается соответствующее медицинское обслуживание.

В Главе Удаление органов и тканей у живого лица

Удаление органов и тканей у живого лица может быть осуществлено исключительно с лечебной пользой для получателя, если не имеется подходящего органа или ткани у умершего лица и нет альтернативных лечебных методов аналогичной эффективности.

Удаление органа у может быть осуществлено для пользы получателя, с которым донор состоит в близких родственных отношениях, как определено законодательством, или при отсутствии таких отношений согласно условиям, определенным законодательством, и с согласия соответствующего независимого органа.

Для оценки и уменьшения физического и психологического риска для здоровья донора до удаления органа или ткани проводится соответствующее медицинское обследование и вмешательство.

Удаление не может быть осуществлено, если имеется серьезный риск для жизни или здоровья донора.

Донору и, если применимо, лицу или органу, обеспечивающему разрешение заранее предоставляется соответствующая информация о цели и характере удаления, а также его последствиях и рисках.

Им также предоставляется информация о правах и гарантиях, предусмотренных законодательством для защиты донора. В частности, им предоставляется информация о праве получить независимую консультацию о рисках у медицинских специалистов, имеющих соответствующий опыт и не занятых в процессе удаления органа или ткани или их последующей трансплантации.

Орган или ткань могут быть удалены у живого донора только после того, как соответствующее лицо даст свободное, информированное и определенное согласие на это в письменной форме или официальному органу.

Соответствующее лицо может в любой момент отозвать согласие.

1. Удаление органа или ткани не может быть осуществлено у лица, которое не способно дать согласие.

2. Как исключение и согласно условиям защиты, предусмотренным законодательством, удаление регенеративной ткани у лица, не способного дать согласие, может быть разрешено при соблюдении следующих условий:

1) не существует совместимого донора, способного дать согласие;

2) получатель является братом или сестрой донора;

3) пожертвование органа является жизненно необходимым для получателя;

4) специальное разрешение его или ее представителя, власти, лица или органа, предусмотренных законодательством, дано в письменном виде и заверено компетентным органом;

5) соответствующий потенциальный донор не возражает.

В Главе. Удаление органа и ткани у умерших лиц

Органы и ткани не могут быть удалены у умершего лица, если это лицо не признано умершим в соответствии с законодательством.

Доктора, свидетельствующие о смерти лица, не должны непосредственно участвовать в удалении органов или тканей у умершего лица или в последующих процедурах трансплантации или несут ответственность за потенциальных получателей органа или ткани.

Органы и ткани не удаляются у умершего лица, если требуемое в соответствии с законодательством согласие или разрешение на такое удаление не будет получено.

Удаление не может быть осуществлено, если умершее лицо возражало против этого.

В процессе удаления к телу человека должны относиться с уважением, а также должны быть предприняты все разумные меры для сохранения неизменным внешнего вида тела умершего лица.

Стороны предпринимают все соответствующие меры для поощрения пожертвования органов и тканей.

В Главе Запрещение извлечения финансовой выгоды

Тело человека и его части не должны использоваться для извлечения финансовой выгоды или получения сравнимых преимуществ.

Вышеупомянутое положение не препятствует платежам, которые не образуют финансовую выгоду или сравнимые преимущества, в частности:

- компенсации потерь заработков и других законных расходов живых доноров, вызванных удалением или связанных с медицинскими освидетельствованиями;

- выплате законных сборов за законные медицинские или связанные с ними технические услуги, оказываемые в связи с трансплантацией;

- компенсации в случае непредусмотренного ущерба, понесенного в результате удаления органов или тканей у живого лица.

Объявления о необходимости или доступности органов или тканей с целью предложения или получения финансовой выгоды и сравнимых преимуществ запрещены.

Торговля органами и тканями запрещена.

В Главе Конфиденциальность

1. Все данные личного характера, касающиеся лица, от которого были пересажены органы или ткани и получателя считаются конфиденциальными. Такие данные могут быть собраны, обработаны и переданы только согласно правилам, касающимся профессиональной конфиденциальности и защите данных личного характера.

2. Положения [пункта 1](#) трактуются без ущерба положениям о возможности сбора, обработки, передачи необходимой информации о лице, у которого удаляются органы или ткани, или получателя (получателях) органов или тканей в той мере, в какой это требуется для медицинских целей.

• Определение момента смерти человека в РФ.

1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

• Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий в РФ

1. Патолого-анатомические вскрытия проводятся врачами соответствующей специальности в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания.

3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

1) подозрения на насильственную смерть;

2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

б) рождения мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования.

8. Патолого-анатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего человека и сохранением максимально его анатомической формы.

2. Условия и порядок трансплантации органов и тканей человека в Российской Федерации

• Общие условия и порядок трансплантации органов и тканей человека в РФ.

Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» 1992 г.

Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, при этом интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки.

Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

Трансплантация органов и (или) тканей допускается, как правило, с согласия реципиента.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Операции по трансплантации органов и (или) тканей реципиентам производятся на основе медицинских показаний в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

Объектами трансплантации могут быть сердце, легкое, почка, печень, костный мозг и другие органы и (или) ткани, перечень которых определяется МЗ РФ совместно с РАМН.

Действие настоящего Закона не распространяется на органы, их части и ткани, имеющие отношение к процессу воспроизводства человека, включающие в себя репродуктивные ткани (яйцеклетку, сперму, яичники, яички или эмбрионы), а также на кровь и ее компоненты.

Забор и заготовка органов и (или) тканей человека, а также их трансплантация осуществляются в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей на основании инструкции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития.

Трансплантация органов и (или) тканей человека осуществляется с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя.

Пересадка органов и (или) тканей реципиенту без его согласия либо без согласия его родителей или законного представителя производится в исключительных случаях, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно.

Врачам и иным сотрудникам учреждения здравоохранения запрещается разглашать сведения о доноре и реципиенте.

• Особенности трансплантации от умершего человека в России

Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» 1992 г.

Статья 8. Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

Статья 9. Определение момента смерти Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития. В диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Статья 10. Разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа Изъятие органов и (или) тканей у трупа производится с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона. В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

• Особенности трансплантации от живого донора в России.

Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» 1992 г.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред.

Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора

Статья 3. Ограничение круга живых доноров Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у **живого** донора,

- не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга)
- либо признанного в установленном порядке недееспособным.
- если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента.
- у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента, не допускается.

Принуждение любым лицом живого донора к согласию на изъятие у него органов и (или) тканей влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 11. Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для их трансплантации может осуществляться только в интересах здоровья реципиента и в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффективность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей при соблюдении следующих условий:

- если донор предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;

- если донор свободно и сознательно в письменной форме выразил согласие на изъятие своих органов и (или) тканей;
- если донор прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и (или) тканей для трансплантации.

- если он находится с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга.

Статья 12. Донор, изъявивший согласие на пересадку своих органов и (или) тканей, вправе:

- требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и (или) тканей;

- получать бесплатное лечение, в том числе медикаментозное, в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией.

Статья 13. У живого донора может быть изъят для трансплантации парный орган, часть органа или ткань, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья.

3. Этико-правовые проблемы трансфузиологии

- Дать определение понятиям, связанным с донорством крови

ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов" от 20.07.2012 № 125-ФЗ

Трансфузия - (transfusion) - переливание крови от здорового человека (донора) пациенту (реципиенту); необходимость в проведении данной процедуры часто возникает при различных травмах и заболеваниях, сопровождающихся значительной кровопотерей или нарушением состава крови. В процессе трансфузии кровь вводится реципиенту капельно под действием силы тяжести через иглу, введенную в одну из вен реципиента.

Трансфузиология – (трансфузия (крови). греч. logos учение, наука) раздел клинической медицины, изучающий вопросы переливания человеку крови и ее препаратов, а также кровезамещающих и плазмозамещающих жидкостей.

Донация крови и (или) ее компонентов - процесс взятия донорской крови и (или) ее компонентов;

Донор – лицо, органы или ткани которого пересаживаются в лечебных целях другому человеку.

Донорская функция – добровольное прохождение донором медицинского обследования и донации.

Донорство крови – добровольная сдача крови и (или) ее компонентов донорами, а также мероприятия, направленные на организацию и обеспечение безопасности заготовки крови и ее компонентов.

Реципиент - физическое лицо, которому по медицинским показаниям требуется или произведена трансфузия (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов.

- Права, обязанность и ответственность доноров крови

ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов" от 20.07.2012 № 125-ФЗ

1. Донором вправе быть дееспособное лицо, являющееся гражданином РФ либо проживающим на территории Российской Федерации на законных основаниях не менее одного года иностранным гражданином или лицом без гражданства, достигшее возраста восемнадцати лет или приобретшее полную дееспособность до достижения им возраста восемнадцати лет в соответствии с законодательством РФ, изъявившее добровольное желание сдать кровь и (или) ее компоненты, прошедшее добровольно медицинское обследование и не имеющее медицинских противопоказаний для сдачи крови и (или) ее компонентов.

2. Донор имеет право на:

- 1) сдачу крови и (или) ее компонентов безвозмездно или за плату в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) защиту государством его прав и охрану здоровья;
- 3) ознакомление с результатами его медицинского обследования;
- 4) полное информирование о возможных последствиях сдачи крови и (или) ее компонентов для здоровья;
- 5) получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с установленными стандартами ее оказания в случаях возникновения у него реакций и осложнений, связанных с выполнением донорской функции;
- 6) возмещение вреда, причиненного его жизни или здоровью в связи с выполнением донорской функции;
- 7) меры социальной поддержки, установленные настоящим ФЗ, нормативными правовыми актами субъектов РФ, муниципальными правовыми актами.

3. Донор для выполнения донорской функции обязан:

- 1) предъявить паспорт или иной удостоверяющий личность документ;
- 2) сообщить известную ему информацию о перенесенных инфекционных заболеваниях, нахождении в контакте с инфекционными больными, пребывании на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий, об употреблении наркотических средств, психотропных веществ, о работе с вредными и (или) опасными условиями труда, а также вакцинациях и хирургических вмешательствах, выполненных в течение года до даты сдачи крови и (или) ее компонентов;
- 3) пройти медицинское обследование.
4. Донор, умышленно скрывший или искажавший известную ему информацию о состоянии здоровья при выполнении донорской функции, несет ответственность, установленную законодательством РФ, если такие действия повлекли или могли повлечь за собой нанесение вреда жизни или здоровью реципиентов.

5. На доноров, сдающих кровь за плату, распространяются права и обязанности доноров, установленные настоящим ФЗ, за исключением прав, предоставление которых предусмотрено настоящим ФЗ только для доноров, сдающих кровь и (или) ее компоненты безвозмездно.

6. На донора при аутологичной трансфузии (переливании) донорской крови и (или) ее компонентов не распространяются меры социальной поддержки, установленные настоящим ФЗ.

7. Медицинское обследование донора является для него бесплатным и осуществляется до донации. Медицинское обследование донора не является обязательным в случае аутологичной трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов.

8. Информация о персональных данных донора не подлежит разглашению реципиенту, равно как и персональные данные реципиента не подлежат разглашению донору.

• Основные принципы донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации

ФЗ "О донорстве крови и ее компонентов" от 20.07.2012 № 125-ФЗ

- 1) безопасность донорской крови и ее компонентов;
- 2) добровольность сдачи крови и (или) ее компонентов;
- 3) сохранение здоровья донора при выполнении им донорской функции;
- 4) обеспечение социальной поддержки и соблюдение прав доноров;
- 5) поощрение и поддержка безвозмездного донорства крови и (или) ее компонентов.

• Кто не может быть живым донором органов и тканей в Российской Федерации

Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» 1992 г.

- не достигшие 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга)
- признанные в установленном порядке недееспособным.
- если органы представляют опасность для жизни и здоровья реципиента.
- находящиеся в служебной или иной зависимости от реципиента.
- если здоровью донора будет нанесен существенный дефект.
- не давшие добровольного информированного согласия в письменной форме.

• Этические проблемы трансплантологии

Этические проблемы трансплантологии в основном связаны со следующими вопросами:

1. Теряются ли со смертью человека все его права? Можно ли говорить о сохранении права человека на свое тело после его смерти? Основная позиция ВОЗ по вопросу о праве человека на свое тело после смерти сводится к признанию этого права по аналогии права человека распоряжаться своей собственностью после смерти.

2. Можно ли считать отсутствие выраженного отказа человека на трансплантацию при жизни фактически его согласием?

3. Можно ли продавать органы и ткани живого либо умершего человека? Если больной человек может заплатить за них достаточно большую сумму, которая в дальнейшем может спасти жизнь нескольких людей.

4. Неясные перспективы трансплантации. Нет полной гарантии, что при пересадке органа жизнь больного будет продлена, а не сокращена (учитывая психическую травму, связанную с операцией и огромную стоимость подобных вмешательств).

5. От трансплантации получают пользу лишь отдельные больные, хотя расходуемые средства (материальные, технические, человеческий потенциал) можно было бы потратить на благо большого числа населения. Должно ли общество покрывать расходы на трансплантацию для отдельного индивида или предпочтительнее тратить эти средства на более социально значимые программы: например, борьбу с вирусом гриппа и со СПИДом?

6. Необходимость решения, кого именно спасать из числа многих, остающихся обреченными на смерть. Возможна ли гарантия справедливости при распределении донорских органов?

7. Морально ли продление жизни одних людей на какое то время ценою ухудшения здоровья, сознательной травматизации и сокращения жизни здорового донора?

8. Возможна ли позиция, когда тело человека рассматривается как набор запасных частей.

9. Можно ли назвать гуманным вопрос о разрешении на донорство, адресованный ближайшим родственникам донора сразу вслед за неожиданным известием о его смерти?

• Заявление ВМА «О трансплантации эмбриональных тканей»

Принято в Гонконге в 1989 г.

Перспективы трансплантации эмбриональной ткани (ТЭТ) для лечения таких заболеваний, как диабет и болезнь Паркинсона, вновь подняли этические вопросы этики эмбриологических исследований. ТЭТ после непроизвольного или преднамеренного аборта напоминает использование трупных тканей и органов; этическое отличие в возможности влияния трансплантологических соображений на принятие решения об искусственном прерывании беременности.

Высказывается озабоченность, что последний может повлиять на принятие женщиной решения о прерывании беременности: некоторые женщины могут пожелать забеременеть с единственной целью – сделать аборт и передать зародышевую ткань родственнику или продать ее.

Решение о прерывании беременности может приниматься женщиной и под влиянием врача. Следовательно, необходимы меры к тому, чтобы соображения, связанные с ТЭТ, не влияли на технику проведения аборта и сроки процедуры. Во избежание конфликта интересов, врачи и другой медперсонал, участвующие в прерывании беременности, не должны

получать прямой или косвенной выгоды от использования тканей, получаемых в результате аборта. Изъятие и консервирование ткани, предназначенной для дальнейшего использования, не должно ставиться во главу угла при проведении аборта. Поэтому врачи, проводящие трансплантацию, не должны оказывать влияния на тех, кто делает аборт, и не могут самостоятельно принимать участие в прерывании беременности.

Существует потенциальная возможность обогащения лиц, занятых в получении, хранении, исследовании, подготовке и доставке зародышевой ткани. Создание механизмов, исключающих такие возможности, позволит снизить прямое и косвенное влияние на женщину при получении согласия на использование abortивного материала.

Рекомендации

ВМА заявляет, что использование зародышевой ткани в целях ТЭТ еще находится на стадии экспериментирования и с этической точки зрения допустимо, если:

(1) Соблюдаются принципы принятых ВМА Хельсинкской декларации и Декларации о трансплантации человеческих органов в части, относящейся к ТЭТ.

(2) Зародышевая ткань заготавливается в соответствии с требованиями «Заявления о торговле живыми органами» и ее предоставление не продиктовано получением денежного вознаграждения, за исключением сумм на покрытие технических расходов.

(3) Получатель зародышевой ткани определен не донором.

(4) Окончательное решение об аборте принято до того, как поднят вопрос о ТЭТ. Гарантирована абсолютная независимость друг от друга бригад, проводящих операции аборта и трансплантации.

(5) Принятие решения о сроках проведения аборта диктуется состоянием здоровья женщины. Вопрос о методе и сроке аборта решается исходя из соображений ее безопасности.

(6) Медицинский персонал, проводящий операцию по прерыванию беременности не принимает участия в трансплантации и не получает никакого вознаграждения за ТЭТ.

(7) ТЭТ разрешена, законодательством страны и получено согласие донора и реципиента.

• Рекомендации ВМА врачам, осуществляющим трансплантацию органов и тканей

Заявление о торговле живыми органами (ВМА, 1985). Декларация о трансплантации человеческих органов (ВМА, Мадрид, 1987) -

- Всемирная медицинская ассоциация осуждает куплю-продажу человеческих органов для трансплантации и рекомендует всем врачам, занимающимся пересадкой человеческих органов, придерживаться следующих принципов:

1. Состояние здоровья пациента – главная забота врача в любой ситуации. Этот принцип должен соблюдаться и при проведении всех процедур, связанных с пересадкой органов от одного человека другому. Как донор, так и реципиент являются пациентами, и их права необходимо соблюдать. Ни один врач не может взять на себя ответственность за проведение операции по пересадке органа до тех пор, пока не будет обеспечено соблюдение прав и донора и реципиента.

2. Снижение стандартов в оказании медицинской помощи потенциальному донору не имеет никаких оправданий. Уровень оказываемой медицинской помощи не может зависеть от того, будет ли пациент донором или нет.

3. В случаях, когда для трансплантации берется орган умершего, смерть должна быть независимо констатирована минимум двумя врачами, не имеющими прямого отношения к процедуре пересадки. При констатации смерти, каждый из врачей должен использовать современные критерии, принятые национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями его страны.

4. В случае проведения экспериментальной трансплантации человеку органов животных или искусственных органов, необходимо следовать хельсинкской декларации ВМА, содержащей рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях.

5. Совершенно необходимо полное всестороннее обсуждение предполагаемых процедур с донором и реципиентом, либо с их родственниками или законными представителями. При этом врач должен соблюсти объективность, сообщить об ожидаемом риске и о возможных альтернативных методах лечения. Подаваемые больному надежды, не должны противоречить реалиям. Желание врача послужить интересам науки должно быть вторичным, а интересы пациента – первичными. Необходимо получить информированное, добровольное и осознанное согласие донора и реципиента, а в случаях, когда это невозможно, то членов их семей или законных представителей.

6. Операции по пересадке органов могут проводиться только в специально оборудованных учреждениях компетентными, специально подготовленными специалистами, обладающими необходимыми знаниями, опытом и навыками.

7. Трансплантация может быть осуществлена только после тщательной оценки возможности и эффективности других способов лечения.

8. Купля-продажа человеческих органов строго осуждается.

Тест

I вариант

Выберите один наиболее правильный ответ

1. Персистирующее вегетативное состояние – это когда:

- а) больной то приходит в сознание, то вновь его теряет
- б) у больного наблюдается стойкая патологическая утрата сознания
- в) у больного поражена вегетативная нервная система

- г) у больного наблюдаются эпизоды длительного отключения сознания
- д) у больного наблюдаются частые эпизоды отключения сознания

2. Гарантированным критерием необратимости персистирующего вегетативного состояния лиц моложе 50 лет можно считать:

- а) 3 недели бессознательного состояния
- б) 6 недель бессознательного состояния
- в) 3 месяца бессознательного состояния
- г) 6 месяцев бессознательного состояния
- д) 12 месяцев бессознательного состояния

3. Паллиативная помощь – это:

- а) средство, временно облегчающее проявления болезни, но не излечивающее ее
- б) нетрадиционные методы диагностики, лечения, профилактики и оздоровления
- в) реанимационные мероприятия
- г) медицинская помощь, оказываемая пациенту непосредственно перед смертью
- д) медицинская помощь принудительного характера

4. Кто впервые использовал термин «эйтаназия»?

- а) Ф. Бэкон б) В.А. Неговский в) Аристотель г) Платон д) В.Р. Поттер

5. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинскому персоналу запрещается:

- а) осуществление активной и пассивной эвтаназии, как по просьбе самого больного, так и связи с обращением его родственников
- б) осуществление активной эвтаназии и прекращение искусственных мер по поддержанию жизни больного в связи с обращением его родственников, если на это не было письменного разрешения больного
- в) осуществление активной эвтаназии и прекращение искусственных мер по поддержанию жизни по просьбе больного, если родственники не дают на это согласия
- г) осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.
- д) осуществление активной и пассивной эвтаназии, если у врачей еще есть надежда на улучшение состояния больного

6. Хоспис – это:

- а) учреждение, обеспечивающее уход за умирающим больным
- б) учреждение, обеспечивающее уход за социально-незащищенными больными
- в) учреждение, где осуществляется пассивная эйтаназия
- г) учреждение, обеспечивающее уход за онкологическими больными
- д) учреждение, обеспечивающее уход за онкологическими больными на дому

7. Могут ли врачи в России отключить реанимационную аппаратуру?

- а) не могут, так как прекращение искусственных мер по поддержанию жизни больного влечет уголовную ответственность врачей
- б) могут, если на это имеются: письменное нотариально заверенное разрешение больного, данное им перед смертью, и письменное согласие родственников
- в) могут, если на это имеется письменное нотариально заверенное разрешение больного, данное им перед смертью
- г) могут, если консилиумом врачей установлено состояние церебральной смерти
- д) могут, если консилиум врачей считает, что дальнейшее лечение больного не принесет положительных результатов

8. В какой декларации ВМА представлен новый критерий смерти?

- а) В Нюрнбергской б) В Сиднейской в) В Венецианской г) В Лиссабонской д) В Хельсинкской

Инструкция: За перечнем пронумерованных цифрами фраз следует список ответов, обозначенных буквами. Для каждого вопроса надо подобрать соответствующий ответ, обозначенный буквенным индексом. Каждый ответ может быть использован один раз, больше одного раза, или не использован совсем.

9. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания.
10. Врач не продлевает мучение умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца
11. Если семья пациента поднимет вопрос об отключении систем жизнеобеспечения до рекомендуемого срока, последнее слово остается за врачом, которому придется учесть местные юридические и этические нормы
12. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами

Варианты ответов

- а) «Сиднейская декларация относительно констатации факта смерти» ВМА
- б) «Декларация об эвтаназии» ВМА
- в) «Заявление о политике в области лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль» ВМА
- г) «Венецианская декларация о терминальном состоянии» ВМА
- д) «Заявление о персистирующем вегетативном состоянии» ВМА

13. Введение человеку лекарственного средства или другого вещества, приводящее к его смерти
14. Восстановление функции дыхания и сердцебиения
15. Отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается
16. Направленное действие медицинского работника, приводящее к быстрой и относительно безболезненной смерти безнадежно больного пациента

Варианты ответов

- а) активная эвтаназия; в) реанимация; д) пассивная эвтаназия; б) убийство г) эвтаназия

Инструкция: для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов являются правильными. Выберите ответы, исходя из следующей таблицы:

а – если верно	б – если верно	в – если верно	г – если верно	д – если верно
1, 2, 3	только 1 и 3	только 2 и 4	только 4	все

17. Аргументы сторонников эвтаназии:

1. Право быть альтруистом
2. Пациент должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения
3. Право распоряжаться своей жизнью
4. Право выбирать способ самоубийства

18. При работе хосписа по первой модели

1. госпитализация осуществляется на освободившиеся места
2. отсутствует организация внебольничной помощи
3. выездные бригады не имеют перечня показаний для госпитализации больных
4. госпитализация осуществляется строго по показаниям

19. В комиссию по констатации смерти в РФ не входят:

1. Заведующий отделением
2. Лечащий врач-реаниматолог
3. Врач-невролог
4. Врач-трансплантолог

20. За сознательное побуждение больного к эвтаназии врач несет ответственность

1. административную 2. Дисциплинарную 3. Гражданскую 4. уголовную

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
б	д	а	а	г	а	г	б	б	г
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
д	г	б	в	д	г	а	а	в	г

II вариант

Выберите один наиболее правильный ответ

1. Первым международным документом, в котором определены этические взгляды врачей на эвтаназию является

- а) Декларация об эвтаназии
- б) Заявление об ответственности врачей за проведение эвтаназии
- в) Венецианская декларация
- г) Нюрнбергский кодекс
- д) Хельсинкская декларация

2. Гарантированным критерием необратимости персистирующего вегетативного состояния лиц старше 50 лет можно считать:

- а) 3 недели бессознательного состояния
- б) 6 недель бессознательного состояния
- в) 3 месяца бессознательного состояния
- г) 6 месяцев бессознательного состояния
- д) 12 месяцев бессознательного состояния

3. Цель паллиативной медицины:

- а) выздоровление больного
- б) психологическая подготовка больного к смерти
- в) достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей
- г) облегчение физической боли и нравственных страданий пациентов
- д) обеспечение безопасности больного для общества

4. Согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» гражданин имеет право

- а) отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, если оно причиняет боль и страдания нравственные или психические
- б) отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения только при наличии у него заболевания в терминальной стадии
- в) отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, если оно наносит вред состоянию его здоровья
- г) отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев заболеваний, представляющих опасность для окружающих
- д) отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев заболеваний, представляющих опасность для его здоровья

5. Новый критерий смерти согласно ВМА это:

- а) необратимое прекращение всех функций мозга и функций дыхания
- б) отсутствие дыхания и кровообращения более 5 – 7 минут
- в) необратимое прекращение функций коры головного мозга
- г) длительное отсутствие сознания, самостоятельного дыхания и кровообращения
- д) необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол

6. Слово «hospes» переводится как:

- а) паллиативный уход
- б) помощь тяжелобольным
- в) оказывающий гостеприимство
- г) уход за умирающим больным
- д) обреченный больной

7. Кем в 1967 г. был организован первый хоспис

- а) В. Зорза б) Д. Бенетом в) Ф. Найтингейл г) С. Сондерс д) В. Поттером

Инструкция: За перечнем пронумерованных цифрами фраз следует список ответов, обозначенных буквами. Для каждого вопроса надо подобрать соответствующий ответ, обозначенный буквенным индексом. Каждый ответ может быть использован один раз, больше одного раза, или не использован совсем.

- 8. Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична.
- 9. Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания.
- 10. Медицинская этика позволяет прекратить все реанимационные мероприятия в момент наступления смерти, а также, изъять трупные органы, если получено необходимое согласие и законодательство страны не запрещает этого.
- 11. Право пациента отказаться от медицинской помощи является одним из основных и действия врача, направленные на уважение этого права, даже если они ведут к смерти пациента, вполне этичны.

Варианты ответов

- а) «Сиднейская декларация относительно констатации факта смерти» ВМА
- б) «Декларация об эвтаназии» ВМА
- в) «Заявление о пособничестве врачей при самоубийствах» ВМА
- г) «Венецианская декларация о терминальном состоянии» ВМА
- д) «Заявление о персистирующем вегетативном состоянии» ВМА

- 12. Прекращение жизни человека путем введения ему лекарственных веществ
- 13. Состояние после прекращения дыхания и остановки кровообращения в течение первых 5 – 7 минут
- 14. Прекращение искусственной вентиляции легких у больного, у которого отсутствует собственное дыхание
- 15. Оживление организма, восстановление его угасающих функций

Варианты ответов

- а) активная эвтаназия; б) убийство; в) клиническая смерть; г) реанимация; д) пассивная эвтаназия

Инструкция: Для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов являются правильными. Выберите ответы, исходя из следующей таблицы:

а – если верно	б – если верно	в – если верно	г – если верно	д – если верно
1, 2, 3	только 1 и 3	только 2 и 4	только 4	все

16. Аргументы противников эвтаназии:

- 1. пациент должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения
- 2. святость человеческой жизни
- 3. генетический аргумент

4. эвтаназия несовместима с медицинской деятельностью

17. В задачи выездной бригады хосписа при второй модели входит

1. решение социальных вопросов больных
2. отбор и направление больных в структурные подразделения службы «Хоспис»
3. транспортировка больных в больничный стационар
4. ведение больных в домашнем стационаре и отделении динамического наблюдения

18. В каких документах ВМА даются рекомендации в отношении применения и проведения эвтаназии

1. Декларация об эвтаназии
2. Заявление о персистирующем вегетативном состоянии
3. Венецианская декларация о терминальном состоянии
4. Сиднейская декларация относительно констатации факта смерти

19. Какие виды помощи оказываются в хосписе

1. Симптоматическое лечение
2. Патогенетическое лечение
3. Психологическая поддержка
4. Социальная помощь

20. Госпитализация больных при первой модели организации службы «Хоспис» осуществляется:

1. без учета медицинских и социальных показаний
2. с учетом медицинских показаний
3. с учетом желания больного
4. с учетом социальных показаний

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
в	г	в	г	д	в	г	б	г	а
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
в	б	в	д	г	в	д	а	д	б

Тесты по проблемам, связанным с трансплантологией

Инструкция: Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Изъятие органов и тканей у мертвого донора осуществляется в РФ

- а) Беспрепятственно в интересах науки и общества
- б) Если сам человек при жизни высказывал согласие на это
- в) Если сам человек при жизни не высказывал несогласие на это
- г) В соответствии с морально-религиозными ценностями общества
- д) Если только есть письменное разрешение умершего

2. В каком документе ВМА даются рекомендации по нейротрансплантации

- а) «Заявление о торговле живыми органами»
- б) «Резолюция по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов»
- в) «Декларация о трансплантации человеческих органов»
- г) «Лиссабонская декларация о правах пациента»
- д) «Заявление о трансплантации эмбриональной ткани»

3. Кто является донором ткани при нейротрансплантации

- а) женщина, сделавшая аборт
- б) эмбрион человека

- в) клонированное животное
- г) умерший человек
- д) живой донор, давший осознанное информированное согласие**

4. Что является объектом трансплантации при нейротрансплантологии

- а) костный мозг умершего человека
- б) костный мозг живого человека
- в) спинной мозг умершего человека
- г) часть головного мозга умершего человека
- д) часть головного мозга человеческого эмбриона**

5. В каком возрасте человек в РФ может быть донором крови:

- а) С рождения до 60 лет.
- г) С 18 лет (верхняя граница возраста не ограничена)**
- б) С 16 до 60 лет.
- д) В любом возрасте, если он здоров
- в) С 18 до 60 лет.

6. Кто из ученых выполнил первую успешную операцию по пересадке сердца от человека к человеку

- а) Л Пастер
- б) К Бернард**
- в) У.Джексон
- г) Ч.Гальтон
- д) Д.Смит

7. Когда была выполнена первая успешная операция по пересадке сердца от человека к человеку

- а) 1880
- б) 1901
- в) 1937
- г) 1967**
- д) 1987

8. Когда была выполнена первая успешная операция по пересадке сердца от человека к человеку

- а) 1937
- б) 1967
- в) 1987**
- г) 1992
- д) 2001

9. Какие учреждения имеют право на забор и заготовку органов и тканей человека согласно Закону РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»

- а) Только государственные
- б) Государственные и муниципальные**
- в) Только муниципальные
- г) Любые медицинские учреждения, имеющие лицензию
- д) Только специализированные

10. В каких учреждениях разрешается трансплантация органов и тканей человека согласно Закону РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»

- а) Только государственные
- б) Государственные и муниципальные**
- в) Только муниципальные
- г) Любые медицинские учреждения, имеющие лицензию
- д) Только специализированные

11. Может ли быть донором крови в России иностранный гражданин

- а) Не может ни при каких обстоятельствах
- б) Может, если он выразил добровольное согласие**
- в) Может, если он дееспособен**
- г) Может, если законы его страны разрешают это
- д) Может, если он прожил на территории РФ не менее года**

12. кто считается почетным донором в Российской Федерации

- а) Сдавшие кровь и ее компоненты 40 и более раз**
- б) Сдавшие плазму крови 60 и более раз**
- в) Сдающие кровь ежегодно на протяжении 10 лет

- г) Сдающие кровь каждые три месяца
- д) Сдавшие однократно 400 мл крови и более

Уровень 2, Уровень 3

Решение разноуровневых задач

1. Женщина 40 лет, скончалась в результате несчастного случая. Мнение по поводу трансплантации органов никогда не высказывала.

- а) Возможность трансплантации;
- б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как женщина не высказала своего мнения при жизни. В данной ситуации действует презумпция согласия, когда отсутствие выраженного отказа можно считать согласием на трансплантацию в соответствии с ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 г., в котором говорится, что изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

б) 1) Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей на основании инструкции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития. Трансплантация проводится, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

2) Добровольное письменное согласия реципиента или (в случае невозможности его получения) его близких родственников. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя.

3) Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи

4) Проведение в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

5) Два независимых государственных или муниципальных учреждения здравоохранения. В первом – Забор, диагностика (определение жизнеспособности и безопасности) органов и (или) тканей донора, хранение, транспортировка. Во втором – трансплантация.

6) Заключение о смерти на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти.

7) Изъятие органов и (или) тканей у трупа с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона. В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

8) Конфиденциальность информации о доноре и реципиенте.

2. Скоропостижно скончавшийся в возрасте 60 лет мужчина исповедовал при жизни ислам. Родственники отказываются дать согласие на вскрытие трупа по религиозным мотивам.

- а) Будет ли проведено вскрытие и почему?

Ответ: а) Данное вскрытие будет проведено для установления причины смерти несмотря на отказ родственников, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 2011 г. Патолого-анатомические вскрытия проводятся врачами соответствующей специальности в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

1) подозрения на насильственную смерть (что в данном случае не исключено);

2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

3. Девушка 18 лет погибла в железнодорожной катастрофе. Еще при жизни в беседе со своей сестрой высказывала мнение о том, что не хотела бы, чтобы у нее изымали какие-либо органы после смерти. Родители дали согласие на трансплантацию ее органов, объясняя позицию дочери тем, что в силу ее молодости у нее еще не сформировалось отношение к подобным вопросам.

- а) Возможность трансплантации;

б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как совершеннолетняя девушка высказала свое мнение, выражающееся в отказе от трансплантации еще при жизни в присутствии свидетеля (своей сестры), которая может поставить учреждение здравоохранения на момент изъятия органов и (или) тканей в известность о том, что при жизни ее сестра заявила о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту. Мнение умершей в данном случае первично, поэтому согласие родителей в расчет братья не будет.

б) Нет ответа, так как изъятие не будет проведено.

4. Погибший в автокатастрофе 40 летний мужчина при жизни не высказывал своего мнения по поводу трансплантации органов или тканей. Родственники больного согласны на трансплантацию.

а) Возможность трансплантации;

б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как мужчина не высказал своего мнения при жизни, и есть подобное согласие от его родственников. В данной ситуации действует презумпция согласия, когда отсутствие выраженного отказа можно считать согласием на трансплантацию в соответствии с ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 г., в котором говорится, что изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

б) 1) Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей на основании инструкции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития. Трансплантация проводится, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

2) Добровольное письменное согласия реципиента или (в случае невозможности его получения) его близких родственников. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя. Письменное согласие одного из близких родственников погибшего.

3) Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи

4) Проведение в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

5) Два независимых государственных или муниципальных учреждения здравоохранения. В первом – Забор, диагностика (определение жизнеспособности и безопасности) органов и (или) тканей донора, хранение, транспортировка. Во втором – трансплантация.

6) Заключение о смерти на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти.

7) Изъятие органов и (или) тканей у трупа с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона. В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

8) Конфиденциальность информации о доноре и реципиенте.

5. В компании своих друзей женщина 25 лет говорила о том, что она хотела бы, в случае своей внезапной смерти спасти жизнь другого человека отдав ему свое сердце. После ее гибели в автокатастрофе родственники не дают согласия на трансплантацию по религиозным соображениям.

а) Возможность трансплантации;

б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как женщина в присутствии свидетелей высказала свое мнение еще при жизни, выражающееся в желании стать донором сердца. В данной ситуации действует положение статьи ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 2011 г., в котором говорится, что совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей выразить свое волеизъявление о согласии (или о несогласии) на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в порядке, установленном законодательством РФ.

б) 1) Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей на основании инструкции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития. Трансплантация проводится, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

2) Добровольное письменное согласия реципиента или (в случае невозможности его получения) его близких родственников. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя.

3) Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи

4) Проведение в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

5) Два независимых государственных или муниципальных учреждения здравоохранения. В первом – Забор, диагностика (определение жизнеспособности и безопасности) органов и (или) тканей донора, хранение, транспортировка. Во втором – трансплантация.

6) Заключение о смерти на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти.

7) Изъятие органов и (или) тканей у трупа с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона. В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

8) Конфиденциальность информации о доноре и реципиенте.

6. После крупной железнодорожной аварии органы одного из погибших иммунологически совместимы с больным, которому срочно требуется операция (в течение ближайших нескольких часов). В течение такого короткого времени врачам трансплантационной бригады не удастся найти родственников погибшего. Мнение самого погибшего также неизвестно.

а) Возможность трансплантации;

б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести можно, так как мужчина не высказал своего мнения при жизни. В данной ситуации действует презумпция согласия, когда отсутствие выраженного отказа можно считать согласием на трансплантацию в соответствии с ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 г., в котором говорится, что изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

б) 1) Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей на основании инструкции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития. Трансплантация проводится, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

2) Добровольное письменное согласия реципиента или (в случае невозможности его получения) его близких родственников. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя.

3) Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи

4) Проведение в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

5) Два независимых государственных или муниципальных учреждения здравоохранения. В первом – Забор, диагностика (определение жизнеспособности и безопасности) органов и (или) тканей донора, хранение, транспортировка. Во втором – трансплантация.

6) Заключение о смерти на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти.

7) Изъятие органов и (или) тканей у трупа с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона. В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

8) Конфиденциальность информации о доноре и реципиенте.

7. У одной из сестер близнецов 3 лет поликистозное заболевание почек. Необходима срочная операция, донорские органы отсутствуют. Родители согласны на пересадку органа от здоровой сестры, чтобы спасти жизнь второго ребенка.

а) Возможность трансплантации;

б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как в соответствии с ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 г., изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет. Мнение родителей в данном случае не учитывается.

б) Нет ответа, так как изъятие не будет проведено.

8. У руководителя крупной коммерческой фирмы обнаружен двухсторонний гидронефроз. Необходима срочная операция. Его секретарь предлагает свою здоровую почку для трансплантации.

а) Возможность трансплантации;

б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как в соответствии с ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 г., изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, находящегося в служебной или иной зависимости от реципиента. Добровольное согласие самого донора в данном случае не учитывается.

б) Нет ответа, так как изъятие не будет проведено.

9. Коллектор крупного банка предлагает должнику часть кредита, который он занял у банка, вернуть отдав свою здоровую почку для трансплантации одному из топ-менеджеров банка, страдающих хронической почечной недостаточностью в последней стадии.

а) Возможность трансплантации;

б) Условия трансплантации.

Ответ: а) Данную операцию провести нельзя, так как в соответствии с ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 1992 г., изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, находящегося в служебной или иной зависимости от реципиента. В данной ситуации донор находится в финансовой зависимости от руководителя банка. С другой стороны, коллектор принуждает донора к согласию на изъятие у него органов, а это влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

б) Нет ответа, так как изъятие не будет проведено.

10. В многодетной семье (6 детей) младший ребенок 4 лет заболел острым лейкозом. Для спасения его жизни необходима срочное переливание крови. По иммунологическим свойствам ему больше всего подходит кровь старшего брата 16 лет.

а) Возможность переливания крови

б) Условия проведения операции.

Ответ: Донором вправе быть дееспособное лицо, являющееся гражданином Российской Федерации либо проживающим на территории Российской Федерации на законных основаниях не менее одного года иностранным гражданином или лицом без гражданства, достигшее возраста восемнадцати лет или приобретшее полную дееспособность до достижения им возраста восемнадцати лет в соответствии с законодательством Российской Федерации, изъявившее добровольное желание сдать кровь и (или) ее компоненты, прошедшее добровольно 215 медицинское обследование и не имеющее медицинских противопоказаний для сдачи крови и (или) ее компонентов.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

«У Т В Е Р Ж Д А Ю»
Заведующая кафедрой
Хасанова Гульшат Рашатовна

Протокол №____
от «_____» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина:	Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 «Общественное здравоохранение»
Квалификация	магистр
Уровень	магистратура
Форма обучения	очная/очно-заочная
Курс	2
Семестр	3/4
Лекции (час.)	12/4
Практические занятия (час.)	27/12
Самостоятельная работа (час.)	33/56
Экзамен (час.)	-
Зачет (час.)	3 семестр/ 4 семестр
Всего (час.)	72
Зачетных единиц трудоемкости (ЗЕТ)	2
Составители ФОС (должность, ФИО)	заведующая кафедрой Хасанова Гульшат Рашатовна; доцент кафедры Аглиуллина Саида Тахировна; доцент кафедры Назарова Ольга Александровна

2022 год

Содержание фонда оценочных средства

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контролируемые разделы/ темы/ модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля/ промежуточной аттестации	Количество
Раздел 1. Эпидемиология ИСМП				
Тема 1.1. Медико-социальная значимость ИСМП	ИД _{УК-3-1} , ИД _{УК-3-2} , ИД _{УК-3-3} , ИД _{УК-3-4} , ИД _{УК-3-5} , ИД _{ПК-3-1}	знать	тестирование	20
		уметь	-	
		владеть	-	
Тема 1.2. Микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за ИСМП	ИД _{УК-3-1} , ИД _{УК-3-2} , ИД _{УК-3-3} , ИД _{УК-3-4} , ИД _{УК-3-5} , ИД _{ПК-3-1}	знать	тестирование	20
		уметь	-	
		владеть	-	
Тема 1.3. ИСМП: клинические формы, эпидемиология, факторы риска	ИД _{УК-3-1} , ИД _{УК-3-2} , ИД _{УК-3-3} , ИД _{УК-3-4} , ИД _{УК-3-5} , ИД _{ПК-3-1}	знать	тестирование	32
			опрос (вопросы для собеседования)	12
		уметь	решение кейсов	1
		владеть		
Тема 1.4. Эпидемиологический надзор за ИСМП и инфекционный контроль в медицинских организациях	ИД _{УК-3-1} , ИД _{УК-3-2} , ИД _{УК-3-3} , ИД _{УК-3-4} , ИД _{УК-3-5} , ИД _{ПК-3-1}	знать	тестирование	13
			опрос (вопросы для собеседования)	10
		уметь	решение кейсов	1
		владеть		
Тема 1.5. Расследование вспышек ИСМП	ИД _{УК-3-1} , ИД _{УК-3-2} , ИД _{УК-3-3} , ИД _{УК-3-4} , ИД _{УК-3-5} , ИД _{ПК-3-1}	знать	-	
		уметь	решение кейсов	1
		владеть		
Раздел 2. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях				
Дезинфекционные мероприятия в профилактике ИСМП	ИД _{УК-3-1} , ИД _{УК-3-2} , ИД _{УК-3-3} , ИД _{УК-3-4} , ИД _{УК-3-5} , ИД _{ПК-3-1}	знать	тестирование	20
		уметь	-	
		владеть	-	
Гигиена рук медицинского персонала	ИД _{УК-3-1} , ИД _{УК-3-2} , ИД _{УК-3-3} , ИД _{УК-3-4} , ИД _{УК-3-5} , ИД _{ПК-3-1}	знать	тестирование	12
		уметь	-	
		владеть	-	

Контролируемые разделы/ темы/ модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля/ промежуточной аттестации	Количество
Основные направления профилактической и противоэпидемической работы в медицинских организациях	ИДУК-3-1, ИДУК-3-2, ИДУК-3-3, ИДУК-3-4, ИДУК-3-5, ИДПК-3-1	знать	тестирование	36
			опрос (вопросы для собеседования)	12
		уметь	решение кейсов	2
		владеть		
Обеспечение инфекционной безопасности гемотрансфузий медицинских организациях	ИДУК-3-1, ИДУК-3-2, ИДУК-3-3, ИДУК-3-4, ИДУК-3-5, ИДПК-3-1	знать	тестирование	11
			опрос (вопросы для собеседования)	7
		уметь	решение кейсов	1
		владеть		
Раздел 3. Защита медицинского персонала от заражения ИСМП				
Вакцинация медицинских работников	ИДУК-3-1, ИДУК-3-2, ИДУК-3-3, ИДУК-3-4, ИДУК-3-5, ИДПК-3-1	знать	тестирование	10
		уметь	-	
		владеть	-	
Требования к средствам индивидуальной защиты	ИДУК-3-1, ИДУК-3-2, ИДУК-3-3, ИДУК-3-4, ИДУК-3-5, ИДПК-3-1	знать	тестирование	13
		уметь	-	
		владеть	-	
Алгоритм действий при возникновении аварийной ситуации	ИДУК-3-1, ИДУК-3-2, ИДУК-3-3, ИДУК-3-4, ИДУК-3-5, ИДПК-3-1	знать	тестирование	18
			опрос (вопросы для собеседования)	7
		уметь	решение кейсов	2
		владеть		
Промежуточная аттестация – зачет			тестирование	60

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль осуществляется преподавателем в ходе повседневной учебной работы и проводится в пределах обычных организационных форм занятий.

Текущая аттестация обучающихся проводится преподавателем в следующих формах:

Тестирование – инструмент, с помощью которого педагог оценивает степень достижения магистром требуемых знаний. Составление теста включает в себя создание выверенной системы вопросов, собственно процедуру проведения тестирования и способ измерения полученных результатов. Тест состоит из заданий с выбором одного ответа из 3-4-х предложенных. Тип заданий – закрытый, за правильный ответ – 1 балл, за неправильный или неуказанный ответ – 0 баллов.

Опрос (собеседование) - диалог преподавателя с магистром, цель которого – систематизация и уточнение имеющихся у магистра знаний, проверка его индивидуальных возможностей усвоения материала, полнота знаний теоретического контролируемого материала. Способность к публичной коммуникации (демонстрация навыков публичного выступления и ведения дискуссии на профессиональные темы, владение нормами литературного языка, профессиональной терминологией).

Ситуационные задачи (кейсы) – задания, позволяющие оценивать знание фактического материала, формул расчёта показателей, умение правильно применять знания для решения поставленных задач.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа – это индивидуальная познавательная деятельность магистра как на аудиторных занятиях, так и во внеаудиторное время. Его самостоятельная работа должна быть многогранной и иметь четко выраженную направленность на формирование конкретных компетенций. Цель самостоятельной работы – овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками, опытом творческой, исследовательской деятельности и обеспечение формирования профессиональной компетенции, воспитание потребности в самообразовании, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем. Самостоятельная работа способствует эффективному усвоению, как основного, так и дополнительного учебного материала, и вызвана не только ограничением некоторых тем определенным количеством аудиторных часов, а в большей степени потребностью приучения магистров к самостоятельному поиску и творческому осмыслению полученных знаний. Формы проведения самостоятельной работы магистров разнообразны, это – работа с конспектами, учебными пособиями, сборниками задач с разбором конкретных ситуаций, написание рефератов и т.д.

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Критерии оценки тестирования:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Критерии оценки собеседования:

Оценка «отлично» (90–100 баллов) выставляется обучающемуся, при полном ответе на вопрос, комплексной оценке предложенной ситуации и знании теоретического материала

Оценка «хорошо» (80–89 баллов) выставляется обучающемуся при незначительном затруднении при ответе на теоретический вопрос, при логическом обосновании ответа с дополнительными комментариями педагога.

Оценка «удовлетворительно» (70–79 баллов) выставляется обучающемуся при значительном затруднении в ответе, при неуверенном и неполном ответе с помощью наводящих вопросов педагога.

Оценка «неудовлетворительно» (менее 70 баллов) выставляется обучающемуся, при неверном ответе на вопрос.

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, при комплексной оценке предложенной ситуации и знании теоретического материала по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, при уверенном и последовательном применении знаний для решения поставленных задач.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся при незначительном затруднении при ответе на вопросы, при правильном выборе тактики действия, при логическом обосновании ответов с дополнительными комментариями педагога.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, при затруднении с комплексной оценкой ситуации, при неуверенном и неполном ответе с помощью наводящих вопросов педагога.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, при неверной оценке ситуации, при неправильной организации противоэпидемических мероприятий, при отсутствии ответов или при неверных ответах на наводящие вопросы педагога.

4. Промежуточная аттестация – зачтено/ не зачтено

Промежуточная аттестация проводится в форме тестирования: магистр получает "зачтено" (если набрал более 70 баллов на тестировании) или "не зачтено" (если набрал менее 70 баллов на тестировании).

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тема 1.1. Медико-социальная значимость ИСМП

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ИНФЕКЦИЯ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОДЛЕЖИТ УЧЕТУ КАК ИНФЕКЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕСЛИ ОНА ВОЗНИКЛА
 - A. не позднее 30 дней после операции
 - B. не позднее 30 дней после выписки
 - C. в период пребывания в хирургическом отделении
 - D. не позднее 10 дней после операции
2. ИНФЕКЦИЯ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НАЛИЧИИ ИМПЛАНТАТА ПОДЛЕЖИТ УЧЕТУ КАК ИНФЕКЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕСЛИ ОНА ВОЗНИКЛА
 - A. не позднее одного года после операции
 - B. не позднее 30 дней после выписки
 - C. в период пребывания в хирургическом отделении
 - D. не позднее 30 дней после операции
3. НАЗОВИТЕ 4 ВЕДУЩИЕ ФОРМЫ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
 - A. Инфекции мочевыводящих путей, инфекции нижних дыхательных путей, инфекции кровотока, инфекции в области хирургического вмешательства
 - B. Инфекции дыхательных путей, инфекции ЛОР-органов, инфекции ЖКТ, катетер-ассоциированные инфекции кровотока
 - C. Инфекции ротоглотки, инфекции мочевого пузыря, инфекции кровотока, кишечные инфекции
 - D. Катетер-ассоциированные инфекции кровотока, пиелонефрит, инфекции центральной нервной системы, инфекции кожи и подкожно-жировой клетчатки
4. СДЕРЖИВАНИЮ РОСТА РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ БУДЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ:
 - A. назначение антибиотиков строго по показаниям

- В. проведение заключительной дезинфекции
- С. проведение оперативного вмешательства не позднее, чем через 5 суток после госпитализации
- Д. назначение субтерапевтических доз антибиотиков

5. АТТРИБУТАМИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. повышенная вирулентность и устойчивость к применяемым в данном стационаре антибиотикам и дезинфектантам
- В. регулярное выделение данного штамма из больничной среды при небольшой распространенности в общей популяции
- С. регистрация в отделении случаев инвазивных инфекций, вызванными данными штаммами
- Д. способность вызывать тяжелые формы заболеваний, высокая чувствительность к антибиотикам и дезинфектантам

6. КАК РАСЦЕНИВАТЬ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИИ: БРЮШНОЙ ТИФ ДИАГНОСТИРОВАН ПО СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ НА 10-Й ДЕНЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПЕРВИЧНЫМ ДИАГНОЗОМ «ПНЕВМОНИЯ»

- А. занос инфекции в медицинскую организацию
- В. ИСМП
- С. ВБИ
- Д. осложнение пневмонии

7. КАК РАСЦЕНИВАТЬ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИИ: ВЕТРЯНАЯ ОСПА (СЫПЬ) ВЫЯВЛЕНА НА 4-Й ДЕНЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ

- А. занос инфекции в медицинскую организацию
- В. ИСМП
- С. ВБИ
- Д. осложнение пневмонии

8. КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ БУДЕТ РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК ИСМП?

- А. сальмонеллез диагностирован бактериологически на 10-й день госпитализации больного холециститом
- В. корь (пятна Филатова) выявлена на 5-й день госпитализации больного гипертонией
- С. брюшной тиф диагностирован по серологическим исследованиям на 10-й день госпитализации в терапевтическое отделение больного с первичным диагнозом «пневмония»
- Д. пневмония у больного гриппом выявлена в стационаре на 2-й день госпитализации

9. В ГРУППУ ESCAPE НЕ ВХОДЯТ:

- А. *Salmonella typhi*
- В. *Staphylococcus aureus*
- С. *Pseudomonas aeruginosa*
- Д. *Clostridium difficile*

10. НАИБОЛЬШЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПЕРЕДАЧЕ ИСМП ИГРАЮТ

- А. руки медперсонала
- В. белье
- С. инъекционные растворы

D. инструменты

11. ПОДЛЕЖАТ ЛИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА ПАЦИЕНТЫ ИЗ ОЧАГА КОРИ?

- A. да, с отметкой в выписном эпикризе о наличии контакта по кори
- B. нет, они подлежат наблюдению в течение 21 дня
- C. нет, осуществляется перевод в инфекционный стационар
- D. да

12. ГРУППОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ____ И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ИСМП, СВЯЗАННЫХ ОДНИМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ И (ИЛИ) ОБЩИМИ ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ

- A. 5
- B. 4
- C. 3
- D. 10

13. К ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ:

- A. инфекции, развившиеся у ребенка в первые 48 часов жизни, если нет оснований считать, что заражение произошло во время родов или после родов
- B. инфекции, появившиеся у ребенка в течение 7 дней после рождения
- C. инфекции, появившиеся у ребенка в течение 5 дней после рождения
- D. инфекции, развившиеся у ребенка в первые 72 часа жизни, если нет оснований считать, что заражение произошло во время родов или после родов

14. К ЗАНОСУ ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ

- A. острого вирусного гепатита в, диагностированного через три дня после поступления пациента в отделение кишечных инфекций
- B. синегнойной инфекции области хирургического вмешательства, диагностированной у пациента через 7 дней после операции
- C. пневмонии у пациента отделения реанимации и интенсивной терапии, присоединившейся через 72 часа после начала искусственной вентиляции легких
- D. инфекции мочевыводящих путей, присоединившейся через 1 сутки после катетеризации мочевого пузыря

15. К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, МОЖНО ОТНЕСТИ

- A. синегнойную инфекцию раны, диагностированную у двух пациентов ожогового отделения через три дня после поступления
- B. одновременное заболевание дифтерией трех жителей одного микрорайона, за 15 дней до заболевания побывавших в одной стоматологической клинике
- C. туберкулез у пациента, диагностированный через четыре недели после пребывания в санатории в Крыму
- D. заболевание гепатитом А у пациента отделения общей терапии на 5 день после поступления

16. К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ

- A. дизентерии, манифестировавшей у ребенка на вторые сутки после выписки из детского соматического отделения
- B. краснухи, присоединившейся у пациентки на 4 сутки после госпитализации

- С. острого вирусного гепатита В, диагностированного у пациента через неделю после госпитализации
- Д. инфекции кровотока, вызванной *Staphylococcus epidermidis* и диагностированной у пациентки на 1-е сутки после госпитализации

17. К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ

- А. панариция, присоединившегося у новорожденного ребенка на 7-й день после рождения
- В. ротавирусного гастроэнтерита, манифестировавшего у взрослого пациента через 3 часа после поступления в хирургическое отделение
- С. пневмонии, присоединившейся у пациента с политравмой в реанимационном отделении через 24 часа после госпитализации
- Д. ветряной оспы у ребенка, манифестировавшей на 5 сутки после поступления в детское соматическое отделение

18. К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ

- А. поствентиляционной пневмонии, присоединившейся у пациента через 48 часов после госпитализации в реанимационное отделение
- В. острой левосторонней пневмонии, диагностированной у пациентки через три недели после выписки из терапевтического отделения
- С. туберкулеза у пациента, диагностированного через три недели после прохождения флюорографии
- Д. сальмонеллеза, клиника которого появилась у ребенка через 3 часа после госпитализации в отделение интенсивной терапии

19. К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ

- А. инфекции, вызванной вирусом гепатита В через 2 месяца после гемотрансфузии
- В. инфекции, вызванной вирусом гепатита А через 2 месяца после выписки из стационара
- С. бешенства у госпитализированного пациента
- Д. норовирусной инфекции, манифестировавшей у ребенка через 3 часа после госпитализации

20. К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ

- А. шигеллеза, присоединившегося у ребенка на 9-й день после поступления в соматическую детскую больницу
- В. кори, манифестация которой произошла на 3 й день после поступления в соматическую детскую больницу
- С. пневмонии в отделении интенсивной терапии, диагностированной в первые сутки поступления пациента
- Д. пиодермии у новорожденного, присоединившейся на 20 сутки после выписки из родильного дома

Тема 1.2. Микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за ИСМП

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ШИРОКИЙ СПЕКТР УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
 - A. *Pseudomonas aeruginosa*
 - B. *Streptococcus pneumoniae*
 - C. *Clostridium perfringens*
 - D. *Escherichia coli*
2. СДЕРЖИВАНИЮ РОСТА РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ БУДЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ:
 - A. назначение антибиотиков строго по показаниям
 - B. проведение заключительной дезинфекции
 - C. проведение оперативного вмешательства не позднее, чем через 5 суток после госпитализации
 - D. назначение субтерапевтических доз антибиотиков
3. АТРИБУТАМИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ЯВЛЯЮТСЯ:
 - A. повышенная вирулентность и устойчивость к применяемым в данном стационаре антибиотикам и дезинфектантам
 - B. регулярное выделение данного штамма из больничной среды при небольшой распространенности в общей популяции
 - C. регистрация в отделении случаев инвазивных инфекций, вызванными данными штаммами
 - D. способность вызывать тяжелые формы заболеваний, высокая чувствительность к антибиотикам и дезинфектантам
4. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ЛПО ЭТО:
 - A. слежение за видовым составом и популяционной структурой микроорганизмов, являющихся возбудителями ИСМП с использованием фенотипических и/или молекулярно-генетических методов
 - B. бактериологическое обследование биологического материала больных при госпитализации их в стационар
 - C. контроль за качеством дезинфекции и стерилизации

- D. использование культуральных методов диагностики для постановки эпидемиологического диагноза
5. КАКИЕ ПАТОГЕНЫ ИМЕЮТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА ИНФЕКЦИЙ КРОВотоКА?
- A. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus* spp., грибы рода *Candida*
B. *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *E.coli*
C. *Streptococcus pyogenes*, *Acinetobacter baumannii*, *Campylobacter jejuni*
D. *Aspergillus* spp., *Staphylococcus epidermidis*, *Serratia marcescens*
6. КАКОЙ ПАТОГЕН ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВыводяЩИХ ПуТЕЙ?
- A. *Streptococcus pyogenes*
B. *E.coli*
C. *Staphylococcus epidermidis*
D. *Staphylococcus aureus*
7. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ДыхАТЕльНых ПуТЕЙ ПроводяТ На ОбНаружение В СмыВАХ
- A. золотистого стафилококка
B. стрептококка
C. кишечной палочки
D. синегнойной палочки
8. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ КиШЕЧНых ИНФЕКЦИЙ ПроводяТ На ОбНаружение В СмыВАХ
- A. кишечной палочки
B. иерсиний
C. золотистого стафилококка
D. микобактерий туберкулеза
9. ВнутРИБольНИЧНые ВспыШКИ СальМОНЕЛЛЕЗа С ПередаЧей ВОЗБУДИТЕЛЯ ОТ ЧЕЛОВЕКА К ЧЕЛОВЕКУ ЧАЩЕ ВыЗваны СЕрОВАРОМ
- A. *S. typhimurium*
B. *S. infantis*
C. *S. enteritidis*
D. *S. mission*
10. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОПЛЕНКИ
- A. социально-организованное сообщество микроорганизмов, прикрепленных к к-л - абиотическому субстрату (камень, металл или пластик) или биотическому субстрату (живая ткань животного или человека)
B. социально-организованное сообщество микроорганизмов, прикрепленных к к-л биотическому субстрату (живая ткань животного или человека)
C. колонии микроорганизмов в ране в концентрации, превышающей 10⁵ кое/мл раневой жидкости
D. биополимерное покрытие, используемое для покрытия раны после операции с целью профилактики раневой инфекции

11. КАКИЕ МЕТОДЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТИПИРОВАНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ:
- A. ПЦР, рестрикционный анализ ДНК, ДНК-секвенирование
 - B. иммуноферментный анализ, иммунный блоттинг, бактериоцинотипирование
 - C. антибиотикотипирование, биотипирование, фаготипирование
 - D. иммуноблоттинг, серотипирование, РПГА
12. КАКИЕ ПАТОГЕНЫ ИМЕЮТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА ИНФЕКЦИЙ КРОВотоКА?
- A. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus* spp., грибы рода *Candida*
 - B. *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *E. coli*
 - C. *Streptococcus pyogenes*, *Acinetobacter baumannii*, *Campylobacter jejuni*
 - D. *Aspergillus* spp., *Staphylococcus epidermidis*, *Serratia marcescens*
13. КАКОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ СПОСОБЕН ВЫЖИВАТЬ И РАЗМНОЖАТЬСЯ В ОБЪЕКТАХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ (РАСТВОРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, АНТИСЕПТИКОВ)?
- A. *Pseudomonas aeruginosa*
 - B. *Streptococcus pyogenes*
 - C. *Staphylococcus aureus*
 - D. *Clostridium difficile*
14. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА, ЕСЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ ВЫЗВАНА
- A. *Pseudomonas aeruginosa*
 - B. *Shigella flexneri*
 - C. *Staphylococcus aureus*
 - D. *Streptococcus haemolyticus*
15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИОХВ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. *St. aureus*
 - B. *Candida albicans*
 - A. *Clostridium difficile*
 - B. *Proteus mirabilis*
16. НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ В ПЛАНЕ ПРОГНОЗА ПРЕДСТАВЛЯЮТ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННЫЕ:
- A. грамотрицательными бактериями
 - C. грамположительными бактериями
 - D. вирусами
 - E. грибами
17. НОСИТЕЛЬСТВО КАКОГО МИКРООРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТА ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?
- A. *Staphylococcus aureus*
 - B. *Streptococcus pyogenes*
 - C. *Clostridium difficile*

D. *Staphylococcus epidermidis*

18. СДЕРЖИВАНИЮ РОСТА РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ БУДЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ:

- A. плановая ротация дез. средств в стационаре
- B. использование меньших концентраций дез. растворов
- C. отказ от использования ЧАС
- D. проведение дезинфекции лишь при наличии строгих показаний

19. ШИРОКИЙ СПЕКТР УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- A. *Acinetobacter spp.*
- B. *Neisseria meningitidis*
- C. *Salmonella typhimurium*
- D. *Moraxella catarrhalis*

20. ШИРОКИЙ СПЕКТР УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- A. *Pseudomonas aeruginosa*
- B. *Streptococcus pneumonia*
- C. *Clostridium perfringens*
- D. *Escherichia coli*

Тема 1.3. ИСМП: клинические формы, эпидемиология, факторы риска

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СВИЩА С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМОМ У ПРООПЕРИРОВАННОГО БОЛЬНОГО НА 10-й ДЕНЬ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА НА МЕСТЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ИНФЕКЦИЯ

- A. связанная с оказанием медицинской помощи
- B. связанная с инфицированием после выписки из медицинской организации
- C. генез инфицирования при которой неизвестен
- D. в результате закономерного развития основного заболевания

2. ИНФЕКЦИЯ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОДЛЕЖИТ УЧЕТУ КАК ИНФЕКЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕСЛИ ОНА ВОЗНИКЛА
- A. не позднее 30 дней после операции
 - B. не позднее 30 дней после выписки
 - C. в период пребывания в хирургическом отделении
 - D. не позднее 10 дней после операции
3. ИНФЕКЦИЯ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НАЛИЧИИ ИМПЛАНТАТА ПОДЛЕЖИТ УЧЕТУ КАК ИНФЕКЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕСЛИ ОНА ВОЗНИКЛА
- A. не позднее одного года после операции
 - B. не позднее 30 дней после выписки
 - C. в период пребывания в хирургическом отделении
 - D. не позднее 30 дней после операции
4. ПО СТЕПЕНИ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИЕ РАНЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА:
- A. чистые, условно чистые, контаминированные, грязные
 - B. чистые, загрязненные, инфицированные
 - C. безопасные, с высоким риском раневой инфекции, грязные
 - D. асептические и септические
5. КАКИЕ ПАТОГЕНЫ ИМЕЮТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА ИНФЕКЦИЙ КРОВотоКА?
- A. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus* spp., грибы рода *Candida*
 - B. *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *E.coli*
 - C. *Streptococcus pyogenes*, *Acinetobacter baumannii*, *Campylobacter jejuni*
 - D. *Aspergillus* spp., *Staphylococcus epidermidis*, *Serratia marcescens*
6. ПРОДОЛЖЕНИЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИМИКРОБНОГО ПРЕПАРАТА БОЛЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ 24 Ч ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УСЛОВНО-ЧИСТЫХ РАНАХ
- A. не приводит к повышению эффективности антибиотикопрофилактики
 - B. повышает эффективность антибиотикопрофилактики без негативных последствий
 - C. повышает эффективность антибиотикопрофилактики, но увеличивает риск аллергических реакций
 - D. повышает эффективность антибиотикопрофилактики, но увеличивает риск контаминации *Clostridium difficile*
7. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННОЙ ИНФЕКЦИИ КРОВотоКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ:
- A. бедренной вены
 - B. внутренней яремной вены
 - C. подключичной вены
 - D. периферических вен
8. РУТИННАЯ ЗАМЕНА ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА РЕКОМЕНДУЕТСЯ:
- A. не рекомендуется
 - B. через 5 дней после постановки

- C. через 7 дней после постановки
- D. через 10 дней после постановки

9. ВЕДУЩИМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИЙ КРОВотоКА, СВЯЗАННЫХ С КАТЕТЕРИЗАЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. Коагулазоотрицательные стафилококки
- B. Staph.aureus
- C. Pseudomonas aeruginosa
- D. Klebsiella pneumoniae
- E. Candida albicans

10. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

- A. большая длительность пребывания в стационаре, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, иммунодефицитные состояния
- B. пол больных, алкоголизм, проведение оперативного вмешательства
- C. проведение больному большого количества рентгенографий, ВИЧ-инфекция
- D. пол больных, бесконтрольное использование антибиотиков

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИОХВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. St. aureus
- B. Candida albicans
- C. Clostridium difficile
- D. Proteus mirabilis

12. НОСИТЕЛЬСТВО КАКОГО МИКРООРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТА ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?

- A. Staphylococcus aureus
- B. Streptococcus pyogenes
- C. Clostridium difficile
- D. Staphylococcus epidermidis

13. АНТИБИОТИК С ЦЕЛЬЮ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ:

- A. внутривенно
- B. внутримышечно
- C. per os
- D. внутривенно+per os

14. АНТИБИОТИК С ЦЕЛЬЮ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ:

- A. за 30 минут-2 часа до операции
- B. непосредственно перед операцией
- C. за 2-4 часа до операции
- D. за 12 часов до операции

15. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЫ ПО СТЕПЕНИ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К:

- A. грязным ранам
- B. чистым ранам
- C. контаминированным ранам
- D. условно чистым ранам

16. РИСК РАЗВИТИЯ ИОХВ ДЛЯ ГРЯЗНЫХ РАН СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 25-27%
- B. 5-10%
- C. 10-15%
- D. 30-35%

17. РИСК РАЗВИТИЯ ИОХВ ДЛЯ ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАН СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 10-17%
- B. 5-11%
- C. 1-3%
- D. 17-25%

18. РИСК РАЗВИТИЯ ИОХВ ДЛЯ УСЛОВНО-ЧИСТЫХ РАН СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 3-11%
- B. 1-4%
- C. 11-20%
- D. более 20%

19. ФАКТОРЫ РИСКА ИОХВ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТА

- A. колонизация носоглотки *S.aureus*, сахарный диабет, ожирение
- B. наличие зубных протезов, цирроз печени, женский пол
- C. неподвижность пациента, острая задержка мочи, пороки сердца
- D. наличие подключичного катетера, ранний возраст (до 3 лет), курение

20. ЧАСТОТА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ КРОВОТОКА СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 25-60%
- B. 5-10%
- C. 10-15%
- D. 15-20%

21. КАКОЙ ПАТОГЕН ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ?

- A. *Streptococcus pyogenes*
- B. *E.coli*
- C. *Staphylococcus epidermidis*
- D. *Staphylococcus aureus*

22. СЛУЧАЕМ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПНЕВМОНИЮ, РАЗВИВШУЮСЯ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ _____ ЧАСОВ ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ЕЕ ДО НАЧАЛА ИНТУБАЦИИ

- A. 48
- B. 24
- C. 36
- D. 72

23. ПРОВЕДЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ БОЛЬНЫХ С МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ

- A. рекомендуется только пациентам с клиническими симптомами инфекции
- B. рекомендуется всем пациентам 1 раз в неделю

- С. рекомендуется при наличии мутной мочи
- Д. рекомендуется только пациентам после хирургического вмешательства

24. ЗАМЕНА МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА ПРОИЗВОДИТСЯ:

- А. при наличии признаков инфекции мочевыводящих путей, поломки, непроходимости катетера
- В. всем пациентам 1 раз в неделю
- С. всем пациентам при регистрации в отделении вспышки инфекций мочевыводящих путей
- Д. всем пациентам при выявлении бактериурии 10³ КОЕ/мл

25. В УВЛАЖНИТЕЛИ АППАРАТОВ ИВЛ СЛЕДУЕТ ЗАЛИВАТЬ:

- А. Стерильную дистиллированную воду
- В. Дистиллированную воду
- С. Стерильную воду
- Д. Изотонический раствор NaCl

26. В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ ПРЕОБЛАДАЕТ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ:

- А. Контактный
- В. Водный
- С. Пищевой
- Д. Воздушно-капельный

27. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИСМП НАИБОЛЕЕ ВЫСОК В:

- А. урологических отделениях
- В. физиотерапевтических отделениях
- С. терапевтических отделениях
- Д. неврологических отделениях

28. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИСМП НАИБОЛЕЕ ВЫСОК В:

- А. ОРИТ
- В. эндокринологических отделениях
- С. терапевтических отделениях
- Д. неврологических отделениях

29. ВЫБЕРИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИСМП:

- а) длительность госпитализации
 - б) пол больных
 - в) возраст больных
 - г) число инструментальных вмешательств
 - д) наличие сопутствующих заболеваний
- А. а, в, г, д
 - В. а, г, д
 - С. б, в, г, д
 - Д. в, г, д

30. К ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСИТСЯ СЛУЧАЙ

- А. поствентиляционной пневмонии, присоединившейся у пациента через 48 часов после госпитализации в реанимационное отделение
- В. острой левосторонней пневмонии, диагностированной у пациентки через три недели после выписки из терапевтического отделения

- С. туберкулеза у пациента, диагностированного через три недели после прохождения флюорографии
- Д. сальмонеллеза, клиника которого появилась у ребенка через 3 часа после госпитализации в отделение интенсивной терапии

31. НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ В ПЛАНЕ ПРОГНОЗА ПРЕДСТАВЛЯЮТ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННЫЕ:

- А. грамотрицательными бактериями
- В. грамположительными бактериями
- С. вирусами
- Д. грибами

32. МОЧЕПРИЕМНИК, СОБИРАЮЩИЙ МОЧУ ИЗ КАТЕТЕРА, ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ:

- А. ниже уровня кровати, но выше пола
- В. на уровне кровати больного
- С. на полу
- Д. высота не имеет значения

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Классификация хирургических ран (операций) по степени микробной контаминации («чистоте раны»)
2. Стандартное определение случая инфекции в области хирургического вмешательства.
3. Факторы, влияющие на риск развития ИОХВ.
4. Профилактические и противоэпидемические мероприятия ИОХВ.
5. Факторы риска возникновения ВБИ в отделениях ОРИТ.
6. Факторы риска инфекций мочевого тракта.
7. Профилактика инфекций мочевого тракта.
8. Эпидемиологическая оценка факторов риска ИОХВ (использование индекса риска NNIS)
9. Катетер-ассоциированные инфекции кровотока, этиология.
10. Классификация КАИК.
11. Факторы риска КАИК
12. Профилактика КАИК.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

В отделении торакальной хирургии одной из областных больниц в течение месяца зарегистрировано 11 случаев инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) у больных, перенесших операцию на легких в условиях искусственного кровообращения: 8 лобозэктомий (опухоли, кисты легкого), 4 сегментэктомии (по поводу кисты легкого). Заболевание развивалось однотипно. На 2-3-е сутки после операции начинался гнойный трахеобронхит (при бактериологическом исследовании была выделена синегнойная палочка), через 3-4 дня после этого присоединялась пневмония, через 7-10 дней - нагноение послеоперационной раны, передний медиастинит, вслед за этим развились признаки сепсиса.

Вопросы:

1. Укажите причины присоединения ИОХВ и факторы риска развития ИОХВ.

2. Можно ли считать описанные случаи заболевания групповой вспышкой?
3. Какие дополнительные сведения нужны для эпидемиологического расследования вспышки?
4. Что следовало предпринять при появлении первых случаев ИОХВ?

Тема 1.4. Эпидемиологический надзор за ИСМП и инфекционный контроль в медицинских организациях

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЛОТНОСТИ ИНЦИДЕНТНОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА:
 - A. продолжительность экспозиции влияет на вероятность развития исхода
 - B. недостаточно средств и времени для оценки кумулятивной инцидентности
 - C. имеется небольшое количество случаев ИСМП в течение анализируемого периода времени
 - D. имеется значительное количество случаев ИСМП в течение анализируемого периода времени
2. РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЯ КУМУЛЯТИВНОЙ ИНЦИДЕНТНОСТИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА
 - A. ИОХВ
 - B. КАИК
 - C. ВАП
 - D. ИМВП
3. РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЯ ПЛОТНОСТИ ИНЦИДЕНТНОСТИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА
 - A. КАИК, ВАП
 - B. ИОХВ, КАИК
 - C. ИОХВ, ИМВП
 - D. ВАП, ИОХВ

4. ГРУППОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ____ И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ИСМП, СВЯЗАННЫХ ОДНИМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ И (ИЛИ) ОБЩИМИ ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ
- A. 5
 - B. 4
 - C. 3
 - D. 10
5. ЦЕЛЬЮ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи
 - B. оптимизация процесса диагностики, лечения и профилактики в отношении конкретного пациента на основе результатов оценки лечебно-диагностического процесса с использованием данных эпидемиологических исследований
 - C. профилактика инфекционных и неинфекционных болезней
 - D. оптимизация оказания медицинской помощи в стационарах инфекционного профиля путем контроля за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений в соответствии с действующими нормативными документами
6. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ Ф058У НЕ ПОДАЕТСЯ:
- A. на аварийную ситуацию
 - B. на инфекционное заболевание
 - C. на пищевое отравление
 - D. на необычную реакцию на прививку
7. ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВО ВРЕМЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ
- A. линейные диаграммы
 - B. диаграммы рассеяния
 - C. секторные диаграммы
 - D. картограммы
8. ИНЦИДЕНТНОСТЬ – ЭТО:
- A. частота новых случаев в популяции риска в течение исследуемого периода времени
 - B. число случаев заболевания, имеющих в данный момент времени на определенной территории
 - C. отношение числа новых случаев ко времени риска
 - D. общее число случаев, выявленных в течение 1 года
9. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ИЗМЕНИВШАЯ ИЛИ УТОЧНИВШАЯ ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИОННОЙ (ПАРАЗИТАРНОЙ) БОЛЕЗНИ, ПОДАЕТ НОВОЕ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ____ ЧАСОВ
- A. 12
 - B. 24
 - C. 48
 - D. 72
10. ОПИСАТЬ СТРУКТУРУ ИЗУЧАЕМОГО ЯВЛЕНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ПОКАЗАТЕЛИ
- A. экстенсивные

- В. интенсивные
- С. наглядности
- Д. отношения

11. О СЛУЧАЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО СООБЩИТЬ В ОРГАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР, В ТЕЧЕНИЕ

- А. 2 часов - по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи)
- В. 12 часов - по телефону, а затем в течение 24 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи)
- С. 24 часов - по телефону, а затем в течение 48 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи)
- Д. 1 часа - по телефону, а затем в течение 6 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи)

12. ОЦЕНКА ГИПОТЕЗ О НАЛИЧИИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ИЗУЧАЕМЫМ ФАКТОРОМ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ

- А. аналитических эпидемиологических исследований
- В. описательных эпидемиологических исследований
- С. клинических испытаний
- Д. полевых испытаний

13. ЭТАПЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ:

- А. оценочный этап, статистический этап, этап постановки заключительного эпидемиологического диагноза
- В. подготовительный этап, микробиологический этап, заключительный этап
- С. этап сбора данных, описательный этап, аналитический этап
- Д. этап планирования, этап диагностики, заключительный этап

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Дайте определение эпидемиологический надзор в ЛПМО
2. Назовите цель эпидемиологического надзора за госпитальными инфекциями в ЛПМО
3. Дайте определение инфекционного контроля
4. Перечислите задачи инфекционного контроля
5. Что такое эпидемиологическое наблюдение за ИСМП?
6. Задачи эпидемиологического наблюдения за ИСМП
7. Назовите пассивные методы эпидемиологического наблюдения
8. Назовите активные методы эпидемиологического наблюдения
9. Что такое кумулятивная инцидентность?
10. Что такое плотность инцидентности?

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

Оценить риск гибели пациентов отделения реанимации новорожденных в связи с возникновением у них ИСМП (табл.1). Оценить суммарную оценку риска с учетом массы тела (табл.2)

Таблица 1. Оценка риска гибели новорожденных в зависимости от заражения ВБИ

	Умер	Выжил
Заразился ВБИ	46	92
Не заразился ВБИ	104	653

Таблица 2. Оценка риска гибели новорожденных в зависимости от заражения ВБИ с учетом массы тела при рождении (стратификационный анализ)

Масса тела (г)	Заражение ВБИ	Умер	Выжил
Менее 1000	Заразился	12	13
	Не заразился	10	20
1000-1499	Заразился	12	30
	Не заразился	24	83
1500-1999	Заразился	7	11
	Не заразился	18	124
2000 и более	Заразился	15	38
	Не заразился	52	426

Для выполнения задачи необходимы: персональный компьютер с выходом в Интернет, использование онлайн калькуляторов medstatistic.ru.

Задание:

1 Рассчитайте показатели отношения шансов и его 95% доверительный интервал для каждой массы тела новорождённого.

2. Рассчитать суммарную оценку риска с учетом массы тела. Сделайте выводы.

Тема 1.5. Расследование вспышек ИСМП

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1. Вспышка ИОХВ в кардиохирургическом отделении

Алгоритм расследования вспышек изучается на примере вспышки инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) в кардиохирургическом отделении многопрофильного стационара среди пациентов, перенесших операцию по поводу протезирования аортального клапана.

Характеристика кардиохирургического отделения

Многопрофильный стационар имеет 800 коек. Кардиохирургическое отделение рассчитано на 30 коек. В кардиохирургическом отделении выполняются высокотехнологичные операции, в том числе операции при патологии клапанов сердца.

Вспышка произошла в период с сентября по ноябрь 2010 г. и характеризовалась резким подъемом частоты ИОХВ у пациентов отделения (в предэпидемический период частота данных инфекций в отделении составляла 1,1 на 100 операций).

С сентября по ноябрь 2010 года в отделении было зарегистрировано 7 случаев ИОХВ органа/полости в виде медиастинита у 64 пациентов, перенесших операцию по протезированию аортального клапана за указанный период времени. Все случаи ИОХВ были вызваны одним и тем же штаммом коагулазонегативного эпидермального стафилококка.

Задание

1. Произвести сбор данных о вспышке:

- определение наличия вспышки;
- сбор данных об исходах - случаях ИОХВ в отделении за период вспышки (количество случаев, сроки их появления);
- сбор данных обо всех возможных факторах риска развития ИОХВ у пациентов отделения;
- сбор данных о составе и численности изучаемой популяции в отделении (количество пациентов, перенесших оперативное вмешательство за период вспышки; данные о составе и численности медицинского персонала отделения).

2. Описательный этап расследования вспышки: провести оценку интенсивности, динамики и структуры вспышки и высказать гипотезы о причинах вспышки).

3. Аналитический этап расследования вспышки: проверить гипотезы в аналитических исследованиях (провести исследование «случай- контроль») и установить причину вспышки (сформулировать эпидемиологический диагноз).

Тема 2.1. Дезинфекционные мероприятия в профилактике ИСМП

Компетенции:

ИД_{УК-3}-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИД_{УК-3}-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИД_{УК-3}-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИД_{УК-3}-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИД_{УК-3}-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИД_{ПК-3}-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. В ОТНОШЕНИИ ЧАСТЕЙ ПРИБОРОВ И УСТРОЙСТВ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО ЗДОРОВОЙ КОЖЕЙ, НО ПРИ ЭТОМ ПОВЕРХНОСТИ ЗАГРЯЗНЕНЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ТРЕБУЕТСЯ
 - A. Дезинфекция среднего (промежуточного) уровня
 - B. Дезинфекция низкого уровня
 - C. Дезинфекция высокого уровня
 - D. Стерилизация
2. В ОТНОШЕНИИ ЧАСТЕЙ ПРИБОРОВ И УСТРОЙСТВ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО ЗДОРОВОЙ КОЖЕЙ, ПРИ ЭТОМ ПОВЕРХНОСТИ НЕ ЗАГРЯЗНЕНЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ТРЕБУЕТСЯ
 - A. Дезинфекция низкого уровня
 - B. Дезинфекция среднего (промежуточного) уровня
 - C. Дезинфекция высокого уровня
 - D. Стерилизация
3. В ОТНОШЕНИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО СЛИЗИСТЫМИ ОБОЛОЧКАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ТРЕБУЕТСЯ
 - A. Дезинфекция высокого уровня
 - B. Дезинфекция среднего уровня
 - C. Дезинфекция промежуточного уровня
 - D. Дезинфекция низкого уровня

4. В ОТНОШЕНИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО СЛИЗИСТЫМИ ОБОЛОЧКАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ТРЕБУЕТСЯ
- A. Стерилизация
 - B. Дезинфекция среднего уровня
 - C. Дезинфекция промежуточного уровня
 - D. Дезинфекция низкого уровня
5. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ УНИЧТОЖЕНИЕ
- A. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
 - B. всех форм микроорганизмов, в том числе микобактерий туберкулеза, грибов и большинства вирусов, за исключением спор
 - C. всех микроорганизмов, за исключением некоторых бактериальных спор
 - D. всех микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
6. ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ПРОМЕЖУТОЧНОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ УНИЧТОЖЕНИЕ
- A. всех форм микроорганизмов, в том числе микобактерий туберкулеза, грибов и большинства вирусов, за исключением спор
 - B. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
 - C. всех микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
 - D. всех вирусов, включая возбудителей парентеральных гепатитов
7. ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ УНИЧТОЖЕНИЕ
- A. всех микроорганизмов, за исключением некоторых бактериальных спор
 - B. большинства микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
 - C. всех вирусов, за исключением возбудителей парентеральных гепатитов
 - D. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
8. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ОДНОРАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ СЛЕДУЕТ
- A. продезинфицировать и затем удалить как медицинские отходы
 - B. удалить вместе с бытовым мусором
 - C. прокипятить и отправить в мусорный контейнер
 - D. обработать в автоклаве, затем выбросить с бытовым мусором
9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ: А) АНГИНОЙ Б) ГРИППОМ В) ДИЗЕНТЕРИЕЙ Г) ДИФТЕРИЕЙ
- A. в, г
 - B. а, б
 - C. б, в
 - D. б, г
10. ПОСТЕЛЬНОЕ БЕЛЬЕ И СТОЛОВУЮ ПОСУДУ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ: А) КИПЯЧЕНИЕМ Б) ПОГРУЖЕНИЕМ В ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЙ РАСТВОР В) АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ Г) В ДЕЗИНФЕКЦИОННОЙ КАМЕРЕ
- A. а, б
 - B. а, в
 - C. в, г

- D. б, г
- E. а, г

11. ПОСТЕЛЬНЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ:

- A. в дезинфекционной камере
- B. облучением при помощи открытых установок
- C. автоклавированием
- D. орошением дезинфицирующим раствором

12. РЕЖИМ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОНКРЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРО НЕОБХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ УТОЧНИТЬ В

- A. инструкции по применению дезинфицирующего средства
- B. учебнике
- C. учебно-методическом пособии
- D. СанПиН

13. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА - НА ____

- A. механизм передачи инфекции
- B. источник инфекции
- C. восприимчивый организм
- D. очаг инфекции

14. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- A. раневой поверхностью
- B. кожными покровами
- C. поверхностями больничной среды
- D. одеждой медицинского персонала

15. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- A. кровью
- B. кожными покровами
- C. слизистой рта пациента
- D. одеждой пациента

16. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- A. тканями органов
- B. кожными покровами
- C. поверхностями больничной среды
- D. одеждой пациента

17. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ СЛЕДОВ КРОВИ НА МЕДИЦИНСКОМ ИНСТРУМЕНТАРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- A. азопирамовую пробу
- B. биотест
- C. фенолфталеиновую пробу
- D. пероксид-тест

18. К КАТЕГОРИИ КРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- A. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
- B. предметы, контактирующие только с интактной кожей
- C. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками
- D. предметы окружающей обстановки

19. К КАТЕГОРИИ НЕКРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- A. предметы окружающей обстановки
- B. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
- C. предметы, контактирующие с неинтактной кожей
- D. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками

20. К КАТЕГОРИИ ПОЛУКРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- A. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками и неинтактной кожей
- B. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
- C. предметы, контактирующие только с интактной кожей
- D. предметы окружающей обстановки

Тема 2.2. Гигиена рук медицинского персонала

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ОБРАБОТКА РУК МЫЛОМ И ВОДОЙ, А НЕ АНТИСЕПТИКОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В СЛУЧАЯХ:

- A. когда руки явно (видимо) загрязнены или предполагается экспозиция к спорообразующим патогенам
- B. вспышек инфекций, вызванных грамотрицательными патогенами
- C. вспышек инфекций, вызванных грамположительными микроорганизмами

D. перед постановкой мочевого катетера

2. ОБРАБОТКА РУК ХИРУРГОВ ВКЛЮЧАЕТ:

- A. мытье рук с водой и мылом с последующей обработкой антисептиком
- B. двукратную обработку рук антисептиком
- C. только мытье рук с использованием щетки
- D. только обработку спиртовым раствором хлоргексидина

3. ОТХОДЫ КЛАССА Б СОБИРАЮТСЯ В ОДНОРАЗОВУЮ МЯГКУЮ (ПАКЕТЫ) ИЛИ ТВЕРДУЮ (НЕПРОКАЛЫВАЕМУЮ) УПАКОВКУ (КОНТЕЙНЕРЫ)

- A. желтого цвета или имеющие желтую маркировку
- B. красного цвета или имеющие красную маркировку
- C. черного цвета или имеющие черную маркировку
- D. любого цвета, за исключением желтого и красного

4. ПОСЛЕ СНЯТИЯ ПЕРЧАТОК НЕОБХОДИМО:

- A. обработать руки кожным антисептиком, смазать увлажняющим кремом
- B. если целостность перчаток не была нарушена, ничего делать не нужно
- C. смазать руки кремом
- D. вымыть руки с мылом в случае использования опудренных перчаток

5. ПОВТОРНАЯ ОБРАБОТКА РУК АНТИСЕПТИКОМ И ЗАМЕНА ПЕРЧАТОК ПОКАЗАНА ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАЦИИ:

- A. более 3 часов
- B. более 2 часов
- C. более 4 часов
- D. более 5 часов

6. ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ ПЕРЧАТОК ВЫДЕЛЕНИЯМИ, КРОВЬЮ НЕОБХОДИМО:

- A. тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения, снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать, руки обработать антисептиком.
- B. тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения, после чего можно продолжить работу с данным пациентом
- C. снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать, руки обработать антисептиком
- D. вымыть руки водой с мылом, снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать, руки обработать антисептиком.

7. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПОДКЛЮЧИЧНОГО КАТЕТЕРА ДОПУСКАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

- A. только стерильных перчаток
- B. как стерильных, так и нестерильных перчаток при условии обработки их кожным антисептиком в соответствии с инструкцией
- C. выбор вида перчаток зависит от эпидемиологической ситуации в отделении
- D. обязательно двойных перчаток

8. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ РУК СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 20-30 сек.
- B. 40-60 сек.

- C. 1-2 минуты
- D. 10-15 сек.

9. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ГРЯЗИ И ТРАНЗИТОРНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- A. мытье рук с мылом и водой
- B. гигиеническая антисептика рук
- C. хирургическая антисептика рук
- D. обработка кожным антисептиком

10. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА СОБЛЮДЕНИЯ ГИГИЕНЫ РУК:

- A. частота выполнения требований гигиены рук, количество израсходованного препарата для мытья рук на 1000 койко-дней
- B. отсутствие в стационаре вспышек инфекционных заболеваний
- C. отсутствие гнойно-воспалительных заболеваний персонала
- D. количество израсходованного препарата на 1000 манипуляций

11. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕДУРЫ ОБРАБОТКИ РУК ХИРУРГОВ СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 5 мин.
- B. 2 мин.
- C. 3 мин.
- D. 60 сек.

12. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЫТЬЯ РУК С МЫЛОМ СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 40-60 сек.
- B. 20-30 сек.
- C. 1-2 минуты
- D. 10-15 сек.

Тема 2.3. Основные направления профилактической и противоэпидемической работы в медицинских организациях

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВЕДЕНЫ КАЧЕСТВЕННО, ЕСЛИ ВЫПОЛНЕННЫ
 - A. в соответствии с нормативными требованиями
 - B. лицензированным медицинским учреждением
 - C. в отношении наиболее уязвимого звена эпидемического процесса
 - D. с участием немедицинских сил и средств
2. НА СКОЛЬКО КЛАССОВ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ, ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ И РАДИАЦИОННОЙ ОПАСНОСТИ, А ТАКЖЕ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СРЕДУ ОБИТАНИЯ?
 - A. пять
 - B. два
 - C. три
 - D. четыре
3. К КАКОМУ КЛАССУ ОТНОСИТСЯ ВАКЦИНА БЦЖ, НЕПРИГОДНАЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ?
 - A. класс B
 - B. класс A
 - C. класс Б
 - D. класс Г
4. К КАКОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА, НЕПРИГОДНЫЕ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ?
 - A. класс Г
 - B. класс A
 - C. класс Б
 - D. класс B
5. ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ ПЕРЕД АППАРАТНЫМ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕМ ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ:
 - A. может не проводиться
 - B. хлорсодержащими средствами
 - C. альдегидсодержащими средствами
 - D. любыми дезинфицирующими средствами
6. СХЕМА ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ УТВЕРЖДАЕТСЯ:
 - A. Главным врачом медицинской организации
 - B. Управлением Роспотребнадзора
 - C. Министерством экологии и природных ресурсов
 - D. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»
7. КАК ЧАСТО МЕНЯЮТСЯ ОДНОРАЗОВЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ ДЛЯ ОСТРОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ?
 - A. не реже чем через 72 часов
 - B. ежедневно
 - C. не реже чем через 48 часов
 - D. при наполнении на 2/3 объема

8. СЛЕДУЕТ ЛИ НАЗНАЧИТЬ ЛИЦО, ОТВЕТСТВЕННОЕ ЗА СБОР ОТХОДОВ В КАЖДОМ СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ УЧРЕЖДЕНИЯ?
- A. следует
 - B. не следует
 - C. по усмотрению главного врача ЛПУ
 - D. не обязательно
9. КАКАЯ НЕОБХОДИМА ОБРАБОТКА МНОГОРАЗОВЫХ ЕМКостей ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА «А» (НЕОПАСНЫЕ), ПОСЛЕ ИХ ОПОРОЖНЕНИЯ?
- A. дезинфекция
 - B. не требуется
 - C. мытье
 - D. стерилизация
10. В КАКУЮ ТАРУ СОБИРАЕТСЯ ОСТРЫЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ (ИГЛЫ, ПЕРЬЯ, ОДНОРАЗОВЫЕ СИСТЕМЫ)?
- A. в одноразовую твердую упаковку с плотно прилегающей крышкой, исключающей самопроизвольное вскрытие
 - B. в одноразовые влагостойкие емкости
 - C. в одноразовые пакеты
 - D. в одноразовые непрокальваемые емкости
11. НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО ОБЛУЧАТЕЛЕЙ ДЛЯ КАЖДОГО ПОМЕЩЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ РАСЧЕТНЫМ ПУТЕМ С УЧЕТОМ
- A. объема помещения
 - B. класса чистоты помещения
 - C. количества людей, находящихся в помещении
 - D. кратности воздухообмена
12. КАКОЙ ВРЕМЕННОЙ ИНТЕРВАЛ НЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕВЫШЕН ПРИ ПОВТОРНО-КРАТКОВРЕМЕННОМ РЕЖИМЕ УФ-ОБЛУЧЕНИЯ?
- A. 15-30 минут
 - B. 5-10 минут
 - C. 10-15 минут
 - D. 30-40 минут
13. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЕЗИНФЕКЦИИ ВОЗДУХА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. при осложнении эпидемиологической ситуации в отношении ВБИ
 - B. проведение текущей дезинфекции
 - C. проведение заключительной дезинфекции
 - D. проведение профилактической дезинфекции
14. ЧТО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ В ЧИСТОЙ ЗОНЕ ЦСО?
- A. упаковка ИМН
 - B. проведение дезинфекции ИМН
 - C. проведение ПСО инструментов
 - D. хранение стерильного материала

15. КАКОЙ ВИД УПАКОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА НЕ ПРОПИСАН В НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТАХ, КАК РАЗРЕШАЮЩИЙ ДЛЯ УПАКОВКИ ИМН ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ:
- A. крафт-пакеты
 - B. бумажные пакеты
 - C. комбинированные пакеты бумага-пленка
 - D. стерилизационные коробки с фильтрами
16. НАБОРЫ, УПАКОВАННЫЕ В МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ЛОТКИ, УКЛАДЫВАЮТСЯ В СТЕРИЛИЗАЦИОННЫЕ КОРЗИНЫ
- A. вертикально
 - B. горизонтально
 - C. хаотично
 - D. не имеет значения
17. ПРИ УПАКОВКЕ МАТЕРИАЛА НЕОБХОДИМО, ЧТОБЫ МЕЖДУ МАТЕРИАЛОМ И КРАЕМ С ТЕРМОШВОМ ОСТАВАЛСЯ ПРОМЕЖУТОК
- A. 3 см
 - B. не оставался промежуток
 - C. 1 см
 - D. 5 см
18. КОГДА ДОПУСКАЕТСЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИЗДЕЛИЙ В НЕУПАКОВАННОМ ВИДЕ
- A. децентрализованной системе
 - B. централизованной системе
 - C. аутсорсинге
 - D. не имеет значения
19. КАКОЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕРИЛИЗАЦИИ
- A. бактериологический
 - B. физический
 - C. химический
 - D. азопирамовая пробы
20. ЦЕЛЬЮ ПСО ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. удаление с изделий медицинского назначения любых неорганических и органических загрязнений
 - B. селективное освобождение медицинских изделий от микроорганизмов
 - C. обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе и споровых форм
 - D. обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе и прионных форм
21. ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИКАТОРНЫХ ПОЛОСОК ДЛЯ ОЦЕНКИ МИНИМАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ РАСТВОРА ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА
- A. 1 тест ежедневно после 10 применений
 - B. 1 тест ежедневно после 5 применений
 - C. 1 тест ежедневно после каждого применения
 - D. 1 тест 1 раз в 3 дня

22. ФИКСИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ:
- A. альдегиды, спирты
 - B. ПАВ, амины
 - C. галогенсодержащие, ЧАС
 - D. третичные амины, перекисные соединения
23. РЕЗУЛЬТАТЫ АЗОПИРАМОВОЙ И ФЕНОФТАЛЕИНОВОЙ ПРОБЫ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ НЕ ПОЗДНЕЕ
- A. 1 минуты
 - B. 3 минут
 - C. 5 минут
 - D. 10 минут
24. МОЮЩИЕ СРЕДСТВА С PH ВЫШЕ 7 ПРИЕМЛЕМЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ
- A. органических загрязнений
 - B. лекарственных препаратов
 - C. неорганических загрязнений
 - D. третичные амины, перекисные соединения
25. ЯЗВЕННУЮ КОРРОЗИЮ НА ИНСТРУМЕНТАХ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ РАСТВОРЕННЫЕ В ВОДЕ
- A. хлориды
 - B. соли кремниевой кислоты
 - C. соли жесткости
 - D. сухой остаток
26. ДЕЗИНФЕКЦИЮ СПОСОБОМ ПРОТИРАНИЯ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
- A. которые не соприкасаются непосредственно с пациентом
 - B. контактирующие со слизистыми оболочками
 - C. контактируют с неповрежденной кожей, но не со слизистыми
 - D. контактируют с неповрежденной кожей, но не со слизистыми
27. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ В МО ПРОВОДИТСЯ ПО РЕЖИМУ
- A. бактерицидному
 - B. вирулицидному
 - C. туберкулицидному
 - D. спороцидному
28. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ТЕКУЩЕЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ В ПРИСУТСТВИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИМЕНЯЮТ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ СРЕДСТВА:
- A. IV класса опасности
 - B. I класса опасности
 - C. II класса опасности
 - D. III класса опасности
29. ТЕКУЩИЕ УБОРКИ В МО НЕИНФЕКЦИОННОГО ПРОФИЛЯ, КРОМЕ ПОМЕЩЕНИЙ С АСЕПТИЧЕСКИМ РЕЖИМОМ, ПРОВОДЯТ
- A. с применением моющих средств

- В. с применением моюще-дезинфицирующих средств
- С. с применением дезинфицирующих средств
- Д. водопроводной водой

30. РОТАЦИЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- А. после предварительной оценки чувствительности госпитального штамма к вновь выбранному ДС
- В. ежеквартально
- С. 1 раз в 6 месяцев
- Д. ежегодно

31. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ УБОРКИ

- А. стены и потолок, подоконники, стёкла, батареи и отопительные трубы, медоборудование, пол
- В. медоборудование, стены и потолок, подоконники, стёкла, батареи и отопительные трубы, пол
- С. медоборудование, подоконники, стёкла, батареи и отопительные трубы, стены и потолок, пол
- Д. подоконники, стёкла, батареи и отопительные трубы, медоборудование, стены и потолок, пол

32. ГЕНЕРАЛЬНЫЕ УБОРКИ В МО ПРОВОДИТСЯ ПО РЕЖИМУ

- А. вирулицидному
- В. бактерицидному
- С. туберкулицидному
- Д. спороцидному

33. В МО ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПАС ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ (ДС)

- А. не менее чем месячный запас ДС различного химического состава
- В. не менее чем месячный запас ДС одного наименования
- С. не менее чем 3-месячный запас ДС различного химического состава
- Д. не менее чем 3-месячный запас ДС одного наименования

34. ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПО САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ ПО МЕТОДИКЕ

- А. генеральных уборок
- В. текущей очаговой дезинфекции
- С. заключительной дезинфекции
- Д. текущих уборок

35. ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ, КАК ПРАВИЛО, ПРОВОДЯТ В

- А) ДЕТСКОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
 - Б) ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ
 - В) ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ
 - Г) ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
 - Д) КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ
- А. б, в, д
 - В. а, б, г
 - С. б, в, г
 - Д. в, г, д

36. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, НЕ ПРОШЕДШИЕ ПЕРИОДИЧЕСКИЙ МЕДОСМОТР
- А. отстраняются от работы
 - В. могут продолжать работу с ограничениями
 - С. могут продолжать работу без ограничений
 - Д. переводятся на более легкий труд

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Виды и методы дезинфекции, применяемые в ЛПМО.
2. Требования, предъявляемые к дезинфектантам.
3. Классификация типов объектов учреждения в зависимости от медико-биологического риска инфицирования, предложенная Э.Х. Сполдингом (1972).
4. Рекомендуемые режимы дезинфекции в подразделениях ЛПМО различного профиля
5. Оценка качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения многоразового пользования
6. Порядок стерилизации хирургических инструментов
7. Классификация медицинских отходов
8. Изоляционно-ограничительные мероприятия.
9. Стандартные меры предосторожности.
10. Использование средств индивидуальной защиты как профилактика заражения медицинского персонала.
11. Факторы, влияющие на эффективность дезинфекции
12. Требования к рукам медицинского персонала.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

При консультации 29.04.16 г. в 9:00 лихорадящих больных с неясным диагнозом в терапевтическом отделении ЦРБ доцент кафедры инфекционных болезней выявил больную с подозрением на брюшной тиф. Больная находилась в этом отделении с 22.04.2016 г. (8 дней) с диагнозом «пневмония», заболела 20.04. Больная не работает, находится на пенсии, проживает одна в двухкомнатной квартире. 29.04.16 г. в 12:00 была переведена в инфекционное отделение.

Вопросы:

1. Является ли данный случай внутрибольничным заражением или его следует рассматривать как занос инфекции в медицинскую организацию (МО)? Обоснуйте ответ.
2. Определите территориальные границы очага.
3. Какие мероприятия необходимо провести в отношении 2 звена эпидемического процесса в терапевтическом отделении по случаю выявления больной брюшным тифом?
4. Дайте рекомендации по проведению контроля качества заключительной дезинфекции в отделении.
5. Составьте план мероприятий в отношении 3 звена эпидемического процесса в терапевтическом отделении по случаю выявления больной брюшным тифом.

Задача 2.

Медицинской сестрой был обнаружен головной педикулез у больной терапевтического отделения.

Вопросы

1. Как регистрируется обнаруженный педикулез?
2. Определите границы очага.
3. Определите тактику эпидемиолога.
4. Определите объем и характер противоэпидемических мероприятий
5. В чем заключается профилактика внутрибольничного педикулеза. Какова кратность осмотра больных на педикулез и как проводят осмотр?

Тема 2.4. Обеспечение инфекционной безопасности гемотрансфузий в медицинских организациях

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ HBS-АНТИГЕНЕМИИ ОТ РАБОТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТСТРАНЕНЫ:
А. медицинская сестра станции переливания крови
В. хирург
С. стоматолог
D. уролог
2. В ЦЕЛЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ОТ ДОНОРСТВА ОТСТРАНЯЮТ ЛИЦ
А. с хроническими заболеваниями печени
В. мужского пола, практикующих секс с мужчинами
С. не привитых против ГВ
D. из числа трудовых мигрантов
3. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТРАНСФУЗИОННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ КАРАНТИНИЗАЦИЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С МОМЕНТА ЗАМОРАЖИВАНИЯ НА СРОК НЕ МЕНЕЕ _____ СУТОК
А. 120
В. 40
С. 60

D. 90

4. ДЛЯ СБОРА ОСТРЫХ ОТХОДОВ КЛАССА Б В ОТДЕЛЕНИЯХ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- A. одноразовые непрокальваемые влагостойкие емкости (контейнеры)
- B. многоразовые непрокальваемые влагостойкие емкости (контейнеры)
- C. одноразовые пакеты, помещенные в маркированные емкости (контейнеры)
- D. одноразовые пакеты, помещенные в многоразовые непрокальваемые влагостойкие емкости (контейнеры)

5. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЗАБОРОМ, ЗАГОТОВКОЙ ИЛИ ПЕРЕРАБОТКОЙ ДОНОРСКОЙ КРОВИ, ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У НИХ HBS-АНТИГЕНЕМИИ

- A. отстраняются от работы и переводятся на другую работу, не связанную с кровью (продуктами крови)
- B. продолжают профессиональную деятельность без ограничений
- C. снабжаются предметами индивидуальной защиты и продолжают работать с соблюдением правил личной гигиены
- D. временно отстраняются от работы при нарушении целостности кожных покровов

6. ОБОЗНАЧЬТЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАРАЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ОТ МЕДРАБОТНИКОВ НОСИТЕЛЕЙ HBS АНТИГЕНА:

- A. проведение всех парентеральных манипуляций в резиновых перчатках
- B. отстранение от работы с переменной профессии
- C. мероприятия не проводятся
- D. введение пациентам иммуноглобулина

7. РЕЦИПИЕНТЫ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ, ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ HBSAG В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ/ПЕРЕСАДКИ.

- A. 6
- B. 10
- C. 9
- D. 12

8. РЕЦИПИЕНТЫ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ, ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ ANTI-HCV В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ/ПЕРЕСАДКИ.

- A. 6
- B. 10
- C. 9
- D. 12

9. В СЛУЧАЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ ОТ ИНФИЦИРОВАННОГО ВИЧ ДОНОРА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПОСТКОНТАКТНУЮ ХИМИОПРОФИЛАКТИКУ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ С ПОМОЩЬЮ АРТ ____.

- A. не позднее 72 часов
- B. не позднее 144 часа
- C. не позднее 12 часов
- D. не позднее 108 часов

10. РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ ИНФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ ОТ ДОНОРА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

- A. 80-100
- B. 65-70
- C. 25-50
- D. 7-10

11. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- A. скрининг доноров крови с использованием иммуноферментных тест-систем
- B. тестирование и консультирование лиц из определенных групп
- C. лечение оппортунистических заболеваний у лиц, живущих с ВИЧ
- D. социальную поддержку пациентов

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Назовите мероприятия по профилактике инфицирования ВИЧ, ГВ и ГС и при переливании донорской крови и ее компонентов, пересадке органов и тканей и при искусственном оплодотворении.
2. Какие методы диагностики ВИЧ-инфекции у доноров используются?
3. Карантинизация донорской плазмы.
4. Почему нельзя проводить карантинизацию других компонентов крови?
5. Какова тактика организации, осуществляющей заготовку, переработку, использование донорских материалов, при получении положительного результата исследования на ВИЧ, ГВ и ГС у донора крови, иных органов и тканей?
6. Какие мероприятия необходимо провести в случае переливания донорской крови, ее компонентов, пересадки донорских органов и тканей от инфицированного ВИЧ донора?
7. Как часто обследуются доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы?

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

Пациент Н., обратившийся 15.10.17 к врачу-дерматовенерологу по поводу увеличения лимфоузлов и появления высыпаний на коже, был обследован на ВИЧ-инфекцию с положительным результатом ИФА. При направлении на референс-исследование подтвержден положительный результат ИФА и получен положительный результат иммуноблотинга от 19.10.17. Сведения о пациенте внесены в информационную систему отводов от донорства 19.10.17 по результатам ИФА.

Пациент Н. направлен на консультацию в Центр СПИД, врачом-инфекционистом установлен диагноз острой ВИЧ-инфекции. При эпидрасследовании уточнено, что 4 недели назад во время отдыха за рубежом имел незащищенные половые контакты с местной жительницей. Является донором крови, последняя кроводача – около 2 месяцев назад. Данные эпидрасследования сообщены в службу крови.

По информации областной станции переливания крови на карантинизации находилась свежезамороженная плазма от донора Н. со сроками забора 29.08.17, 21.05.17, 15.02.17. Ранее заготовленная плазма была передана в медицинские организации и использована. При обследовании донора Н. во время кроводачи от 29.08.17 все результаты анализов на ВИЧ методом ИФА и ПЦР отрицательные. Заготовленный от донора Н. 21.05.17

тромбоконцентрат был перелит в медицинской организации 12.06.17 реципиенту К. От других кроводач заготовлена только плазма.

Вся находящаяся на хранении плазма донора Н. была изъята и утилизирована в СВЧ-установке в день получения через информационную систему отводов от донорства информации о положительном результате ИФА.

Вопросы

1. Обоснуйте необходимость карантинизации донорской крови в течение не менее, чем 4 месяца.
2. Какие исследования проводятся по истечении срока карантинизации свежезамороженной плазмы?
3. Необходимо ли назначать постконтактную профилактику реципиенту К.?
4. Оцените риски заражения ВИЧ-инфекцией реципиента К. при переливании тромбоконцентрата заготовки от 21.05.17.
5. Оцените правильность действий станции переливания крови после получения информации о положительном результате исследования на ВИЧ.

Тема 3.1. Вакцинация медицинских работников

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ПЛАНОВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОТ ДИФТЕРИИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ 1 РАЗ В _____ ЛЕТ
 - A. 10
 - B. 5
 - C. 12
 - D. 15
2. К КАТЕГОРИЯМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ ОТНОСЯТ
 - A. хирургов, акушеров-гинекологов
 - B. врачей-терапевтов
 - C. персонал физиотерапевтических кабинетов
 - D. персонал центральных стерилизационных отделов (отделений)

3. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ С УЧЕТОМ АНАМНЕЗА ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВАКЦИНИРОВАНЫ ПРОТИВ:
- A. кори, вирусного гепатита В, дифтерии
 - B. полиомиелита, брюшного тифа
 - C. папилломавирусной инфекции, клещевого энцефалита
 - D. краснухи, пневмококковой инфекции
4. ПОРОГОВЫЙ ТИТР АНТИТЕЛ К НBS-АНТИГЕНУ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НЕОБХОДИМОСТЬ ВВЕДЕНИЯ БУСТЕРНОЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, СОСТАВЛЯЕТ:
- A. 10 МЕ/л
 - B. 5 МЕ/л
 - C. 20 МЕ/л
 - D. 50 МЕ/л
5. ЭКСТРЕННАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПОСЛЕ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ, ПРОШЕДШЕМУ РАНЕЕ КУРС ПЛАНОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В
- A. не проводится, если титр IgG к НBS-антигену выше защитного
 - B. не проводится
 - C. проводится однократным введением вакцины
 - D. проводится 1 дозой специфического иммуноглобулина
6. СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, РАНЕЕ НЕ БОЛЕВШИЕ, НЕ ПРИВИТЫЕ, ПРИВИТЫЕ ОДНОКРАТНО ИЛИ НЕ ИМЕЮЩИЕ СВЕДЕНИЙ О ПРИВИВКАХ ПРОТИВ КОРИ, ПОДЛЕЖАТ ВАКЦИНАЦИИ ДО
- A. 55 лет
 - B. 35 лет
 - C. 25 лет
 - D. 60 лет
7. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ К ПРИОРИТЕТУ:
- A. 1 уровня
 - B. 2 уровня
 - C. 3 уровня
 - D. 4 уровня
8. ЕЖЕГОДНО МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ
- A. гриппа
 - B. дифтерии
 - C. ВГВ
 - D. ВГА
9. ДЛЯ МАССОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ ВАКЦИНЫ

- А. инактивированные
- В. живые
- С. векторные
- Д. анатоксины

10. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ТИТРА АНТИТЕЛ К НВS-АНТИГЕНУ, ВЫЯВЛЕНО, ЧТО У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТИТР АНТИТЕЛ 5 МЕ/Л, _____
- А. необходимо введение бустерной дозы вакцины от вирусного гепатита В
 - В. необходимо введение иммуноглобулина
 - С. необходимо повторить вакцинацию по схеме 1-2-6 мес.
 - Д. вакцинация не показана

Тема 3.2. Требования к средствам индивидуальной защиты

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

- Е. в операционных и родовых залах
- А. в приемно-диагностическом отделении
- В. в лаборатории при работе с микроорганизмами 1-2 групп патогенности
- С. в кабинете дежурного врача

2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

- А. во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия
- В. в приемно-диагностическом отделении
- С. в палатах
- Д. в центре здоровья

3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСПИРАТОРА КЛАССА ЗАЩИТЫ FFP2/3 ОБЯЗАТЕЛЬНО

- А. в отделениях медицинской противотуберкулёзной организации
- В. во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия
- С. в операционных и родовых залах
- Д. в отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций

4. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
- A. при эвакуации больного чумой независимо от формы заболевания
 - B. в изоляторе для контактировавших с септической формой чумы
 - C. при работе с пациентами с холерой
 - D. при работе с пациентами с туляремией
5. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ 4 ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- A. в изоляторе контактировавших с больным холерой
 - B. при эвакуации больного чумой независимо от формы заболевания
 - C. в изоляторе для контактировавших с септической формой чумы
 - D. при проведении заключительной дезинфекции после выписки пациента, лечившегося от сибирской язвы
6. МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН КОМПЛЕКТАМИ СМЕННОЙ ОДЕЖДЫ - НЕ МЕНЕЕ _ КОМПЛЕКТА(-ОВ) СПЕЦОДЕЖДЫ НА ОДНОГО РАБОТАЮЩЕГО
- A. 3
 - B. 2
 - C. 1
 - D. 5
7. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСПИРАТОРА КЛАССА ЗАЩИТЫ FFP2/3 ОБЯЗАТЕЛЬНО
- A. при работе с микроорганизмами 1-2 групп патогенности в микробиологических лабораториях
 - B. во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия
 - C. при работе с микроорганизмами 3-4 групп патогенности в микробиологических лабораториях
 - D. в отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций
8. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО
- A. в перевязочных и процедурных
 - B. в приемно-диагностическом отделении
 - C. при работе с микроорганизмами 1-2 групп патогенности в микробиологических лабораториях
 - D. в центре здоровья
9. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
- A. в инфекционных стационарах при работе с пациентами с COVID-19
 - B. в изоляторе для контактировавших с септической формой чумы
 - C. при работе с лицами, контактировавшими с пациентами с холерой
 - D. при работе с пациентами с бруцеллезом
10. КАК СЛЕДУЕТ СНИМАТЬ РЕСПИРАТОР?
- A. за резинки сзади, не касаясь наружной и внутренней поверхности полумаски респиратора
 - B. одной рукой за резинки сзади, придерживая другой рукой наружную поверхность полумаски респиратора
 - C. потянуть за полумаску респиратора вперед, наверх и убрать у затылка
 - D. порвать резинки респиратора, снять маску спереди
11. КАК ПРОВЕРЯЕМ ПЕРЧАТКИ НА ЦЕЛОСТНОСТЬ ПРИ НАДЕВАНИИ ЗАЩИТНОГО КОСТЮМА?

- А. воздухом
- В. под проточной водой
- С. при осмотре
- Д. не проверяем, сразу надеваем

12. КАК ПРОВЕРЯЕМ ПЕРЧАТКИ НА ЦЕЛОСТНОСТЬ ПРИ СНЯТИИ ЗАЩИТНОГО КОСТЮМА?

- А. дезинфицирующим раствором
- В. воздухом
- С. при осмотре
- Д. не проверяем, сразу утилизируем

13. С КАКОЙ ЦЕЛЮ СИЗ НЕОБХОДИМО СНИМАТЬ МЕДЛЕННО, СОБЛЮДАЯ ОСТОРОЖНОСТЬ ПРИ РАБОТЕ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ 1-2 ГРУППЫ ПАТОГЕННОСТИ?

- А. во избежание образования аэрозоля
- В. во избежание повреждения костюма
- С. во избежание загрязнения поверхностей в комнате
- Д. допускается снимать СИЗ быстро с целью экономии времени

Тема 3.3. Алгоритм действий при возникновении аварийной ситуации

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты.

1. ДЛЯ НАЧАЛА ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТАЦИОНАРЕ ДОЛЖЕН ХРАНИТЬСЯ ЗАПАС АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЛИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН ДОСТУП К НИМ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ

- А. 2
- В. 8
- С. 24
- Д. 72

2. ИСТОЧНИКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ЛЮДИ, ИНФИЦИРОВАННЫЕ ВИЧ
- A. на любой стадии заболевания
 - B. в стадии первичных клинических проявлений
 - C. в субклинической стадии
 - D. в стадии вторичных заболеваний
3. К КАТЕГОРИЯМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ ОТНОСЯТ
- A. хирургов, акушеров-гинекологов
 - B. врачей-терапевтов
 - C. персонал физиотерапевтических кабинетов
 - D. персонал центральных стерилизационных отделов (отделений)
4. ПОРОГОВЫЙ ТИТР АНТИТЕЛ К HBS-АНТИГЕНУ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НЕОБХОДИМОСТЬ ВВЕДЕНИЯ БУСТЕРНОЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, СОСТАВЛЯЕТ:
- A. 10 МЕ/л
 - B. 5 МЕ/л
 - C. 20 МЕ/л
 - D. 50 МЕ/л
5. ПЕРСОНАЛ ПРОХОДИТ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУКТАЖ ПО ПРАВИЛАМ БЕЗОПАСНОГО ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ
- A. ежегодно
 - B. ежемесячно
 - C. ежеквартально
 - D. не реже одного раза в 5 лет
6. ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ (ПРОКОЛЕ КОНТАМИНИРОВАННОЙ ИГЛОЙ) НЕОБХОДИМО:
- A. снять перчатки, вымыть руки с мылом, обработать руки 70% раствором этилового спирта, смазать ранку 5% раствором йода
 - B. обработать руки в перчатках кожным антисептиком, снять перчатки, обработать руки раствором 70% этилового спирта
 - C. снять перчатки, вымыть руки с мылом, выдавить кровь, обработать рану 5% раствором йода
 - D. снять перчатки, обработать руки 70% раствором этилового спирта, вымыть руки с мылом
7. ПРИЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ПОСТЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ:
- A. как можно раньше, но не позднее 72 часов после аварийной ситуации
 - B. как можно раньше, но не позднее 8 часов после аварийной ситуации
 - C. как можно раньше, но не позднее 24 часов после аварийной ситуации
 - D. как можно раньше, но не позднее 96 часов после аварийной ситуации
8. ПРИ ПОПАДАНИИ КРОВИ И ДРУГИХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ НА СЛИЗИСТУЮ ПОЛОСТИ РТА ЕЕ НУЖНО
- A. промыть большим количеством воды

- В. прополоскать 40% раствором этилового спирта или 0,1% раствором марганцево-кислого калия
- С. промыть большим количеством воды, почистить зубы, прополоскать 1% раствором борной кислоты
- Д. прополоскать 70% раствором спирта, затем водным раствором хлоргексидина
9. СРЕДИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРЕОБЛАДАЮТ:
- А. инфекционные заболевания
- В. аллергические заболевания
- С. отравления химическими соединениями
- Д. механические травмы
10. СУММАРНЫЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ПРИ УКОЛЕ КОНТАМИНИРОВАННОЙ ИГЛОЙ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
- А. 0,03–0,3
- В. 0,5–5
- С. 42,2–78
- Д. 25–50
11. СУММАРНЫЙ РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВГС ПРИ УКОЛЕ КОНТАМИНИРОВАННОЙ ИГЛОЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
- А. 1,2–10
- В. 0,5–5
- С. 14–20
- Д. 25–50
12. РИСК РАЗВИТИЯ МАНИФЕСТНОГО ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ КОНТАКТЕ С HBSAG И HBEAG-ПОЗИТИВНОЙ КРОВЬЮ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
- А. 22–31
- В. 1–6
- С. 70–90
- Д. 0,5–5
13. РИСК РАЗВИТИЯ МАНИФЕСТНОГО ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ КОНТАКТЕ С КРОВЬЮ HBSAG-ПОЗИТИВНОГО, HBEAG-ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ _____ %
- А. 1–6
- В. 22–31
- С. 70–90
- Д. 0,5–5
14. РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ПОСЛЕ ПОПАДАНИЯ ИНФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
- А. 0,006–0,5
- В. 1–3
- С. 25–50
- Д. 7–10

15. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ХИРУРГ, НЕ ВАКЦИНИРОВАННЫЙ РАНЕЕ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, ПОЛУЧИЛ ТРАВМУ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ВГВ?
- A. провести вакцинацию по экстренной схеме 0-1-2-12 мес.
 - B. ничего не делать
 - C. ввести 1 дозу нормального человеческого иммуноглобулина
 - D. определить титр антител к HBS-антигену и при титре антител ниже 10 МЕ/л ввести бустерную дозу вакцины и одну дозу специфического иммуноглобулина
16. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ХИРУРГ, РАНЕЕ ВАКЦИНИРОВАННЫЙ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, ПОЛУЧИЛ ТРАВМУ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ВГВ?
- A. при титре антител ниже 10 МЕ/л ввести бустерную дозу вакцины
 - B. ничего не делать
 - C. ввести 1 дозу нормального человеческого иммуноглобулина
 - D. провести вакцинацию по схеме 0-1-2-12 мес.
17. ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА БЕШЕНСТВА МЕДСЕСТРЕ 28 ЛЕТ, КОТОРОЙ ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ ГИДРОФОБИЕЙ СЛУЧАЙНО ПОПАЛА В ГЛАЗА СЛЮНА БОЛЬНОГО, ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩЕЙ СХЕМЕ
- A. введение антирабического иммуноглобулина и проведение курса антирабической вакцины КОКАВ
 - B. введение только антирабического иммуноглобулина
 - C. проведение только курса антирабической вакцины кокав
 - D. иммунобиологические препараты вводить не надо
18. ЭКСТРЕННАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПОСЛЕ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ, ПРОШЕДШЕМУ РАНЕЕ КУРС ПЛАНОВОЙ ВАКЦИНЦИИ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В
- A. не проводится, если титр IgG к HBS-антигену выше защитного
 - B. не проводится
 - C. проводится однократным введением вакцины
 - D. проводится 1 дозой специфического иммуноглобулина

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Какой риск инфицирования гемоконтактными инфекциями при попадании крови под кожу?
2. Какой риск инфицирования гемоконтактными инфекциями при попадании крови на слизистые?
3. Что необходимо сделать медицинскому работнику при аварийной ситуации в случае порезов и уколов?
4. Что необходимо сделать медицинскому работнику при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы?
5. Что необходимо сделать медицинскому работнику при аварийной ситуации в случае попадания крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта?
6. Постконтактная профилактика заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами.
7. Назовите период диспансерного наблюдения за лицами, пострадавшими в аварийных ситуациях.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

Медицинская сестра после выполнения внутривенной манипуляции поступившему в ночное время по скорой помощи пациенту в возбужденном состоянии уколола палец при извлечении иглы. После сбрасывания использованного медицинstrumentария в не прокалываемую емкость для отходов класса Б, медсестра сняла перчатки, вымыла руки с мылом под проточной водой, обработала руки 70%-м спиртом, смазала ранку 5%-м спиртовым раствором йода. Опрос пациента о наличии вирусных гепатитов или ВИЧ-инфекции результатов не дал, ответы были неадекватные. Сведения об аварийной ситуации медсестра указала в медицинской документации пациента. В известность о травме был поставлен дежурный врач. В данной медицинской организации запас антиретровирусных препаратов не предусмотрен, территориальный Центр СПИД в ночное время не работает. Дежурный врач рекомендовал медсестре после окончания смены обратиться в территориальный Центр СПИД.

Плановый медицинский профосмотр сотрудники данного подразделения проходили 15 дней назад, у медсестры были отрицательные результаты обследования на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С.

Вопросы

1. Оцените полноту мероприятий, выполненных медсестрой при аварийной ситуации на рабочем месте.
2. Дайте рекомендации по уточнению наличия вирусных гепатитов или ВИЧ-инфекции у пациента.
3. Предложите тактику постконтактной профилактики в данном случае.
4. Оцените достаточность обеспечения антиретровирусными препаратами для постконтактной профилактики медицинских организаций.
5. Дайте рекомендации по наблюдению за пострадавшим медработником.

Задача 2.

Во время оперативного вмешательства, которое выполнялось ВИЧ-инфицированному пациенту, произошла аварийная ситуация (врач проколол руку хирургической иглой). После завершения операции (длительность операции составила 6 часов) хирург вымыл руки с мылом, зарегистрировал ситуацию в журнале аварийных ситуаций и, сославшись на плохое самочувствие, отпросился домой. На следующий день хирург был отправлен администрацией отделения в «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», где получил рекомендации и начал прием антиретровирусной терапии, сдал кровь на наличие гемоконтактных инфекций.

Вопросы

1. Какие мероприятия необходимо было провести в этой ситуации?
2. В соответствии с каким нормативным документом проводятся противоэпидемические мероприятия при аварийной ситуации с ВИЧ-инфицированным пациентом?
3. Укажите ошибки при проведении мероприятий по профилактике профессионального инфицирования.
4. В течение, какого времени необходимо начать прием антиретровирусных препаратов?
5. Инфицирование какими гемоконтактными инфекциями возможно в случае возникновения аварийных ситуаций?

Промежуточная аттестация

Тесты.

1. НАЗОВИТЕ 4 ВЕДУЩИЕ ФОРМЫ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
 - A. Инфекции мочевыводящих путей, инфекции нижних дыхательных путей, инфекции кровотока, инфекции в области хирургического вмешательства
 - B. Инфекции дыхательных путей, инфекции ЛОР-органов, инфекции ЖКТ, катетер-ассоциированные инфекции кровотока
 - C. Инфекции ротоглотки, инфекции мочевого пузыря, инфекции кровотока, кишечные инфекции
 - D. Катетер-ассоциированные инфекции кровотока, пиелонефрит, инфекции центральной нервной системы, инфекции кожи и подкожно-жировой клетчатки
2. СДЕРЖИВАНИЮ РОСТА РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ БУДЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ:
 - A. назначение антибиотиков строго по показаниям
 - B. проведение заключительной дезинфекции
 - C. проведение оперативного вмешательства не позднее, чем через 5 суток после госпитализации
 - D. назначение субтерапевтических доз антибиотиков
3. АТРИБУТАМИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ЯВЛЯЮТСЯ:
 - A. повышенная вирулентность и устойчивость к применяемым в данном стационаре антибиотикам и дезинфектантам
 - B. регулярное выделение данного штамма из больничной среды при небольшой распространенности в общей популяции
 - C. регистрация в отделении случаев инвазивных инфекций, вызванными данными штаммами
 - D. способность вызывать тяжелые формы заболеваний, высокая чувствительность к антибиотикам и дезинфектантам
4. КАК РАСЦЕНИВАТЬ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИИ: ВЕТРЯНАЯ ОСПА (СЫПЬ) ВЫЯВЛЕНА НА 4-Й ДЕНЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ
 - A. занос инфекции в медицинскую организацию
 - B. ИСМП
 - C. ВБИ
 - D. осложнение пневмонии
5. ГРУППОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ____ И БОЛЕЕ СЛУЧАЕВ ИСМП, СВЯЗАННЫХ ОДНИМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ И (ИЛИ) ОБЩИМИ ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ
 - A. 5
 - B. 4
 - C. 3
 - D. 10
6. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ЛПО ЭТО:
 - A. слежение за видовым составом и популяционной структурой микроорганизмов, являющихся возбудителями ИСМП с использованием фенотипических и/или молекулярно-генетических методов

- В. бактериологическое обследование биологического материала больных при госпитализации их в стационар
- С. контроль за качеством дезинфекции и стерилизации
- Д. использование культуральных методов диагностики для постановки эпидемиологического диагноза

7. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВОДЯТ НА ОБНАРУЖЕНИЕ В СМЫВАХ

- А. золотистого стафилококка
- В. стрептококка
- С. кишечной палочки
- Д. синегнойной палочки

8. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРОВОДЯТ НА ОБНАРУЖЕНИЕ В СМЫВАХ

- А. кишечной палочки
- В. иерсиний
- С. золотистого стафилококка
- Д. микобактерий туберкулеза

9. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЫ ПО СТЕПЕНИ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К:

- А. грязным ранам
- В. чистым ранам
- С. контаминированным ранам
- Д. условно чистым ранам

10. ФАКТОРЫ РИСКА ИОХВ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТА

- А. колонизация носоглотки *S.aureus*, сахарный диабет, ожирение
- В. наличие зубных протезов, цирроз печени, женский пол
- С. неподвижность пациента, острая задержка мочи, пороки сердца
- Д. наличие подключичного катетера, ранний возраст (до 3 лет), курение

11. В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ ПРЕОБЛАДАЕТ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ:

- А. Контактный
- В. Водный
- С. Пищевой
- Д. Воздушно-капельный

12. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИСМП НАИБОЛЕЕ ВЫСОК В:

- А. урологических отделениях
- В. физиотерапевтических отделениях
- С. терапевтических отделениях
- Д. неврологических отделениях

13. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИСМП НАИБОЛЕЕ ВЫСОК В:

- А. ОРИТ
- В. эндокринологических отделениях
- С. терапевтических отделениях
- Д. неврологических отделениях

14. В ОТНОШЕНИИ ЧАСТЕЙ ПРИБОРОВ И УСТРОЙСТВ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО ЗДОРОВОЙ КОЖЕЙ, НО ПРИ ЭТОМ ПОВЕРХНОСТИ ЗАГРЯЗНЕНЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ТРЕБУЕТСЯ
- A. Дезинфекция среднего (промежуточного) уровня
 - B. Дезинфекция низкого уровня
 - C. Дезинфекция высокого уровня
 - D. Стерилизация
15. В ОТНОШЕНИИ ЧАСТЕЙ ПРИБОРОВ И УСТРОЙСТВ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО ЗДОРОВОЙ КОЖЕЙ, ПРИ ЭТОМ ПОВЕРХНОСТИ НЕ ЗАГРЯЗНЕНЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ОРГАНИЗМА, ТРЕБУЕТСЯ
- A. Дезинфекция низкого уровня
 - B. Дезинфекция среднего (промежуточного) уровня
 - C. Дезинфекция высокого уровня
 - D. Стерилизация
16. В ОТНОШЕНИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО СЛИЗИСТЫМИ ОБОЛОЧКАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ТРЕБУЕТСЯ
- A. Дезинфекция высокого уровня
 - B. Дезинфекция среднего уровня
 - C. Дезинфекция промежуточного уровня
 - D. Дезинфекция низкого уровня
17. В ОТНОШЕНИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО СЛИЗИСТЫМИ ОБОЛОЧКАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ТРЕБУЕТСЯ
- A. Стерилизация
 - B. Дезинфекция среднего уровня
 - C. Дезинфекция промежуточного уровня
 - D. Дезинфекция низкого уровня
18. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ УНИЧТОЖЕНИЕ
- A. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
 - B. всех форм микроорганизмов, в том числе микобактерий туберкулеза, грибов и большинства вирусов, за исключением спор
 - C. всех микроорганизмов, за исключением некоторых бактериальных спор
 - D. всех микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
19. ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ПРОМЕЖУТОЧНОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ УНИЧТОЖЕНИЕ
- A. всех форм микроорганизмов, в том числе микобактерий туберкулеза, грибов и большинства вирусов, за исключением спор
 - B. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
 - C. всех микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
 - D. всех вирусов, включая возбудителей парентеральных гепатитов
20. ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ УНИЧТОЖЕНИЕ

- A. всех микроорганизмов, за исключением некоторых бактериальных спор
B. большинства микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
C. всех вирусов, за исключением возбудителей парентеральных гепатитов
D. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
21. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ОДНОРАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ СЛЕДУЕТ
- A. продезинфицировать и затем удалить как медицинские отходы
B. удалить вместе с бытовым мусором
C. прокипятить и отправить в мусорный контейнер
D. обработать в автоклаве, затем выбросить с бытовым мусором
22. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ: А) АНГИНОЙ Б) ГРИППОМ В) ДИЗЕНТЕРИЕЙ Г) ДИФТЕРИЕЙ
- A. в, г
B. а, б
C. б, в
D. б, г
23. ПОСТЕЛЬНОЕ БЕЛЬЕ И СТОЛОВУЮ ПОСУДУ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ: А) КИПЯЧЕНИЕМ Б) ПОГРУЖЕНИЕМ В ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЙ РАСТВОР В) АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ Г) В ДЕЗИНФЕКЦИОННОЙ КАМЕРЕ
- A. а, б
B. а, в
C. в, г
D. б, г
E. а, г
24. ПОСТЕЛЬНЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ:
- A. в дезинфекционной камере
B. облучением при помощи открытых установок
C. автоклавированием
D. орошением дезинфицирующим раствором
25. РЕЖИМ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОНКРЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРО НЕОБХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ УТОЧНИТЬ В
- A. инструкции по применению дезинфицирующего средства
B. учебнике
C. учебно-методическом пособии
D. СанПиН
26. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА - НА ____
- A. механизм передачи инфекции
B. источник инфекции
C. восприимчивый организм
D. очаг инфекции
27. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- A. раневой поверхностью
- B. кожными покровами
- C. поверхностями больничной среды
- D. одеждой медицинского персонала

28. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- A. кровью
- B. кожными покровами
- C. слизистой рта пациента
- D. одеждой пациента

29. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- A. тканями органов
- B. кожными покровами
- C. поверхностями больничной среды
- D. одеждой пациента

30. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ СЛЕДОВ КРОВИ НА МЕДИЦИНСКОМ ИНСТРУМЕНТАРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- A. азопирамовую пробу
- B. биотест
- C. фенолфталеиновую пробу
- D. пероксид-тест

31. К КАТЕГОРИИ КРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- A. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
- B. предметы, контактирующие только с интактной кожей
- C. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками
- D. предметы окружающей обстановки

32. К КАТЕГОРИИ НЕКРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- A. предметы окружающей обстановки
- B. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
- C. предметы, контактирующие с неинтактной кожей
- D. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками

33. К КАТЕГОРИИ ПОЛУКРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- A. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками и неинтактной кожей
- B. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
- C. предметы, контактирующие только с интактной кожей
- D. предметы окружающей обстановки

34. ПЛАНОВАЯ РЕВАКЦИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОТ ДИФТЕРИИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ 1 РАЗ В _____ ЛЕТ

- A. 10
- B. 5
- C. 12
- D. 15

35. К КАТЕГОРИЯМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ ОТНОСЯТ

- A. хирургов, акушеров-гинекологов
- B. врачей-терапевтов
- C. персонал физиотерапевтических кабинетов
- D. персонал центральных стерилизационных отделов (отделений)

36. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ С УЧЕТОМ АНАМНЕЗА ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВАКЦИНИРОВАНЫ ПРОТИВ:

- A. кори, вирусного гепатита В, дифтерии
- B. полиомиелита, брюшного тифа
- C. папилломавирусной инфекции, клещевого энцефалита
- D. краснухи, пневмококковой инфекции

37. ПОРОГОВЫЙ ТИТР АНТИТЕЛ К HBS-АНТИГЕНУ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НЕОБХОДИМОСТЬ ВВЕДЕНИЯ БУСТЕРНОЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 10 МЕ/л
- B. 5 МЕ/л
- C. 20 МЕ/л
- D. 50 МЕ/л

38. ЭКСТРЕННАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПОСЛЕ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ, ПРОШЕДШЕМУ РАНЕЕ КУРС ПЛАНОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

- A. не проводится, если титр IgG к HBS-антигену выше защитного
- B. не проводится
- C. проводится однократным введением вакцины
- D. проводится 1 дозой специфического иммуноглобулина

39. СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, РАНЕЕ НЕ БОЛЕВШИЕ, НЕ ПРИВИТЫЕ, ПРИВИТЫЕ ОДНОКРАТНО ИЛИ НЕ ИМЕЮЩИЕ СВЕДЕНИЙ О ПРИВИВКАХ ПРОТИВ КОРИ, ПОДЛЕЖАТ ВАКЦИНАЦИИ ДО

- A. 55 лет
- B. 35 лет
- C. 25 лет
- D. 60 лет

40. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ К ПРИОРИТЕТУ:

- A. 1 уровня
- B. 2 уровня

- C. 3 уровня
- D. 4 уровня

41. ЕЖЕГОДНО МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ

- A. гриппа
- B. дифтерии
- C. ВГВ
- D. ВГА

42. ДЛЯ МАССОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА ИСПОЛЬЗУЮТ ВАКЦИНЫ

- A. инактивированные
- B. живые
- C. векторные
- D. анатоксины

43. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕРКЕ ТИТРА АНТИТЕЛ К НВS-АНТИГЕНУ, ВЫЯВЛЕНО, ЧТО У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ТИТР АНТИТЕЛ 5 МЕ/Л, _____

- A. необходимо введение бустерной дозы вакцины от вирусного гепатита В
- B. необходимо введение иммуноглобулина
- C. необходимо повторить вакцинацию по схеме 1-2-6 мес.
- D. вакцинация не показана

44. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

- A. в операционных и родовых залах
- B. в приемно-диагностическом отделении
- C. в лаборатории при работе с микроорганизмами 1-2 групп патогенности
- D. в кабинете дежурного врача

45. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

- A. во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия
- B. в приемно-диагностическом отделении
- C. в палатах
- D. в центре здоровья

46. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСПИРАТОРА КЛАССА ЗАЩИТЫ FFP2/3 ОБЯЗАТЕЛЬНО

- A. в отделениях медицинской противотуберкулёзной организации
- B. во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия
- C. в операционных и родовых залах
- D. в отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций

47. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- A. при эвакуации больного чумой независимо от формы заболевания
- B. в изоляторе для контактировавших с септической формой чумы
- C. при работе с пациентами с холерой
- D. при работе с пациентами с туляремией

48. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ 4 ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- A. в изоляторе контактировавших с больным холерой
- B. при эвакуации больного чумой независимо от формы заболевания

- С. в изоляторе для контактировавших с септической формой чумы
- Д. при проведении заключительной дезинфекции после выписки пациента, лечившегося от сибирской язвы

49. МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН КОМПЛЕКТАМИ СМЕННОЙ ОДЕЖДЫ - НЕ МЕНЕЕ _ КОМПЛЕКТА(-ОВ) СПЕЦОДЕЖДЫ НА ОДНОГО РАБОТАЮЩЕГО

- А. 3
- В. 2
- С. 1
- Д. 5

50. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСПИРАТОРА КЛАССА ЗАЩИТЫ FFP2/3 ОБЯЗАТЕЛЬНО

- А. при работе с микроорганизмами 1-2 групп патогенности в микробиологических лабораториях
- В. во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия
- С. при работе с микроорганизмами 3-4 групп патогенности в микробиологических лабораториях
- Д. в отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций

51. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАСКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

- А. в перевязочных и процедурных
- В. в приемно-диагностическом отделении
- С. при работе с микроорганизмами 1-2 групп патогенности в микробиологических лабораториях
- Д. в центре здоровья

52. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- А. в инфекционных стационарах при работе с пациентами с COVID-19
- В. в изоляторе для контактировавших с септической формой чумы
- С. при работе с лицами, контактировавшими с пациентами с холерой
- Д. при работе с пациентами с бруцеллезом

53. КАК СЛЕДУЕТ СНИМАТЬ РЕСПИРАТОР?

- А. за резинки сзади, не касаясь наружной и внутренней поверхности полумаски респиратора
- В. одной рукой за резинки сзади, придерживая другой рукой наружную поверхность полумаски респиратора
- С. потянуть за полумаску респиратора вперед, наверх и убрать у затылка
- Д. порвать резинки респиратора, снять маску спереди

54. КАК ПРОВЕРЯЕМ ПЕРЧАТКИ НА ЦЕЛОСТНОСТЬ ПРИ НАДЕВАНИИ ЗАЩИТНОГО КОСТЮМА?

- А. воздухом
- В. под проточной водой
- С. при осмотре
- Д. не проверяем, сразу надеваем

55. КАК ПРОВЕРЯЕМ ПЕРЧАТКИ НА ЦЕЛОСТНОСТЬ ПРИ СНЯТИИ ЗАЩИТНОГО КОСТЮМА?

- А. дезинфицирующим раствором
- В. воздухом

- C. при осмотре
- D. не проверяем, сразу утилизируем

56. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ СИЗ НЕОБХОДИМО СНИМАТЬ МЕДЛЕННО, СОБЛЮДАЯ ОСТОРОЖНОСТЬ ПРИ РАБОТЕ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ 1-2 ГРУППЫ ПАТОГЕННОСТИ?

- A. во избежание образования аэрозоля
- B. во избежание повреждения костюма
- C. во избежание загрязнения поверхностей в комнате
- D. допускается снимать СИЗ быстро с целью экономии времени

57. ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ (ПРОКОЛЕ КОНТАМИНИРОВАННОЙ ИГЛОЙ) НЕОБХОДИМО:

- A. снять перчатки, вымыть руки с мылом, обработать руки 70% раствором этилового спирта, смазать ранку 5% раствором йода
- B. обработать руки в перчатках кожным антисептиком, снять перчатки, обработать руки раствором 70% этилового спирта
- C. снять перчатки, вымыть руки с мылом, выдавить кровь, обработать рану 5% раствором йода
- D. снять перчатки, обработать руки 70% раствором этилового спирта, вымыть руки с мылом

58. ПРИЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ПОСТЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ:

- A. как можно раньше, но не позднее 72 часов после аварийной ситуации
- B. как можно раньше, но не позднее 8 часов после аварийной ситуации
- C. как можно раньше, но не позднее 24 часов после аварийной ситуации
- D. как можно раньше, но не позднее 96 часов после аварийной ситуации

59. ПРИ ПОПАДАНИИ КРОВИ И ДРУГИХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ НА СЛИЗИСТУЮ ПОЛОСТИ РТА ЕЕ НУЖНО

- A. промыть большим количеством воды
- B. прополоскать 40% раствором этилового спирта или 0,1% раствором марганцево-кислого калия
- C. промыть большим количеством воды, почистить зубы, прополоскать 1% раствором борной кислоты
- D. прополоскать 70% раствором спирта, затем водным раствором хлоргексидина

60. СРЕДИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРЕОБЛАДАЮТ:

- A. инфекционные заболевания
- B. аллергические заболевания
- C. отравления химическими соединениями
- D. механические травмы

IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Тема 1.1. Медико-социальная значимость ИСМП

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 1.2. Микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за ИСМП

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 1.3. ИСМП: клинические формы, эпидемиология, факторы риска

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Классификация хирургических ран (операций) по степени микробной контаминации («чистоте раны»).

Тезисы ответов:

Класс 1 хирургических ран / операций: чистая. Неинфицированная послеоперационная рана при отсутствии воспаления, при этом не затрагивались дыхательный, пищеварительный, половой или неинфицированный мочевыводящий тракты. Чистые раны закрываются первичным натяжением и в случае необходимости дренируются с помощью закрытого дренажа.

Примеры хирургический операций первого класса: краниотомия, адреналэктомия, кардиохирургия, открытая редукция и фиксация закрытого перелома, спленэктомия, операция по поводу катаракты, грыжесечение, орхиэктомия, мастэктомия.

Класс II-условно-чистая хирургических рана / операция. Послеоперационная рана, затрагивающая дыхательный, пищеварительный, половой или мочевыводящий тракты в контролируемых условиях и без необычной контаминации. В частности, в эту категорию включены операции, вовлекающие желчевыводящий тракт, аппендикс, влагалище и ротоглотку, при условии, что отсутствуют признаки инфекции и не отмечались серьезные нарушения асептики.

Примеры хирургический операций второго класса: холецистэктомия при отсутствии острого воспаления, аппендэктомия при отсутствии острого воспаления, гистерэктомия (вагинальная, абдоминальная), простатэктомия, ринопластика, оральная хирургия, кесарево сечение, торакотомия, ушивание рваной раны менее 8 ч после травмы.

Класс III: контаминированная («загрязненная») хирургических рана / операция. Открытые, свежие, травматические раны. Кроме того, в эту категорию включены операции со значительными нарушениями асептики (например, открытый массаж сердца) или сопровождающиеся выраженной утечкой содержимого желудочно-кишечного тракта, а также операции, при которых наблюдается острое негнойное воспаление.

Примеры хирургический операций третьего класса: открытый массаж сердца, аппендэктомия (негангренозный аппендицит, но с воспалением), аппендэктомия при перфорации аппендикса, острый холецистит, ушивание рваной раны более 8 ч после травмы, открытая редукция и внутренняя фиксация открытого перелома с отсрочкой операции (8 ч после перелома), проникающая абдоминальная травма без перфорации полых органов, серьезные нарушения стерильности (например, использование нестерильных инструментов, промокание насквозь стерильного поля, отверстие в перчатках работающих в операционной), контакт инородного тела с раной или стерильным полем (например, насекомые, осыпающийся потолок).

Класс IV: «грязная» (инфицированная) хирургических рана / операция. Старые травматические раны с нежизнеспособными тканями, а также послеоперационные раны, в

области которых уже имела инфекция или произошла перфорация кишечника. Подразумевается, что микроорганизмы, способные вызвать ИОХВ, присутствовали в области оперативного вмешательства до операции.

Примеры хирургических операций четвертого класса: огнестрельные раны, травматические раны с оставшимися нежизнеспособными тканями, обработка травматической раны, загрязненной травой или землей, вскрытие и дренирование абсцесса, отсроченное первичное натяжение после аппендэктомии по поводу перфоративного аппендицита, «грязная» травма с задержкой операции 10 ч и более.

Вопрос 2. Стандартное определение случая инфекции в области хирургического вмешательства.

Тезисы ответов:

ИОХВ – это любая клинически распознаваемая инфекция, поражающая органы и ткани организма человека, затронутые в ходе операции, и возникающая именно в связи с хирургическим вмешательством, являющаяся результатом сложных взаимодействий между макро- и микроорганизмом.

- Определение случая поверхностной ИОХВ.

Инфекция возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза, при этом у пациента имеется хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
2. выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из области поверхностного разреза;
3. хирург намеренно открывает рану, имеется по крайней мере один из следующих признаков или симптомов инфекции в области разреза: боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, повышение температуры, за исключением тех случаев, когда посев на раны дает отрицательные результаты;
4. диагноз поверхностной ИОХВ поставлен хирургом или другим лечащим врачом.

- Определение случая глубокой ИОХВ.

Инфекция возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, причем есть основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слои) в области разреза. При этом у пациента имеется хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. гнойное отделяемое из глубины разреза, но не из органа/полости в месте данного хирургического вмешательства;
2. спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеется по крайней мере один из следующих признаков или симптомов инфекции: лихорадка ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) или локализованная боль или болезненность, за исключением тех случаев, когда посев из раны дает отрицательные результаты;
3. при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза;
4. диагноз глубокой ИОХВ поставлен хирургом или другим лечащим врачом.

- Определение случая ИОХВ органа/полости.

Инфекция возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, и есть основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией и вовлекает любую часть организма, исключая разрез кожи, фасции или мышечные слои, которые были открыты или затронуты в процессе операции. При этом у пациента имеется хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

1. гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости;

2. выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;
3. при непосредственном осмотре (во время повторной операции) при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающей орган/полость;
4. диагноз ИОХВ органа/полости поставлен хирургом или другим лечащим врачом.

Вопрос 3. Факторы, влияющие на риск развития ИОХВ.

Тезисы ответов:

В основе классификации факторов риска лежит деление по типам оперативного вмешательства и по степени контаминации операционной раны. Главную группу риска составляют больные, подвергшиеся «загрязненным» и «грязным» операциям, особенно со вскрытием толстого и тонкого кишечника, и больные с наличием свободного гноя в брюшной полости до операции. Факторы риска развития ИОХВ связаны с рядом обстоятельств:

- состоянием пациента;
- предоперационным периодом;
- операцией;
- характером послеоперационного периода.

Основные факторы, обусловленные состоянием организма, следующие:

- возраст (имеются данные о преобладании риска в раннем периоде (т. е. до 1 года) и в пожилом возрасте.
- пол (мужчины страдают чаще женщин);
- исходное состояние пациента (наличие хронических заболеваний, нарушение периферической циркуляции крови, нарушение гемодинамики и другие);
- ожирение (жировая ткань создает дополнительные технические трудности для проведения операции);
- генетические факторы (отмечено, что у больных с местной или генерализованной инфекцией снижена частота обнаружения определенных антигенов HLA).

Факторы, связанные с лечебно-диагностическим процессом:

- Длительность пребывания в стационаре перед операцией.
- Увеличение количества дней пребывания в стационаре значительно увеличивает риск инфицирования.
- Время проведения операции.
- Техника операции.
- Продолжительность операции.
- Длительность операции — совокупный показатель, отражающий тяжесть как основной патологии, так и травматического эффекта операции. К причинам этого явления относится увеличение числа микроорганизмов, контаминирующих рану, более интенсивное повреждение тканей, более выраженное подавление общих механизмов защиты организма, утомляемость хирургов.
- Качество шовного материала. Применение плетеных нитей сопровождается большей частотой нагноений, чем мононитей. Наиболее биологически инертны лавсан, полипропилен и другие синтетики.
- Характер и количество послеоперационных процедур.
- Качество противоэпидемического режима в перевязочной.
- Техника и качество проведения перевязок.

Вопрос 4. Профилактические и противоэпидемические мероприятия ИОХВ.

Тезисы ответов:

Повлиять на качество проведения лечебно-диагностических мероприятий необходимо, так как это дает, как правило, хорошие результаты. Профилактические мероприятия разумно

начинать еще до операции. Конечно, эти мероприятия возможно провести только при плановых оперативных вмешательствах. Больного готовят к операции: проводят требуемые обследования, при необходимости — лечение хронических заболеваний и т. д. Эти мероприятия способствуют тому, что время пребывания больного в стационаре до операции значительно уменьшается. Такое уменьшение времени предоперационного пребывания приводит к снижению частоты ИОХВ. Подготовка больного к операции в отделении также содержит некоторые важные правила. Рекомендуется не проводить удаление волос в месте операции, если они не мешают оперативному вмешательству. В случае необходимости удаления волос эту процедуру следует выполнять непосредственно перед операцией. Рекомендуется обрабатывать кожу пациента для уменьшения риска загрязнения раны с кожи. При этом должен быть обеспечен правильный выбор антисептического средства. Важное значение для профилактики ИОХВ имеет правильная техника проведения операции. Это — уменьшение продолжительности операции, бережное отношение к тканям, уменьшение кровотечений и т. д. В послеоперационном периоде также предложено несколько важных правил, способных уменьшить риск инфекции. Большое значение имеет соблюдение противоэпидемического режима в перевязочной и палатах, эпидемиологически безопасная техника и качество проведения процедур и манипуляций.

Вопрос 5. Факторы риска возникновения ВБИ в отделениях ОРИТ.

Тезисы ответов:

Общие факторы риска

Независимый факторы риска возникновения ВБИ у пациентов ОРИТ:

- Тяжесть состояния
- Шок при поступлении
- Длительное пребывание в ОРИТ
- Возраст старше 60 лет
- Отделение более чем на 10 коек
- Парентеральное питание
- Антимикробная терапия
- Центральный сосудистый доступ
- Количество дней с артериальной линией
- Механическая вентиляция лёгких
- Трахеостомия
- Показатель утилизации инвазивных устройств
- Неврологические повреждения в течение трёх дней
- Мониторинг внутричерепного давления

Дополнительные факторы риска

- Недостаток персонала и переполнения ОРИТ
- Колонизация условно-патогенными микроорганизмами
- Нерациональное применение антибиотиков

Вопрос 6. Факторы риска инфекций мочевого тракта.

Тезисы ответов:

Основные факторы, повышающие риск послеоперационного инфицирования при урологических вмешательствах, обусловленные состоянием пациента и увеличением бактериального обсеменения:

- Мочекаменная болезнь
- Ухудшение общего состояния
- Обменные нарушения сахарный диабет
- Иммуносупрессия

- Повторная операция
- Операции с использованием сегментов кишки
- Трансректальная биопсия простаты
- Длительная катетеризация мочевыводящих путей
- Обструкция мочевыводящих путей
- Широкое применение антибиотиков

Вопрос 7. Профилактика инфекций мочевого тракта.

Тезисы ответов:

Профилактические мероприятия в урологическом стационаре должны быть направлены на предупреждение возможного инфицирования пациентов, а также на предотвращение формирования госпитальных штаммов. К профилактическим мероприятиям в урологическом стационаре относятся обработка катетеров и дренажей антисептическими растворами либо наложение фиксирующей асептической повязки с ежедневной сменой её после их обработки. Смена ёмкости для промывных систем должна производиться во всех функциональных подразделениях отделения и палатах по мере расхода антисептического раствора с соблюдением правил асептики и антисептики. Стерильные растворы антисептиков для промывания должны готовиться в аптеке стационара и поставляться в отделение в герметичной посуде. Водные растворы антисептиков должны изготавливаться и храниться в условиях, исключающих заражение извне. Заполнение и хранение ёмкостей для системы орошения должно производиться с соблюдением правил асептики и антисептики и принципа закрытой дренажной системы. В основе тактики лечения больных с инфекциями мочевыводящих путей должен лежать принцип рационального применения антибактериальной терапии.

Вопрос 8. Эпидемиологическая оценка факторов риска ИОХВ (использование индекса риска NNIS)

Тезисы ответов:

Индекс риска NNIS позволяет разделить операции по степени риска возникновения ИОХВ с учетом наличия или отсутствия трех основных факторов риска:

- 1) операция «контаминированная» или «грязная» (1 балл);
- 2) предоперационная оценка тяжести состояния пациента по шкале ASA 3 балла и более (1 балл);
- 3) операция продолжается более Т часов, где величина Т зависит от типа конкретной выполняемой операции и представляет собой 75-й перцентиль распределения продолжительности всех операций данного типа (1 балл).

Вопрос 9. Катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК), этиология.

Тезисы ответов:

Основными возбудителями КАИК являются микроорганизмы рода *Staphylococcus* — 43% (*Staphylococcus aureus* — 25%, CoNS — 18%), *Enterobacteriaceae* sp. — 27%, *Acinetobacter* spp. - 13%, *Pseudomonas aeruginosa* - 9%, *Enterococcus* spp. — 3%, *Candida* spp. — 5%. Наиболее серьезную проблему для диагностики и терапии представляют собой инфекции, вызванные образованием биопленки на внутрисосудистом устройстве, клинически протекающие с переходом острой инфекции в хроническую, персистирующую форму. Частота образования микробных биопленок на внутрисосудистых катетерах составляет 39%.

Вопрос 10. Классификация КАИК.

Тезисы ответов:

Классификация:

1. Местная инфекция, связанная с ЦВК (без положительного посева из крови):

- количественный посев ЦВК ≥ 103 КОЕ/мл или полуколичественный посев ЦВК > 15 КОЕ
- и воспаление в месте постановки катетера или туннеля.

2. Генерализованная инфекция, связанная с ЦВК (без положительного посева из крови):

- количественный посев ЦВК ≥ 103 КОЕ/мл или полуколичественный посев ЦВК > 15 КОЕ
- и улучшение клинической картины в течение 48 часов после удаления катетера.

3. Лабораторно подтвержденная инфекция кровотока

Лабораторно подтвержденная инфекция кровотока должна удовлетворять хотя бы одному из следующих критериев:

- Критерий 1:

обнаружение в одном или нескольких посевах крови патогенного или условнопатогенного микроорганизма. Микроорганизмы, выделенные из крови, не связаны с инфекцией иной локализации (в тех случаях, когда патогенный или условно-патогенный микроорганизм, выделяемый в посеве крови, является возбудителем сопутствующей внутрибольничной инфекции иной органно-системной локализации, инфекция кровотока классифицируется как вторичная инфекция кровотока. Исключением являются инфекции, связанные с применением устройств внутрисосудистого доступа, которые всегда классифицируются как первичные даже при наличии в области доступа местных признаков инфекции).

- Критерий 2:

у пациента имеется по крайней мере один из следующих признаков или симптомов:

лихорадка ≥ 38 . °С, озноб или гипотензия и хотя бы одно из перечисленных обстоятельств:

- обнаружение условно-патогенного микроорганизма из числа обычно наблюдаемых на поверхности кожного покрова в ДВУХ или более анализах крови, взятых в разные сроки (микроорганизмы, представляющие нормальную флору кожи, например, дифтероиды, *Bacillus* spp., *Propionibacterium* spp., *Staphylococcus epidermidis* и прочие CoNS или микрококки). Обнаружение микроорганизма из числа обычно наблюдаемых на поверхности кожного покрова хотя бы в одном посеве крови, взятой у пациента с внутривенным катетером и назначение врачом по этому поводу антимикробной терапии;
- положительный результат исследования крови на антиген микроорганизма и признаки и симптомы, а также результаты лабораторных исследований не связаны с инфекцией иной локализации.

4. Микробиологически подтвержденная инфекция кровотока, связанная с ЦВК, учитывается при сочетании признаков:

- первичная бактериемия или фунгемия у пациентов с сосудистым катетером;
- системные клинические проявления инфекции (гипертермией более ≥ 38 . °С, ознобом и/или гипотензией);
- отсутствие других явных источников инфекции;
- выделение с поверхности катетера количественным методом посева ЦВК ≥ 103 КОЕ/мл или полуколичественным методом посева ЦВК > 15 КОЕ того же микроорганизма, что и из крови;
- при получении пятикратной разницы количества микробных клеток в гемокультурах, взятых одновременно из ЦВК и периферической вены или при дифференциальном времени до положительного результата этих гемокультур (более 2 часов).

Вопрос 11. Факторы риска КАИК.

Тезисы ответов:

Факторы риска инфекций кровотока

Причинами, способствующими возникновению ИКР (факторами риска), являются как особенности состояния пациента, так и факторы лечебно-диагностического процесса.

Факторы, связанные с пациентом:

- основное заболевание, вызывающее иммунодефицитное состояние, например, ожоги, псориаз;
- иммунодепрессивная химиотерапия;

- возраст: новорожденные, престарелые больные;
- тяжесть состояния по основному заболеванию;
- нарушение питания;
- длительность госпитализации до начала катетеризации;
- колонизация кожных покровов госпитальными штаммами микроорганизмов;
- повышенная колонизация кожи собственной микрофлорой в месте введения катетера.

Факторы, связанные с катетеризацией:

- длительность катетеризации: с удлинением сроков катетеризации увеличивается риск ИК;
- тип катетеризации: частота бактериемии при катетеризации периферических вен ниже, чем при катетеризации центральных вен (соответственно 0,2-0,5 и 3,8-12%);
- метод катетеризации: при постановке катетера методом венесекции риск ИК увеличивается;
- место катетеризации: введение катетера в яремную вену обладает более высоким риском, чем введение катетера в подключичную вену;
- материал, из которого изготовлен катетер: *Candida* и *Staph. aureus* лучше прилипают к поливинилхлоридным катетерам, по сравнению с тефлоновыми;
- частые манипуляции с катетером: с увеличением числа манипуляций возрастает риск ИК;
- частые катетеризации;
- число разъемов у катетера: с увеличением числа разъемов возрастает риск ИК;
- нарушения техники асептики при постановке катетера: неадекватная обработка рук, использование нестерильных перчаток, неправильная обработка кожи в месте катетеризации и др.;
- применение парентерального питания;
- наличие очагов инфекции у пациента;
- бактериемия, имевшаяся до установки катетера.

Вопрос 12. Профилактика КАИК.

Тезисы ответов:

- используйте катетеры, особенно центральные венозные катетеры (ЦВК), только в случае необходимости;
- по возможности выбирайте катетер, обладающий наименьшим риском: периферический внутривенный катетер вместо ЦВК у пациента средней тяжести; центральный венозный катетер с периферическим доступом или катетер с манжеткой вместо ЦВК для длительного доступа; ЦВК у тяжелого больного для множественных целей (мониторинг гемодинамики, парентеральное питание);
- выбор катетера в зависимости от предполагаемой длительности катетеризации: менее 5 дней - периферический катетер; 5-10 дней - центральный венозный катетер; 5-28 дней - центральный венозный катетер, подключичная вена (альтернативный вариант: центральный венозный катетер, установленный в периферическую вену, с подкожной туннелизацией); 28 дней - туннелированный катетер (например, типа Hickmann) или полностью имплантированный катетер;
- минимизируйте длительность катетеризации;
- при установке сосудистого катетера используйте только стерильные перчатки;
- в качестве дезинфектанта используйте спиртосодержащие средства, предпочтительнее с хлоргексидином; альтернативными дезинфицирующими средствами являются препараты йода или 2% раствор хлоргексидина;
- дожидайтесь высыхания кожи после обработки раствором антисептика перед установкой катетера;
- проводите катетеризацию с использованием максимальных мер стерильности;
- катетеризацию должен проводить персонал, прошедший специальную подготовку;
- ограничение количества манипуляций с катетером;

- ежедневно осматривайте место катетеризации - при появлении признаков воспаления удалите катетер;
- записывайте дату постановки и удаления катетера;
- удалите катетер при появлении признаков инфекции кровотока;
- при замене катетера проводится смена места катетеризации;
- заменяйте повязку при ее загрязнении;
- не следует применять антисептические или другие мази на коже у места введения катетера;
- заменяйте внутривенные трубки, включая трубки контейнера и запорные краны, не чаще, чем через интервалы в 72 ч, если нет клинических показаний;
- нет рекомендаций для частой замены внутривенных трубок, используемых для периодических инфузий;
- заменяйте трубки, применяемые для переливания крови, продуктов крови или жировых эмульсий, каждые 24 ч от начала инфузии;
- нет рекомендаций для продолжительности введения внутривенных жидкостей, включая нелипидсодержащие жидкости для парентерального питания;
- завершайте инфузии липидсодержащих растворов для парентерального питания в течение 24 ч;
- когда жировая эмульсия вводится одна, завершайте инфузию в течение 12 ч;
- замена коротких периферических венозных катетеров (у взрослых) - каждые 48-72 ч со сменой места катетеризации;
- замена катетера, поставленного в условиях неотложной помощи, где вероятно имели место нарушения асептики, - вставьте новый катетер в другое место в течение 24 ч;
- замена гепариновых заглушек (у взрослых) - каждые 96 ч;
- в плановом порядке не меняйте нетуннельные центральные венозные катетеры как метод профилактики катетер-ассоциированной инфекции;
- нет рекомендаций для частоты замены центральных венозных катетеров с периферическим доступом;
- нет рекомендаций для частоты замены полностью имплантированных устройств или игл, используемых для доступа к ним;
- замена легочных артериальных катетеров - не реже чем каждые 5 дней;
- нет необходимости менять ЦВК с определенной периодичностью;
- приготовление растворов для внутрисосудистых вливаний должно проводиться в специально отведенном, чистом и сухом помещении;
- если возможно, используйте помещения с ламинарным потоком воздуха, особенно для приготовления парентерального питания;
- при необходимости приготовления растворов в отделении желательно, чтобы это делала специально обученная медицинская сестра в специально отведенном помещении;
- проверяйте флаконы с внутривенными растворами на сохранность и загрязненность;
- используйте только стерильный инструмент для вскрытия флаконов с жидкостями для внутрисосудистых вливаний;
- соблюдайте правила асептики;
- ограничьте использование многодозных контейнеров (флаконов);
- не используйте многодозные контейнеры (флаконы), которые не могут быть закрыты после вскрытия;
- после вскрытия храните многодозные контейнеры (флаконы) в холодильнике;
- используйте стерильные иглы и шприцы при каждом взятии содержимого из контейнера.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

В отделении торакальной хирургии одной из областных больниц в течение месяца зарегистрировано 11 случаев инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) у больных, перенесших операцию на легких в условиях искусственного кровообращения: 8 лобозктомий (опухоли, кисты легкого), 4 сегментэктомии (по поводу кисты легкого). Заболевание развивалось однотипно. На 2-3-е сутки после операции начинался гнойный трахеобронхит (при бактериологическом исследовании была выделена синегнойная палочка), через 3-4 дня после этого присоединялась пневмония, через 7-10 дней - нагноение послеоперационной раны, передний медиастинит, вслед за этим развились признаки сепсиса.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Укажите причины присоединения ИОХВ и факторы риска развития ИОХВ. Присоединение инфекции в области хирургического вмешательства возможно обусловлено попаданием микроорганизмов из очагов инфекции (мочевыводящих путей, респираторного тракта, кожи), а также воздуха и хирургического инструментария. Факторами риска развития ИОХВ являются хронические соматические заболевания, иммунодепрессия, искусственное кровообращение более (100мин.), ИВЛ (более 3 суток), высокая продолжительность предоперационного пребывания в отделении реанимации (более 2 суток) и госпитализации (более 30 суток), резистентность возбудителя к антибиотикам.

2. Можно ли считать описанные случаи заболевания групповой вспышкой? Да. Согласно СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

3. Какие дополнительные сведения нужны для эпидемиологического расследования вспышки? Для выявления причин вспышки необходимо собрать информацию о наличии сопутствующей патологии у пациентов; продолжительности искусственного кровообращения, ИВЛ, пребывания в отделении реанимации; о возбудителе и его резистентности к антибиотикам, проведении антибиотикопрофилактики в интраоперационном периоде. Провести бактериологическое обследование медицинского персонала (кал, моча, отделяемое носоглотки), исследование смывов с объектов окружающей среды операционной, воды, дезинфицирующих растворов, рук, спецодежды; провести контроль качества стерилизации изделий медицинского назначения и аппаратуры.

4. Что следовало предпринять при появлении первых случаев ИОХВ? Противоэпидемические мероприятия. Больных, с гнойным трахеобронхитом необходимо изолировать в бокс. Операции следовало прекратить после регистрации первого случая гнойного трахеобронхита, провести заключительную очаговую дезинфекцию в отделении торакальной хирургии с последующим бактериологическим исследованием смывов с объектов окружающей среды, спецодежды и рук; обеспечить проведение адекватной антимикробной профилактики в предоперационный период, выполнение правил асептики и антисептики персоналом.

Тема 1.4. Эпидемиологический надзор за ИСМП и инфекционный контроль в медицинских организациях

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Дайте определение эпидемиологический надзор в ЛПМО.

Тезисы ответов:

Эпидемиологический надзор в ЛПМО – динамическая оценка состояний и тенденций развития эпидемического процесса в ЛПМО для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по предупреждению возникновения и распространения инфекций

Вопрос 2. Назовите цель эпидемиологического надзора за госпитальными инфекциями в ЛПМО.

Тезисы ответов:

Цель эпидемиологического надзора за госпитальными инфекциями в ЛПМО - предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в лечебных организациях.

Вопрос 3. Дайте определение инфекционного контроля.

Тезисы ответов

Инфекционный контроль – это постоянное эпидемиологическое наблюдение внутри МО с эпидемиологическим анализом результатов этого наблюдения и проведение на основе эпидемиологической диагностики целенаправленных мероприятий для повышения качества медицинской помощи.

Вопрос 4. Перечислите задачи инфекционного контроля.

Тезисы ответов

Задачи инфекционного контроля

- Эпидемиологическое наблюдение за ИСМП
- Расследование вспышек
- Разработка письменных руководств, обеспечивающих ↓ риска, связанного с уходом за пациентами, и мониторинг их выполнения
- Участие в мероприятиях по охране здоровья медицинского персонала
- Участие в программах повышения качества оказания мед.помощи
- Обучение персонала по вопросам ИК
- Постоянный пересмотр сан.-гиг., дез., стерилизационных мероприятий, ИОМ и др.

- Мониторинг применения АБ, антибиотикорезистентности
- Ликвидация устаревших или неоправданно дорогих методов, внедрение новых методов и оценка их эффективности
- Обеспечение связей со службами общественного здравоохранения и другими МО в отношении событий, подлежащих обязательному извещению

Вопрос 5. Что такое эпидемиологическое наблюдение за ИСМП?

Тезисы ответов

Эпидемиологическое наблюдение за ИСМП - постоянный систематический сбор, анализ и интерпретация данных об ИСМП, необходимых для планирования, внедрения и оценки профилактических и ПЭМ в МО, и своевременное сообщение этих данных ответственным за организацию и проведение мероприятий

Вопрос 6. Задачи эпидемиологического наблюдения за ИСМП.

Тезисы ответов

Задачи эпидемиологического наблюдения за ИСМП:

- определение частоты ИСМП, ее сравнение с литературными данными, другими стационарами;
- своевременное выявление вспышек;
- выявление причин развития ИСМП
- оценка эффективности проводимых профилактических мероприятий.

Вопрос 7. Назовите пассивные методы эпидемиологического наблюдения.

Тезисы ответов

- предусматривают добровольное информирование врачами и медицинскими сёстрами госпитального эпидемиолога о возникших инфекциях
- Позволяют выявить лишь 14-34% инфекций

Вопрос 8. Назовите активные методы эпидемиологического наблюдения.

Тезисы ответов

Активные методы выявления ИСМП подразумевают постоянное изучение непосредственных источников информации с целью выявления случаев инфекции.

- осмотр пациентов при обходе, перевязках, проведении процедур;
- ежедневный просмотр результатов посевов из микробиологической лаборатории;
- просмотр температурных листов;
- просмотр историй болезни для выявления пациентов, которым была начата антибиотикотерапия;
- просмотр записей в дневниках историй болезни;
- отчётов патологоанатомического отделения и т.д.

Вопрос 9. Что такое кумулятивная инцидентность?

Тезисы ответов

Кумулятивная инцидентность – общее число новых случаев заболевания (или иного исхода) в популяции риска

Вопрос 10. Что такое плотность инцидентности?

Тезисы ответов

Плотность инцидентности учитывает продолжительность экспозиции (воздействия), представляет собой общее число новых случаев заболевания по отношению ко времени риска.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

Оценить риск гибели пациентов отделения реанимации новорожденных в связи с возникновением у них ИСМП (табл.1). Оценить суммарную оценку риска с учетом массы тела (табл.2)

Таблица 1. Оценка риска гибели новорожденных в зависимости от заражения ВБИ

	Умер	Выжил
Заразился ВБИ	46	92
Не заразился ВБИ	104	653

Таблица 2. Оценка риска гибели новорожденных в зависимости от заражения ВБИ с учетом массы тела при рождении (стратификационный анализ)

Масса тела (г)	Заражение ВБИ	Умер	Выжил
Менее 1000	Заразился	12	13
	Не заразился	10	20
1000-1499	Заразился	12	30
	Не заразился	24	83
1500-1999	Заразился	7	11
	Не заразился	18	124
2000 и более	Заразился	15	38
	Не заразился	52	426

Для выполнения задачи необходимы: персональный компьютер с выходом в Интернет, использование онлайн калькуляторов medstatistic.ru.

Задание:

1 Рассчитайте показатели отношения шансов и его 95% доверительный интервал для каждой массы тела новорождённого.

2. Рассчитать суммарную оценку риска с учетом массы тела. Сделайте выводы.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Рассчитайте показатели отношения шансов для каждого фактора риска. Для этого необходимо задать алгоритм в настройке зависимой переменной (наличие ВБИ/масса тела) – необходимо во вкладке модели отметить все анализируемые факторы риска и нажать принудительное включение. Нажимаете ОК.

Поскольку исследование вспышек проводится с использованием дизайна исследования случай-контроль, для выводов используют показатель отношения шансов. Для дальнейших расчетов необходимо выбрать «Выполнить анализ». Получаем результаты.

2. Сделайте выводы. Наличие ВБИ повышает риск гибели новорожденных (ОШ 2,43; 95% ДИ 1,80 – 3,26). В тоже время суммарная оценка риска гибели в связи с заражением ВБИ с учетом различий по массе тела (ОШ=1,88) оказалась меньше, чем «грубая» оценка

риска (ОШ 2,43). Это означает, что утверждение о связи риска заражения ВБИ и массы тела новорожденных не лишено смысла

Тема 1.5. Расследование вспышек ИСМП

Компетенции:

ИД_{УК-3-1}. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИД_{УК-3-2}. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИД_{УК-3-3}. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИД_{УК-3-4}. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИД_{УК-3-5}. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИД_{ПК-3-1}. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1. Вспышка ИОХВ в кардиохирургическом отделении

Алгоритм расследования вспышек изучается на примере вспышки инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) в кардиохирургическом отделении многопрофильного стационара среди пациентов, перенесших операцию по поводу протезирования аортального клапана.

Характеристика кардиохирургического отделения

Многопрофильный стационар имеет 800 коек. Кардиохирургическое отделение рассчитано на 30 коек. В кардиохирургическом отделении выполняются высокотехнологичные операции, в том числе операции при патологии клапанов сердца.

Вспышка произошла в период с сентября по ноябрь 2010 г. и характеризовалась резким подъемом частоты ИОХВ у пациентов отделения (в предэпидемический период частота данных инфекций в отделении составляла 1,1 на 100 операций).

С сентября по ноябрь 2010 года в отделении было зарегистрировано 7 случаев ИОХВ органа/полости в виде медиастинита у 64 пациентов, перенесших операцию по протезированию аортального клапана за указанный период времени. Все случаи ИОХВ были вызваны одним и тем же штаммом коагулазонегативного эпидермального стафилококка.

Задание

1. Произвести сбор данных о вспышке:

- определение наличия вспышки;
- сбор данных об исходах - случаях ИОХВ в отделении за период вспышки (количество случаев, сроки их появления);
- сбор данных обо всех возможных факторах риска развития ИОХВ у пациентов отделения;
- сбор данных о составе и численности изучаемой популяции в отделении (количество пациентов, перенесших оперативное вмешательство за период вспышки; данные о составе и численности медицинского персонала отделения).

2. Описательный этап расследования вспышки: провести оценку интенсивности, динамики и структуры вспышки и высказать гипотезы о причинах вспышки).

3. Аналитический этап расследования вспышки: проверить гипотезы в аналитических исследованиях (провести исследование «случай- контроль») и установить причину вспышки (сформулировать эпидемиологический диагноз).

Решение

1. Сбор данных о вспышке

– Определение наличия вспышки

Вопрос. Является ли рассматриваемая ситуация вспышкой? Для ответа на данный вопрос студенты приводят определение вспышки.

Тезисы ответов: Данную ситуацию можно расценивать как вспышку. Сравнение с предэпидемическим периодом (ситуацией по ИОХВ в данном отделении до возникновения вспышки) свидетельствует о резком росте числа случаев ИОХВ. Частота инфекций в данном отделении до вспышки составляла 1,1 на 100 операций, а в период вспышки из 64 операций у 7 пациентов развилась ИОХВ.

Вопрос. Какие основные данные необходимо собрать в ходе расследования вспышки?

Тезисы ответов:

- Иходы как результат воздействия на определенную популяцию людей факторов риска.
- Данные о факторах риска, которые могли способствовать развитию вспышки.
- Данные о составе и численности изучаемой популяции, в которой произошла вспышка.

– Данные об исходах (случаях заболевания)

Вопросы:

1. Что будет считаться исходом в рассматриваемой вспышке?
2. Каким образом необходимо провести сбор данных об исходах кардиохирургических операций?
3. Сколько всего исходов было выявлено за период вспышки?

Тезисы ответов:

1. В качестве исходов в рассматриваемом примере вспышки изучаются случаи медиастинита (ИОХВ органа/полости) среди пациентов кардиохирургического отделения.

2. Для решения вопроса о наличии ИОХВ у пациента используется стандартное определение случая.

3. С применением данного подхода было выявлено 7 случаев ИОХВ органа/полости в виде медиастинита в период вспышки с сентября по ноябрь.

Клинический материал от пациентов с ИОХВ был исследован в бактериологической лаборатории стационара. У всех 7 пациентов с ИОХВ был выделен коагулазонегативный *S. epidermidis*, обладающий одинаковыми характеристиками (сходный генотип и профиль антибиотикорезистентности).

– Данные о потенциальных факторах риска

Вопрос. Данные о каких эндогенных и экзогенных факторах риска необходимо собрать во время расследования указанной вспышки?

Тезисы ответов: В качестве факторов риска, которые могли оказать влияние на развитие вспышки, необходимо оценить эндогенные и экзогенные факторы у всех пациентов, перенесших операцию по протезированию аортального клапана с сентября по ноябрь 2010 (в табл. представлен неполный перечень факторов риска ИОХВ после кардиохирургических операций):

- возраст (>60 лет);
- мужской пол;
- ожирение;
- сопутствующие заболевания (сахарный диабет);
- индекс риска NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance) более 2 (определяется исходя из класса хирургической раны, оценки тяжести пациента по шкале ASA (American society of Anesthesiologists), продолжительности операции);
- проведение периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП).

– Данные о составе и численности популяции, в которой произошла вспышка

Вопрос. Какого рода информацию о составе и численности популяции пациентов и медицинского персонала необходимо собрать в ходе расследования данной вспышки?

Тезисы ответов: Вспышка ИОХВ произошла среди пациентов кардиохирургического отделения, рассчитанного на 60 коек. Всего за период вспышки оперативное вмешательство по протезированию аортального клапана произведено 64 пациентам.

В ходе расследования вспышки было выявлено, что операционные бригады формировались из разных членов медицинского персонала. Однако только отдельные члены медицинского персонала участвовали в двух и более операциях за весь период вспышки:

- оперирующий хирург А;
- ассистирующий хирург 1;
- ассистирующий хирург 2;
- анестезиолог;
- перфузиолог;
- операционная сестра 1;
- операционная сестра 2.

2. Описательный этап расследования вспышки

– Оценка интенсивности

Задание. Оцените интенсивность данной вспышки и выскажите возможные причины роста числа случаев, исходя из рассчитанных показателей. **Решение**

Тезисы ответов:

Оценка интенсивности производится путем расчета показателя кумулятивной инцидентности:

$$КИ = \frac{7}{64} (\times 100) = 10,9 \text{ на } 100 \text{ операций.}$$

Интенсивность вспышки достаточно высокая - более 10 на 100 оперативных вмешательств. Это свидетельствует о том, что фактор риска развития ИОХВ у пациентов имел достаточно сильное влияние. Учитывая, что в предэпидемическом периоде регистрировались только спорадические случаи, можно предположить, что риск ИОХВ был ассоциирован с необычным для данного отделения фактором, отсутствовавшим до данной вспышки.

Изучение всех эндогенных и экзогенных факторов риска ИОХВ показало, что в рутинной практике отделения в период вспышки не происходили какие-либо изменения по сравнению с предэпидемическим периодом.

Однако при скрининге медицинского персонала было выявлено, что оперирующий хирург А страдал дерматитом кистей рук. Из анамнеза было выяснено, что дерматит развился в самом начале сентября 2010 г. Вполне вероятно, что вспышка ИОХВ была ассоциирована с операциями, проводившимися данным хирургом.

– Оценка динамики вспышки

Задание. Постройте динамику вспышки (в абсолютных цифрах) и интерпретируйте полученные результаты с учетом выявленной ранее информации.

Тезисы ответов:

В сентябре 2010 г. в отделении было зарегистрировано 2 случая ИОХВ стафилококковой этиологии, в октябре - 4 случая и в ноябре - 1 случай. Последние случаи ИОХВ органа/полости в отделении до данной вспышки были зарегистрированы в феврале-марте 2010 года и были вызваны другими возбудителями. После купирования вспышки по данным на конец 2010 г. случаев регистрации ИОХВ органа/полости в отделении не отмечалось.

Динамика представляет собой изменение интенсивности во времени. Динамику острой вспышки в относительно небольшой популяции можно построить с использованием абсолютных цифр.

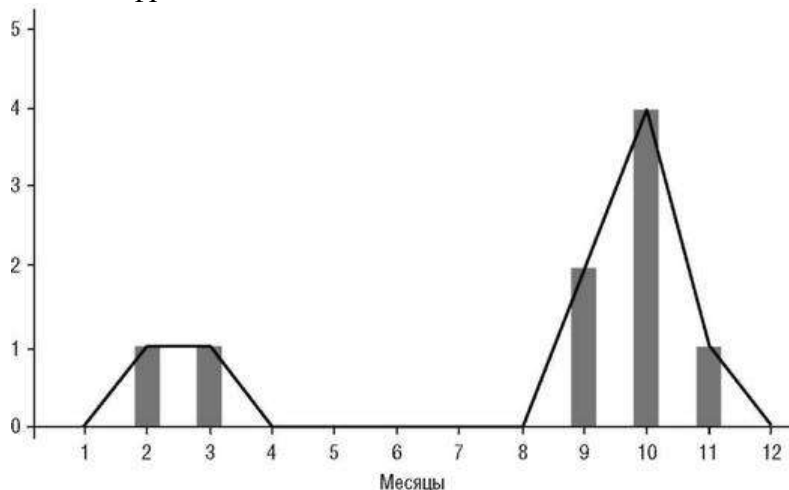


Рис. 3.12. Динамика вспышки инфекций в области хирургического вмешательства органа/полости в отделении кардиохирургии (сентябрь-ноябрь 2010 г.)

Динамика вспышки представлена на рис. 3.12.

На представленном рисунке отчетливо видна вспышка ИОХВ в сентябре-ноябре 2010 г. Исходя из полученной ранее информации и сопоставляя начало вспышки со сроками развития дерматита у оперирующего хирурга А, можно предположить, что риск развития ИОХВ был связан с оперативными вмешательствами, проводимыми данным хирургом.

– Оценка структуры

Вопросы и задание.

1. Какие задачи стоят при оценке структуры?
2. Какой принцип лежит в основе распределения заболеваемости среди различных подгрупп?
3. Оцените структуру вспышки по этиологии. Используя данные табл. 3.14, проведите сравнительную оценку инцидентности ИОХВ в различных подгруппах пациентов с построением столбиковых диаграмм. Пользуясь данными табл. 3.15, определите факторы, объединяющие большинство пациентов с ИОХВ.
4. По итогам описательного этапа расследования выдвиньте гипотезу о причинах развития данной вспышки.

Тезисы ответов:

Основной задачей оценки структуры является определение групп риска и выявление факторов, отличающих данную группу от других, а также факторов, объединяющих людей в данной группе.

При оценке этиологической структуры вспышки была выявлена ее моноэтиологичность - практически у всех 7 пациентов с ИОХВ был выделен идентичный

штамм *S. epidermidis*. Это может свидетельствовать о едином источнике инфекции или едином факторе риска, которому подверглись все эти пациенты.

Пользуясь данными табл. 3.14, студенты проводят расчет инцидентности ИОХВ в разных подгруппах пациентов, строят столбиковые диаграммы и проводят сравнительную оценку влияния каждого фактора.

Инцидентность ИОХВ среди пациентов, чей возраст выше 60 лет: всего таких пациентов было прооперировано 32. У четырех больных в послеоперационном периоде развилась ИОХВ, у 28 больных послеоперационный период протекал без осложнений.

Инцидентность ИОХВ в этой группе составляет $4/32 \times 100 = 12,5$ на 100 оперированных пациентов с данным фактором риска (возраст >60 лет).

Таблица 3.14. Эндогенные и экзогенные факторы риска развития инфекций в области хирургического вмешательства у пациентов кардиохирургического отделения

Фактор риска	Количество пациентов		Всего пациентов
	пациенты с ИОХВ (n=7)	пациенты без ИОХВ (n=57)	64
Возраст (>60 лет)	4	28	32
Мужской пол	6	43	49
Ожирение	1	6	7
Сопутствующие заболевания (сахарный диабет)	1	6	7
Индекс риска NNIS более 2 (определяется, исходя из класса хирургической раны, оценки тяжести пациента по шкале ASA, продолжительности операции)	4	32	36
Проведение периоперационной антибиотико-профилактики	3	22	25

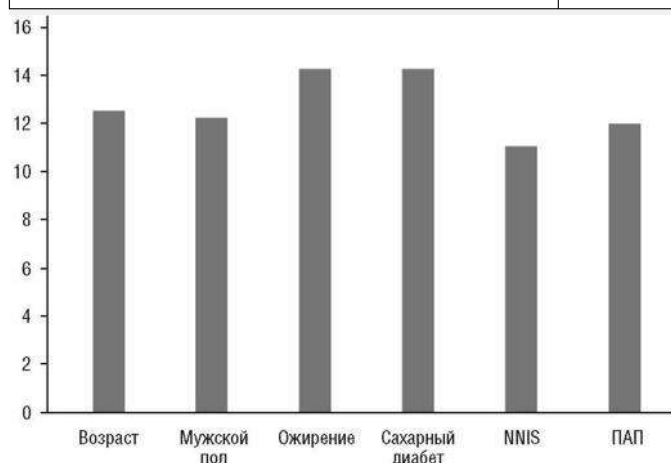


Рис. 3.13. Распределение инцидентности инфекций в области хирургического вмешательства среди пациентов, сгруппированных по факторам риска: NNIS - Национальный надзор за внутрибольничными инфекциями (от англ. National Nosocomial Infection Surveillance); ПАП - периоперационная антибиотикопрофилактика

Аналогичным образом производится подсчет инцидентности ИОХВ в других подгруппах пациентов: показатели составляют 12,2, 14,3, 14,3, 11,1 и 12,0 для пациентов с соответствующими факторами риска.

Столбиковая диаграмма представлена на рис. 3.13.

Из диаграммы видно, что частота ИОХВ практически не отличается в разных подгруппах пациентов. Это свидетельствует об отсутствии влияния данных факторов на риск развития ИОХВ у пациентов кардиохирургического отделения.

Помимо представленного подхода сравнительной оценки инцидентности ИОХВ в подгруппах пациентов, можно провести сравнение частоты встречаемости факторов риска у больных и здоровых.

Так, такой фактор, как пожилой возраст, встречается у 4 из 7 пациентов с ИОХВ, и у 28 пациентов без ИОХВ. Частота встречаемости данного фактора в двух сравниваемых группах составляет, соответственно, 57,1 на 100 и 49,1 на 100 пациентов.

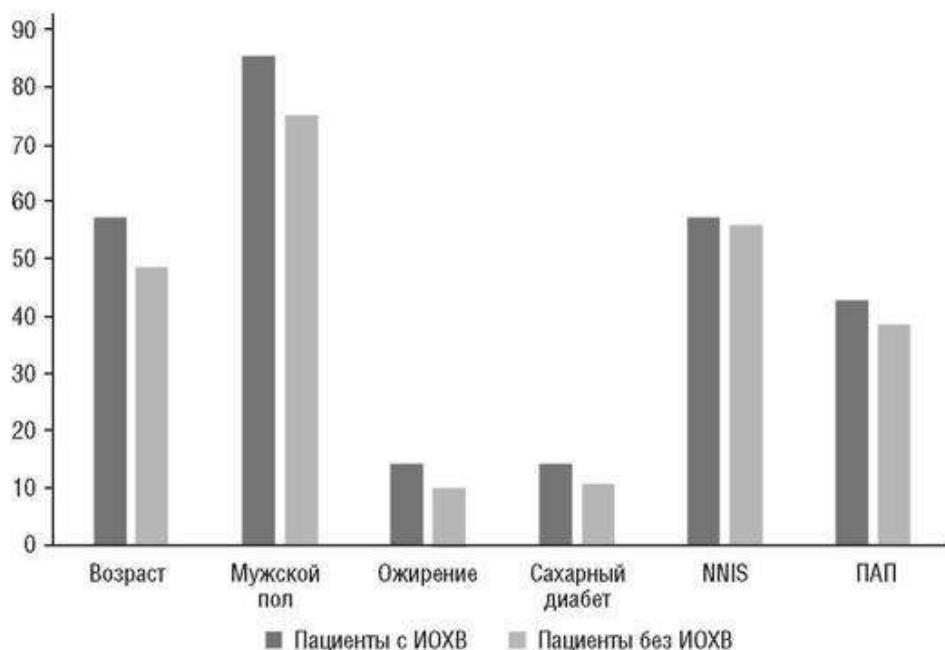


Рис. 3.14. Частота встречаемости факторов в группах пациентов с инфекциями в области хирургического вмешательства и без инфекции: NNIS - Национальный надзор за внутрибольничными инфекциями (от англ. National Nosocomial Infection Surveillance); ИОХВ - инфекции в области хирургического вмешательства; ПАП - периперационная антибиотикопрофилактика

Аналогичным образом можно рассчитать частоту встречаемости и других факторов из табл. 3.14. Для мужского пола они составляют, соответственно, 85,7 и 75,4. Для таких факторов, как ожирение и сахарный диабет, эти показатели равны по 14,3 и 10,5 на 100 пациентов. Для индекса риска NNIS >2 они составляют 57,1 среди пациентов с ИОХВ и 56,1 для пациентов без инфекции. Для ПАП частот встречаемости фактора составляет 42,9 и 38,6 на 100 пациентов. Эти данные представлены на рис. 3.14.

Из данного графика также видно, что частота встречаемости фактора практически не отличается в группах пациентов с ИОХВ и без нее. Это свидетельствует об отсутствии ассоциации между этими факторами и развитием ИОХВ у пациентов кардиохирургического отделения.

На описательном этапе расследования вспышки можно использовать приемы формальной логики для выдвижения гипотез о причинах ее возникновения.

В случае оценки структуры по этиологии был использован прием сходства - все заболевшие объединены по одному признаку (выделение одного и того же возбудителя), что может свидетельствовать об одном источнике инфекции или факторе риска.

Сравнительная оценка инцидентности в разных подгруппах пациентов, а также сравнение частоты встречаемости факторов в группах с наличием и без ИОХВ предполагали использование приема различий - поиск фактора, при наличии которого была бы значимо более высокая инцидентность или поиск значимо чаще встречающегося

фактора риска. Однако выявить из числа изученных какой-либо фактор риска развития ИОХВ не удалось.

Пользуясь данными табл. 3.15, можно увидеть, что из всех представленных участников операционной бригады только один член медицинского персонала присутствовал при операциях почти у всех пациентов с ИОХВ. В данном случае так же был использован прием сходства.

При расследовании данной вспышки также можно использовать прием сопутствующих изменений. Было продемонстрировано, что начало вспышки совпадает с развитием дерматита у оперирующего хирурга А.

Таким образом, по итогам описательного этапа расследования вспышки можно выдвинуть гипотезу, что причиной данной вспышки явились оперативные вмешательства, проведенные с участием оперирующего хирурга А.

Таблица 3.15. Члены операционной бригады и количество операций, в которых они принимали участие

Член операционной бригады	Количество операций	
	пациенты с ИОХВ (n=7)	пациенты без ИОХВ (n=57)
Оперирующий хирург А	6	14
Ассистирующий хирург 1	5	44
Ассистирующий хирург 2	3	25
Анестезиолог	5	20
Перфузиолог	5	30
Операционная сестра 1	3	21
Операционная сестра 2	4	20

3. Аналитический этап расследования вспышки

Аналитический этап расследования вспышки предполагает проверку выдвинутых на описательном этапе гипотез и окончательное установление причинности.

Проверку гипотез проводят с применением аналитических исследований - чаще всего используют когортные исследования или исследования «случай-контроль».

Задание. Провести исследование «случай-контроль», взяв данные из табл. 3.14 и 3.15, рассчитать показатели отношения шансов (OR) с использованием таблиц 2×2, интерпретировать результаты и сформулировать эпидемиологический диагноз.

Тезисы ответов:

Исследование «случай-контроль» при расследовании данной вспышки проводят следующим образом.

В качестве группы «случаев» берутся семь пациентов с ИОХВ, группу «контролей» составляют остальные 57 пациентов.

Пользуясь данными табл. 3.14 и 3.15, можно оценить отношение шансов (OR) для каждого отдельного фактора.

Фактор риска «возраст >60 лет»: в группе случаев этот фактор имел место у четырех пациентов (у трех, соответственно, данный фактор отсутствовал), из 57 «контролей» у 28 человек возраст превышал 60 лет (соответственно 29 пациентов были моложе). Данные цифры заносят в таблицу 2×2 и рассчитывают отношение шансов:

	ИОХВ+ ИОХВ–	
Возраст >60 лет	4 28	$OR = \frac{ad}{bc} = \frac{4 \cdot 29}{28 \cdot 2} \cong 2,1 (0,4-12,2)^1$
Возраст <60 лет	2 29	

Рассчитанное отношение шансов с учетом его доверительных интервалов свидетельствует об отсутствии связи между данным фактором и развитием ИОХВ.

Аналогичным образом рассчитывают отношение шансов для других факторов из табл. 3.14 и 3.15.

Во всех случаях кроме одного показатели отношения шансов с доверительными интервалами показывают отсутствие связи между анализируемыми факторами и развитием ИОХВ (табл. 3.16).

Таблица 3.16. Результаты исследования случай-контроль.

Фактор	Отношение шансов (OR)	95% доверительные интервалы (CI)
Возраст >60 лет	2,1	0,4-12,2
Мужской пол	1,9	0,2-17,7
Ожирение	1,4	0,1-13,8
Сахарный диабет	1,4	0,1-13,8
Индекс риска NNIS >2	1,6	0,3-9,2
Проведение периоперационной анти-биотикопрофилактики	1,2	0,2-5,8
Оперирующий хирург А	18,4	2,0-166,5
Ассистирующий хирург 1	0,7	0,1-4,3
Ассистирующий хирург 2	0,96	0,2-4,7
Анестезиолог	4,6	0,8-26,0
Перфузиолог	2,3	0,4-12,6
Операционная сестра 1	1,3	0,3-6,3
Операционная сестра 2	2,5	0,5-12,1

Отношение шансов, которое статистически значимо больше 1, было получено только в одном случае - оперирующий хирург А.

Дополнительная информация: В ходе расследования было выявлено, что дерматит у данного хирурга был обусловлен таким же штаммом коагулазонегативного эпидермального стафилококка, как и возбудители ИОХВ у пациентов кардиохирургического отделения. Был прослежен алгоритм проведения операции и выявлено, что хирурги обычно меняют перчатки во время каждой операции между катетеризацией бедренной артерии и заменой клапана. Было отмечено, что хирург А часто сушил руки над стерильной зоной перед надеванием новой пары перчаток.

Эпидемиологический диагноз: Таким образом, можно заключить, что вспышка ИОХВ органа/полости у пациентов кардиохирургического отделения была обусловлена факторами, ассоциированными с выполнением оперативных вмешательств хирургом А.

Источник: Эпидемиологическая диагностика. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / Л. П. Зуева, А. В. Любимова, К. Д. Васильев [и др.] ; под ред. Л. П. Зуевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-5377-3.

Тема 2.1. Дезинфекционные мероприятия в профилактике ИСМП

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 2.2. Гигиена рук медицинского персонала

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 2.3. Основные направления профилактической и противоэпидемической работы в медицинских организациях

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Виды и методы дезинфекции, применяемые в ЛПМО.

Тезисы ответов:

Виды:

-профилактическая дезинфекция (систематическое мытье рук, ежедневные и генеральные уборки);

-очаговая (текущая и заключительная).

Методы дезинфекции:

- Механический (удаление микроорганизмов с объектов или их обеззараживание путем протирания, проветривания, вентиляции, стирки, мытья, очистки).
- Физический (обеззараживание путем воздействия физических агентов: ультрафиолетового облучения, сухого горячего воздуха, водяного пара, кипячения; обеззараживание воздуха в ЛПМО при помощи рециркуляторов, кварцевых ламп).
- Химический (обеззараживание путем воздействия химических веществ).
- Биологический (использование бактериофагов).
- Комбинированный

Вопрос 2. Требования, предъявляемые к дезинфектантам.

Тезисы ответов:

Дезинфектанты должны отвечать следующим требованиям:

- безопасность для здоровья человека, низкая токсичность и аллергенность, отсутствие канцерогенных, тератогенных, иммунодепрессивных свойств;
- широкий спектр антимикробной активности (включая туберкулёз, вирусы парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции, анаэробной инфекции, особо опасных инфекций и др.);
- возможность применения в присутствии пациентов, больных и медперсонала, не должен иметь резкого запаха;
- многофункциональность;
- удобность в применении;
- длительный срок годности рабочих растворов и концентратов;
- доступность по стоимости;
- отсутствие коррозионных свойств;
- не должен быстро менять свою активность при хранении и использовании;
- должен достигать необходимого эффекта при максимально низких концентрациях препарата;
- наличие экспресс-методов контроля концентрации действующих веществ в рабочих растворах и концентратах;
- легкая отмываемость с обрабатываемого объекта;
- отсутствие воспламеняемости и взрывоопасности.

Вопрос 3. Классификация типов объектов учреждения в зависимости от медико-биологического риска инфицирования, предложенная Э.Х. Сполдингом (1972).**Тезисы ответов:**

Критические объекты - это ИМН, нарушающие целостность тканей организма, внедряющиеся в стерильные в физиологическом состоянии ткани и полости организма, в кровяное русло (хирургический инструментарий, эндоскопы различного назначения для стерильных вмешательств, интравенозный катетер, иглы и т. п.).

Полукритические объекты - это ИМН, соприкасающиеся со слизистыми оболочками, в том числе внутренних органов (анестезиологические, эндотрахеальные приспособления, ларингоскопы, эндоскопы различного назначения для нестерильных диагностических и лечебных манипуляций и т. п.).

Некритические объекты - это части приборов и устройств, соприкасающиеся со здоровой неповрежденной кожей (фонендоскопы, термометры, ручки управления приборов); поверхности приборов, полы, санитарно-техническое оборудование и т. п.

Вопрос 4. Рекомендуемые режимы дезинфекции в подразделениях ЛПМО различного профиля.**Тезисы ответов:**

Выбор дезинфицирующего средства и режима дезинфекции зависит от профиля медицинской организации!

Подразделения ЛПМО, оказывающие urgentную медицинскую помощь - Режим наиболее устойчивого возбудителя для выбранного средства.

Подразделения ЛПУ, оказывающие плановую медицинскую помощь - Режим дезинфекции при вирусных инфекциях

Палаты, холлы, бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений - Режим дезинфекции при туберкулезе.

Кожно-венерологические учреждения (палаты, холлы, подсобные помещения) - Режим дезинфекции при дерматофитиях

Инфекционные подразделения ЛПУ - Режим дезинфекции в соответствии с групповой принадлежностью возбудителей и профилем отделения.

Терапевтические, физиотерапевтические отделения, ЛФК во внеэпидемическом периоде - Режим дезинфекции при бактериальных инфекциях для полукритических объектов и моющее средство для некритических объектов.

Вопрос 5. Оценка качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения многоразового пользования.

Тезисы ответов:

Контролю подлежит: в ЦС - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену, в отделениях - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3 единиц.

Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств.

Вопрос 6. Порядок стерилизации хирургических инструментов.

Тезисы ответов:

Дезинфекция, ПСО, стерилизация.

Вопрос 7. Классификация медицинских отходов.

Тезисы ответов:

Медицинские отходы в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания подразделяются на пять классов опасности.

Класс А - эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (ТБО). Класс А - отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными. Например, использованные средства личной гигиены (туалетная бумага, гигиенические прокладки, памперсы, одноразовые носовые платки, пеленки, салфетки и т. п.) неинфекционных больных; канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства; смет от уборки территории; пищевые отходы центральных пищеблоков, а также всех подразделений организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, кроме инфекционных, в том числе фтизиатрических.

Класс Б - эпидемиологически опасные отходы. Класс Б - инфицированные и потенциально инфицированные отходы: материалы и инструменты, предметы загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями; патологоанатомические отходы; органические операционные отходы (органы, ткани и т. д.); пищевые отходы из инфекционных отделений; отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических, иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 3-4 групп патогенности; биологические отходы вивариев; живые вакцины, непригодные к использованию.

Класс В - чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы. Класс В - это материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 1-2 групп патогенности; отходы лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1-2 групп патогенности. Отходы лечебно-диагностических подразделений фтизиатрических стационаров (диспансеров), загрязненные мокротой пациентов; отходы микробиологических лабораторий, осуществляющих работы с возбудителями туберкулеза.

Класс Г - токсикологически опасные отходы, приближенные по составу к промышленным (лекарственные, в том числе цитостатики, диагностические, дезинфекционные средства, не подлежащие использованию, ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование,

отходы сырья и продукции фармацевтических производств, отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения и др.).

Класс Д - радиоактивные отходы (все виды отходов в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности).

Вопрос 8. Изоляционно-ограничительные мероприятия.

Тезисы ответов:

Изоляция (изоляция) - комплекс мероприятий, целью которых является предупреждение передачи возбудителей инфекции от пациентов с потенциально заразными заболеваниями /состояниями другим пациентам, медицинским работникам и посетителям стационара.

Изоляции могут подвергаться как индивидуальные пациенты, так и группа пациентов, инфицированных или колонизированных одним известным возбудителем в специально выделенном месте, куда не поступают неинфицированные пациенты (когортная изоляция). За пациентами, подвергнутыми когортной изоляции, должен быть закреплён персонал, то есть персонал, осуществляющий уход за ними, не должен ухаживать за неинфицированными пациентами.

Изоляционно-ограничительные мероприятия включают:

- особые требования к размещению пациентов;
- использование средств индивидуальной защиты;
- требования к мытью и обработке рук медицинского персонала;
- особые требования к перемещению и транспортировке пациентов;
- особые требования к использованию и обработке средств ухода за пациентом;
- меры текущей и заключительной дезинфекции;
- организационные требования.

Изоляционно-ограничительные мероприятия при отсутствии выявленных случаев инфекционных заболеваний. Медицинский персонал должен соблюдать стандартные меры предосторожности при работе с любым пациентом.

Изоляционно-ограничительные мероприятия при выявлении в ЛПМО инфекционного заболевания.

Существует два принципиальных подхода к изоляции больного с инфекционным заболеванием: перевод в инфекционную больницу и эффективная изоляция "на месте". Необходимость оказания специализированной помощи "на месте" (в отделении) связана с тяжестью состояния и профилем пациента.

В случае, если заболевание передается контактным путём передачи, используют контактные меры предосторожности. Контактная изоляция позволяет предотвращать циркуляцию возбудителей инфекции, передающихся при прямом и непрямом контакте. При контактной изоляции перчатки и защитная одежда (одноразовый халат, предпочтительней фартук) используются при каждом контакте с пациентом. Перчатки и защитная одежда снимаются и утилизируются после каждого контакта с пациентом. После снятия перчаток руки необходимо обработать безводным антисептиком. Строгое закрепление за больным термометра, фонендоскопа, тонометра, электроотсоса позволяет предупредить передачи микроорганизмов. При невозможности закрепления оборудования необходимо их тщательная дезинфекция.

В тех случаях, когда возможно распространение микроорганизмов аэрозольным путём (при воздушно-капельных инфекциях или при других ситуациях, сопровождающихся формированием инфекционного аэрозоля, например, при стоматологических манипуляциях, обработке ожоговых ран) применяют дополнительные изоляционно-ограничительные мероприятия, которые являются дифференцированными в зависимости от размера капелек, составляющих аэрозоль.

Выделяют две категории изоляционно-ограничительных мероприятий: изоляционно - ограничительные мероприятия при инфекциях, передающихся крупнодисперсными аэрозольными частицами (с размером капелек более 5 мкм), и при инфекциях, передающихся мелкодисперсными аэрозольными частицами (размер капелек менее 5 мкм). Воздушно-капельная изоляция (размер капелек более 5 мкм) в дополнение к стандартным мерам предосторожности включает размещение пациентов в отдельной палате или когортную изоляцию. При невозможности раздельного размещения таких больных возможно их пространственное разобщение в общей палате, при этом расстояние между пациентами должно быть не менее 1 м. Необходимо использование маски медицинским работником при работе в пределах 1 м от пациента. Рекомендовано использовать маски всегда при входе в палату и утилизации их при выходе из палаты. После утилизации маски необходимо обработать руки антисептиком.

При инфекциях с размером капелек менее 5 мкм в дополнение к стандартным мерам предосторожности необходимы специальная обработка воздуха и вентиляция. Инфицированных пациентов размещают в палатах с отрицательным давлением воздуха. Кратность воздуха обмена в этих помещениях должна составлять 6-12 раз в час. Воздух из палаты должен вытягиваться непосредственно наружу или через высокоэффективный фильтр.

Вопрос 9. Стандартные меры предосторожности.

Тезисы ответов:

Стандартные меры предосторожности применяются:

- после контакта с любыми биологическими субстратами организма и контаминированными предметами руки моют с мылом;
- после снятия перчаток и между контактами с пациентами руки моют с мылом и обрабатывают безводным спиртовым антисептиком;
- Если при осмотре пациента или при проведении манипуляций возможен контакт с любыми биологическими субстратами организма, слизистыми оболочками, неинтактной кожей и контаминированными предметами, персонал должен надеть перчатки;
- если при осмотре пациента или при проведении манипуляций/ операций возможно образование брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки) и халат; при загрязнении халата проводится его замена;
- необходимо избегать надевания колпачков на использованные иглы, их отсоединения от шприцов, сгибания и разламывания вручную;
- острые предметы сбрасывают в непрокалываемые контейнеры;
- мероприятия по очистке, дезинфекции и стерилизации проводятся в соответствии с действующими нормативными документами;
- при проведении искусственного дыхания необходимо избегать дыхания "рот в рот".

Вопрос 10. Использование средств индивидуальной защиты как профилактика заражения медицинского персонала.

Тезисы ответов:

Макси, респираторы, перчатки, халаты, очки или экраны.

Вопрос 11. Факторы, влияющие на эффективность дезинфекции.

Тезисы ответов:

Физико-химические свойства дезинфектанта
Свойства обрабатываемого объекта
Степень контаминации обрабатываемого объекта
Способ дезинфекции
Резистентность микроорганизмов
Режим дезинфекции

Загрязнение обрабатываемых объектов органическими веществами (кровь, гной, фекалии и т.д.)

Вопрос 12. Требования к рукам медицинского персонала.

Тезисы ответов:

Мойте руки с мылом и водой, когда они явно загрязнены, запачканы кровью или другими биологическими жидкостями, или после посещения туалета.

Мойте руки с мылом и водой, когда вы сомневаетесь в их чистоте!

Если экспозиция к потенциальным спорообразующим патогенам велика (предполагается или доказана), включая случаи вспышек *C.difficile*, мытье рук мылом и водой является предпочтительной мерой в сравнении с использованием спирт-содержащих кожных антисептиков

В остальных случаях используйте спиртовой антисептик для гигиены рук в качестве предпочтительной меры во случаях, описанных ниже

- до и после контакта с пациентом;
- до того, как прикоснуться к инвазивному устройству для ухода за пациентом, независимо от того, используете вы перчатки или нет;
- после контакта с биологическими жидкостями или выделениями, слизистыми оболочками, неповрежденными участками кожи или повязкой;
- если при осмотре одного пациента вы переходите от контаминированного участка тела к неконтаминированному;
- после контакта с предметами (включая медицинское оборудование) из ближайшего окружения пациента;
- после снятия стерильных или нестерильных перчаток;
- после контакта «с собой» - касания носа, прикрывания рта при кашле и чихании, контакта с медицинской одеждой;
- после снятия средств индивидуальной защиты (защитная одежда, маски, респиратора и пр.);
- до входа и перед выходом из палаты.

Если спиртовой антисептик для гигиены рук недоступен, вымойте руки с мылом с водой.

До работы с медикаментами или приготовления еды выполняйте гигиену рук, используя спиртовой антисептик для рук, или вымойте руки с обычным или антимикробным мылом и водой.

Мыло и спиртовой антисептик для гигиены рук не должны быть использованы одновременно.

Не носите искусственные или наращённые ногти при прямом контакте с пациентами.

Ваши ногти должны быть короткими (кончик менее 0,5 см).

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

При консультации 29.04.16 г. в 9:00 лихорадящих больных с неясным диагнозом в терапевтическом отделении ЦРБ доцент кафедры инфекционных болезней выявил больную с подозрением на брюшной тиф. Больная находилась в этом отделении с 22.04.2016 г. (8 дней) с диагнозом «пневмония», заболела 20.04. Больная не работает, находится на пенсии, проживает одна в двухкомнатной квартире. 29.04.16 г. в 12:00 была переведена в инфекционное отделение.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Нет. Инкубационный период при брюшном тифе – 7-30 дней. Дата заболевания 20.04. Период возможного заражения с 20.03 по 13.04. Дата поступления в стационар 22.04. Данный случай может быть расценен как занос инфекции в МО.

2. Границы очага - терапевтическое отделение ЦРБ, квартира больной.
3. В палате до перевода в инфекционное отделение проводится текущая, после перевода – заключительная дезинфекция, силами младшего медперсонала ЦРБ с использованием дезинфицирующих средств. Обязательна камерная дезинфекция постельных принадлежностей больной, ее верхней одежды и обуви. В отделении проводится заключительная дезинфекция мест общего пользования.
4. Контроль качества дезинфекции проводится визуальным и лабораторными методами (отбор смывов, отбор проб дезинфицирующих растворов для определения концентрации дезсредства, экспресс-пробы на остаточное количество дезсредств).
5. За общавшимися с пациентом (по палате, при пользовании общим санузлом) устанавливают медицинское наблюдение (осмотр, опрос, двукратная термометрия) на протяжении 23 дней, бактериологическое исследование проводится при наличии клинических показаний, осуществляется фагопрофилактика. Проводится информационно-просветительская работа среди пациентов по вопросам эпидемиологии и профилактики брюшного тифа.

Задача 2.

Медицинской сестрой был обнаружен головной педикулез у больной терапевтического отделения.

Тезисы ответов на вопросы:

1. При обнаружении педикулеза подается экстренное извещение ф.058у и данный случай регистрируется в журнале учета инфекционных заболеваний ф.060 в отделении, где был обнаружен педикулез.
2. Границей очага является территория терапевтического отделения. При посещении больной других отделений границы расширяются.
3. Эпидемиолог должен проверить отметку об осмотре на педикулез в истории болезни данной больной и выборочно в других историях этого и других отделений. Проверить алгоритм приема больных в приемном покое, наличие и содержимое педикулицидной укладки, знания сотрудников по санитарной обработке в случае обнаружения педикулеза. Организовать осмотр всех больных и медперсонала данного отделения. Проконтролировать правильность проведения противопедикулезных мероприятий: использование средств индивидуальной защиты и их последующее обеззараживание медперсоналом, проводившим обработку, последовательность санитарной обработки завшивленных, соответствие концентрации и экспозиции используемого препарата инструкции, обработку инсектицидами матраса, камерную обработку вещей больных с педикулезом, проведение дезинфекции после проведения обработки.
4. Все больные с выявленным педикулезом подлежат переводу в отдельную палату или изолятор. Обработке подлежат все, у кого выявлен педикулез с последующим осмотром 1 раз в 7 дней в стационаре с ежедневной отметкой в истории болезни «педикулеза нет» или по месту жительства после выписки, а также все контактные.
5. Больные, поступающие на стационарное лечение, осматриваются при приеме, затем не реже одного раза в 7 дней в отделении. При осмотре особое внимание следует уделить участкам волос за ушами. При осмотре, с целью обнаружения платяных вшей внимательно просматривается нижняя поверхность белья, особенно место швов. Осмотр следует проводить при хорошем освещении. Трудно обнаружить лобковых вшей. Косвенным признаком наличия этих паразитов являются синеватые пятна в области лобка, подмышек, образующиеся при разрушении гемоглобина в месте укуса. При обнаружении головного педикулеза санитарная обработка проводится персоналом приемного покоя. Вещи больных и специальная одежда персонала, проводившего обработку, помещается в клеенчатый мешок и направляется в дезинфекционную камеру для обеззараживания. При обнаружении

лобкового педикулеза обработка должна проводиться в санпропускнике дезстанции, если позволяет состояние больного. Больные должны принимать душ не реже 1 раза в 7 дней со сменой нательного и постельного белья. Палаты должны заполняться с соблюдением принципа «цикличности».

Тема 2.4. Обеспечение инфекционной безопасности гемотрансфузий в медицинских организациях

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДПК-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Назовите мероприятия по профилактике инфицирования ВИЧ, ГВ и ГС при переливании донорской крови и ее компонентов, пересадке органов и тканей и при искусственном оплодотворении.

Тезисы ответов:

Профилактика инфицирования ВИЧ, ГВ и ГС и при переливании донорской крови и ее компонентов, пересадке органов и тканей и при искусственном оплодотворении включает мероприятия по обеспечению безопасности при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорских материалов и осуществляется согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Безопасность донорской крови, ее компонентов, донорских органов и тканей подтверждается отрицательными результатами лабораторного исследования образцов крови доноров, взятых во время каждого забора донорского материала, на наличие возбудителей гемотрансмиссивных инфекций, в том числе ВИЧ, ВИЧ, ГВ и ГС с использованием иммунологических и молекулярно-биологических методов.

Отбор образцов донорской крови для определения маркеров гемотрансмиссивных инфекций производится во время процедуры донации крови. При заборе органов и тканей (в том числе спермы) отбор образцов крови доноров для определения маркеров гемотрансмиссивных инфекций производится параллельно процедуре забора донорского материала.

Вопрос 2. Какие методы диагностики ВИЧ-инфекции у доноров используются?

Тезисы ответов:

При исследовании образца крови донора проводится одновременное определение наличия антител к ВИЧ-1, 2 и антигена ВИЧ p24, исследование на ГВ и ГС иммунохимическими методами. Молекулярно-биологические исследования (ПЦР, NAT) проводятся для серонегативных образцов или для всех образцов крови донора параллельно с обязательными иммунологическими исследованиями на маркеры вируса иммунодефицита человека, вируса гепатита В, вируса гепатита С в соответствии с требованиями нормативной документации.

Вопрос 3. Карантинизация донорской плазмы.**Тезисы ответов:**

Донорскую плазму передают в медицинские организации для трансфузий после повторного (не менее чем через 4 месяца) обследования донора на наличие маркеров вирусов ВИЧ-1, 2 и других гемотрансмиссивных инфекций для исключения возможности невыявления инфицирования в период серонегативного окна (карантин).

В случае неявки донора для повторного обследования по истечении 120 календарных дней плазма может быть пригодна для клинического использования только при условии применения технологии инаktivации (редукции) патогенных биологических агентов и молекулярно-биологических исследований крови донора на маркеры и (или) возбудители гемотрансмиссивных инфекций.

Вопрос 4. Почему нельзя проводить карантинизацию других компонентов крови?**Тезисы ответов:**

В силу малого срока годности.

Компоненты крови с малым сроком годности (до 60 календарных дней) следует заготавливать от доноров, сообщивших об отсутствии факторов риска заражения ВИЧ.

Вопрос 5. Какова тактика организации, осуществляющей заготовку, переработку, использование донорских материалов, при получении положительного результата исследования на ВИЧ, ГВ и ГС у донора крови, иных органов и тканей?**Тезисы ответов:**

При получении положительного результата исследования на ВИЧ, ГВ и ГС у донора крови, иных органов и тканей организация, осуществляющая заготовку, переработку, использование донорских материалов оперативно проводит анализ предыдущих случаев донаций за период не менее 12 месяцев, предшествующих выявлению гемоконтактных инфекций, и выбраковывает донорскую кровь и ее компоненты, иные органы и ткани, полученные от этого донора в указанный период.

При получении организацией, осуществляющей заготовку и переработку крови, иных органов и тканей информации о возможном заражении реципиента гемотрансмиссивными инфекциями необходимо установить донора (доноров), от которого могло произойти заражение, и принять меры для предотвращения использования инфицированной донорской крови или ее компонентов, иных органов и тканей, полученных от этого донора (доноров).

В случае получения информации о заражении реципиента гемотрансмиссивными инфекциями проводится анализ предыдущих случаев донаций у донора за период не менее 12 месяцев, предшествующих донации, повлекшей заражение ВИЧ, ГВ, ГС повторно анализируется документация, а организация, осуществляющая переработку крови, ее компонентов, иных органов и тканей оценивает необходимость отзыва изготовленных продуктов крови иных органов и тканей, принимая во внимание интервал времени между донацией и исследованием крови и характеристику продукта. Отозванные продукты крови, иные органы и ткани (донорские материалы, полученные от предыдущих донаций за период 12 месяцев, предшествующий донации, повлекшей заражение ВИЧ, ГВ, ГС реципиента),

изолируются и передаются для исследования в территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Вопрос 6. Какие мероприятия необходимо провести в случае переливания донорской крови, ее компонентов, пересадки донорских органов и тканей от инфицированного ВИЧ донора?

Тезисы ответов:

В случае переливания донорской крови, ее компонентов, пересадки донорских органов и тканей от инфицированного ВИЧ донора не позднее 72 часов после переливания или пересадки необходимо провести постконтактную химиопрофилактику заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами.

Вопрос 7. Как часто обследуются доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы?

Тезисы ответов:

Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы обследуются при каждой донации или каждом взятии донорского материала.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

Пациент Н., обратившийся 15.10.17 к врачу-дерматовенерологу по поводу увеличения лимфоузлов и появления высыпаний на коже, был обследован на ВИЧ-инфекцию с положительным результатом ИФА. При направлении на референс-исследование подтвержден положительный результат ИФА и получен положительный результат иммунного блоттинга от 19.10.17. Сведения о пациенте внесены в информационную систему отводов от донорства 19.10.17 по результатам ИФА.

Пациент Н. направлен на консультацию в Центр СПИД, врачом-инфекционистом установлен диагноз острой ВИЧ-инфекции. При эпидрасследовании уточнено, что 4 недели назад во время отдыха за рубежом имел незащищенные половые контакты с местной жительницей. Является донором крови, последняя кроводача – около 2 месяцев назад. Данные эпидрасследования сообщены в службу крови.

По информации областной станции переливания крови на карантинизации находилась свежезамороженная плазма от донора Н. со сроками забора 29.08.17, 21.05.17, 15.02.17. Ранее заготовленная плазма была передана в медицинские организации и использована. При обследовании донора Н. во время кроводачи от 29.08.17 все результаты анализов на ВИЧ методом ИФА и ПЦР отрицательные. Заготовленный от донора Н. 21.05.17 тромбоконцентрат был перелит в медицинской организации 12.06.17 реципиенту К. От других кроводач заготовлена только плазма.

Вся находящаяся на хранении плазма донора Н. была изъята и утилизирована в СВЧ-установке в день получения через информационную систему отводов от донорства информации о положительном результате ИФА.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Донорскую плазму передают в медицинские организации для трансфузий после повторного (не менее чем через 4 месяца) обследования донора на наличие маркеров вирусов ВИЧ-1, 2 и других гемотрансмиссивных инфекций для исключения возможности невыявления инфицирования в период серонегативного окна (карантин). Необходимость карантинизации обусловлена стремлением не пропустить «стадию окна», на которой у недавно заразившегося человека сероконверсия может еще отсутствовать.

2. По истечении срока карантинизации свежезамороженной плазмы проводится повторное обследование состояния здоровья донора и лабораторное исследование крови донора с целью исключения наличия в ней маркеров и (или) возбудителей гемотрансмиссивных инфекций.
3. В случае переливания донорской крови, ее компонентов, пересадки донорских органов и тканей от инфицированного ВИЧ донора как можно ранее (но не позднее 72 часов после переливания/пересадки) необходимо провести постконтактную химиопрофилактику заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами. Реципиенту К. тромбоконцентрат перелит более 4-х месяцев назад, химиопрофилактика не назначается.
4. Безопасность компонентов крови с малым сроком годности (до 60 дней) должна обязательно подтверждаться молекулярно-биологическими исследованиями. В данном случае имелись результаты отрицательных анализов на ВИЧ донора Н. методом ПЦР через 3 месяца после даты заготовки, что свидетельствует о безопасности тромбоконцентрата.
5. При получении положительного результата исследования на ВИЧ у донора крови организация, осуществляющая заготовку и переработку крови, оперативно проводит анализ предыдущих случаев донаций за период не менее 12 месяцев, предшествующих последней донации, и выбраковывает донорскую кровь и ее компоненты, полученные от этого донора. Не соответствующие требованиям безопасности или неиспользованные донорская кровь и ее компоненты изолируются и подвергаются утилизации, включающей обеззараживание дезинфицирующими растворами или применение физических методов дезинфекции с помощью оборудования, разрешенного для этих целей в установленном порядке, а также удаление образовавшихся отходов. Действия станции переливания крови правильные.

Тема 3.1. Вакцинация медицинских работников

Компетенции:

ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.

ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.

ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.

ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.

ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 3.2. Требования к средствам индивидуальной защиты

Компетенции:

- ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.
- ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.
- ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.
- ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.
- ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.
- ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 3.3. Алгоритм действий при возникновении аварийной ситуации

Компетенции:

- ИДук-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.
- ИДук-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения.
- ИДук-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты.
- ИДук-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества.
- ИДук-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение.
- ИДпк-3-1. Владеет методами оценки факторов риска и риск-подходом к профилактике заболеваний

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Какой риск инфицирования гемоконтактными инфекциями при попадании крови под кожу?

Тезисы ответов:

Риск передачи после чрескожного контакта (порезы, проколы)

ВИЧ $\approx 0,3\%$ (95% ДИ 0,2%-0,5%);

ВГВ 6-30%

ВГС $\approx 1,8\%$ (95% ДИ 0–7%)

Вопрос 2. Какой риск инфицирования гемоконтактными инфекциями при попадании крови на слизистые?

Тезисы ответов:

Риск передачи ВИЧ после воздействия на слизистую оболочку $\approx 0,09\%$ (95% ДИ 0,006%-0,5%).

Вопрос 3. Что необходимо сделать медицинскому работнику при аварийной ситуации в случае порезов и уколов?

Тезисы ответов:

В случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода.

Вопрос 4. Что необходимо сделать медицинскому работнику при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы?

Тезисы ответов:

При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом.

Вопрос 5. Что необходимо сделать медицинскому работнику при аварийной ситуации в случае попадания крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта?

Тезисы ответов:

При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть).

Вопрос 6. Постконтактная профилактика заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами.

Тезисы ответов:

Проведение постконтактной профилактики заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами прием антиретровирусных препаратов, который должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов согласно схемам профилактики (3-мя и более антиретровирусными препаратами в течение 4 недель).

Вопрос 7. Назовите период диспансерного наблюдения за лицами, пострадавшими в аварийных ситуациях.

Тезисы ответов:

Срок диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ составляет 1 год; периодичность обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в день (ближайшие дни после) аварийной ситуации, в дальнейшем через 3, 6, 12 месяцев после аварии.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов (ситуационных задач)

Задача 1.

Медицинская сестра после выполнения внутривенной манипуляции поступившему в ночное время по скорой помощи пациенту в возбужденном состоянии уколола палец при извлечении иглы. После сбрасывания использованного медицинstrumentария в не прокалываемую емкость для отходов класса Б, медсестра сняла перчатки, вымыла руки с мылом под проточной водой, обработала руки 70%-м спиртом, смазала ранку 5%-м

спиртовым раствором йода. Опрос пациента о наличии вирусных гепатитов или ВИЧ-инфекции результатов не дал, ответы были неадекватные. Сведения об аварийной ситуации медсестра указала в медицинской документации пациента. В известность о травме был поставлен дежурный врач. В данной медицинской организации запас антиретровирусных препаратов не предусмотрен, территориальный Центр СПИД в ночное время не работает. Дежурный врач рекомендовал медсестре после окончания смены обратиться в территориальный Центр СПИД.

Плановый медицинский профосмотр сотрудники данного подразделения проходили 15 дней назад, у медсестры были отрицательные результаты обследования на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Действия медсестры непосредственно после укола правильные. Аварийные ситуации должны учитываться в каждой медицинской организации в "Журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций". Информирование дежурного врача проведено правильно: при наступлении аварийной ситуации, повлекшей за собой риск заражения ВИЧ-инфекцией, сотрудники медицинских организаций должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю.
2. Необходимо назначить в возможно короткие сроки после контакта обследование на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лица, которое может являться потенциальным источником заражения. Обследование на ВИЧ потенциального источника ВИЧ-инфекции проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ в ИФА.
3. При отсутствии уточняющих данных о статусе пациента постконтактную профилактику начинают немедленно, при появлении дополнительной информации схема корректируется. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов.
4. Недостаточное. Все медицинские организации должны быть обеспечены или иметь при необходимости доступ к экспресс-тестам на ВИЧ и антиретровирусным препаратам в любое время суток. Запас антиретровирусных препаратов должен храниться в любой медицинской организации по выбору органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, но с таким расчетом, чтобы обследование и лечение могло быть организовано в течение 2 часов после аварийной ситуации. В уполномоченной медицинской организации должны быть определены специалист, ответственный за хранение антиретровирусных препаратов, и место их хранения с доступом, в том числе в ночное время и выходные дни.
5. Для организации диспансерного наблюдения и корректирования схем химиопрофилактики ВИЧ-инфекции пострадавшие в день обращения должны быть направлены в Центр СПИД (либо к уполномоченному инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства). Сроки диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ, - 1 год; периодичность обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в день (ближайшие дни после) аварийной ситуации, в дальнейшем - через 3, 6, 12 месяцев после аварии.

Задача 2.

Во время оперативного вмешательства, которое выполнялось ВИЧ-инфицированному пациенту, произошла аварийная ситуация (врач проколол руку хирургической иглой).

После завершения операции (длительность операции составила 6 часов) хирург вымыл руки с мылом, зарегистрировал ситуацию в журнале аварийных ситуаций и, сославшись на плохое самочувствие, отпросился домой. На следующий день хирург был отправлен администрацией отделения в «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», где получил рекомендации и начал прием антиретровирусной терапии, сдал кровь на наличие гемоконтактных инфекций.

Тезисы ответов на вопросы:

1. При возникновении аварийной ситуации на рабочем месте медицинский работник обязан незамедлительно провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией.
Хирург, получивший травму, должен:
 - прекратить дальнейшее участие в операции;
 - немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать ранку 70° спиртом, 5% спиртовым раствором йода, заклеить лейкопластырем;
 - сообщить об аварийной ситуации заведующему отделением;
 - сделать запись в журнале аварийных ситуаций;
 - сдать кровь для исследования на ВИЧ-инфекцию после аварийной ситуации, а также через 3, 6 и 12 месяцев после аварии.
 - начать химиопрофилактику антиретровирусными препаратами. в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов.
2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
3. Врача необходимо отстранить от операции для проведения первичных мероприятий, направленных на профилактику инфицирования гемоконтактными инфекциями, операцию продолжает дублер (т.к. при оказании оперативного вмешательства ВИЧ-инфицированному пациенту необходимо предусмотреть участие второго ассистента – дублера), кровь на наличие гемоконтактных инфекций необходимо сдавать в день аварийной ситуации.
4. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов. Терапия, начатая позднее этого срока, считается неэффективной.
5. Гемоконтактные гепатиты В, С, D, F и др., ВИЧ-инфекция, сифилис

Промежуточная аттестация

Тесты. Ответы: правильные ответы А

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Оценка технологий здравоохранения
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2
Семестр	3
Лекции (час.)	12 (4)
Практические занятия (час.)	27 (12)
Самостоятельная работа (час.)	33 (56)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	72 (72)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	2
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Доцент Китаева Э.А.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств				
Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Введение в информационные технологии в здравоохранении	Компетенция – ПК-11. Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по изучению и информационных технологий в здравоохранении ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию информационных технологий в здравоохранении	Знать: Информационное пространство университета, основные сайты Понятие дистанционного обучения. Технологии дистанционного образования.	Тестирование Презентация Кейс-задача	15
		Уметь: Использовать технологии дистанционного обучения Определять эффективность информационных образовательных технологий.		2
		Владеть: Навыком работы на образовательных порталах. Навыком систематизации данных в информационном образовательном пространстве		1
Раздел 2. Техническое и программное обеспечение рабочего места специалиста	Компетенция – ПК-11. Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по техническому и программному обеспечению рабочего места специалиста	Знать: Основы безопасной работы в сети. Обзор надежности внешних накопителей, возможности сервисов от поставщиков услуг (провайдеров).	Тестирование Кейс-задача	15
		Уметь: Выбирать необходимую «периферию» для оснащения автоматизированного рабочего места.		1

	ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию техническому и программному обеспечению рабочего места специалиста	Резервировать информации на различных носителях. Защищать информацию на ПК, носителя			
		Владеть: Навыками поддержания ПК в оптимальном состоянии. Навыками применения антивирусных программ.			
Раздел 3. Ресурсы и сервисы медицинского сектора Интернет, образовательные порталы	Компетенция – ПК-11. Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по изучению и моделированию ресурсов и сервисов медицинского сектора ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию ресурсов и сервисов медицинского сектора	Знать: Электронные библиотечные системы: ГЭОТАР - «Консультант студента»; ЮРАИТ, Основные Медицинские интернетсообщества Виды электронных энциклопедий. Уметь: Получать информацию из Википедии и электронных энциклопедий. Проходить процедуру регистрации в Медицинские интернет-сообщества. Владеть: Навыком записи в Электронные библиотечные системы для обеспечения эффективного образовательного процесса. Навыками общения, консультирования в Медицинских интернет-сообществах.	Тестирование Презентация Кейс-задача	14 4 1	

Промежуточная аттестация – зачет			Тесты	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется устный опрос, тестирование, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на заданную тему, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ в сфере обеспечения качества жизни населения, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Презентация

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если: презентация соответствует теме самостоятельной работы; - оформлен титульный слайд с заголовком (тема, цели, план и т.п.); сформулированная тема ясно изложена и структурирована; использованы графические изображения (фотографии, картинки и т.п.), соответствующие теме; выдержан стиль, цветовая гамма, использована анимация, звук; работа оформлена и предоставлена в установленный срок.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если: презентация соответствует теме самостоятельной работы; оформлен титульный слайд с заголовком (тема, цели, план и т.п.); сформулированная тема ясно изложена и структурирована; использованы графические изображения (фотографии, картинки и т.п.), соответствующие теме; работа оформлена и предоставлена в установленный срок.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если работа не выполнена или содержит материал не по вопросу.

Во всех остальных случаях работа оценивается на «удовлетворительно».

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» – обучающийся демонстрирует сформированное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, умение применять полученные в курсе знания, правильно выстраивает алгоритм действий.

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует в целом хорошее умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, хорошее умение применять полученные в курсе знания, в целом правильно выстраивает алгоритм действий.

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует в целом успешное, но не систематическое умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстраивает с ошибками.

«Неудовлетворительно» – обучающийся демонстрирует частичное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения качества жизни населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстроить не может.

Фонд оценочных средств

Компетенция – ПК-11.Способность и готовность к планированию, организации и проведению мероприятий по изучению и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения.

(ПК-11.1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни)

Тесты

1. Заражение компьютерными вирусами может произойти в процессе:

V работы с файлами

форматирования диска

выключения компьютера

печати на принтере

2. Заражению компьютерными вирусами могут подвергнуться...

только программы

графические файлы

V программы и текстовые файлы

звуковые файлы

3. Заражение компьютерными вирусами может произойти в процессе.

печати на принтере

V работы с файлами

выключения компьютера

4. Что необходимо иметь для проверки на вирус жесткого диска?

защищенную программу

загрузочную программу

файл с антивирусной программой

V антивирусную программу, установленную на компьютер

5. Отметьте антивирусные программы:

V AVP

Defrag

V Norton Antivirus

V Dr Web

6. Какие программы не относятся к антивирусным?

V программы сканирования

программы-ревизоры

прогаммы-детекторы

7. Как вирус может появиться в компьютере?

V при работе компьютера в сети

при решении математической задачи

при работе с макросами

самопроизвольно

8. Как происходит заражение «почтовым» вирусом?

V при открытии зараженного файла, присланного с письмом по e-mail

при подключении к почтовому серверу

при подключении к web-серверу, зараженному «почтовым» вирусом

при получении с письмом, присланном по e-mail, зараженного файла

9. Как обнаруживает вирус антивирусная программа (принцип работы)?

контролирует важные функции компьютера и пути возможного заражения

отслеживает изменения загрузочных секторов дисков

V при открытии файла подсчитывает контрольные суммы и сравнивает их с данными,

хранящимися в базе данных периодически проверяет все имеющиеся на дисках файлы

10. Компьютерным вирусом является:

программа проверки и лечения дисков

любая программа, созданная на языках низкого уровня

программа, скопированная с плохо отформатированной дискеты

V специальная программа небольшого размера, которая может приписывать себя к другим программам, она обладает способностью "размножаться"

11. Заражению компьютерными вирусами могут подвергнуться:

графические файлы

V программы и документы

звуковые файлы видеофайлы

12. К категории компьютерных вирусов относятся:

V загрузочные вирусы

ture-вирусы

V сетевые вирусы

V файловые вирусы

13. Как можно удалить компьютерный вирус?

Перезагрузить систему

V Специальной программой

Удалить вирус невозможно

14. Какая из программ является антивирусной программой?

NDD

V DRWEB

RAR

15. Что собой представляет компьютерный вирус?

V Небольшая по размерам программа

Миф, которого не существует

Название популярной компьютерной игры

Архиваторы

16. Что не поможет удалить с диска компьютерный вирус?

V Дефрагментация диска

Проверка антивирусной программой

Форматирование диска

17. Термины: мутанты, невидимки, черви, это:

Программы-утилиты

Виды антивирусных программ

V Виды компьютерных вирусов

18. Что не является каналом распространения вирусов?

V Устройства визуального отображения информации

Компьютерные сети

Внешние носители информации.

19. Найдите отличительные особенности компьютерного вируса:

он обладает значительным объемом программного кода и ловкостью действий
компьютерный вирус легко распознать и просто удалить

вирус имеет способности к повышению помехоустойчивости операционной
системы и к расширению объема оперативной памяти компьютера

**V он обладает маленьким объемом, способностью к самостоятельному запуску
и многократному копированию кода, к созданию помех корректной работе
компьютера**

20. Создание компьютерных вирусов является:

последствием сбоев операционной системы

необходимым компонентом подготовки программистов

побочным эффектом при разработке программного обеспечения

✓ преступлением

21. Загрузочные вирусы характеризуются тем, что:

✓ поражают загрузочные секторы дисков поражают программы в начале их работы
запускаются при загрузке компьютера изменяют весь код заражаемого файла

22. Файловый вирус :

поражает загрузочные сектора дисков

✓ всегда изменяет код заражаемого файла

всегда меняет длину имени файла

всегда меняет начало и длину файла

23. Назначение антивирусных программ, называемых детекторами:

обнаружение и уничтожение вирусов

контроль возможных путей распространения компьютерных вирусов

✓ обнаружение компьютерных вирусов

уничтожение зараженных файлов

24. Назовите метод защиты от компьютерных вирусов:

отключение компьютера от электросети при малейшем подозрении на вирус
перезагрузка компьютера

вызов специалиста по борьбе с вирусами

✓ установка на компьютер антивирусной программы

25. Выберите правильное утверждение: сетевые вирусы:

✓ существуют и размножаются в среде локальных и глобальных сетей

поражают и паразитируют в файлах, в основном исполняемых файлах типов *.COM
или *.EXE

поражают загрузочные области диска и остаются в оперативной памяти, готовые к
заражению новых файлов вплоть до выключения или перезагрузки компьютера
существуют в среде Linux и могут поражать файлы, созданные ее приложениями

26. Какие файлы могут быть испорчены компьютерным вирусом?

Исполняемые

любые

графические

✓ загрузчик ОС, исполняемые (exe, com), файлы типа *.DOC

Презентация

1. Индекс развития человеческого потенциала.
2. Индекс качества жизни в городах Российской Федерации.
3. Здоровье населения как индикатор качества жизни населения.
4. Качество жизни, связанное со здоровьем.
5. Влияние качества жизни на естественное движение населения.
6. Социальная политика, как элемент управления качеством жизни населения.

Кейс-задача №1

Вы – ценный специалист медицинского центра, владеющий информационными технологиями. Вам необходимо выбрать медицинскую информационную систему, которая будет обеспечивать функционирование всего учреждения.

1. Какой интерфейс такой информационной системы выберите: «унифицированный» или «нестандартный».
2. Поясните ваш выбор руководителю (письменно).

Ответ

1. Унифицированный.
2. Унифицированный – стандартизированный. Правилом хорошего тона считается использование «мыши» и графического режима вывода изображения. Классическим примером унифицированного программного интерфейса является интерфейс программных продуктов фирмы Microsoft – Microsoft Windows и Microsoft Office. Программы, обладающие унифицированным интерфейсом, как правило, легки в освоении и использовании.

Кейс-задача №2

Вы получили новый компьютер со склада. Компьютер предназначен для работы с больничной документацией (электронного документооборота в больнице нет) и для доступа в Интернет.

1. Какой минимальный набор программ вы установите?
2. Приведите примеры программ, которые распространяются бесплатно или условно бесплатно (свободное программное обеспечение).

Ответ

1. Операционная система, драйверы на устройства компьютера, офисный пакет, интернет-браузер (идет в комплекте с операционной системой), антивирусная программа, программа-архиватор
2. Операционная система (Linux), офисный пакет (Open Office), интернет-браузер (Mozilla, Chrome, Safari, IE, Opera), антивирусная программа (Avast, AVG), программа-архиватор (7-Zip, IZArc, TUGZip).

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
онкологии, лучевой диагностики
и лучевой терапии, профессор
Ахметзянов Ф.Ш.

протокол заседания кафедры № ____
от «___» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Организация помощи онкологическим больным
Код и направление подготовки	32.04.01 «Общественное здравоохранение»
Квалификация:	магистр
Форма обучения	Очная/очно-заочная
Курс	2/3
Семестр	4/5
Лекции (час.)	6/2
Практические занятия (час.)	15/6
Самостоятельная работа (час.)	15/28
ВСЕГО (час.)	36/36
Зачетных единиц трудоемкости (ЗЕТ)	1/1
Составители ФОС (должность, ФИО)	Ахметзянов Ф.Ш., Самигуллин А.А., Ахметзянова Ф.Ф., Караманян А.В.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I. Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы/темы/ модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)	Кол.- во
Тема 1.1. Общие вопросы онкологии	Компетенция УК-2 ИДУК-2-2. Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта	Знать: аспекты необходимые для решения задач	Тесты, задачи	25, 4
		Уметь: Решать задачи в контексте взаимодействия	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками реализации проектов	Тесты, задачи	
	Компетенция УК-2 ИДУК-2-3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений	Знать: аспекты необходимые для решения задач	Тесты, задачи	
		Уметь: Решать задачи в контексте взаимодействия	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками реализации проектов	Тесты, задачи	
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи	
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи	
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи	

	задач, умеет добиваться их исполнения	Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи	
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи	
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи	
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи	
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи	
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи	
		Уметь: организовывать работу коллектива		
		Владеть: навыками командной работы		
Тема 1.2. Организация онкологической службы	Компетенция УК-2 ИДУК-2-2. Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта	Знать: аспекты необходимые для решения задач	Тесты, задачи	21, 2
		Уметь: Решать задачи в контексте взаимодействия	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками реализации проектов	Тесты, задачи	

	Компетенция УК-2 ИДУК-2-3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений	Знать: аспекты необходимые для решения задач	Тесты, задачи
		Уметь: решать задачи в контексте взаимодействия	Тесты, задачи
		Владеть: навыками реализации проектов	Тесты, задачи
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-4. Демонстрирует способность к эффективному	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи

	взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества	Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи	
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи	
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи	
	Тема 1.3. Паллиативная помощь	Компетенция УК-2 ИДУК-2-2. Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта	Знать: аспекты необходимые для решения задач	
Уметь: решать задачи в контексте взаимодействия			Тесты, задачи	
Владеть: навыками реализации проектов			Тесты, задачи	
Компетенция УК-2 ИДУК-2-3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений		Знать: аспекты необходимые для решения задач	Тесты, задачи	
		Уметь: решать задачи в контексте взаимодействия	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками реализации проектов	Тесты, задачи	
Компетенция УК-3 ИДУК-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде		Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи	
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи	
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи	

	Компетенция УК-3 ИДУК-3-2. Планирует и организует работу в рамках согласованных целей и задач, умеет добиваться их исполнения	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-3. Проявляет лидерские качества в осуществлении профессиональной деятельности, несет личную ответственность за результаты	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-4. Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества при организации профессионального сотрудничества	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи
	Компетенция УК-3 ИДУК-3-5. Демонстрирует понимание результатов (последствий) личных действий и планирует последовательность шагов для достижения поставленной цели, контролирует их выполнение	Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов	Тесты, задачи
		Уметь: организовывать работу коллектива	Тесты, задачи
		Владеть: навыками командной работы	Тесты, задачи

II. Спецификация фонда оценочных средств

1 уровень – оценка знаний

Для оценивания результатов обучения в виде знаний используются следующие типы контроля:

- **тестирование;**

Критерии оценки:

9-10 (высокий уровень) - 90-100 баллов (из 100)

8 (средний уровень) – 80-90 баллов

7 (пороговый уровень) – 70-80 баллов

6 (очень низкий уровень) - <70 баллов

2 уровень – оценка умений

Для оценивания результатов обучения в виде **умений** используются следующие типы контроля:

- **презентация;**

Например:

- Организация паллиативной помощи в Республике Татарстан

Критерии оценки:

9-10 (высокий уровень)

- Данная информация кратка и ясна, тем не менее отражена полно. Использовано более одного ресурса.

- Отражены области применения темы.

- Ясный план для создания красивой и полной презентации. Эффекты, фоны, графики и звуки, акцентирующие внимание на изложенной информации.

- Слаженная работа в группе. Вся деятельность равномерно распределена между членами команды.

8 (средний уровень)

- Достаточно точная информация. Использовано более одного ресурса

- Отражены области применения темы.

- Точный план для создания хорошо оформленной презентации. Слайды просты в понимании. Использованы некоторые эффекты и фоны.

- Работа над материалом равномерно распределена между большинством участников команды.

7 (Пороговый уровень)

- Информация частично изложена. В работе использован только один ресурс.
- Отражены некоторые области применения темы.
- Частичный план для создания красочной презентации. Слайды просты в понимании.
- Большинство членов команды участвует, но продуктивность деятельности очень разнообразна.

1-6 (Очень низкий уровень)

- Тема предмета не очевидна. Информация не точна или не дана.
- Не определена область применения данной темы.
- Отсутствует план для создания полной и хорошо оформленной презентации.
- Не спланирована работа в группе. Несколько членов группы отвечают за работу всей команды.

3 уровень – оценка навыков

Для оценивания результатов обучения в виде **навыков** используются следующие типы контроля:

- решение ситуационных задач.

Пример ситуационной задачи:

Пациентка Н. 70 лет, умирает в хирургическом отделении от перитонита на 10 день после операции передней резекции прямой кишки, произведенной по поводу острой толстокишечной непроходимости. Родственники подают исковое заявление в судебные органы. Как трактуются действия врачей с юридической точки зрения и каковы последствия?

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Процедура оценивания результатов обучения осуществляется на основе Положения Казанского ГМУ о формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся. Текущему контролю успеваемости (далее – ТКУ) подлежат следующие виды учебной деятельности студентов по дисциплине «Организация помощи онкологическим больным»: посещение и работа на практических занятиях, результаты самостоятельной работы, в том числе, на образовательном портале. ТКУ проводится преподавателем, прикрепленным для реализации образовательной программы в конкретной академической группе или преподавателем, ответственным за виды учебной деятельности обучающихся.

ТКУ по дисциплине «Организация помощи онкологическим больным» проводится в форме оценки выполнения заданий на самостоятельную работу в рабочих тетрадях или на образовательном портале, выполнения контрольных письменных работ, устных опросов,

тестового контроля, а также путем оценки выполнения рефератов, докладов, презентаций. Текущий контроль результатов самостоятельной работы проводится на каждом занятии выборочно для 30-50 % студентов. По окончании каждого раздела тематического плана (модуля) ТКУ проводится для всех студентов группы. На семинарских занятиях преподавателем оценивается любое, особенно успешное действие (например, участие в дискуссии), отметкой фиксируется только решение полноценной задачи. Студент имеет право аргументированно оспорить выставленную оценку. За каждую учебную задачу или группу задач, показывающих овладение отдельным умением – ставится отдельная отметка.

Оценка успеваемости студентов по отдельной теме выражается по 10-балльной шкале, по разделу (модулю) в 100 – балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

Зачет проводится в пределах аудиторных часов, выделенных на освоение учебной дисциплины «Организация помощи онкологическим больным».

Итоговая (рейтинговая) оценка складывается из текущей оценки (максимум 10 баллов), оценки, полученной на зачёте (максимум 100 баллов).

Оценка и критерии оценивания:

0-69 (неудовлетворительно):

Практические занятия:

Непосещение практических занятий либо большое количество пропусков.

Неверный ответ либо отказ от ответа

Отсутствие активности на занятии

Низкий уровень владения материалом.

Самостоятельная работа:

Задания для самостоятельной работы не выполняются, либо в них присутствует множество ошибок, либо высока доля плагиата.

70-79 (удовлетворительно):

Практические занятия:

Посещение большей части практических занятий

Ответ верный, но недостаточный

Слабая активность на занятии

Низкий уровень владения материалом.

Самостоятельная работа:

Задания для самостоятельной работы выполняются, но с ошибками или со средним уровнем заимствований

80-89 (хорошо):

Практические занятия:

Посещение всех практических занятий, пропуски только по уважительной причине

Верный, достаточный ответ.

Средняя активность на занятии

Средний уровень владения материалом.

Самостоятельная работа:

Задания для самостоятельной работы выполняются в основном без ошибок и с малой долей заимствований.

90-100 (отлично):

Практические занятия:

Посещение всех практических занятий, пропуски только по уважительной причине

Регулярные верные ответы, в т.ч. с использованием дополнительной литературы

Высокая активность на занятии

Свободный уровень владения материалом.

Самостоятельная работа:

Задания для самостоятельной работы выполняются без ошибок и заимствований

Занятия по дисциплине «Организация помощи онкологическим больным» являются практическими. По завершении каждого занятия студентам предоставляется домашнее задание с указаниями, предъявляемыми преподавателем. Также, каждое занятие предполагает выполнение студентом самостоятельной работы.

Требования к подготовке презентаций

1. Предварительная постановка проблемы или выбор темы;
2. Выдвижение и обсуждение гипотез решения основной проблемы, исследование которых может способствовать её решению в рамках намеченной тематики;
3. Поиск и сбор материала для решения проблемы и раскрытия темы;
4. Окончательная постановка проблемы или выбор темы;
5. Поиск решения или раскрытие темы на основе анализа и классификации собранного материала;
6. Презентация и защита проектов, предполагающая коллективное обсуждение.
7. Проект должен содержать такие элементы как:
 - оглавление;
 - дату последней ревизии;
 - информацию об авторах;

- список полезных качественных ссылок с подробным их описанием

(Интернет-источники, которыми пользовался автор при создании проекта).

Изучение дисциплины заканчивается зачётом, который проводится в конце первого семестра.

Полнота знаний теоретического контролируемого материала.

«Отлично» (90-100 баллов) – студент демонстрирует отличное знание материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной литературой и современными публикациями; дает логичные, аргументированные ответы на поставленные вопросы.

«Хорошо» (80-90 баллов) – студент демонстрирует хорошее знание основного материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной литературой и современными публикациями; дает ответы на поставленные вопросы.

«Удовлетворительно» (70-80 баллов) – студент обладает базовыми знаниями основного материала по разделу, основанными на ознакомлении с обязательной литературы; не может дать правильный ответ на поставленный вопрос.

III. Фонд оценочных средств

Модуль 1.

Тема 1.1. Общие вопросы онкологии

Компетенции: УК-2, УК-3

Золотым стандартом в диагностике онкологического пациента является:

- 1) рентгеноскопия
- 2) морфологическое исследование опухоли*
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) компьютерное обследование
- 5) позитронно-эмиссионная томография

2. К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относится

- 1) проведение мероприятий по улучшению экологии
- 2) проведение диспансерного наблюдения за онкологическими больными
- 3) своевременное выявление предраковых состояний и заболеваний*
- 4) проведение профилактических осмотров с использованием скрининговых тестов
- 5) санитарно-просветительная работа

3. Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены:

- 1) при клиническом осмотре больного
- 2) при рентгенологическом исследовании
- 3) при использовании эндоскопических методов
- 4) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом *
- 5) при компьютерной томографии

4. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

- 1) поджелудочной железы
- 2) желудка
- 3) щитовидной железы*
- 4) сарком костей

5) предстательной железы

5. Определение гормональных рецепторов важно:

- 1) для типирования гистологической природы опухоли
- 2) для определения уровня гормонов в организме
- 3) для определения целесообразности назначения гормонотерапии*
- 4) для определения целесообразности назначения химиотерапии
- 5) для назначения и выбора объема оперативного вмешательства

6. Радионуклидное исследование в клинической онкологии используется:

- 1) для визуализации первичной опухоли
- 2) для определения распространенности злокачественного процесса
- 3) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
- 4) для оценки ответа на лечение
- 5) все ответы правильные*

7. Первичная диагностика рака на уровне общей лечебной сети предусматривает:

- 1) установление наличия злокачественной опухоли*
- 2) морфологическую верификацию
- 3) оценку стадии заболевания
- 4) оценку распространенности процесса по системе TNM
- 5) разработку методов лечения

8. Для исключения малигнизации язвы желудка оптимальным методом является?

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический с биопсией*
- 3) ультразвуковой
- 4) исследование кала на скрытую кровь
- 5) исследование pH метрии

9. Главной целью симптоматической операции является:

- 1) удаление пораженного опухолью органа
- 2) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
- 3) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти*
- 4) удаление метастазов
- 5) радикальное удаление опухоли

10. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено:

- 1) на обеспечение антибластики
- 2) на обеспечение абластики*
- 3) на максимальное сохранение функции органа
- 4) обеспечение максимального объема удаляемых тканей
- 5) обеспечение паллиативного удаления опухоли

11. Для рака молочной железы не характерны метастазы в

- 1) легкие
- 2) печень
- 3) мозг
- 4) пупок*
- 5) кости

12. Основная цель радикальной лучевой терапии:

- 1) подведение максимально возможной дозы излучения
- 2) снижение биологической активности опухолевых клеток
- 3) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
- 4) достижение полной регрессии опухоли*
- 5) минимизация воздействия на здоровую ткань

13. Термин «симптоматическая терапия» обозначает:

- 1) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии*

- 2) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
- 3) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
- 4) терапию, направленную на радикальное лечение опухоли
- 5) терапию, направленную на воздействие на первичную опухоль

14. Не является предраком желудка

- 1) хронический атрофический гастрит
- 2) язвенная болезнь желудка
- 3) гиперпластические полипы*
- 4) аденоматозные полипы
- 5) пернициозная анемия

15. Химиотерапия относится к:

- 1) системным методам воздействия на опухоль*
- 2) регионарным методам воздействия на опухоль
- 3) локальным методам воздействия на опухоль
- 4) общим методам воздействия на опухоль
- 5) комплексным видам лечения

16. Методы паллиативной терапии включают

- 1) лекарственная терапия
- 2) лучевые методики
- 3) хирургический метод
- 4) сочетание перечисленных методов лечения
- 5) все перечисленное*

17. Скрининг, дающий верификацию диагноза:

- 1) онкоцитология*
- 2) реакция Греггера
- 3) PSA

- 4) маммография
- 5) альфафетопротеин

18. К методу первичной профилактики рака молочной железы относится

- 1) проведение скринингов
- 2) овариэктомия
- 3) обучение самообследованию молочных желез
- 4) пропаганда и введение здорового образа жизни*
- 5) своевременное лечение предраковых заболеваний

19. Химиотерапия, назначаемая после радикального хирургического лечения, называется:

- 1) неадиювантная
- 2) комбинированная
- 3) адиювантная*
- 4) комплексная
- 5) сочетанная

20. Основной целью адиювантной лекарственной терапии является:

- 1) уменьшение размеров опухоли
- 2) ликвидация микрометастазов после излечения первичной опухоли*
- 3) усиление степени повреждения опухоли
- 4) изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения
- 5) определение границ опухоли для дальнейшего радикального лечения

21. Основной целью назначения неадиювантной химиотерапии является

- 1) увеличение сроков системного воздействия на опухолевый процесс
- 2) избежание оперативного вмешательства
- 3) уменьшение опухолевой массы*
- 4) противовоспалительное лечение
- 5) ликвидация микрометастазов и профилактика рецидивов

22. Паллиативный режим химиотерапии назначают с целью

- 1) продления жизни и улучшение ее качества*
- 2) полная эррадикации опухоли
- 3) достижение ремиссии опухолевого процесса
- 4) профилактика рецидивов после основного курса
- 5) профилактика осложнений ЗНО

23. Обязательным условием для начала любого специального противоопухолевого лечения по поводу злокачественных новообразований

- 1) отсутствие признаков отдаленных метастазов
- 2) отсутствие выраженной лейкопении
- 3) морфологическая верификация диагноза*
- 4) отсутствие выраженной анемии
- 5) отсутствие признаков воспаления

24. К системному способу введения химиопрепаратов относят _____ введение
внутрибрюшное

- 1) внутриартериальное
- 2) внутриплевральное
- 3) внутривенное*
- 4) внутриполостное

25. Системной единицей измерения поглощенной дозы является

- 1) Грей*
- 2) Рентген
- 3) Рад
- 4) Джоуль
- 5) БАР

Задача № 1

Больная Б., 58 лет. Менструации с 12 лет. Жалобы на увеличение в размерах правой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: правая молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. Проведены обследования: УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки: мтс в правом лёгком.

Наследственный анамнез: рак молочной железы у матери.

Выставлен диагноз: Рак правой молочной железы. T4N0M1 (отёчно-инфильтративная форма). Мтс в лёгких.

Планируется комплексное лечение: неoadъювантная химиотерапии, лучевая терапия, хирургическое лечение.

1. На основании каких данных был поставлен диагноз Рак правой молочной железы. T4N0M1 (отёчно-инфильтративная форма)?
2. С какой целью планируется применение и последовательность всех трех методов лечения?
3. Каковы основные задачи неoadъювантной химиотерапии?

Ответ:

1. На основании каких данных был поставлен диагноз Рак правой молочной железы. T4N0M1 (отёчно-инфильтративная форма)

Рак правой молочной железы T4N0M1 выставлен на основании жалоб (на увеличение в размерах правой молочной железы, покраснение кож) ,объективного осмотра (правая молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки) ,данным инструментальных методов исследования (УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки: мтс в правом легком), анамнеза(наследственность отягощена-рак молочной железы у матери).T4 так как-отек и лимонная корочка.N0-так как нет данных за поражение л/у, M1-данные за метастазы в правом легком. Отечно-инфильтративная форма на основании объективного осмотра - правая молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки.

2. С какой целью планируется применение и последовательность всех трех методов лечения?

Цель неoadъювантной химиотерапии:

-Увеличение возможности производства операции (уменьшение размеров первичной опухоли)

-снижение стадийности

-определение чувствительности опухоли к препаратам

-снижение пролиферативной активности опухолевых клеток

Цель лучевой терапии

-для увеличения шансов на операции

-снизить локальные рецидивы в 2-3 раза.

- уменьшить размеры опухоли
- предотвращение метастазирования

Цель операции

- Удаление первичной опухоли вместе с молочной железой (мастэктомия) и зон регионарного метастазирования.
- уменьшить риск дальнейшего метастазирования
- снижение опухолевой нагрузки на организм

3.Каковы основные задачи неоадьювантной химиотерапии?

- Увеличение возможности производства операции (уменьшение размеров первичной опухоли)
- снижение стадийности
- определение чувствительности опухоли к препаратам
- снижение пролиферативной активности опухолевых клеток

Задача № 2

Больной Ц. 72 лет. В анамнезе наследственный полипоз. Жалобы на быструю утомляемость, слабость, тошноту, снижение аппетита, тяжесть в животе, урчание, запоры. При объективном осмотре: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстого кишечника сужен просвет за счёт дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счёт эдифитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,0 см в диаметре.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите тактику лечения пациентки.

Ответ

1.Рак нисходящей ободочной кишки сТхNхM1. 4 стадия. Асцит. Канцероматоз брюшины.

Диагноз «Са нисходящей ободочной кишки сТхNхM1. 4 стадия» выставлен на основании:

1. Жалоб: «тяжесть в животе, урчание, запоры»
2. Данных объективного осмотра: «живот вздут, болезненный в левой половине живота»
3. Анамнеза жизни: наследственность «В анамнезе наследственный полипоз»
4. На основании результатов методов инструментальной диагностики: «Ирригоскопия:

в нисходящем отделе толстого кишечника сужен просвет за счёт дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счёт эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации»

5. На основании данных гистологического исследования: «Гистологически: аденокарцинома»

Диагноз «Асцит» выставлен на основании:

1. На основании результатов методов инструментальной диагностики: «УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости»

Диагноз «Канцероматоз брюшины» выставлен на основании:

1. На основании результатов методов инструментальной диагностики: «УЗИ брюшной полости: по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре»

Дополнительные методы обследования:

Развернутые клинический (ОАК с лейкоформулой) и биохимический анализы крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, общий билирубин, глюкоза крови)

Онкомаркеры РЭА, СА 19.9

Лапароскопия (подозрение на диссеминацию опухоли по брюшине)

Тактика лечения:

1 вариант. Так как имеется симптомная первичная опухоль («Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счёт эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации») (угрозе кишечной непроходимости/кровотечения) на первом этапе проводится хирургическое удаление первичной опухоли с лимфодиссекцией – левосторонняя гемиколэктомия. Вторым этапом – адъювантная химиотерапия (FOLFOX, XELOX или FOLFIRI).

2 вариант. Альтернативой немедленному хирургическому лечению является проведение периоперационной системной химиотерапии (FOLFOX, XELOX). После 4-6 циклов выполняется одновременное или последовательное удаление метастазов и первичной опухоли, а после операции продолжается проводимая ранее химиотерапия до суммарной продолжительности 6 месяцев.

Задача № 3

Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования.

Рентгенография лёгких без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин — 60 г/л;

эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$;

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты — $240 \times 10^9/л$;

лейкоциты — $8,2 \times 10^9/\text{л}$ (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30мм/ч.

Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоциты — 0-3 в поле зрения.

ЭГДС без патологии.

УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

Каков предположительный диагноз?

Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?

Как называется данная форма течения указанной патологии?

Каков основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

Рак правой половины толстой кишки.

Колоноскопия.

Токсико-анемическая форма.

Хирургический.

Правосторонняя гемиколэктомия.

Задача № 4

У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5 см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отёком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Вопросы

Правильно ли выбран метод лечения?

Какова дальнейшая тактика?

Ответы:

Выбор тактики и метода лечения должен зависеть от результатов цитологического исследования мазков-отпечатков, которое не было выполнено.

Необходимо проведение цитологического исследования (соскоб с поверхности образования), при необходимости - его биопсия. В случае обнаружения опухолевого роста необходимо хирургическое лечение. В случае его отсутствия - продолжение противовоспалительной терапии.

Тема 1.2. Организация онкологической службы

Компетенции: УК-2, УК-3

1. Задачами онкологического диспансера являются

- 1) организация профилактических осмотров
- 2) анализ статистических данных по заболеваемости и смертности
- 3) профессиональная подготовка врачей
- 4) научно-исследовательская работа
- 5) все ответы верны*

2. Для решения организационных вопросов в онкологии необходимы

- 1) научно-обоснованная система организации специализированной помощи
- 2) материально-техническая база
- 3) своевременное и широкое внедрение в практику достижений медицинской науки
- 4) высококвалифицированные специалисты
- 5) все ответы правильны*

3. Своевременное получение и анализ достоверных сведений о заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований являются неременным условием

- 1) для планирования и оценки эффективности мероприятий, направленных на профилактику и раннее выявление опухолей

- 2) оказания эффективной помощи онкологическим больным
- 3) ни то, ни другое
- 4) и то, и другое*

4. К Iб клинической группе больных относятся

- 1) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
- 2) больные с предопухолевыми заболеваниями*
- 3) лица, излеченные от злокачественных новообразований
- 4) правильного ответа нет
- 5) рак in situ

5. Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают

- 1) профессиональные заболевания
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) злокачественные новообразования*
- 4) сердечно-сосудистые заболевания
- 5) инфекционные болезни

6. Применение стандартизованных показателей в онкологической статистике необходимо для исключения влияния на показатели заболеваемости и смертности таких факторов

- 1) как возрастной составной населения
- 2) как половой состав населения
- 3) и того, и другого*
- 4) ни того, ни другого

7. Эпидемиология злокачественных новообразований изучает

- 1) причины возникновения опухолевых заболеваний
- 2) возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ними
- 3) закономерности массового распространения опухолевых заболеваний
- 4) все ответы верны*
- 5) нет верного ответа

8. Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят

- 1) главный врач поликлиники
- 2) райздравотдел
- 3) бюро медико-социальной экспертизы*
- 4) ни один из перечисленных
- 5) все перечисленные

9. Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме

- 1) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
- 2) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта
- 3) искоренения вредных привычек
- 4) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения
- 5) расширения массовых профосмотров, диспансеризации, скрининга, повышения их качества и эффективности*

10. Основным структурным звеном онкологической службы является

- 1) РОНЦ Российской АМН
- 2) НИИ онкологии
- 3) онкологический диспансер*
- 4) онкологическое отделение
- 5) онкологический кабинет

11. В качестве дальнейшего развития системы диспансеризации принимается все перечисленное, кроме

- 1) дальнейшего совершенствования материально-технической базы здравоохранения
- 2) разукрупнения территориальных участков
- 3) создания целевых программ и внедрения автоматизированных систем
- 4) разработки оптимальных режимов труда, отдыха, питания*
- 5) резкого увеличения количества медицинского персонала

12. Основными звеньями первичной профилактики являются все перечисленные, кроме

- 1) формирования здорового образа жизни у населения
- 2) диспансерного наблюдения за больными*

- 3) отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление спиртных напитков)
- 4) создания здоровых условий жизни
- 5) пропаганда здорового образа жизни

13. Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются

- 1) лечащий врач
- 2) заведующий отделением
- 3) заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности*
- 4) главный врач
- 5) все перечисленные

14. Оптимальная мощность специализированного онкологического отделения стационара составляет

- 1) от 20 до 40 коек
- 2) от 40 до 60 коек*
- 3) от 60 до 90 коек
- 4) от 90 до 120 коек
- 5) от 120 до 150 коек

15. Группа инвалидности не может быть установлена

- 1) больным в возрасте до 16 лет
- 2) военнослужащим
- 3) домохозяйкам
- 4) группа инвалидности устанавливается всем больным*
- 5) правильного ответа нет

16. Архивный срок хранения контрольной карты составляет не менее

- 1) 1 года
- 2) 3 лет
- 3) 5 лет*
- 4) 10 лет
- 5) 15 лет

17. Качество диспансеризации характеризуют:

- 1) охват больных диспансерным наблюдением
 - 2) своевременность взятия на учет
 - 3) снижение числа случаев и дней нетрудоспособности
 - 4) снятие с учета по выздоровлению
 - 5) полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий
-
- 1) если верно 1, 2 и 3
 - 2) если верно 2, 3 и 4
 - 3) если верно 3, 4 и 5
 - 4) если верно 1, 2 и 5
 - 5) если верно 2, 3 и 5*

18. На среднюю продолжительность пребывания больного на койке влияет

- 1) состав больных по характеру заболевания
- 2) квалификация врачей
- 3) методы лечения
- 4) оснащенность больницы
- 5) все перечисленное

19. К качественным показателям деятельности стационара относятся все перечисленные, кроме

- 1) летальности
- 2) среднего койко-дня
- 3) хирургической активности
- 4) процента расхождения клинических и анатомических диагнозов
- 5) количества средств, затраченных на медикаменты*

20. Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является

- 1) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
- 2) протокол заупущенности
- 3) выписка из медицинской карты
- 4) контрольная карта диспансерного наблюдения*
- 5) история болезни

21. «Онкологическая настороженность - это:

- 1) подозрение на наличие рака, тщательное собирание анамнеза исполнение стандартов обследования*
- 2) санитарно-просветительская работа, первичная профилактика рака, формирование групп повышенного риска
- 3) тщательный учет онкологических больных, вторичная профилактика рака
- 4) оснащение кадрами и аппаратурой
- 5) все перечисленное

Задача №1

Ситуация

Во время приема пациента Д., страдающего онкологическим заболеванием в кабинете врача-онколога А. ГБУЗ «Онкологический диспансер № 1», находился представитель фармацевтической компании «УУУ». При выписке рецепта на онкологические препараты пациенту Д. представитель компании предоставил врачу-онкологу А. готовые рецептурные бланки, содержащие наименование лекарственного препарата с информацией рекламного характера и предложил врачу А. в дальнейшем выписывать это лекарство пациентам. Врач-онколог А. охотно согласился и заключил с фармацевтической компанией соглашение о назначении лекарственного препарата своим пациентам и получил от представителя компании подарок. Пациент Д. сообщил об этом в письменном виде главному врачу ГБУЗ «Онкологический диспансер № 1».

1. Врач-онколог А. ГБУЗ «Онкологический диспансер № 1» оказывает пациентам

помощь

- первичную специализированную медико-санитарную*
- первичную врачебную медико- санитарную
- первичную доврачебную медико- санитарную
- специализированную медицинскую

2. Назначение врачом- онкологом А. лекарственных препаратов, отпускаемых бесплатно или со скидкой, должно осуществляться на рецептурном бланке формы №

- 148-1/у-04 (л) *
- 107-1/у
- 148-1/у-88
- 107/у-НП

3. Рецепт, оформленный врачом-онкологом А. на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л), может быть действителен в течение дней

- 30 *
- 45
- 60
- 90

4. Оформление врачом- онкологом А. для пациента Д. рецепта на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л)

- Верно*
- неверно
- не регламентировано законодательством РФ
- сомнительно

5. Принимая на своем рабочем месте представителя фармацевтической компании, врач-онколог А. нарушил статью закона от Федерального

- 74; 21.11.2011г. № 323-03 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*
- 13; 29 ноября 2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- 45; 29.12.2006г. № 255-03 «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»
- 54; 02.05.2006г. № 59-03 «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»

Задача №2

Гражданка Н. 49 лет, обратилась в городскую женскую консультацию, где при осмотре специалиста по выявлению заболеваний молочных желез обнаружено новообразование в левой молочной железе. По результатам диагностических инструментальных и лабораторных исследований, полученных через 5 дней, и консультаций врачей-специалистов, проведенных в течение 3-х дней, пациентка направлена к врачу-онкологу в областной онкологический диспансер с подозрением на онкологическое заболевание. Гражданка Н. смогла через электронную регистратуру записаться на первичный прием к врачу-онкологу только на 10 рабочий день, а в день запланированного посещения гражданке Н. перезвонили, сообщив, что доктор уволился и попросили перенести ее посещение еще на 3 дня позже. Пациентке была проведена консультация врача- онколога-маммолога, проведена пункционная биопсия левой молочной железы, диагноз злокачественного новообразования подтвержден гистологически 14 июня. Решением консилиума была определена тактика

ведения пациентки Н., а именно, рекомендовано оперативное лечение. Однако в связи с наличием очереди на хирургическое лечение злокачественных новообразований молочных желез госпитализация в специализированное отделение была назначена только на 14 июля. Пациентка Н. попросила провести операцию в более ранние сроки, потому что «в такой ситуации дорог каждый день», но в регистратуре ей предложили обратиться в отделение платных медицинских услуг. Гражданка Н. обратилась на прием по личным вопросам к

главному врачу областного онкодиспансера, полагая, что ее права нарушены. Главный врач дал поручение заведующему 1 хирургическим (маммологическим) отделением госпитализировать пациентку в сроки, регламентированные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и назначил в связи с обоснованной жалобой гражданки Н. внеплановую проверку в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

1. Порядки оказания медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология», «онкология» утверждает

- Министерство здравоохранения Российской Федерации*
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- орган управления в сфере здравоохранения субъекта РФ
- Росздравнадзор

2. Рекомендуемые штатные нормативы должности врача- акушера-гинеколога - специалиста по выявлению заболеваний молочных желез предполагают его при наличии более - должностей врачей- специалистов

- 10 *
- 11
- 12
- 13

3. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является

- дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство*
- письменное заявление на имя главного врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплена гражданка Н.
- направление от работодателя, гарантирующее предоставление дня отдыха в день проведения вмешательства
- направление от страховой медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования и в которой застрахована гражданка Н.

4. У пациентки Н. сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований НЕ должны превышать рабочих дней со дня назначения исследований

- 7*
- 10
- 12
- 14

Тема 1.3. Паллиативная медицина

Компетенции: УК-2, УК-3

1. Показания для госпитализации больных в паллиативное отделение:

- 1) выраженный болевой синдром, нарушения двигательных и высших психических функций*
- 2) осложнения после проведённого противоопухолевого лечения
- 3) болевой синдром
- 4) проведение радикального лечения
- 5) терапия после проведённого оперативного лечения

2. Задачи центра паллиативной помощи:

- 1) проведение консультаций и обучение родственников уходу за онкологическими больными со стойкими физическими и/или психическими нарушениями*
- 2) комплексная поддержка онкологических больных, проведение консультаций, оказание духовной поддержки, решение социальных вопросов
- 3) решение социальных вопросов родственников, ухаживающих за больным в домашних условиях
- 4) обучения среднего и младшего медицинского персонала по уходу за инкурабельными онкологическими больными
- 5) излечение онкологического больного

3. Пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи:

- 1) онкологические больные, которым не помогло основное лечение
- 2) пациенты, страдающие алкоголизмом
- 3) пациенты, оставшиеся без средств к существованию
- 4) интенсивный болевой синдром, нарушения двигательных и высших психических функций*
- 5) пациенты на этапе противоопухолевого лечения

4. Анальгетик, используемый при выраженном болевом синдроме у онкологических больных:

- 1) дезоморфин
- 2) героин
- 3) морфин*

- 4) панангин
- 5) парацетамол

5. Структура хосписа?

- 1) выездная (патронажная) служба
- 2) выездная (патронаж) служба и стационар*
- 3) стационар
- 4) дневное посещение стационара
- 5) онкологический диспансер

6. Возбуждение, беспокойное поведение, стоны, гримасы – это свидетельство

- 1) физической боли*
- 2) постепенного угасания сознания
- 3) душевной боли
- 4) признаков депрессии
- 5) нежелание получать лечение

7. С какими основными физическими проблемами сталкиваются больной (инкурабельный) и члены его семьи?

- 1) боль и другие симптомы, раны, питание*
- 2) контроль основного заболевания и сопутствующей патологии
- 3) беспокойство, страхи, злость
- 4) потеря, горечь страдания
- 5) коррекция лечения основного заболевания

8. Основной целью паллиативной медицинской помощи является:

- 1) достижение качества жизни умирающего пациента, максимально приближенного к качеству жизни здорового человека*
- 2) психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников
- 3) удовлетворение духовных потребностей больного и его близких
- 4) решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью

5) философское изучение проблем онкологии

9. Хосписная помощь – это

- 1) вариант эвтаназии
- 2) философское учение
- 3) метод исследования в диетологии
- 4) вариант паллиативной помощи*
- 5) лечение рецидива заболевания

10. Целью паллиативной помощи является облегчение страданий больного

- 1) инкурабельного*
- 2) онкологического
- 3) ВИЧ-инфицированного
- 4) страдающего злокачественными новообразованиями
- 5) с осложнениями от специального лечения

11. «Золотым стандартом» для оценки состояния здоровья является

- 1) описание самим пациентом ощущений и переживаний*
- 2) выбор тактики для облегчения страданий
- 3) проводить сложную диагностику
- 4) необходимо провести оценку его эмоционального статуса
- 5) опрос лечащего врача

12. Рекомендации Всемирной медицинской ассоциации в лечении смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль (1990)

- 1) чтобы они могли жить насколько возможно активно до самой смерти
- 2) чтобы максимально облегчить их страдания и способствовать достойному уходу из жизни*
- 3) чтобы не стремиться ни ускорить, ни отдалить наступление смерти
- 4) чтобы облегчить боль и другие доставляющие беспокойство симптомы
- 5) как при радикальном лечении

13. Основные проблемы, возникающие у неизлечимых пациентов,

- 1) недостаток средств в приобретении лекарственных средств
- 2) недостаточная доступность опиоидов*
- 3) никаких проблем нет
- 4) отсутствие химиопрепаратов
- 5) отсутствие лучевых аппаратов

14. Синоним слова инкурабельный больной:

- 1) неизлечимый больной*
- 2) страдающий больно́й
- 3) умирающий больно́й
- 4) онкологический больно́й
- 5) длительно получающий лечение

15. Паллиативная помощь – это:

- 1) подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания
- 2) предотвращение и облегчение страданий пациента, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов
- 3) оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким
- 4) квалифицированная медицинская помощь терминальным больным, заключающаяся в купировании, а по возможности – в предупреждении болевого и других тягостных синдромов, симптомов, сопровождающих умирание; квалифицированная комплексная противоопухолевая терапия, с привлечением врачей всех специальностей
- 5) все верно*

16. Какой из перечисленных показателей характеризует качество жизни онкологических больных?

- 1) индекс Доу-Джонса
- 2) индекс Карновского*
- 3) индекс Гуськовой
- 4) визуально-аналоговая шкала (ВАШ)
- 5) Баллы по шкале вербальных оценок (ШВО)

17. Выберите наиболее логическую последовательность психологических реакций у инкурабельных онкологических больных.

- 1) шок, стадия агрессии, стадия примирения, стадия депрессии, стадия отрицания.
- 2) стадия возражения, шок, стадия агрессии, стадия депрессии, стадия примирения
- 3) стадия возражения, стадия агрессии, стадия депрессии, стадия примирения, шок
- 4) шок, стадия депрессии, стадия агрессии, стадия отрицания, стадия примирения
- 5) шок, стадия отрицания, стадия агрессии, стадия депрессии, стадия примирения*

18. Выберите правильное определение термина "каузалгия".

- 1) это сильное болевое ощущение, когда неболевые раздражители воспринимаются как болевые.
- 2) смешанное расстройство периферической иннервации в первичных ноцицептивных и постганглионарных симпатических волокнах*
- 3) проекция боли на симметричные участки тела
- 4) локальная или иррадирующая боль, связанная с раздражением периферических болевых рецепторов
- 5) трофические и вазомоторные нарушения в участках боли.

19. В каких случаях оправдано проведение реанимационных мероприятий больным в терминальной стадии онкологического процесса?

- 1) во всех случаях
- 2) реанимационные мероприятия не оправданы ни в коем случае
- 3) для сохранения донорского органа, когда есть перспектива трансплантации
- 4) когда больного можно вернуть к сознательной жизни без страданий*
- 5) когда больного можно вернуть к сознательной жизни, несмотря на страдания

20. В каких единицах определяют интенсивность боли по ВАШ (визуально-аналоговая шкала)?

- 1) бал
- 2) "Альго"
- 3) процент*
- 4) коэффициент Ричардсона (соотношение интенсивности боли до максимального)
- 5) коэффициент Карновского

Задача №1

У больного раком желудка с метастазами в позвоночник возник компрессионный патологический перелом тела Th11.

Какой вид паллиативной терапии целесообразен в данном случае?

Ответ: Паллиативная лучевая терапия в комбинации с бисфосфонатами.

Задача №2

У пациента, больного раком простаты, возник патологический компрессионный перелом тела L4 на почве метастатического поражения. Пациент жалуется на сильную боль в пояснице, особенно при движениях.

0 - боли нет, от 1 до 3 баллов - боль незначительная, от 4 до 6 баллов - боль умеренная, от 7 до 9 баллов - боль выраженная и 10 баллов -боль невыносимая.

Оцените интенсивность боли по ШВО.

Ответ: 8 баллов

Эталоны ответов

Модуль 1

Тема 1.1. Общие вопросы онкологии

Компетенции: УК-2, УК-3

Уровень 1

Тесты.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	4	3	3	5	1	2	3	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4	4	1	3	1	5	1	4	3	2
21	22	23	24	25					
3	1	3	4	1					

Уровень 2

Презентация

Тема: Основные современные методы диагностики онкологических заболеваний

Тема: Современные методы лечения онкологических заболеваний

Уровень 3

Решение ситуационных задач

Задача № 1

Больная Б., 58 лет. Менструации с 12 лет. Жалобы на увеличение в размерах правой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: правая молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. Проведены обследования: УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки: мтс в правом лёгком.

Наследственный анамнез: рак молочной железы у матери.

Выставлен диагноз: Рак правой молочной железы. T4N0M1 (отёчно-инфильтративная форма). Мтс в лёгких.

Планируется комплексное лечение: неoadъювантная химиотерапии, лучевая терапия, хирургическое лечение.

4. На основании каких данных был поставлен диагноз Рак правой молочной железы. T4N0M1 (отёчно-инфильтративная форма)?

5. С какой целью планируется применение и последовательность всех трех методов лечения?
6. Каковы основные задачи неоадьювантной химиотерапии?

Ответ:

2. *На основании каких данных был поставлен диагноз Рак правой молочной железы. T4N0M1 (отёчно-инфильтративная форма)*

Рак правой молочной железы T4N0M1 выставлен на основании жалоб (на увеличение в размерах правой молочной железы, покраснение кож) ,объективного осмотра (правая молочная железа увеличена в объёме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки) ,данным инструментальных методов исследования (УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки: мтс в правом легком), анамнеза(наследственность отягощена-рак молочной железы у матери).T4 так как-отек и лимонная корочка.N0-так как нет данных за поражение л/у, M1-данные за метастазы в правом легком. Отечно-инфильтративная форма на основании объективного осмотра - правая молочная железа увеличена в объёме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки.

2. *С какой целью планируется применение и последовательность всех трех методов лечения?*

Цель неоадьювантной химиотерапии:

- Увеличение возможности производства операции (уменьшение размеров первичной опухоли)
- снижение стадийности
- определение чувствительности опухоли к препаратам
- снижение пролиферативной активности опухолевых клеток

Цель лучевой терапии

- для увеличения шансов на операции
- снизить локальные рецидивы в 2-3 раза.
- уменьшить размеры опухоли
- предотвращение метастазирования

Цель операции

- Удаление первичной опухоли вместе с молочной железой (мастэктомия) и зон регионарного метастазирования.
- уменьшить риск дальнейшего метастазирования
- снижение опухолевой нагрузки на организм

- 3.*Каковы основные задачи неоадьювантной химиотерапии?*

- Увеличение возможности производства операции (уменьшение размеров первичной опухоли)

- снижение стадийности
- определение чувствительности опухоли к препаратам
- снижение пролиферативной активности опухолевых клеток

Задача № 2

Больной Ц. 72 лет. В анамнезе наследственный полипоз. Жалобы на быструю утомляемость, слабость, тошноту, снижение аппетита, тяжесть в животе, урчание, запоры. При объективном осмотре: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстого кишечника сужен просвет за счёт дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счёт эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,0 см в диаметре.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите тактику лечения пациентки.

Ответ

1.Рак нисходящей ободочной кишки сTxNxM1. 4 стадия. Асцит. Канцероматоз брюшины.

Диагноз «Са нисходящей ободочной кишки сTxNxM1. 4 стадия» выставлен на основании:

6. Жалоб: «тяжесть в животе, урчание, запоры»
7. Данных объективного осмотра: «живот вздут, болезненный в левой половине живота»
8. Анамнеза жизни: наследственность «В анамнезе наследственный полипоз»
9. На основании результатов методов инструментальной диагностики: «Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстого кишечника сужен просвет за счёт дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счёт эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации»
10. На основании данных гистологического исследования: «Гистологически: аденокарцинома»

Диагноз «Асцит» выставлен на основании:

2. На основании результатов методов инструментальной диагностики: «УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости»

Диагноз «Канцероматоз брюшины» выставлен на основании:

2. На основании результатов методов инструментальной диагностики: «УЗИ брюшной полости: по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре»

Дополнительные методы обследования:

Развернутые клинический (ОАК с лейкоформулой) и биохимический анализы крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, общий билирубин, глюкоза крови)

Онкомаркеры РЭА, СА 19.9

Лапароскопия (подозрение на диссеминацию опухоли по брюшине)

Тактика лечения:

1 вариант. Так как имеется симптомная первичная опухоль («Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счёт эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации») (угрозе кишечной непроходимости/кровотечения) на первом этапе проводится хирургическое удаление первичной опухоли с лимфодиссекцией – левосторонняя гемиколэктомия. Вторым этапом – адъювантная химиотерапия (FOLFOX, XELOX или FOLFIRI).

2 вариант. Альтернативой немедленному хирургическому лечению является проведение периоперационной системной химиотерапии (FOLFOX, XELOX). После 4-6 циклов выполняется одновременное или последовательное удаление метастазов и первичной опухоли, а после операции продолжается проводимая ранее химиотерапия до суммарной продолжительности 6 месяцев.

Задача № 3

Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования.

Рентгенография лёгких без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин — 60 г/л;

эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$;

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты — $240 \times 10^9/л$;

лейкоциты — $8,2 \times 10^9/л$ (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30мм/ч.

Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоциты — 0-3 в поле зрения.

ЭГДС без патологии.

УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

Каков предположительный диагноз?

Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?

Как называется данная форма течения указанной патологии?

Каков основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

Рак правой половины толстой кишки.

Колоноскопия.

Токсико-анемическая форма.

Хирургический.

Правосторонняя гемиколэктомия.

Задача № 4

У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5 см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отёком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Вопросы

Правильно ли выбран метод лечения?

Какова дальнейшая тактика?

Ответы:

Выбор тактики и метода лечения должен зависеть от результатов цитологического исследования мазков-отпечатков, которое не было выполнено.

Необходимо проведение цитологического исследования (соскоб с поверхности образования), при необходимости - его биопсия. В случае обнаружения опухолевого роста необходимо хирургическое лечение. В случае его отсутствия - продолжение противовоспалительной терапии.

Тема 1.2. Организация онкологической службы

Компетенции: УК-2, УК-3

Тесты

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	5	4	2	3	3	4	3	5	3
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4	2	3	2	4	3	5	5	5	4
21									
1									

Уровень 2

Презентация

Тема: Организация онкологической помощи в РФ

Тема: Организация онкологической помощи в РТ

Уровень 3

Решение ситуационных задач

Задача №1

Ситуация

Во время приема пациента Д., страдающего онкологическим заболеванием в кабинете врача-онколога А. ГБУЗ «Онкологический диспансер № 1», находился представитель фармацевтической компании «УУУ». При выписке рецепта на онкологические препараты пациенту Д. представитель компании предоставил врачу-онкологу А. готовые рецептурные бланки, содержащие наименование лекарственного препарата с информацией рекламного характера и предложил врачу А. в дальнейшем выписывать это лекарство пациентам. Врач-онколог А. охотно согласился и заключил с фармацевтической компанией соглашение о назначении лекарственного препарата своим пациентам и получил от представителя компании подарок. Пациент Д. сообщил об этом в письменном виде главному врачу ГБУЗ «Онкологический диспансер № 1».

1. Врач-онколог А. ГБУЗ «Онкологический диспансер № 1» оказывает пациентам

ПОМОЩЬ

- первичную специализированную медико-санитарную*

- первичную врачебную медико- санитарную
- первичную доврачебную медико- санитарную
- специализированную медицинскую

2. Назначение врачом- онкологом А. лекарственных препаратов, отпускаемых бесплатно или со скидкой, должно осуществляться на рецептурном бланке формы №

- 148-1/у-04 (л) *

- 107-1/у

- 148-1/у-88

- 107/у-НП

3. Рецепт, оформленный врачом-онкологом А. на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л), может быть действителен в течение дней

- 30 *
- 45
- 60
- 90

4. Оформление врачом- онкологом А. для пациента Д. рецепта на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л)

- Верно*
- неверно
- не регламентировано законодательством РФ
- сомнительно

5. Принимая на своем рабочем месте представителя фармацевтической компании, врач-онколог А. нарушил статью закона от Федерального

- 74; 21.11.2011г. № 323-03 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*
- 13; 29 ноября 2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- 45; 29.12.2006г. № 255-03 «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»
- 54; 02.05.2006г. № 59-03 «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»

Задача №2

Гражданка Н. 49 лет, обратилась в городскую женскую консультацию, где при осмотре специалиста по выявлению заболеваний молочных желез обнаружено новообразование в

левой молочной железе. По результатам диагностических инструментальных и лабораторных исследований, полученных через 5 дней, и консультаций врачей-специалистов, проведенных в течение 3-х дней, пациентка направлена к врачу-онкологу в областной онкологический диспансер с подозрением на онкологическое заболевание. Гражданка Н. смогла через электронную регистратуру записаться на первичный прием к врачу-онкологу только на 10 рабочий день, а в день запланированного посещения гражданке Н. перезвонили, сообщив, что доктор уволился и попросили перенести ее посещение еще на 3 дня позже. Пациентке была проведена консультация врача-онколога-маммолога, проведена пункционная биопсия левой молочной железы, диагноз злокачественного новообразования подтвержден гистологически 14 июня. Решением консилиума была определена тактика

ведения пациентки Н., а именно, рекомендовано оперативное лечение. Однако в связи с наличием очереди на хирургическое лечение злокачественных новообразований молочных желез госпитализация в специализированное отделение была назначена только на 14 июля. Пациентка Н. попросила провести операцию в более ранние сроки, потому что «в такой ситуации дорог каждый день», но в регистратуре ей предложили обратиться в отделение платных медицинских услуг. Гражданка Н. обратилась на прием по личным вопросам к главному врачу областного онкодиспансера, полагая, что ее права нарушены. Главный врач дал поручение заведующему 1 хирургическим (маммологическим) отделением госпитализировать пациентку в сроки, регламентированные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и назначил в связи с обоснованной жалобой гражданки Н. внеплановую проверку в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

1. Порядки оказания медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология», «онкология» утверждает

- Министерство здравоохранения Российской Федерации*
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- орган управления в сфере здравоохранения субъекта РФ
- Росздравнадзор

2. Рекомендуемые штатные нормативы должности врача- акушера-гинеколога - специалиста по выявлению заболеваний молочных желез предполагают его при наличии более - должностей врачей- специалистов

- 10 *
- 11
- 12
- 13

3. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является

- дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство*
- письменное заявление на имя главного врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплена гражданка Н.
- направление от работодателя, гарантирующее предоставление дня отдыха в день проведения

вмешательства

- направление от страховой медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования и в которой застрахована гражданка Н.

4. У пациентки Н. сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований НЕ должны превышать рабочих дней со дня назначения исследований

- 7*
- 10
- 12
- 14

Тема 1.3. Паллиативная помощь

Компетенции: УК-2, УК-3

Уровень 1

Тесты

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	4	3	2	1	1	1	4	1
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	2	1	5	2	5	2	4	3

Уровень 2

Презентация

Тема: Организация паллиативной помощи в РФ

Тема: Организация паллиативной помощи в Республике Татарстан

Уровень 3

Решение ситуационных задач

Задача №1

У больного раком желудка с метастазами в позвоночник возник компрессионный патологический перелом тела Th11.

Какой вид паллиативной терапии целесообразен в данном случае?

Ответ: Паллиативная лучевая терапия в комбинации с бисфосфонатами.

Задача №2

У пациента, больного раком простаты, возник патологический компрессионный перелом тела L4 на почве метастатического поражения. Пациент жалуется на сильную боль в пояснице, особенно при движениях.

0 - боли нет, от 1 до 3 баллов - боль незначительная, от 4 до 6 баллов - боль умеренная, от 7 до 9 баллов - боль выраженная и 10 баллов -боль невыносимая.

Оцените интенсивность боли по ШВО.

Ответ: 8 баллов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

«У Т В Е Р Ж Д А Ю»
Заведующая кафедрой
Хасанова Гульшат Рашатовна

Протокол № ____
от «_____» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина:	Общая эпидемиология
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 «Общественное здравоохранение»
Квалификация	магистр
Уровень	магистратура
Форма обучения	очная/очно-заочная
Курс	2
Семестр	4
Лекции (час.)	12/4
Практические занятия (час.)	27/12
Самостоятельная работа (час.)	33/56
Экзамен (час.)	-
Зачет (час.)	4 семестр
Всего (час.)	72
Зачетных единиц трудоемкости (ЗЕТ)	2
Составители ФОС (должность, ФИО)	заведующая кафедрой Хасанова Гульшат Рашатовна; доцент кафедры Аглиуллина Саида Тахировна; доцент кафедры Назарова Ольга Александровна

2022 год

Содержание фонда оценочных средства

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контролируемые разделы/ темы/ модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля/ промежуточной аттестации	Количество
Раздел 1. Основы доказательной медицины				
Парадигма современной эпидемиологии и основы доказательной медицины	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК-11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	14
		уметь	-	
		владеть	-	
Типы эпидемиологических исследований	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК-11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	16
		уметь	-	
		владеть	-	
Поиск доказательной информации	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК-11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	16
		уметь	-	
		владеть	-	
Обсервационные описательные и аналитические эпидемиологические исследования	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК-11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	16
		уметь	решение кейсов	2
		владеть		
Оценка профилактических и лечебных мероприятий на основе принципов доказательной медицины	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК-11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	10
			опрос (вопросы для собеседования)	10
		уметь	-	
		владеть	-	
Систематический анализ и мета-анализ по материалам опубликованных научных работ.	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК-11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	10
			опрос (вопросы для собеседования)	8
		уметь	-	
		владеть	-	
Раздел 2. Эпидемиология инфекционных заболеваний				
Основные принципы профилактики и меры борьбы с инфекциями	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК-11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	16
		уметь	-	
		владеть	-	

Контролируемые разделы/ темы/ модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля/ промежуточной аттестации	Коли- чество
Организация иммунопрофилактики среди детского и взрослого населения	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК- 11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	17
		уметь	-	
		владеть	-	
Учение об эпидемическом процессе. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК- 11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	13
		уметь	решение кейсов	2
		владеть		
Дезинфекция и стерилизация. Дезинсекция. Дератизация	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК- 11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	34
			опрос (вопросы для собеседования)	8
		уметь	-	
		владеть		
Иммунопрофилактика	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК- 11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	27
		уметь	решение кейсов	2
		владеть		
Раздел 3. Эпидемиология актуальных неинфекционных заболеваний				
Эпидемиология и профилактика сердечно- сосудистых заболеваний	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК- 11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	21
		уметь	-	
		владеть	-	
Эпидемиология и профилактика онкологических заболеваний	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК- 11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	22
			опрос (вопросы для собеседования)	8
		уметь	-	
		владеть		
Эпидемиология и профилактика психических заболеваний и поведенческих расстройств	ИДУК-1-2, ИДУК-1-4, ИДПК- 11-1, ИДПК-11-2	знать	тестирование	20
		уметь	решение кейсов	1
		владеть		
Промежуточная аттестация – зачет			тестирование	60

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль осуществляется преподавателем в ходе повседневной учебной работы и проводится в пределах обычных организационных форм занятий.

Текущая аттестация обучающихся проводится преподавателем в следующих формах:

Тестирование – инструмент, с помощью которого педагог оценивает степень достижения магистром требуемых знаний. Составление теста включает в себя создание выверенной системы вопросов, собственно процедуру проведения тестирования и способ измерения полученных результатов. Тест состоит из заданий с выбором одного ответа из 3-4-х предложенных. Тип заданий – закрытый, за правильный ответ – 1 балл, за неправильный или неуказанный ответ – 0 баллов.

Опрос (собеседование) - диалог преподавателя с магистром, цель которого – систематизация и уточнение имеющихся у магистра знаний, проверка его индивидуальных возможностей усвоения материала, полнота знаний теоретического контролируемого материала. Способность к публичной коммуникации (демонстрация навыков публичного выступления и ведения дискуссии на профессиональные темы, владение нормами литературного языка, профессиональной терминологией).

Ситуационные задачи (кейсы) – задания, позволяющие оценивать знание фактического материала, формул расчёта показателей, умение правильно применять знания для решения поставленных задач.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа – это индивидуальная познавательная деятельность магистра как на аудиторных занятиях, так и во внеаудиторное время. Его самостоятельная работа должна быть многогранной и иметь четко выраженную направленность на формирование конкретных компетенций. Цель самостоятельной работы – овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками, опытом творческой, исследовательской деятельности и обеспечение формирования профессиональной компетенции, воспитание потребности в самообразовании, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем. Самостоятельная работа способствует эффективному усвоению, как основного, так и дополнительного учебного материала, и вызвана не только ограничением некоторых тем определенным количеством аудиторных часов, а в большей степени потребностью приучения магистров к самостоятельному поиску и творческому осмыслению полученных знаний. Формы проведения самостоятельной работы магистров разнообразны, это – работа с конспектами, учебными пособиями, сборниками задач с разбором конкретных ситуаций, написание рефератов и т.д.

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Критерии оценки тестирования:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Критерии оценки собеседования:

Оценка «отлично» (90–100 баллов) выставляется обучающемуся, при полном ответе на вопрос, комплексной оценке предложенной ситуации и знании теоретического материала

Оценка «хорошо» (80–89 баллов) выставляется обучающемуся при незначительном затруднении при ответе на теоретический вопрос, при логическом обосновании ответа с дополнительными комментариями педагога.

Оценка «удовлетворительно» (70–79 баллов) выставляется обучающемуся при значительном затруднении в ответе, при неуверенном и неполном ответе с помощью наводящих вопросов педагога.

Оценка «неудовлетворительно» (менее 70 баллов) выставляется обучающемуся, при неверном ответе на вопрос.

Критерии оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, при комплексной оценке предложенной ситуации и знании теоретического материала по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, при уверенном и последовательном применении знаний для решения поставленных задач.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся при незначительном затруднении при ответе на вопросы, при правильном выборе тактики действия, при логическом обосновании ответов с дополнительными комментариями педагога.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, при затруднении с комплексной оценкой ситуации, при неуверенном и неполном ответе с помощью наводящих вопросов педагога.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, при неверной оценке ситуации, при неправильной организации противоэпидемических мероприятий, при отсутствии ответов или при неверных ответах на наводящие вопросы педагога.

4. Промежуточная аттестация – зачтено/ не зачтено

Промежуточная аттестация проводится в форме тестирования: магистр получает "зачтено" (если набрал более 70 баллов на тестировании) или "не зачтено" (если набрал менее 70 баллов на тестировании).

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тема 1.1. Парадигма современной эпидемиологии и основы доказательной медицины

Компетенции:

ИДУК-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДУК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. ОТКРЫЛ ВОДНЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ХОЛЕРЫ

- A. Джон Сноу
- B. Л.В. Громашевский
- C. Сэр Остин Бредфорд Хилл
- D. Карл Поппер

2. СОВМЕСТНО С Р. ДОЛЛОМ УСТАНОВИЛ, ЧТО КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАКА ЛЕГКОГО

- A. Сэр Остин Бредфорд Хилл
- B. Джон Сноу
- C. Л.В. Громашевский
- D. Карл Поппер

3. ПОНЯТИЕ ОБ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ВВЕЛ

- A. Л.В. Громашевский
- B. Джон Сноу
- C. К.И. Скрябин
- D. Карл Поппер

4. ТЕРМИН «ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ» ИДЕНТИЧЕН ТЕРМИНУ:

- A. инцидентность
- B. превалентность
- C. риск
- D. шанс

5. ТЕРМИН «РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ» ИДЕНТИЧЕН ТЕРМИНУ:

- A. превалентность
- B. инцидентность
- C. риск
- D. шанс

6. ЭНДЕМИЯ (ЭНДЕМИЧНОСТЬ) – ЭТО:

- A. заболеваемость инфекционными болезнями, характерными для данной территории, и не связанная с завозными случаями

- В. заболеваемость любыми инфекционными болезнями, характерными для данной территории
- С. заболеваемость любыми зоонозными инфекционными болезнями, характерными для данной территории
- Д. заболеваемость любыми инфекционными болезнями, нехарактерными для данной территории

7. СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ – ЭТО:

- А. низкий, характерный для данной местности уровень заболеваемости
- В. заболеваемость инфекциями, вызываемыми спорообразующими микроорганизмами
- С. заболеваемость, годовой уровень которой не превышает 1 случай на 100 тысяч населения
- Д. заболеваемость, значимо не превышающая среднегодовое значение на данной территории

8. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ – ЭТО:

- А. заболеваемость, превышающая низкий, характерный для данной местности уровень
- В. заболеваемость, годовой уровень которой превышает 1 случай на 100 тысяч населения
- С. заболеваемость, значимо превышающая среднегодовое значение на данной территории
- Д. заболеваемость инфекционными болезнями, нехарактерными для данной территории

9. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА, В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ ПОДХОДОВ, В ЧАСТНОСТИ, ОЗНАЧАЕТ:

- А) ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ПРЕДМЕТА
- Б) ИЗУЧЕНИЕ ПОПУЛЯЦИИ ЧЕЛОВЕКА КАК ОСНОВНОЙ ПРЕДМЕТ
- В) ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВШИХ

- А. а, в
- В. а, б
- С. б, в
- Д. в, г

10. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ИЗУЧАЕТ:

- А. эпидемиология как общемедицинская наука
- В. эпидемиология инфекционных заболеваний
- С. эпидемиология неинфекционных болезней
- Д. эпидемиология болезней недостаточности питания

11. ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ:

- А. возникновение заболеваний среди населения
- В. инфекционные болезни
- С. инфекционная заболеваемость населения
- Д. массовые болезни людей
- Е. эпидемии

12. СОВРЕМЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ - ЭТО НАУКА...

- А. изучающая причины возникновения и распространения заболеваний в человеческом обществе для борьбы, предупреждения и ликвидации этих болезней

- В. об эпидемиях
- С. об инфекционной заболеваемости
- Д. о массовых заболеваниях людей
- Е. о закономерностях эпидемического процесса

13. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ БОЛЕЗНИ

- А. на популяционном уровне
- В. на организменном уровне
- С. на клеточном уровне
- Д. на тканевом уровне

14. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАИБОЛЕЕ ТЕСНО СВЯЗАНА С

- А. гигиеной, микробиологией, паразитологией, иммунологией, инфекционными болезнями
- В. физиологией, статистикой
- С. биологией, геологией, философией
- Д. патанатомией, физиологией, патофизиологией
- Е. анатомией, физиологией, хирургией, зоологией

Тема 1.2. Типы эпидемиологических исследований

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. АНАЛИТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА:

- А. приемы наблюдения и экспериментальные
- В. корреляционные и поперечные
- С. исследования связи и заболеваемости
- Д. описательные и когортные

2. ВИДЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВРЕМЕНИ:

- А. продольные и поперечные
- В. немедленные и с отсроченным получением результата
- С. проспективные и ретроспективные
- Д. одномоментные, длительные

3. В ИССЛЕДОВАНИЯХ ТИПА «СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ» ПОДСЧЁТ ПОКАЗАТЕЛЯ ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА:

- А. не допускается
- В. допускается
- С. допускается лишь в малых группах

D. допускается лишь при большой силе связи

4. В КОГОРТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ СРЕДИ ЛИЦ, НЕ ИМЕВШИХ ИБС, ЗА 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ У 45 ЧЕЛОВЕК НА 1000 РАЗВИЛИСЬ СИМПТОМЫ ИБС. ЭТО ПОКАЗАТЕЛЬ:

- A. кумулятивной инцидентности
- B. мгновенной превалентности
- C. стандартизированной заболеваемости
- D. относительного риска

5. В ОПИСАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ГИПОТЕЗА О ФАКТОРАХ РИСКА

- A. формулируется
- B. не формулируется
- C. проверяется
- D. доказывается

6. В ОТНОШЕНИИ КОГОРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СПРАВЕДЛИВО:

- A. они продольны по структуре
- B. они всегда проспективны
- C. это преимущественно описательные, а не аналитические исследования
- D. в когорту включаются лица одной возрастной группы

7. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МОГУТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- A. когортные, случай-контроль
- B. поперечные, когортные, случай-контроль
- C. корреляционные, когортные
- D. когортные, случай-контроль, описательные

8. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- A. когортные
- B. регрессионные
- C. поперечные
- D. случай-контроль

9. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ РАССЧИТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОПЕРЕЧНО-СРЕЗОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

- A. распространенность
- B. заболеваемость
- C. инцидентность
- D. экономический ущерб

10. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ РАССЧИТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

- A. заболеваемость
- B. распространенность
- C. превалентность
- D. экономический ущерб

11. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СИЛЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИЗУЧАЕМОГО ФАКТОРА В ИССЛЕДОВАНИИ СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ:

- A. отношение шансов
- B. относительный риск
- C. коэффициент корреляции
- D. кумулятивная заболеваемость

12. НА КАКОМ ЭТАПЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМУЛИРУЕТСЯ РАБОЧАЯ ГИПОТЕЗА?

- A. до начала исследования
- B. в зависимости от вида исследования
- C. после получения результатов
- D. в процессе проведения исследования

13. ПРЕИМУЩЕСТВА ПОПЕРЕЧНО-СРЕЗОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

- A. простота, быстрота, дешевизна
- B. возможность использования результатов для прогнозирования
- C. возможность оценки причинно-следственной связи
- D. небольшое количество участников, быстрота обработки результата

14. В ЧЕМ ПРЕИМУЩЕСТВО ИССЛЕДОВАНИЙ ТИПА «СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ»?

- A. они требуют меньше времени и ресурсов в сравнении с когортными исследованиями
- B. они позволяют оценить частоту исхода в группах, подвергшихся и не подвергшихся воздействию исследуемого фактора
- C. они меньше подвержены систематическим ошибкам
- D. они позволяют получить более достоверный результат

15. В ЧЕМ ГЛАВНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО РКИ?

- A. минимизация влияния факторов-конфаундеров
- B. легкость выполнения
- C. дешевизна
- D. возможность полноценной статистической обработки результатов

16. ЧЕМ ОТЛИЧАЮТСЯ АНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТ ОПИСАТЕЛЬНЫХ?

- A. ставят целью выявление причинно-следственной связи между явлениями
- B. нацелены на оценку и анализ показателей заболеваемости
- C. не предполагают наличие контрольной группы.
- D. проводятся одномоментно

Тема 1.3. Поиск доказательной информации

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. ДЛЯ МАКСИМАЛЬНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОИСКА ТЕРМИНЫ СЛЕДУЕТ КОМБИНИРОВАТЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПЕРАТОРА БУЛЕВОЙ ЛОГИКИ:
A. OR
B. AND
C. NOT
2. ДЛЯ ОТВЕТА НА ВОПРОС, КАСАЮЩИЙСЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОИСК В ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКАХ ОПИСАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПО ТИПУ:
A. случай-контроль и когортных исследований
B. только когортных исследований
C. рандомизированных контролируемых испытаний
D. поперечных (срезовых) исследований
3. ДЛЯ ОТВЕТА НА ВОПРОС, КАСАЮЩИЙСЯ ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОИСК В ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКАХ ОПИСАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПО ТИПУ:
A. сравнения с «золотым стандартом»
B. случай-контроль
C. когортных исследований
D. рандомизированных контролируемых испытаний
4. ДЛЯ ОТВЕТА НА ВОПРОС, КАСАЮЩИЙСЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА), ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОИСК В ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКАХ ОПИСАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ ПО ТИПУ:
A. рандомизированных контролируемых испытаний
B. только когортных исследований
C. случай-контроль и когортных исследований
D. поперечных исследований
5. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ (НЕФИЛЬТРОВАННОЙ) ИНФОРМАЦИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ САЙТЫ:
A. PubMed (www.pubmed.gov)
B. Clinical Key (<https://www.clinicalkey.com>)
C. Scopus (<https://www.scopus.com>)
D. Turning Research into Practice (www.tripdatabase.com)
6. ИНФОРМАЦИЯ, ОСНОВАННАЯ НА МНЕНИИ ЭКСПЕРТОВ, РЕЗУЛЬТАТАХ ИЗУЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ИЛИ ИХ СЕРИЙ, ИМЕЕТ:
A. неопределенную достоверность (уровень D)
B. высокую достоверность (уровень A)
C. умеренную достоверность (уровень B)
D. ограниченную достоверность (уровень C)
7. ИНФОРМАЦИЯ, ОСНОВАННАЯ НА РЕЗУЛЬТАТАХ НЕСКОЛЬКИХ НЕЗАВИСИМЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ, ОБОБЩЕННЫХ В СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРАХ, ИМЕЕТ:
A. высокую достоверность (уровень A)

- В. умеренную достоверность (уровень В)
 - С. ограниченную достоверность (уровень С)
 - Д. неопределенную достоверность (уровень D)
8. ИНФОРМАЦИЯ, ОСНОВАННАЯ НА РЕЗУЛЬТАТАХ ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕЗАВИСИМЫХ, БЛИЗКИХ ПО ЦЕЛЯМ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ, ИМЕЕТ:
- А. умеренную достоверность (уровень В)
 - В. высокую достоверность (уровень А)
 - С. ограниченную достоверность (уровень С)
 - Д. неопределенную достоверность (уровень D)
9. ИНФОРМАЦИЯ, ОСНОВАННАЯ НА РЕЗУЛЬТАТАХ ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ ОДНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ, НЕ УДОВЛЕТВОРЯЮЩЕГО КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА, НАПРИМЕР, БЕЗ РАНДОМИЗАЦИИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ПЛАЦЕБО, ИМЕЕТ:
- А. ограниченную достоверность (уровень С)
 - В. высокую достоверность (уровень А)
 - С. умеренную достоверность (уровень В)
 - Д. неопределенную достоверность (уровень D)
10. КАКАЯ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ БАЗ ДАННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОЛЛЕКЦИЮ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ?
- А. Кокрановская библиотека
 - В. CINAHl
 - С. PubMed
 - Д. SCOPUS
11. К БАЗЕ ДАННЫХ ВТОРИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОТНОСИТСЯ:
- А. Кокрановская библиотека
 - В. MEDLINE
 - С. EMBASE
 - Д. Elibrary
12. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ СОДЕРЖИТСЯ В:
- А. систематических обзорах
 - В. журналах первичной информации
 - С. научно-популярных журналах
 - Д. библиографических базах данных
13. В СФОРМУЛИРОВАННОМ ПО ФОРМУЛЕ PICO ВОПРОСЕ «ЭФФЕКТИВНЫ ЛИ ИНГИБИТОРЫ АПФ В СРАВНЕНИИ С БЕТА-БЛОКАТОРАМИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КОНТРОЛЕ ВЫСОКОГО КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ И МИНИМИЗАЦИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ?» КОМПОНЕНТОМ ВОПРОСА I ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. ACE inhibitors (ингибиторы АПФ)
 - В. elderly (пожилые люди)
 - С. beta blockers (бета-блокаторы)
 - Д. blood pressure control; fewer adverse effects (контроль артериального давления; меньше побочных эффектов)

14. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОИСКА БИМЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ В БАЗАХ ДАННЫХ ВТОРЫМ ЭТАПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. определение условий поиска
 - B. фокусировка на определенной теме
 - C. введение условий поиска
 - D. уточнение и ограничение поиска
15. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОИСКА В БАЗАХ ДАННЫХ ПОЗВОЛИТ ПОЛУЧИТЬ БОЛЬШЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТОР БУЛЕВОЙ ЛОГИКИ
- A. OR
 - B. AND
 - C. NOT
 - D. AND NOT
16. ВЫБЕРИТЕ ВОПРОС, ОТВЕЧАЮЩИЙ КРИТЕРИЯМ PICO:
- A. Улучшают ли антикоагулянты показатели выживаемости у пациентов после острого ишемического инсульта по сравнению с отсутствием антикоагулянтной терапии?
 - B. Снижают ли антикоагулянты летальность при остром ишемическом инсульте?
 - C. Полезны ли антикоагулянты для пациентов, перенесших инсульт?
 - D. Какие показания для назначения антикоагулянтной терапии при остром ишемическом инсульте?

Тема 1.4. Обсервационные описательные и аналитические эпидемиологические исследования

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. АНАЛИЗИРУЯ ДАННЫЕ О 1000 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ НАШЕЛ, ЧТО 600 ИЗ НИХ ИМЕЮТ ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА И СДЕЛАЛ ВЫВОД О СВЯЗИ ДИАБЕТА И ОЖИРЕНИЯ. ЕСЛИ ОН ОШИБСЯ, В ЧЕМ ПРИЧИНА ОШИБКИ?
- A. нет группы сравнения
 - B. нет отслеживания пациентов в динамике
 - C. не сделана поправка на возраст
 - D. не определен знаменатель
2. АНАЛИТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА\:
- A. Приемы наблюдения и экспериментальные
 - B. Корреляционные и поперечные
 - C. Исследования связи и заболеваемости

D. Описательные и когортные

3. ВЕЛИЧИНА 95% ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ИНТЕРВАЛА ПОКАЗАТЕЛЯ ОТНОШЕНИЯ ШАНСОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, ЕСЛИ\:

- A. 95% ДИ не включает «1»
- B. минимальное значение 95% ДИ находится в диапазоне от «0» до «1»
- C. максимальное значение 95% ДИ превышает «1»
- D. 95% ДИ включает «1»

4. ВИДЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВРЕМЕНИ\:

- A. Продольные и поперечные
- B. Немедленные и с отсроченным получением результата
- C. Проспективные и ретроспективные
- D. Одномоментные, длительные

5. В ИССЛЕДОВАНИЯХ ТИПА «СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ» ПОДСЧЁТ ПОКАЗАТЕЛЯ ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА\:

- A. не допускается
- B. допускается
- C. допускается лишь в малых группах
- D. допускается лишь при большой силе связи

6. В КОГОРТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ СРЕДИ ЛИЦ, НЕ ИМЕВШИХ ИБС, ЗА 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ У 45 ЧЕЛОВЕК НА 1000 РАЗВИЛИСЬ СИМПТОМЫ ИБС. ЭТО ПОКАЗАТЕЛЬ\:

- A. кумулятивной инцидентности
- B. мгновенной превалентности
- C. стандартизованной заболеваемости
- D. относительного риска

7. КАКОЕ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ АНАЛИТИЧЕСКИМ КОГОРТНЫМ

- A. Проводилось изучение здоровья ветеранов войны во Вьетнаме. Объектами исследования были несколько тысяч солдат, служивших во Вьетнаме в 1960-1971 гг и несколько тысяч солдат, размещавшихся в Европе в 1960-1971 гг. В середине 80- годов исследователи определили и сравнили показатели смертности и распространенности заболеваний в обеих группах.
- B. Объектами исследования были 59 больных, находящихся в последней стадии рака. Всех подвергли воздействию нового вида лечения. В течение 2 лет ежемесячно проводили учет количества выживших пациентов.
- C. Объектами исследования были больные трихинеллезом, подтвержденным лабораторно, и подобранные из числа их знакомых здоровые лица. Всех участников опросили о потреблении ими свинины и других мясных продуктов.
- D. Объектами исследования были дети, являвшиеся клиентами одной из больниц. В возрасте 18 месяцев каждому ребенку была сделана прививка одной из двух видов вакцин против *Haemophilus influenzae*. Родителей попросили записать возможные поствакцинальные осложнения на карточке и отправить ее обратно через две недели.

8. ВЫБОР СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОПИСАТЕЛЬНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- A. характером распределения заболеваемости
- B. личным предпочтением исследователя

- С. случайным выбором
- Д. по совету коллег
- Е. частотой их использования

9. КАКОЕ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ АНАЛИТИЧЕСКИМ "СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ"

- А. Объектами исследования были больные трихинеллезом, подтвержденным лабораторно, и подобранные из числа их знакомых здоровые лица. Всех участников опросили о потреблении ими свинины и других мясных продуктов.
- В. Объектами исследования были 59 больных, находящихся в последней стадии рака. Всех подвергли воздействию нового вида лечения. В течение 2 лет ежемесячно проводили учет количества выживших пациентов.
- С. Проводилось изучение здоровья ветеранов войны во Вьетнаме. Объектами исследования были несколько тысяч солдат, служивших во Вьетнаме в 1960-1971 гг и несколько тысяч солдат, размещавшихся в Европе в 1960-1971 гг. В середине 80- годов исследователи определили и сравнили показатели смертности и распространенности заболеваний в обеих группах.
- Д. Объектами исследования были дети, являвшиеся клиентами одной из больниц. В возрасте 18 месяцев каждому ребенку была сделана прививка одной из двух видов вакцин против *Haemophilus influenzae*. Родителей попросили записать возможные поствакцинальные осложнения на карточке и отправить ее обратно через две недели.

10. ДАЙТЕ ИНТЕРПРЕТАЦИЮ РЕЗУЛЬТАТАМ КОГОРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ВЛИЯНИЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА А В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ НА ЧАСТОТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА: №1: RR= 3.5 (95% ДИ 2,1-5,6); №2: RR= 0.5 (95% ДИ 0,1-0,8); №3: RR= 0.5 (95% ДИ 0,3-1,2).

- А. использование препарата А статистически значимо повышало риск инфаркта миокарда в первом исследовании, снижало во втором; в третьем исследовании причинно-следственная связь не установлена;
- В. использование препарата А статистически значимо повышало риск инфаркта миокарда в первом исследовании и снижало во втором и третьем исследованиях;
- С. использование препарата А статистически значимо снижало риск инфаркта миокарда в первом исследовании и повышало во втором и третьем;
- Д. ни в одном случае не установлено причинно-следственной связи между использованием препарата А и риском инфаркта миокарда.

11. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МОГУТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- А. когортные, случай-контроль
- В. поперечные, когортные, случай-контроль
- С. корреляционные, когортные
- Д. когортные, случай-контроль, описательные

12. ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ:

- А. 2-4 контроля на 1 случай
- В. чем больше контролей на один случай, тем надежнее результаты
- С. 1-2 контроля на 1 случай
- Д. 1 контроль на 2-4 случая
- Е. соотношение случаев и контролей не имеет значения

13. ПРОВЕДЕНО ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАКА ГРУДИ. ОБСЛЕДОВАНО 3400 ЖЕНЩИН С РАКОМ ГРУДИ И 4000 ЖЕНЩИН, У КОТОРЫХ РАК ГРУДИ БЫЛ ИСКЛЮЧЕН. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ВЫЯСНИЛОСЬ, ЧТО ИЗ 3400 ЖЕНЩИН С РАКОМ ГРУДИ БЫЛИ ЭКСПОНИРОВАНЫ К ПЕСТИЦИДАМ 900 ЧЕЛОВЕК, НЕЭКСПОНИРОВАНЫ 2500. ИЗ 4000 ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН – ЭКСПОНИРОВАНЫ 600, НЕЭКСПОНИРОВАНЫ 3400 ЧЕЛОВЕК. КАКОЙ ТИП ИССЛЕДОВАНИЯ ИМЕЕТ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ? КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОБХОДИМО РАССЧИТАТЬ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ЭФФЕКТА ВОЗДЕЙСТВИЯ?

- А. исследование «случай контроль», показатель «отношения шансов»;
- В. когортное исследование, показатель «относительного риска»;
- С. исследование «случай контроль», показатель «относительного риска»;
- Д. исследование «случай контроль», показатель «абсолютного риска»;
- Е. поперечное исследование, показатель «отношение превалентностей».

14. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОКАЗАТЕЛИ

- А. интенсивные
- В. экстенсивные
- С. наглядности
- Д. относительного риска

15. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМА ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

- А. когортного
- В. случай-контроль
- С. наблюдационного
- Д. поперечного

16. ИЗМЕРИТЬ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ НОВОГО СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ В КОНКРЕТНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

- А. интенсивные
- В. экстенсивные
- С. наглядности
- Д. отношения

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

Слежение за заболеваемостью дизентерией в населенном пункте выявило превышение контрольного уровня заболеваемости в июне месяце. Для выявления причины эпидемического подъема у заболевших и здоровых был собран эпидемиологический анамнез. При этом было получено следующее распределение факторов риска среди больных и здоровых:

Номер	ФИО	Дизентерия	Неуд. жил. - быт. условия	Отсут. централ. водоснабжения	Питье сырой воды	Работа на предп. общ.пит	Питание только в дом. усл.	Питание в столовой
1	Иванов	1	1	1	1	0	0	1
2	Петров	1	0	0	1	0	0	1
3	Сидоров	1	0	0	0	1	0	1
4	Иванова	1	1	1	0	0	0	1
5	Петрова	1	0	0	0	0	0	0
6	Сидорова	1	0	0	0	1	0	1
7	Абдуллин	1	0	0	1	0	0	1
8	Костиков	1	1	0	1	0	0	0
9	Наумов	1	1	1	0	0	0	1
10	Зайцева	1	0	0	0	1	1	1
11	Ивушкин	0	0	0	0	0	0	0
12	Носова	0	1	1	0	0	1	0
13	Габидуллина	0	0	0	1	0	0	0
14	Наумова	0	1	0	0	1	0	1
15	Жукова	0	0	0	1	0	0	0
16	Пономарева	0	1	0	1	0	0	0
17	Жданов	0	0	1	0	1	1	1
18	Ивашкин	0	0	0	1	0	1	0
19	Андреев	0	0	0	0	0	1	0
20	Алексеев	0	1	0	0	0	0	1

Задание:

- 1) Загрузите базу участников исследования в StatTech.
- 2) Определите тип переменных («категориальная») и присвойте имена значениям переменных.
- 3) Рассчитайте показатели отношения шансов и их 95% доверительные интервалы для каждого фактора риска.
- 4) Сделайте выводы.

Примечание: Для выполнения задачи необходимы: персональный компьютер с выходом в Интернет, программа электронных таблиц, наличие аккаунта в StatTech (необходима предварительная регистрация на сайте).

Задача 2.

В 1989 г. среди новорожденных детей в двух районах Алтайского края, расположенных на расстоянии 500 км один от другого, отмечены случаи заболеваний желтухой неясного генеза среди новорожденных. В 1990 г. рост заболеваемости среди новорожденных ЖНГ был отмечен уже в четырех районах с превышением показателя заболеваемости в 9 раз в сравнении с территорией края и в 28 раз в сравнении с территориями, где ЖНГ регистрировали в единичных случаях. По мнению специалистов, желтуха у новорожденных была неинфекционной патологией и отличалась от гемолитической желтухи. Желтуха появлялась на 2-3 сутки жизни новорожденного и продолжалась у 84% лиц от 30 дней до двух месяцев.

По заключению педиатров ЖНГ соответствует желтухе с недостаточностью глюкуронил-трансферазы, называемой патологической конъюгационной желтухой новорожденных (ПКЖН). В качестве причин патологии рассматривали различные факторы (радиация, применение ядохимикатов в сельском хозяйстве, качество воды и продуктов питания, действие тяжелых металлов и др.). При проведении эпидемиологического расследования было установлено, что в 1989-92 гг. основные продукты питания (крупы, мука, растительные и животные жиры) люди получали в магазинах по талонам. При обследовании магазинов и складов обнаружено в них наличие недоброкачественного пшена (зеленый цвет крупы).

Ядохимикаты на территории районов не применялись в течение последних двух лет.

Токсикологический анализ свидетельствовал, что в этих районах 60% продуктов (мука, крупы) содержали примеси, и при употреблении этих круп у лабораторных белых крыс при беременности возникала патология у эмбрионов. Было установлено систематическое

загрязнение почвы, воды, некоторых овощей, круп, муки тяжелыми металлами и другими токсическими элементами (свинец, хром, кадмий, никель, мышьяк, молибден).

Микроэлементный состав волос беременных женщин в пораженных районах свидетельствовал о значительной нагрузке на их организм тяжелых металлов.

Из эпиданамнеза: обследовано 345 матерей, у которых родились дети с ПКЖН и 710 женщин, у которых родились здоровые дети.

Из 345 женщин, родивших детей с ПКЖН, 122 постоянно в период беременности употребляли гречневую крупу, а 154 женщины - пшено. Из 710 женщин, родивших здоровых детей, 110 в течение беременности употребляли гречневую крупу, а 220 чел. - пшено.

Вопросы:

1. Какой тип эпидемиологического исследования подошел бы в данной ситуации для оценки наличия причинно-следственной связи?
2. Выскажите гипотезу о причине роста случаев заболеваний конъюгационной желтухой новорожденных
3. Разработайте дизайн аналитического исследования «случай-контроль» для установления связи заболеваний новорожденных с употреблением в пищу беременными крупяных блюд
4. Определите группы риска, подверженные формированию внутриутробной патологии у новорожденных детей
5. Для доказательства сформулированной Вами гипотезы о причинно-следственной связи патологии новорожденных, какие аналитические исследования, кроме ретроспективных, позволят проверить выдвинутую гипотезу

Тема 1.5. Оценка профилактических и лечебных мероприятий на основе принципов доказательной медицины

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. РАНДОМИЗИРОВАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ
 - A. для оценки эффективности лекарственных средств и иммунобиологических препаратов
 - B. для оценки безопасности лекарственных средств и иммунобиологических препаратов
 - C. для оценки организации работы лечебно-профилактических учреждений
 - D. для оценки валидности диагностических и скрининговых тестов
2. КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ОРГАНИЗУЮТ НА ОСНОВАНИИ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА
 - A. GMP

- B. FDA
- C. GCP
- D. FBI

3. КАКОЕ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ

- A. Объектами исследования были 59 больных, находящихся в последней стадии рака. Всех подвергли воздействию нового вида лечения. В течение 2 лет ежемесячно проводили учет количества выживших пациентов.
- B. Проводилось изучение здоровья ветеранов войны во Вьетнаме. Объектами исследования были несколько тысяч солдат, служивших во Вьетнаме в 1960-1971 гг и несколько тысяч солдат, размещавшихся в Европе в 1960-1971 гг. В середине 80- годов исследователи определили и сравнили показатели смертности и распространенности заболеваний в обеих группах.
- C. Объектами исследования были больные трихинеллезом, подтвержденным лабораторно, и подобранные из числа их знакомых здоровые лица. Всех участников опросили о потреблении ими свинины и других мясных продуктов.
- D. Объектами исследования были дети, являвшиеся клиентами одной из больниц. В возрасте 18 месяцев каждому ребенку была сделана прививка одной из двух видов вакцин против *Haemophilus influenzae*. Родителей попросили записать возможные поствакцинальные осложнения на карточке и отправить ее обратно через две недели.

4. КАКАЯ ФАЗА КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНО РАНДОМИЗИРОВАННОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ?

- A. III фазы
- B. I фазы
- C. II фазы
- D. IV фазы

5. ЦЕЛЬ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА (ЛС)

- A. доказать, что ЛС не обладает канцерогенным, мутагенным, тератогенным действием
- B. выявление отличий нового лекарственного препарата от других препаратов в данной фармгруппе
- C. сравнение эффективности ЛС по отношению к аналогам
- D. оценка эффективности ЛС

6. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ РАЗРЕШАЮТ К ПРИМЕНЕНИЮ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ

- A. III фазы
- B. I фазы
- C. II фазы
- D. IV фазы

7. ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ - ЭТО

- A. когда пациент не знает свою принадлежность к основной или контрольной группе
- B. определение полей зрения испытуемого
- C. когда врач не знает принадлежность пациента к основной или контрольной группе
- D. врач не знает диагноз пациента

8. НА КАКОМ ЭТАПЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМУЛИРУЕТСЯ РАБОЧАЯ ГИПОТЕЗА?

- A. До начала исследования
- B. В зависимости от вида исследования

- C. После получения результатов
- D. В процессе проведения исследования

9. В ЧЕМ ГЛАВНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО РКИ?

- A. Минимизация влияния факторов-конфаундеров
- B. Легкость выполнения
- C. Дешевизна
- D. Возможность полноценной статистической обработки результатов

10. ЦЕЛЮ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. Оценка эффективности и безопасности препарата у пациентов с определенным заболеванием
- B. Выбор наиболее эффективной дозы препарата
- C. Выявление частоты необычных побочных эффектов
- D. Подбор лучшего по переносимости и эффективности режима приема препаратов

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Отличие экспериментальных исследований от наблюдательных.
2. Формы экспериментальных исследований.
3. Дайте определение РКИ.
4. Что такое рандомизация?
5. Способы проведения рандомизации.
6. Требования, предъявляемые к контролируемому экспериментальному исследованию
7. Охарактеризуйте 1 фазу клинических испытаний лекарственных средств
8. Охарактеризуйте 2 фазу клинических испытаний лекарственных средств
9. Охарактеризуйте 3 фазу клинических испытаний лекарственных средств
10. Охарактеризуйте 4 фазу клинических испытаний лекарственных средств

Тема 1.6. Систематический анализ и мета-анализ по материалам опубликованных научных работ.

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА (ОТ 1 ДО 6)
 - A. Определение основной цели обзора ____
 - B. Определение способов оценки результатов ____
 - C. Систематический информационный поиск ____
 - D. Суммирование количественной информации ____

- Е. Суммирование доказательств с использованием подходящих статистических методов ____
- Ф. Интерпретация результатов ____

2. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ МЕТА-АНАЛИЗА (ОТ 1 ДО 5)

- А. Поиск исследований, содержащих данные по интересующей проблеме ____
- В. Определение критериев отбора для включения или исключения исследований из рассмотрения ____
- С. Абстрагирование данных от конкретных исследований ____
- Д. Совместный анализ абстрагированных данных ____
- Е. Определение размера эффектов для проверки гомогенности ____

3. В СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ ВКЛЮЧАЮТ ИСТОЧНИКИ:

- А. только первичной информации
- В. только вторичной информации
- С. первичной и вторичной информации
- Д. содержащие экспертные оценки по изучаемому вопросу

4. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР:

- А. может быть подвержен ошибке публикационного смещения
- В. является особой формой метаанализа
- С. является формализованным и строгим процессом реферирования для подачи статьи в научные журналы
- Д. содержит результаты менее надежные, чем в отдельном исследовании, из-за различий формирования выборок в исследованиях, включенных в обзор

5. К ДОСТОИНСТВАМ МЕТА АНАЛИЗА ОТНОСЯТСЯ:

- А. более четкая картина благодаря систематическому обобщению результатов КИ
- В. высокая точность постановки диагноза участникам исследования
- С. однотипность заболеваний у участников исследований
- Д. высокая квалификация исследователей

6. МЕТА АНАЛИЗ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ

- А. обобщения и проведения статистического анализа результатов нескольких КИ, выполненных в одинаковых условиях
- В. проведения сравнительного анализа различных КИ
- С. оценки достоверности данных различных КИ

7. МЕТААНАЛИЗ - ЭТО:

- А. количественный анализ объединенных результатов нескольких исследований, посвященных одной и той же проблеме
- В. совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих переменных на какой-либо один фактор
- С. совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих фактор на одну переменную
- Д. этап обработки полученных результатов рандомизированного клинического испытания

8. ПОД ТЕРМИНОМ «КОКРАНОВСКАЯ БИБЛИОТЕКА» ПОНИМАЕТСЯ:

- А. электронная база данных международного Кокрановского сотрудничества, в задачи которого входит распространение систематических обзоров, посвященных оценке эффективности и безопасности различных медицинских вмешательств

- В. хранилище периодических медицинских изданий для поиска ответов на вопросы, связанные с лечением и обследованием больных
 - С. архив научных статей, диссертаций, рефератов, посвященных изучению различных медицинских вмешательств
 - Д. электронная база данных, содержащая любую информацию о лекарственных средствах, методах лечения и диагностики различных заболеваний
9. ПУБЛИКАЦИОННОЕ СМЕЩЕНИЕ ОЦЕНОК В МЕТА-АНАЛИЗЕ ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА
- А. пристрастности к публикации положительных результатов в противовес отрицательным
 - В. незаконченности информационного поиска
 - С. неудачных критериев включения/исключения источников
 - Д. неточностей изложения в оригинальных сообщениях
10. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ОШИБКА – ЭТО НЕСЛУЧАЙНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КИ ОТ ИСТИННЫХ ЗНАЧЕНИЙ, СВЯЗАННАЯ С:
- А. ошибками в организации исследований
 - В. несоблюдением критериев включения и исключения
 - С. дефектами протокола

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Определение систематических обзоров
2. Выводы на основе проведенного систематического обзора.
3. Основные характеристики систематических обзоров.
4. В чем заключаются преимущества систематических обзоров и синтетического подхода к анализу результатов исследований?
5. Отличия систематических обзоров от обзоров литературы.
6. Возможности и ограничения систематических обзоров.
7. Дайте определение метаанализу
8. Преимущества и сложности проведения мета-анализа.

Тема 2.1. Основные принципы профилактики и меры борьбы с инфекциями

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА – ЭТО СОЗДАНИЕ ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
 - А. живых, инактивированных, субъединичных вакцин, анатоксинов и иммуноглобулинов

- В. живых и неживых вакцин
- С. анатоксинов
- Д. инаktivированных и химических вакцин

2. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ И СЫВОРОТКИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ:

- А. экстренной профилактики инфекционных болезней
- В. иммунизации в плановом порядке
- С. иммунизации всего населения
- Д. иммунизации детей до 3 лет

3. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЛИКВИДИРОВАННОЕ ГЛОБАЛЬНО С ПОМОЩЬЮ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ

- А. натуральная оспа
- В. полиомиелит
- С. корь
- Д. коклюш

4. КОЛЛЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ СЧИТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ОХВАТЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ НЕ НИЖЕ (%)

- А. 95
- В. 55
- С. 70
- Д. 85

5. ПОД ДЕРАТИЗАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЙ ПОДБОР МЕТОДОВ И СРЕДСТВ

- А. в целях управления популяциями грызунов и технология их уничтожения
- В. по уничтожению в окружающей среде всех видов микроорганизмов
- С. по уничтожению в окружающей среде патогенных и условно-патогенных микроорганизмов
- Д. в целях управления популяциями членистоногих и технология их уничтожения

6. К БИОЛОГИЧЕСКОМУ МЕТОДУ ДЕЗИНСЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- А. использование естественных врагов членистоногих
- В. применение защитных сеток
- С. применение репеллентов
- Д. использование аттрактантов

7. ПОД ДЕЗИНСЕКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ НАПРАВЛЕННЫХ НА

- А. управление популяциями членистоногих и их уничтожение
- В. управление популяциями грызунов и их уничтожение
- С. уничтожение в окружающей среде всех видов микроорганизмов
- Д. уничтожение в организме членистоногих патогенных микроорганизмов

8. СИСТЕМУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ИСТРЕБИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННУЮ НА УНИЧТОЖЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ ЧИСЛА ГРЫЗУНОВ, ОПАСНЫХ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ И ПРИНОСЯЩИХ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ, НАЗЫВАЮТ

- А. дератизацией

- В. дезинсекцией
- С. стерилизацией
- Д. дезинфекцией

9. УНИЧТОЖЕНИЕ НАСЕКОМЫХ И КЛЕЩЕЙ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПЕРЕНОСЧИКАМИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, А ТАКЖЕ ДРУГИХ ЧЛЕНИСТОНОГИХ, КОТОРЫЕ ДОСТАВЛЯЮТ ЧЕЛОВЕКУ БЕСПОКОЙСТВО И НЕУДОБСТВА, НАЗЫВАЮТ

- А. дезинсекцией
- В. дератизацией
- С. стерилизацией
- Д. дезинфекцией

10. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА - НА ____

- А. механизм передачи инфекции
- В. источник инфекции
- С. восприимчивый организм
- Д. очаг инфекции

11. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА АНТРОПОНОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

- А. активное выявление больных
- В. дезинфекция
- С. дезинсекция
- Д. наблюдение за контактными

12. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЗООНОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

- А. дератизация
- В. дезинфекция
- С. дезинсекция
- Д. наблюдение за контактными

13. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- А. вакцинация
- В. дератизация
- С. дезинфекция
- Д. дезинсекция

14. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- А. химиопрофилактика
- В. дератизация
- С. дезинфекция
- Д. дезинсекция

15. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- А. медицинское наблюдение за контактными
- В. медицинское наблюдение за пациентом

- С. дезинфекция
- Д. изоляция больного

16. ДЛЯ РАСЧЕТА ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКИ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А. результаты серологического мониторинга
- В. показатели охвата профилактическими прививками
- С. результаты мониторинга побочного действия вакцин
- Д. показатели заболеваемости

Тема 2.2. Организация иммунопрофилактики среди детского и взрослого населения

Компетенции:

ИД_{УК-1-2}. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1-4}. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11-1}. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11-2}. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОЛНОТЫ И КАЧЕСТВА ДОКУМЕНТИРОВАННОЙ ПРИВИТОСТИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ
 - А. своевременность иммунизации
 - В. индекс авидности антител
 - С. уровень серопротекции
 - Д. индекс эпидемиологической эффективности
2. ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК, ВКЛЮЧЕННЫХ В НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ, РЕГЛАМЕНТИРОВАНО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ
 - А. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
 - В. «Об обращении лекарственных средств»
 - С. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
 - Д. «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»
3. ПРИ ПРОВЕРКЕ СИСТЕМЫ «ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ» В ПРИВИВОЧНОМ КАБИНЕТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВРАЧОМ-ЭПИДЕМИОЛОГОМ БЫЛ ПРОВЕДЕН ТЕСТ ВСТРЯХИВАНИЯ ВАКЦИНЫ («ШЕЙК-ТЕСТ»), С ПОМОЩЬЮ КОТОРОГО МОЖНО ВЫЯВИТЬ, ЧТО ВАКЦИНА
 - А. была заморожена
 - В. хранилась при температуре выше +25 °С
 - С. подвергалась воздействию солнечных лучей
 - Д. хранилась при температуре выше +10 °С

4. ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- A. судорогами, коллаптоидным состоянием, отёком Квинке
 - B. повышением температуры тела до 37-38°C
 - C. гиперемией и инфильтратом в месте введения препарата
 - D. головной болью, головокружением, слабостью
5. ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ НА ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. регионарный БЦЖ-лимфаденит
 - B. небольшая гиперемия в месте введения препарата
 - C. повышение температуры тела до 37°C
 - D. повышенная утомляемость, слабость, головокружение
6. ОСНАЩЕНИЕ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЛИЧИЕ
- A. холодильника с маркированными полками и термометрами
 - B. места для приёма пищи сотрудниками
 - C. гардероба
 - D. кабинета психологической разгрузки
7. ПОСТВАКЦИНАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПО ТИПУ КАТАРАЛЬНОГО СИНДРОМА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА ВВЕДЕНИЕ
- A. коревой вакцины
 - B. полиомиелитной вакцины
 - C. БЦЖ-вакцины
 - D. АКДС-вакцины
8. ЭНЦЕФАЛИТ, РАЗВИВШИЙСЯ ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АКДС-ВАКЦИНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
- A. неблагоприятным событием (нежелательным явлением) поствакцинального периода, не связанным с введением препарата
 - B. поствакцинальным осложнением на введение препарата
 - C. неблагоприятным событием (нежелательным явлением) поствакцинального периода, связанным с введением препарата
 - D. поствакцинальной реакцией сильной степени выраженности
9. ДЛЯ ОТБОРА ЛИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ РЕВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЁЗА, ВРАЧ ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ДОЛЖЕН ПРОВЕСТИ
- A. пробу Манту
 - B. Диаскин тест
 - C. пробу Пирке
 - D. пробу Шика
10. ПРИ ОТКЛЮЧЕНИИ ЭЛЕКТРОЭНЕРГИИ В ШКОЛЕ ВАКЦИНЫ, ХРАНЯЩИЕСЯ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ, НЕОБХОДИМО
- A. незамедлительно вернуть в поликлинику
 - B. временно разместить препараты между оконными рамами
 - C. временно переложить препараты в холодильник пищеблока в герметично закрывающуюся ёмкость
 - D. временно переложить препараты в медицинский шкаф, где хранятся лекарственные препараты

11. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РЫХЛОГО ОСАДКА В ХИМИЧЕСКОЙ СОРБИРОВАННОЙ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНЕ ПРЕПАРАТ НЕОБХОДИМО
- A. утилизировать
 - B. использовать, встряхнув перед введением
 - C. использовать, набрав в шприц прозрачный надосадочный слой
 - D. использовать, набрав в шприц только осадок
12. КАТЕГОРИЧЕСКИ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ
- A. в перевязочных и процедурных кабинетах
 - B. на дому
 - C. в здравпунктах предприятий
 - D. в фельдшерско-акушерских пунктах
13. ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЁЗА ПРОВОДЯТ В ПЕРВЫЕ _____ ЖИЗНИ
- A. 3-7 дней
 - B. 24 часа
 - C. 5-6 дней
 - D. 12 часов
14. АЛЛЕРГИЯ НА ПЕКАРСКИЕ ДРОЖЖИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ
- A. гепатита В
 - B. дифтерии
 - C. туберкулёза
 - D. полиомиелита
15. РЕБЁНКУ, РОЖДЕННОМУ HBSAG-ПОЗИТИВНОЙ МАТЕРЬЮ, ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГЕПАТИТА «В» ПРОВОДИТСЯ ПО СХЕМЕ (МЕС.)
- A. 0-1-2-12 мес.
 - B. 0-1-2-6 мес.
 - C. 0-1-6 мес.
 - D. 0-3-6 мес.
16. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У МАТЕРИ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ НОВОРОЖДЕННОГО ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ НЕОБХОДИМО ИЗОЛИРОВАТЬ ОТ БОЛЬНОЙ МАТЕРИ НА (МЕС.)
- A. 2
 - B. 3
 - C. 2
 - D. 5
17. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 37,3 °С, СЛЕГКА БОЛЕЗНЕННОЕ УПЛОТНЕНИЕ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ АКДС-ВАКЦИНЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ НА ВТОРОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ, МОГУТ БЫТЬ РАСЦЕНЕНЫ КАК
- A. поствакцинальная реакция
 - B. поствакцинальное осложнение
 - C. интеркуррентное заболевание
 - D. постинъекционный абсцесс

Тема 2.3. Учение об эпидемическом процессе. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий

Компетенции:

ИД_{УК-1-2}. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1-4}. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11-1}. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11-2}. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА АНТРОПОНОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
 - А. активное выявление больных
 - В. дезинфекция
 - С. дезинсекция
 - Д. наблюдение за контактными
2. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЗООНОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
 - А. дератизация
 - В. дезинфекция
 - С. дезинсекция
 - Д. наблюдение за контактными
3. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
 - А. вакцинация
 - В. дератизация
 - С. дезинфекция
 - Д. дезинсекция
4. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
 - А. химиопрофилактика
 - В. дератизация
 - С. дезинфекция
 - Д. дезинсекция
5. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
 - А. медицинское наблюдение за контактными
 - В. медицинское наблюдение за пациентом
 - С. дезинфекция
 - Д. изоляция больного

6. ЕСЛИ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ – ЧЕЛОВЕК, ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. антропонозом
 - B. зоонозом
 - C. сапронозом
 - D. заразным
7. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ АНТРОПОНОЗАХ:
- A. больной человек
 - B. насекомое
 - C. почва
 - D. животное
8. ЕСЛИ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ – ЖИВОТНОЕ, ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. зоонозом
 - B. антропонозом
 - C. сапронозом
 - D. заразным
9. ЕСЛИ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ – ВОДА, ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. сапронозом
 - B. зоонозом
 - C. антропонозом
 - D. заразным
10. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ТРАНСМИССИВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:
- A. кровяных
 - B. наружных покровов
 - C. дыхательных путей
 - D. кишечных
11. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ КОНТАКТНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:
- A. наружных покровов
 - B. кровяных
 - C. дыхательных путей
 - D. кишечных
12. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:
- A. кишечных
 - B. наружных покровов
 - C. кровяных
 - D. дыхательных путей
13. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ АЭРОЗОЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:
- A. дыхательных путей
 - B. кишечных
 - C. наружных покровов
 - D. кровяных

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

17 февраля в городскую детскую инфекционную больницу с подозрением на ветряную оспу поступила Маша, 3-х лет, не посещающая детское дошкольное учреждение. В течение 12 часов было направлено экстренное извещение о случае ветряной оспы установленной формы в территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Из анамнеза: Маша заболела вечером 15-го февраля, температура тела повысилась до 37,5°C. Утром 16-го числа на различных участках тела появились единичные элементы сыпи, было отмечено повышение температура тела до 38°C. В течение дня появлялись многочисленные свежие элементы сыпи, температура сохранялась на уровне 38-39°C. Семья проживает в отдельной двухкомнатной квартире. Мать не работает, ветряной оспой не болела; отец – инженер, ветряной оспой болел. Имеется младший брат 9 месяцев. Со слов родителей с 1 по 2 февраля семья отдыхала за городом, где заболевший ребенок находился в тесном контакте с детьми друзей родителей. Ни один член семьи ранее от ветряной оспы не вакцинирован.

Вопросы:

1. Выскажете гипотезу о возможных причинах заболевания ветряной оспой.
2. Определите территориальные границы эпидемического очага ветряной оспы.
3. Составьте план противоэпидемических мероприятий в отношении первого звена эпидемического процесса.
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий в отношении родителей и младшего брата заболевшей девочки.
5. Как осуществляется регистрация и учет случаев заболеваний ветряной оспой?

Задача 2.

В терапевтическое отделение НУЗ "Отделенческая клиническая больница на ст. П." 25 августа поступает пациентка М., 38 лет. Больной себя считает в течение 1 недели. Клинические данные: Температура тела - 38,5°C, желтушность кожных покровов и склер, моча темно-коричневого цвета, стул ахоличный. Жалуется на тошноту по утрам, слабость и ощущение тяжести в правом подреберье. Результаты лабораторного обследования: в несколько раз повышены показатели аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего и прямого билирубина. При серологическом исследовании выявлены anti-HAV IgM, в связи с чем выставлен диагноз «Вирусный гепатит А» и больная переведена в инфекционную больницу. Эпидемиологические данные: контакт с инфекционными больными отрицает. Воду плохого качества не употребляла, в водоемах и бассейнах за последние 3 месяца не купалась. Любит покупать свежие овощи и ягоды на рынке, где иногда пробует немытые ягоды.

Вопросы:

1. Представляет ли эпидемиологическую опасность больной вирусным гепатитом А?
2. Каковы основной механизм и пути заражения человека вирусным гепатитом А?
3. Выскажете гипотезу о возможном пути заражения ВГА в данной ситуации.
4. Должны ли медицинские работники терапевтического отделения НУЗ "ОКБ на ст. П." подать экстренное извещение по случаю данного заболевания?
5. Какие мероприятия необходимо провести в отношении контактных в терапевтическом отделении?

Тема 2.4. Дезинфекция и стерилизация. Дезинсекция. Дератизация

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. НА СКОЛЬКО КЛАССОВ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ, ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ И РАДИАЦИОННОЙ ОПАСНОСТИ, А ТАКЖЕ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СРЕДУ ОБИТАНИЯ?

- А. пять
- В. два
- С. три
- Д. четыре

2. К КАКОМУ КЛАССУ ОТНОСИТСЯ ВАКЦИНА БЦЖ, НЕПРИГОДНАЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ?

- А. класс В
- В. класс А
- С. класс Б
- Д. класс Г

3. К КАКОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА, НЕПРИГОДНЫЕ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ?

- А. класс Г
- В. класс А
- С. класс Б
- Д. класс В

4. КАКАЯ НЕОБХОДИМА ОБРАБОТКА МНОГОРАЗОВЫХ ЕМКостей ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ КЛАССА «А» (НЕОПАСНЫЕ), ПОСЛЕ ИХ ОПОРОЖНЕНИЯ?

- А. дезинфекция
- В. не требуется
- С. мытье
- Д. стерилизация

5. В КАКУЮ ТАРУ СОБИРАЕТСЯ ОСТРЫЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ (ИГЛЫ, ПЕРЬЯ, ОДНОРАЗОВЫЕ СИСТЕМЫ)?

- А. в одноразовую твердую упаковку с плотно прилегающей крышкой, исключающей самопроизвольное вскрытие
- В. в одноразовые влагостойкие емкости
- С. в одноразовые пакеты
- Д. в одноразовые непрокалываемые емкости

6. ЧТО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ В ЧИСТОЙ ЗОНЕ ЦСО?

- А. упаковка ИМН

- В. проведение дезинфекции ИМН
 - С. проведение ПСО инструментов
 - Д. хранение стерильного материала
7. КАКОЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕРИЛИЗАЦИИ
- А. бактериологический
 - В. физический
 - С. химический
 - Д. азопирамовая пробы
8. ЦЕЛЬЮ ПСО ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. удаление с изделий медицинского назначения любых неорганических и органических загрязнений
 - В. селективное освобождение медицинских изделий от микроорганизмов
 - С. обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе и споровых форм
 - Д. обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе и прионных форм
9. ДЕЗИНФЕКЦИЮ СПОСОБОМ ПРОТИРАНИЯ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
- А. которые не соприкасаются непосредственно с пациентом
 - В. контактирующие со слизистыми оболочками
 - С. контактируют с неповрежденной кожей, но не со слизистыми
 - Д. контактируют с неповрежденной кожей, но не со слизистыми
10. В ОТНОШЕНИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ СО СЛИЗИСТЫМИ ОБОЛОЧКАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ТРЕБУЕТСЯ
- А. стерилизация
 - В. дезинфекция среднего уровня
 - С. дезинфекция промежуточного уровня
 - Д. дезинфекция низкого уровня
11. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ УНИЧТОЖЕНИЕ
- А. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
 - В. всех форм микроорганизмов, в том числе микобактерий туберкулеза, грибов и большинства вирусов, за исключением спор
 - С. всех микроорганизмов, за исключением некоторых бактериальных спор
 - Д. всех микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
12. ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ПРОМЕЖУТОЧНОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ УНИЧТОЖЕНИЕ
- А. всех форм микроорганизмов, в том числе микобактерий туберкулеза, грибов и большинства вирусов, за исключением спор
 - В. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза
 - С. всех микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
 - Д. всех вирусов, включая возбудителей парентеральных гепатитов
13. ДЕЗИНФЕКЦИЕЙ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ УНИЧТОЖЕНИЕ

- А. всех микроорганизмов, за исключением некоторых бактериальных спор
- В. большинства микроорганизмов во всех формах на/в обрабатываемых объектах
- С. всех вирусов, за исключением возбудителей парентеральных гепатитов
- Д. большинства бактерий, некоторых вирусов и грибов, кроме бактериальных спор и микобактерий туберкулеза

14. РЕЖИМ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОНКРЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРО НЕОБХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ УТОЧНИТЬ В

- А. инструкции по применению дезинфицирующего средства
- В. учебнике
- С. учебно-методическом пособии
- Д. СанПиН

15. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА - НА ____

- А. механизм передачи инфекции
- В. источник инфекции
- С. восприимчивый организм
- Д. очаг инфекции

16. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- А. раневой поверхностью
- В. кожными покровами
- С. поверхностями больничной среды
- Д. одеждой медицинского персонала

17. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- А. кровью
- В. кожными покровами
- С. слизистой рта пациента
- Д. одеждой пациента

18. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- А. тканями органов
- В. кожными покровами
- С. поверхностями больничной среды
- Д. одеждой пациента

19. ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ, КАК ПРАВИЛО, ПРОВОДЯТ В

- А) ДЕТСКОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
 - Б) ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ
 - В) ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ
 - Г) ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
 - Д) КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ
- А. Б, В, Д
 - В. А, Б, Г
 - С. Б, В, Г
 - Д. В, Г, Д

20. К КАТЕГОРИИ КРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ
- A. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
 - B. предметы, контактирующие только с интактной кожей
 - C. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками
 - D. предметы окружающей обстановки
21. К КАТЕГОРИИ НЕКРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ
- A. предметы окружающей обстановки
 - B. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
 - C. предметы, контактирующие с неинтактной кожей
 - D. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками
22. К КАТЕГОРИИ ПОЛУКРИТИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОТНОСЯТ
- A. предметы, контактирующие со слизистыми оболочками и неинтактной кожей
 - B. инструменты, используемые при операциях на стерильных тканях, полостях, сосудистой системе
 - C. предметы, контактирующие только с интактной кожей
 - D. предметы окружающей обстановки
23. НАЗОВИТЕ ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЕЗИНСЕКЦИИ:
- A. кипячение
 - B. использование овицидов
 - C. разведение рыбок гамбузий
 - D. использование репеллентов
24. ДЛЯ ОТПУГИВАНИЯ ЧЛЕНИСТОНОГИХ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- A. репелленты
 - B. фумиганты
 - C. овициды
 - D. кишечные яды
25. ДЛЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ЧЛЕНИСТОНОГИХ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- A. аттрактанты
 - B. фумиганты
 - C. овициды
 - D. репелленты
26. НАЗОВИТЕ ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД УНИЧТОЖЕНИЯ НАСЕКОМЫХ:
- A. использование овоцидов
 - B. кипячение
 - C. разведение рыбок гамбузий
 - D. использование репеллентов
27. ПОД ДЕЗИНСЕКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ НАПРАВЛЕННЫХ НА
- A. управление популяциями членистоногих и их уничтожение
 - B. управление популяциями грызунов и их уничтожение

- С. уничтожение в окружающей среде всех видов микроорганизмов
- Д. уничтожение в организме членистоногих патогенных микроорганизмов

28. ДЕЙСТВИЕ ЛАРВИЦИДОВ НАПРАВЛЕНО НА РАЗВИТИЕ ЧЛЕНИСТОНОГИХ В СТАДИИ

- А. личинки
- В. яйца
- С. имаго
- Д. нимфы

29. ДЕЙСТВИЕ ОВОЦИДОВ НАПРАВЛЕНО НА РАЗВИТИЕ ЧЛЕНИСТОНОГИХ В СТАДИИ

- А. яйца
- В. личинки
- С. имаго
- Д. нимфы

30. ХИМИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ УНИЧТОЖЕНИЯ КЛЕЩЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. акарициды
- В. ларвициды
- С. фунгициды
- Д. родентициды

31. ПО ФОРМЕ ИСТРЕБИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНСЕКЦИЯ БЫВАЕТ

- А. сплошной и выборочной
- В. текущей и заключительной
- С. профилактической и текущей
- Д. плановой и по показаниям

32. ХИМИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ УНИЧТОЖЕНИЯ ГРЫЗУНОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. родентициды
- В. инсектициды
- С. ларвициды
- Д. акарициды

33. ХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ГРЫЗУНАМИ ВКЛЮЧАЮТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А. ратицидов
- В. капканов
- С. бактерий, вызывающих у крыс тифоподобные заболевания
- Д. акарицидов

34. К ФИЗИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ДЕРАТИЗАЦИИ ОТНОСЯТ

- А. ультразвук
- В. сальмонеллы
- С. капканы
- Д. ионизирующую радиацию

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Виды и методы дезинфекции, применяемые в ЛПМО.

2. Требования, предъявляемые к дезинфектантам.
3. Классификация типов объектов учреждения в зависимости от медико-биологического риска инфицирования, предложенная Э.Х. Сполдингом (1972).
4. Рекомендуемые режимы дезинфекции в подразделениях ЛПМО различного профиля
5. Оценка качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения многократного пользования
6. Порядок стерилизации хирургических инструментов
7. Классификация медицинских отходов
8. Факторы, влияющие на эффективность дезинфекции

Тема 2.5. Иммунопрофилактика

Компетенции:

ИДУК-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДУК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. ВЫБЕРИТЕ ЖИВУЮ ВАКЦИНУ:
 - A. БЦЖ
 - B. АКДС
 - C. ИПВ
 - D. вакцина против ВГА
2. ВЫБЕРИТЕ ЖИВУЮ ВАКЦИНУ:
 - A. КПК
 - B. АДС-М
 - C. вакцина против ВГА
 - D. вакцина против ВГВ
3. ВЫБЕРИТЕ ЖИВУЮ ВАКЦИНУ:
 - A. коревая вакцина
 - B. АДС-М
 - C. ИПВ
 - D. вакцина против ВГВ
4. ВЫБЕРИТЕ ИНАКТИВИРОВАННУЮ ЦЕЛЬНОВИРИОННУЮ ВАКЦИНУ:
 - A. вакцина против ВГА
 - B. коревая вакцина
 - C. АДС-М
 - D. вакцина против ВГВ
5. ВЫБЕРИТЕ АНАТОКСИН:

- A. АДС-М
 - B. коревая вакцина
 - C. ОПВ
 - D. вакцина против ВГВ
6. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЛИКВИДИРОВАННОЕ ГЛОБАЛЬНО С ПОМОЩЬЮ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ
- A. натуральная оспа
 - B. полиомиелит
 - C. корь
 - D. коклюш
7. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВСПЫШЕК И ЭПИДЕМИЙ, ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ
- A. 95 %
 - B. 80 %
 - C. 75 %
 - D. 90 %
8. К ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ ПОДЛЕЖАТ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК, ОТНОСЯТСЯ
- A. дети 2 месяцев
 - B. работники сферы образования
 - C. работники общественного питания
 - D. работники коммунальных служб
9. СОГЛАСНО «КАЛЕНДАРЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ» ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДЛЕЖАТ
- A. лица, подлежащие призыву на военную службу
 - B. дети 1-8 лет включительно
 - C. учащихся 3-11 классов
 - D. студенты первых курсов средних и высших учебных заведений, прежде всего, в коллективах, укомплектованных учащимися из разных регионов страны и зарубежных стран
10. ВАКЦИНАЦИЯ ВАКЦИНОЙ БЦЖ ПРОВОДИТСЯ В СУБЪЕКТАХ РФ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ПРЕВЫШАЮЩИМИ _____ НА 100 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ
- A. 80
 - B. 60
 - C. 50
 - D. 75
11. КОЛЛЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ СЧИТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ОХВАТЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ НЕ НИЖЕ (%)
- A. 95
 - B. 55
 - C. 70
 - D. 85

12. ВАКЦИНАЦИЮ ЛЮДЕЙ ПРОТИВ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В СООТВЕТСТВИИ С НАЦИОНАЛЬНЫМ КАЛЕНДАРЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДЯТ
- A. в профессиональных группах риска
 - B. всему населению на территории
 - C. только взрослому населению
 - D. населению, проживающему на территории сельских районов
13. ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА ХОЛОДИЛЬНИКА ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА ПРОВОДИТСЯ С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В
- A. месяц
 - B. неделю
 - C. полгода
 - D. 3 месяца
14. ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 2 ЛЕТ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВАКЦИНА
- A. конъюгированная полисахаридная
 - B. полисахаридная
 - C. рекомбинантная
 - D. живая
15. ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ВАКЦИН СО СКЛАДА В ПОЛИКЛИНИКУ ИСПОЛЬЗУЮТ
- A. сумки-холодильники
 - B. бытовые термосы
 - C. термостаты
 - D. любую тару
16. БЦЖ-ВАКЦИНА ВВОДИТСЯ
- A. внутривенно
 - B. подкожно
 - C. наочно
 - D. внутримышечно
17. ОТДЕЛЬНЫЙ ДЕНЬ В РЕЖИМЕ РАБОТЫ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ ВАКЦИНОЙ
- A. БЦЖ
 - B. ОПВ
 - C. АДС-М
 - D. АКДС
18. ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАЩИТНОГО ИММУНИТЕТА У РЕБЁНКА ДО 3 ЛЕТ, ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ ПРИВИВАЮЩЕГОСЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ ГРИППА, НЕОБХОДИМО ВВЕДЕНИЕ
- A. двух доз вакцины с интервалом не менее 4 недель
 - B. одной дозы вакцины
 - C. двух доз вакцины с интервалом в 7 дней
 - D. трёх доз вакцины с интервалом в 2 недели

19. ВАКЦИНАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГРИППА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С (ЛЕТ)
- A. 0,5
 - B. 1
 - C. 3
 - D. 5
20. ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ДВУМЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ (ЖИВЫЕ ВАКЦИНЫ) ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ
- A. 4 недель
 - B. 10 дней
 - C. 3 месяцев
 - D. 6 месяцев
21. В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ РЕБЁНОК ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИВИТ ПРОТИВ
- A. гепатита В и туберкулёза
 - B. кори и краснухи
 - C. полиомиелита и Нiv-инфекции
 - D. коклюша, дифтерии, столбняка
22. ПОСЛЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ КРАСНУХИ ЖЕНЩИНЕ НЕОБХОДИМО ИЗБЕГАТЬ БЕРЕМЕННОСТИ В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)
- A. 3
 - B. 2
 - C. 1
 - D. 6
23. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА «В» СРЕДИ ЛИЦ, РАНЕЕ НЕ ПОЛУЧАВШИХ ПРИВИВКУ ПРОТИВ ГЕПАТИТА «В», ПРОВОДИТСЯ
- A. до 55 лет
 - B. до 15 лет
 - C. в любом возрасте
 - D. до 30 лет
24. К ИНФЕКЦИЯМ, НЕ УПРАВЛЯЕМЫМ СРЕДСТВАМИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ОТНОСЯТ
- A. скарлатину
 - B. корь
 - C. полиомиелит
 - D. дифтерию
25. ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ПРИВИВКАМИ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ И СТОЛБНЯКА ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ СОСТАВЛЯЕТ (ЛЕТ)
- A. 10
 - B. 7
 - C. 5
 - D. 3
26. В ОТДЕЛЬНОМ ХОЛОДИЛЬНИКЕ НЕОБХОДИМО ХРАНИТЬ
- A. БЦЖ-вакцину
 - B. оральную полиомиелитную вакцину
 - C. живую коревую вакцину

D. АКДС-вакцину

27. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВВЕДЕНИЕ

- A. бивалентной оральной полиомиелитной вакцины
- B. трёхвалентной оральной полиомиелитной вакцины
- C. бивалентной инактивированной полиомиелитной вакцины
- D. трёхвалентной инактивированной полиомиелитной вакцины

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

На прием к участковому врачу-педиатру обратилась мама с девочкой 4,5 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения АКДС-вакцины. Вакцинация АКДС-вакциной начата в возрасте 3 месяца. Предыдущую прививку АКДС-вакциной перенесла без реакций. Вторая доза вакцины введена 2 дня назад.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, при осмотре температура тела 37,8 °C. Патологической неврологической симптоматики нет. Катаральных явлений нет. На передне-боковой поверхности бедра справа, в месте введения вакцины АКДС, имеется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 4 см.

Вопросы:

1. Можно ли расценить данное состояние ребёнка как поствакцинальную реакцию на введение АКДС-вакцины, поствакцинальное осложнение или нежелательное явление в поствакцинальном периоде, не связанное с вакцинацией? Определите характер и степень выраженности.
2. Следует ли в данном случае подавать экстренное извещение в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»?
3. Подлежит ли ребенок в дальнейшем медицинскому отводу на введение АКДС-вакцины?
4. Соблюдены ли сроки проведения иммунизации ребенка против дифтерии, коклюша и столбняка?
5. Можно ли считать, что ребенок получил законченный курс иммунизации от дифтерии?

Задача 2.

В прививочном кабинете детской поликлиники районной больницы 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 прививок у 5 детей температура тела повысилась до 38°C, у трех - до 39°C. У одного 5-ти месячного ребенка отмечена общая тяжелая реакция с температурой и фебрильными судорогами. Эти реакции были зарегистрированы участковым педиатром по вызову на дом. Пятимесячный ребенок был госпитализирован. Информация о постпрививочных реакциях была направлена в районный ФБУЗ «ЦГиЭ» по телефону.

Вы должны провести расследование причин возникновения случаев реакций (осложнений) у детей после введения им АКДС.

Вопросы:

1. Какие управленческие решения необходимо предпринять для организации и проведения расследования?

2. Какие постпрививочные реакции и в каких документах должны быть зафиксированы?
3. Какие специалисты должны быть привлечены для расследования данной ситуации?
4. Какие сведения необходимо отразить в акте расследования осложнений на прививку:
 - о препарате;
 - о состоянии здоровья привитого;
 - о клинической форме и течении вакцинального процесса?
5. Какими документами Вы будете руководствоваться при организации и проведении расследования?

Тема 3.1. Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. ПЕРВОЕ МЕСТО ПО АКТУАЛЬНОСТИ В РОССИИ ИЗ ЧИСЛА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАНИМАЕТ
 - A. ишемическая болезнь сердца
 - B. тромбоз вен
 - C. порок сердца
 - D. заболевание периферических сосудов
2. ПО СРАВНЕНИЮ С МУЖЧИНАМИ РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН
 - A. ниже
 - B. выше
 - C. равный
 - D. отсутствует
3. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ _____ МЕСТО В МИРЕ
 - A. первое
 - B. второе
 - C. третье
 - D. четвертое
4. ГРУППА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 - A. является ведущей
 - B. входит в ведущие три причины смертности, но не лидирует

- C. не имеет большого значения
- D. находится во второй половине списка

5. ПЕРВЫМ ПРОСПЕКТИВНЫМ КОГОРТНЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Фрамингемское исследование
- B. исследование А.Б. Хилла на когорте британских врачей
- C. исследование здоровья радиологов
- D. Хоторнское исследование

6. СТРАНОЙ, В КОТОРОЙ БЫЛО ПРОВЕДЕНО ИССЛЕДОВАНИЕ PROCAM, ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Германия
- B. Франция
- C. США
- D. Россия

7. В РОССИИ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИНФАРКТА МИОКАРДА И МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

- A. увеличивается
- B. уменьшается
- C. не изменяется
- D. уменьшалась до 2008 года, сейчас – увеличивается

8. СУММАРНЫЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ (СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ) РИСК ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ

- A. связанного с атеросклерозом кардиоваскулярного события в течение определенного периода времени
- B. фатального кардиоваскулярного события в течение определенного периода времени
- C. связанного с атеросклерозом кардиоваскулярного события за всю жизнь
- D. фатального кардиоваскулярного события за всю жизнь

9. ШКАЛОЙ ОЦЕНКИ СУММАРНОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО (СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО) РИСКА, КОТОРОЙ ПОЛЬЗУЮТСЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. SCORE для стран с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний
- B. SCORE для стран с низким риском сердечно-сосудистых заболеваний
- C. FINRISK
- D. ЭССЕ-РФ

10. ЗНАЧЕНИЕ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ШКАЛЕ SCORE, УКАЗЫВАЮЩЕЕ НА ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА

- A. 5,0% и выше
- B. до 5,0%
- C. 3,0% и выше
- D. до 3,0%

11. АБСОЛЮТНОЙ НОРМОЙ СЧИТАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

- A. 120-129/80-84
- B. 125-135/85-89

- C. 130-139/80-85
- D. менее 120/менее 80

12. К «БОЛЬШОЙ ТРОЙКЕ» ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

- A. курение, гиподинамия, гиперлипидемия
- B. сахарный диабет, генетические факторы, стресс
- C. генетические факторы, артериальная гипертензия, прибавление веса в зрелом возрасте
- D. курение, злоупотребление алкоголем, стресс

13. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- A. популяционной стратегии
- B. индивидуальной стратегии
- C. стратегии низкого риска
- D. персонифицированной стратегии

14. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- A. сахарный диабет
- B. повышение уровня липопротеинов высокой плотности
- C. нерациональное питание
- D. отказ от курения

15. РИСК РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СНИЖАЕТСЯ, ЕСЛИ

- A. АД менее 140/90 мм.рт.ст., общий холестерин менее 5 ммоль/л, уровень глюкозы в крови менее 6,1 ммоль/л
- B. окружность талии мужчины более 100 см, окружность талии женщины более 86 см
- C. АД менее 150/90 мм.рт.ст., общий холестерин менее 6 ммоль/л, уровень глюкозы в крови менее 6,8 ммоль/л
- D. общий холестерин менее 5 ммоль/л, уровень глюкозы в крови натощак менее 6,5 ммоль/л

16. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ ДО ____ МГ/СУТКИ

- A. 5
- B. 6
- C. 10
- D. 3

17. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В РФ ЯВЛЯЮТСЯ

- A. заболевания сердечно-сосудистой системы
- B. заболевания органов дыхания
- C. заболевания почек
- D. кишечные инфекции

18. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СИСТЕМЫ 1960 ГОДА НАЛИЧИЕМ МЕРОПРИЯТИЙ

- A. реабилитации

- В. популяционной профилактики
- С. стратегии высокого риска
- Д. вторичной профилактики

19. САМЫМ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. дислипидемия
- В. курение
- С. артериальная гипертензия
- Д. абдоминальное ожирение

20. ОЖИРЕНИЕ В РОССИИ РАСПРОСТРАНЕНО

- А. больше у женщин
- В. больше у мужчин
- С. одинаково у женщин и мужчин
- Д. преимущественно у лиц пожилого возраста

21. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА СМЕРТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СМЕРТИ У МУЖЧИН 40-59 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. курение
- В. потребление алкоголя
- С. повышенный уровень глюкозы в крови
- Д. ожирение

Тема 3.2. Эпидемиология и профилактика онкологических заболеваний

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. В РОССИИ САМОЙ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЙ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

- А. легкое
- В. простата
- С. мочевого пузыря
- Д. кожа

2. В РОССИИ САМОЙ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

- А. молочная железа
- В. матка
- С. легкое

D. кожа

3. У МУЖЧИН КОЖНАЯ МЕЛАНОМА РАЗВИВАЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА

- A. туловище
- B. голове и шее
- C. нижних конечностях
- D. верхних конечностях

4. У ЖЕНЩИН КОЖНАЯ МЕЛАНОМА РАЗВИВАЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА

- A. нижних конечностях
- B. голове и шее
- C. туловище
- D. верхних конечностях

5. НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ КАНЦЕРОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ КУРЕНИИ

- A. сигарет
- B. сигар
- C. трубки
- D. сигарилл

6. КЛЮЧЕВЫМИ ФАКТОРАМИ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМИ КАНЦЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

- A. пол, доза экспозиции, возраст во время экспозиции
- B. злоупотребление алкоголем, табакокурение, гормональный фон
- C. пол, возраст во время экспозиции, табакокурение
- D. доза экспозиции, возраст во время экспозиции, злоупотребление алкоголем

7. УПОТРЕБЛЕНИЕ НЮХАТЕЛЬНОГО ТАБАКА ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- A. рака ротовой полости
- B. лейкемии
- C. костных опухолей
- D. мезотелиомы

8. ВАЖНЫМ ПРЕВЕНТИВНЫМ ФАКТОРОМ КАНЦЕРОГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- A. фолиевая кислота
- B. 7,12-диметилбензантрацен
- C. афлатоксин В1
- D. бенз(а)пирен

9. ПОТРЕБЛЕНИЕ КАРОТИНОИДОВ СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- A. рака легкого
- B. рака простаты
- C. костных опухолей
- D. лейкемии

10. ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- A. колоректального рака
- B. лейкемии
- C. мезотелиомы

D. рака влагалища

11. СИНЕРГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ТАБАКА И АЛКОГОЛЯ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ

- A. рака языка
- B. рака молочной железы
- C. лейкемии
- D. рака поджелудочной железы

12. ЭКСПОЗИЦИЯ ПАРАМИ СЕРНОЙ КИСЛОТЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

- A. рака гортани
- B. колоректального рака
- C. мезотелиомы
- D. костных опухолей

13. ЭКСПОЗИЦИЯ ДРЕВЕСНОЙ ПЫЛЬЮ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

- A. рака носовой полости
- B. колоректального рака
- C. рака печени
- D. рака простаты

14. ФОРМАЛЬДЕГИД ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

- A. носоглотки
- B. легких
- C. кожи
- D. печени

15. АФЛАТОКСИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

- A. печени
- B. носоглотки
- C. легких
- D. кожи

16. ПРЕДПОЛАГАЮТ НАЛИЧИЕ КАНЦЕРОГЕННОГО ЭФФЕКТА В ОТНОШЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА, ЛИМФОМЫ У

- A. тетрахлорэтилена
- B. трихлорэтилена
- C. кристаллического кремния
- D. солнечной радиации

17. МИКРООРГАНИЗМ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

- A. *Helicobacter pylori*
- B. Hepatitis B virus
- C. *Salmonella typhimurium*
- D. Human papilloma virus

18. ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СПИД, ЯВЛЯЕТСЯ

- A. саркома Капоши
- B. плоскоклеточный рак кожи
- C. меланома
- D. колоректальный рак

19. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. курение
- B. злоупотребление алкоголем
- C. ожирение
- D. наследственная предрасположенность

20. ДОКАЗАННЫЙ КАНЦЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ СОЛНЕЧНОЙ РАДИАЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАКА

- A. кожи
- B. легких, почек, костей
- C. щитовидной железы
- D. желудка

21. МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАПРАВЛЕНЫ НА

- A. выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли
- B. выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса
- C. лечение онкологических больных
- D. предупреждение рецидивов и метастазов у онкологических больных, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов

22. ОПУХОЛЬЮ, ИМЕЮЩЕЙ САМЫЙ ВЫСОКИЙ КОЭФФИЦИЕНТ НАСЛЕДУЕМОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- A. меланома кожи
- B. рак матки
- C. рак предстательной железы
- D. рак молочной железы

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

1. Какие факторы риска онкологических заболеваний существуют?
2. Назовите физические факторы риска.
3. Какие виды рака может вызывать неионизирующее излучение (ультрафиолетовое)?
4. Назовите химические факторы риска.
5. Какова роль курения в развитии онкологических заболеваний?
6. Какие формы рака вызывает курение?
7. Какие особенности питания могут повышать или снижать риск развития рака?
8. Назовите биологические факторы риска.

Тема 3.3. Эпидемиология и профилактика психических заболеваний и поведенческих расстройств

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

1. ГРУППОЙ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ НАСЕЛЕНИЕ
 - A. мужское
 - B. женское
 - C. городское
 - D. сельское
2. ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, ЗНАЧИМО ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ, ЧЕМ В ГОРОДСКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
 - A. умственная отсталость
 - B. шизофрения
 - C. эпилепсия
 - D. депрессия
3. РЕГИОНОМ РОССИИ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ТЕРРИТОРИЕЙ РИСКА ПО АЛКОГОЛИЗМУ, ЯВЛЯЕТСЯ
 - A. Ненецкий автономный округ
 - B. Калининградская область
 - C. Московская область
 - D. Ивановская область
4. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНО В МИРЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ
 - A. каннабиоидов
 - B. опиатов
 - C. транквилизаторов
 - D. препаратов амфетаминовой группы
5. СООТНОШЕНИЕ МУЖЧИНЫ/ЖЕНЩИНЫ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОПИАТОВ СОСТАВЛЯЕТ
 - A. 3/1
 - B. 4/1
 - C. 1/ 1
 - D. 2/1
6. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНО ПОТРЕБЛЕНИЕ ОПИАТОВ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ _____ ЛЕТ
 - A. 18-25
 - B. 0-17

C. 26-35

D. старше 36

7. СРЕДИ НАРКОМАНОВ В РОССИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНО УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ

A. опиатов

B. каннабиоидов

C. транквилизаторов

D. препаратов амфетаминовой группы

8. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЙ В МИРЕ ФОРМОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ПСИХИЧЕСКОЙ) ЯВЛЯЕТСЯ

A. табакокурение

B. употребление алкоголя

C. употребление опиатов

D. употребление кокаина

9. ОСНОВНУЮ ГРУППУ СТРАДАЮЩИХ ТОКСОКОМАНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ЛЕТУЧИМИ РАСТВОРИТЕЛЯМИ, СОСТАВЛЯЮТ ПОДРОСТКИ _____ ПОЛА

A. 12 – 15 лет мужского

B. 12 – 15 лет женского

C. 16 – 17 лет мужского

D. 16 – 17 лет женского

10. ВСПЛЕСК ИНТЕРЕСА СРЕДИ НАРКОМАНОВ В НАЧАЛЕ 2000-Х ГОДОВ ОТМЕЧАЛСЯ К ВЕЩЕСТВУ

A. коаксил

B. дезоморфин

C. экстази

D. мефедрон

11. ПОСЛЕДНЯЯ ВОЛНА КОКАИНОВОЙ НАРКОМАНИИ НАЧАЛАСЬ В _____ ГОДОВ

A. начале 1970-х

B. середине 1980-х

C. начале 1990-х

D. середине 1960-х

12. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАССМАТРИВАЮТСЯ В ТРЕХ АСПЕКТАХ

A. социальном, психологическом и медицинском

B. социальном, политическом и медицинском

C. экономическом, психологическом и медицинском

D. экономическом, психологическом и социальном

13. ОСНОВНАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В МИРЕ И РОССИИ В СОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД – ТЕНДЕНЦИЯ К

A. росту в мире и в России

B. снижению в мире и в России

C. снижению в мире, к росту - в России

D. росту в мире, к снижению - в России

14. ПРЕОБЛАДАНИЕ НОЗОГЕНИЙ НАД ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ИНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ СРЕДИ _____ БОЛЬНЫХ

- A. онкологических и дерматологических
- B. онкологических и кардиологических
- C. кардиологических и дерматологических
- D. кардиологических и онкологических

15. ОТЧЁТНОЙ ФОРМОЙ, ИСПОЛЪЗУЕМОЙ КАК ИНФОРМАЦИОННАЯ БАЗА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА №

- A. 12
- B. 7
- C. 35
- D. 2

16. ПО ОЦЕНКАМ ВОЗ ОПАСНЫМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ БОЛЕЕ _____ В ГОД

- A. 8 литров
- B. 10 литров
- C. 6 литров
- D. 3 литра

17. С ТАБАЧНЫМ ДЫМОМ В ОРГАНИЗМ ПОСТУПАЕТ

- A. бензол
- B. алюминий
- C. асбест
- D. винилхлорид

18. ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ МОЖЕТ НАНЕСТИ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- A. чифиря
- B. кофе
- C. зеленого чая
- D. напитка из корня цикория

19. НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. курение
- B. здоровый образ жизни
- C. несбалансированное питание
- D. малоподвижный образ жизни

20. ГРУППОЙ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- A. лица в возрасте 18-19 лет
- B. лица в возрасте 20-39 лет
- C. лица в возрасте 40-59 лет
- D. дети и подростки

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

При выборочном эпидемиологическом исследовании на предмет распространенности психических расстройств в городе X (объем выборки 1500 человек) выявлено 30 больных в момент проведения исследования, еще 147 человек отметили наличие психических расстройств на протяжении своей жизни.

Рассчитать показатель годичной распространенности психических расстройств в городе X.

Промежуточная аттестация

Тесты.

1. ТЕРМИН «ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ» ИДЕНТИЧЕН ТЕРМИНУ:
А. инцидентность
В. превалентность
С. риск
D. шанс
2. ТЕРМИН «РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ» ИДЕНТИЧЕН ТЕРМИНУ:
А. превалентность
В. инцидентность
С. риск
D. шанс
3. ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ:
А. возникновение заболеваний среди населения
В. инфекционные болезни
С. инфекционная заболеваемость населения
D. массовые болезни людей
4. СОВРЕМЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ - ЭТО НАУКА...
А. изучающая причины возникновения и распространения заболеваний в человеческом обществе для борьбы, предупреждения и ликвидации этих болезней
В. об эпидемиях
С. об инфекционной заболеваемости
D. о массовых заболеваниях людей
Е. о закономерностях эпидемического процесса
5. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ БОЛЕЗНИ
А. на популяционном уровне
В. на организменном уровне
С. на клеточном уровне
D. на тканевом уровне
6. В ОПИСАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ГИПОТЕЗА О ФАКТОРАХ РИСКА
А. формулируется
В. не формулируется
С. проверяется
D. доказывается
7. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МОГУТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- A. когортные, случай-контроль
 - B. поперечные, когортные, случай-контроль
 - C. корреляционные, когортные
 - D. когортные, случай-контроль, описательные
8. НА КАКОМ ЭТАПЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМУЛИРУЕТСЯ РАБОЧАЯ ГИПОТЕЗА?
- A. до начала исследования
 - B. в зависимости от вида исследования
 - C. после получения результатов
 - D. в процессе проведения исследования
9. В ЧЕМ ГЛАВНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО РКИ?
- A. минимизация влияния факторов-конфаундеров
 - B. легкость выполнения
 - C. дешевизна
 - D. возможность полноценной статистической обработки результатов
10. ЧЕМ ОТЛИЧАЮТСЯ АНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТ ОПИСАТЕЛЬНЫХ?
- A. ставят целью выявление причинно-следственной связи между явлениями
 - B. нацелены на оценку и анализ показателей заболеваемости
 - C. не предполагают наличие контрольной группы.
 - D. проводятся одномоментно
11. ИНФОРМАЦИЯ, ОСНОВАННАЯ НА МНЕНИИ ЭКСПЕРТОВ, РЕЗУЛЬТАТАХ ИЗУЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ИЛИ ИХ СЕРИЙ, ИМЕЕТ:
- A. неопределенную достоверность (уровень D)
 - B. высокую достоверность (уровень A)
 - C. умеренную достоверность (уровень B)
 - D. ограниченную достоверность (уровень C)
12. ИНФОРМАЦИЯ, ОСНОВАННАЯ НА РЕЗУЛЬТАТАХ НЕСКОЛЬКИХ НЕЗАВИСИМЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ, ОБОБЩЕННЫХ В СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРАХ, ИМЕЕТ:
- A. высокую достоверность (уровень A)
 - B. умеренную достоверность (уровень B)
 - C. ограниченную достоверность (уровень C)
 - D. неопределенную достоверность (уровень D)
13. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОИСКА В БАЗАХ ДАННЫХ ПОЗВОЛИТ ПОЛУЧИТЬ БОЛЬШЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТОР БУЛЕВОЙ ЛОГИКИ
- A. OR
 - B. AND
 - C. NOT
 - D. AND NOT
14. АНАЛИЗИРУЯ ДАННЫЕ О 1000 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ НАШЕЛ, ЧТО 600 ИЗ НИХ ИМЕЮТ ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА И СДЕЛАЛ ВЫВОД О СВЯЗИ ДИАБЕТА И ОЖИРЕНИЯ. ЕСЛИ ОН ОШИБСЯ, В ЧЕМ ПРИЧИНА ОШИБКИ?
- A. нет группы сравнения

- В. нет отслеживания пациентов в динамике
- С. не сделана поправка на возраст
- Д. не определен знаменатель

15. ДАЙТЕ ИНТЕРПРЕТАЦИЮ РЕЗУЛЬТАТАМ КОГОРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ВЛИЯНИЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА А В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ НА ЧАСТОТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА: №1: $RR = 3.5$ (95% ДИ 2,1-5,6); №2: $RR = 0.5$ (95% ДИ 0,1-0,8); №3: $RR = 0.5$ (95% ДИ 0,3-1,2).

- А. использование препарата А статистически значимо повышало риск инфаркта миокарда в первом исследовании, снижало во втором; в третьем исследовании причинно-следственная связь не установлена;
- В. использование препарата А статистически значимо повышало риск инфаркта миокарда в первом исследовании и снижало во втором и третьем исследованиях;
- С. использование препарата А статистически значимо снижало риск инфаркта миокарда в первом исследовании и повышало во втором и третьем;
- Д. ни в одном случае не установлено причинно-следственной связи между использованием препарата А и риском инфаркта миокарда.

16. ПРОВЕДЕНО ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАКА ГРУДИ. ОБСЛЕДОВАНО 3400 ЖЕНЩИН С РАКОМ ГРУДИ И 4000 ЖЕНЩИН, У КОТОРЫХ РАК ГРУДИ БЫЛ ИСКЛЮЧЕН. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ВЫЯСНИЛОСЬ, ЧТО ИЗ 3400 ЖЕНЩИН С РАКОМ ГРУДИ БЫЛИ ЭКСПОНИРОВАНЫ К ПЕСТИЦИДАМ 900 ЧЕЛОВЕК, НЕЭКСПОНИРОВАНЫ 2500. ИЗ 4000 ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН – ЭКСПОНИРОВАНЫ 600, НЕЭКСПОНИРОВАНЫ 3400 ЧЕЛОВЕК. КАКОЙ ТИП ИССЛЕДОВАНИЯ ИМЕЕТ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ? КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОБХОДИМО РАССЧИТАТЬ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ЭФФЕКТА ВОЗДЕЙСТВИЯ?

- А. исследование «случай контроль», показатель «отношения шансов»;
- В. когортное исследование, показатель «относительного риска»;
- С. исследование «случай контроль», показатель «относительного риска»;
- Д. исследование «случай контроль», показатель «абсолютного риска»;
- Е. поперечное исследование, показатель «отношение превалентностей».

17. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМА ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

- А. когортного
- В. случай-контроль
- С. обсервационного
- Д. поперечного

18. В СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ ВКЛЮЧАЮТ ИСТОЧНИКИ:

- А. только первичной информации
- В. только вторичной информации
- С. первичной и вторичной информации
- Д. содержащие экспертные оценки по изучаемому вопросу

19. ПУБЛИКАЦИОННОЕ СМЕЩЕНИЯ ОЦЕНОК В МЕТА-АНАЛИЗЕ ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА

- А. пристрастности к публикации положительных результатов в противовес отрицательным

- В. незаконченности информационного поиска
- С. неудачных критериев включения/исключения источников
- Д. неточностей изложения в оригинальных сообщениях

20. КОЛЛЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ СЧИТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ОХВАТЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ НЕ НИЖЕ (%)

- А. 95
- В. 55
- С. 70
- Д. 85

21. ПОД ДЕРАТИЗАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЙ ПОДБОР МЕТОДОВ И СРЕДСТВ

- А. в целях управления популяциями грызунов и технология их уничтожения
- В. по уничтожению в окружающей среде всех видов микроорганизмов
- С. по уничтожению в окружающей среде патогенных и условно-патогенных микроорганизмов
- Д. в целях управления популяциями членистоногих и технология их уничтожения

22. К БИОЛОГИЧЕСКОМУ МЕТОДУ ДЕЗИНСЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- А. использование естественных врагов членистоногих
- В. применение защитных сеток
- С. применение репеллентов
- Д. использование аттрактантов

23. ПОД ДЕЗИНСЕКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ НАПРАВЛЕННЫХ НА

- А. управление популяциями членистоногих и их уничтожение
- В. управление популяциями грызунов и их уничтожение
- С. уничтожение в окружающей среде всех видов микроорганизмов
- Д. уничтожение в организме членистоногих патогенных микроорганизмов

24. СИСТЕМУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ИСТРЕБИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННУЮ НА УНИЧТОЖЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ ЧИСЛА ГРЫЗУНОВ, ОПАСНЫХ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ И ПРИНОСЯЩИХ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ, НАЗЫВАЮТ

- А. дератизацией
- В. дезинсекцией
- С. стерилизацией
- Д. дезинфекцией

25. УНИЧТОЖЕНИЕ НАСЕКОМЫХ И КЛЕЩЕЙ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПЕРЕНОСЧИКАМИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, А ТАКЖЕ ДРУГИХ ЧЛЕНИСТОНОГИХ, КОТОРЫЕ ДОСТАВЛЯЮТ ЧЕЛОВЕКУ БЕСПОКОЙСТВО И НЕУДОБСТВА, НАЗЫВАЮТ

- А. дезинсекцией
- В. дератизацией
- С. стерилизацией
- Д. дезинфекцией

26. ДЕЗИНФЕКЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА -
НА ____
- A. механизм передачи инфекции
 - B. источник инфекции
 - C. восприимчивый организм
 - D. очаг инфекции
27. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА АНТРОПОНОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
- A. активное выявление больных
 - B. дезинфекция
 - C. дезинсекция
 - D. наблюдение за контактными
28. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЗООНОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
- A. дератизация
 - B. дезинфекция
 - C. дезинсекция
 - D. наблюдение за контактными
29. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
- A. вакцинация
 - B. дератизация
 - C. дезинфекция
 - D. дезинсекция
30. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
- A. химиопрофилактика
 - B. дератизация
 - C. дезинфекция
 - D. дезинсекция
31. МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
- A. медицинское наблюдение за контактными
 - B. медицинское наблюдение за пациентом
 - C. дезинфекция
 - D. изоляция больного
32. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ АНТРОПОНОЗАХ:
- A. больной человек
 - B. насекомое
 - C. почва
 - D. животное
33. ЕСЛИ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ – ЖИВОТНОЕ, ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. зоонозом
 - B. антропонозом
 - C. сапронозом

D. заразным

34. ЕСЛИ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ – ВОДА, ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. сапронозом
- B. зоонозом
- C. антропонозом
- D. заразным

35. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ТРАНСМИССИВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:

- A. кровяных
- B. наружных покровов
- C. дыхательных путей
- D. кишечных

36. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ КОНТАКТНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:

- A. наружных покровов
- B. кровяных
- C. дыхательных путей
- D. кишечных

37. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:

- A. кишечных
- B. наружных покровов
- C. кровяных
- D. дыхательных путей

38. ЕСЛИ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ АЭРОЗОЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ТО ОНА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ:

- A. дыхательных путей
- B. кишечных
- C. наружных покровов
- D. кровяных

39. НА СКОЛЬКО КЛАССОВ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ, ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ И РАДИАЦИОННОЙ ОПАСНОСТИ, А ТАКЖЕ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СРЕДУ ОБИТАНИЯ?

- A. пять
- B. два
- C. три
- D. четыре

40. СТЕРИЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ИЗДЕЛИЯ МНОГОРАЗОВОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ, СОПРИКАСАЮЩИЕСЯ С

- A. раневой поверхностью
- B. кожными покровами
- C. поверхностями больничной среды
- D. одеждой медицинского персонала

41. НАЗОВИТЕ ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЕЗИНСЕКЦИИ:

- A. кипячение
- B. использование овицидов
- C. разведение рыбок гамбузий
- D. использование репеллентов

42. ДЛЯ ОТПУГИВАНИЯ ЧЛЕНИСТОНОГИХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- A. репелленты
- B. фумиганты
- C. овициды
- D. кишечные яды

43. ДЛЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ЧЛЕНИСТОНОГИХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- A. аттрактанты
- B. фумиганты
- C. овициды
- D. репелленты

44. ХИМИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ УНИЧТОЖЕНИЯ ГРЫЗУНОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- A. родентициды
- B. инсектициды
- C. ларвициды
- D. акарициды

45. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЛИКВИДИРОВАННОЕ ГЛОБАЛЬНО С ПОМОЩЬЮ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ

- A. натуральная оспа
- B. полиомиелит
- C. корь
- D. коклюш

46. ВАКЦИНАЦИЮ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГРИППА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С (ЛЕТ)

- A. 0,5
- B. 1
- C. 3
- D. 5

47. ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ДВУМЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРИВИВКАМИ (ЖИВЫЕ ВАКЦИНЫ) ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

- A. 4 недель
- B. 10 дней
- C. 3 месяцев
- D. 6 месяцев

48. В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ РЕБЁНОК ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИВИТ ПРОТИВ

- A. гепатита В и туберкулёза
- B. кори и краснухи
- C. полиомиелита и Нib-инфекции
- D. коклюша, дифтерии, столбняка

49. ПЕРВОЕ МЕСТО ПО АКТУАЛЬНОСТИ В РОССИИ ИЗ ЧИСЛА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАНИМАЕТ
- A. ишемическая болезнь сердца
 - B. тромбоз вен
 - C. порок сердца
 - D. заболевание периферических сосудов
50. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ _____ МЕСТО В МИРЕ
- A. первое
 - B. второе
 - C. третье
 - D. четвертое
51. К «БОЛЬШОЙ ТРОЙКЕ» ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
- A. курение, гиподинамия, гиперлипидемия
 - B. сахарный диабет, генетические факторы, стресс
 - C. генетические факторы, артериальная гипертензия, прибавление веса в зрелом возрасте
 - D. курение, злоупотребление алкоголем, стресс
52. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ
- A. популяционной стратегии
 - B. индивидуальной стратегии
 - C. стратегии низкого риска
 - D. персонифицированной стратегии
53. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОТНОСЯТ
- A. сахарный диабет
 - B. повышение уровня липопротеинов высокой плотности
 - C. нерациональное питание
 - D. отказ от курения
54. В РОССИИ САМОЙ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ
- A. легкое
 - B. простата
 - C. мочевого пузыря
 - D. кожа
55. В РОССИИ САМОЙ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ
- A. молочная железа
 - B. матка
 - C. легкое
 - D. кожа
56. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. курение
- B. злоупотребление алкоголем
- C. ожирение
- D. наследственная предрасположенность

57. ДОКАЗАННЫЙ КАНЦЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ СОЛНЕЧНОЙ РАДИАЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАКА

- A. кожи
- B. легких, почек, костей
- C. щитовидной железы
- D. желудка

58. МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАПРАВЛЕНЫ НА

- A. выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли
- B. выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса
- C. лечение онкологических больных
- D. предупреждение рецидивов и метастазов у онкологических больных, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов

59. СРЕДИ НАРКОМАНОВ В РОССИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНО УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ

- A. опиатов
- B. каннабиоидов
- C. транквилизаторов
- D. препаратов амфетаминовой группы

60. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЙ В МИРЕ ФОРМОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ПСИХИЧЕСКОЙ) ЯВЛЯЕТСЯ

- A. табакокурение
- B. употребление алкоголя
- C. употребление опиатов
- D. употребление кокаина

IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Тема 1.1. Парадигма современной эпидемиологии и основы доказательной медицины

Компетенции:

ИДУК-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДУК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 1.2. Типы эпидемиологических исследований

Компетенции:

ИДУК-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДУК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 1.3. Поиск доказательной информации

Компетенции:

ИДУК-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДУК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 1.4. Обсервационные описательные и аналитические эпидемиологические исследования

Компетенции:

ИДУК-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДУК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

Слежение за заболеваемостью дизентерией в населенном пункте выявило превышение контрольного уровня заболеваемости в июне месяце. Для выявления причины эпидемического подъема у заболевших и здоровых был собран эпидемиологический анамнез. При этом было получено следующее распределение факторов риска среди больных и здоровых:

Номер	ФИО	Дизентерия	Неуд. жил.-быт. условия	Отсут. централ. водоснабжения	Питье сырой воды	Работа на предп. общ.пит	Питание только в дом. усл.	Питание в столовой
1	Иванов	1	1	1	1	0	0	1
2	Петров	1	0	0	1	0	0	1
3	Сидоров	1	0	0	0	1	0	1
4	Иванова	1	1	1	0	0	0	1
5	Петрова	1	0	0	0	0	0	0
6	Сидорова	1	0	0	0	1	0	1
7	Абдуллин	1	0	0	1	0	0	1
8	Костиков	1	1	0	1	0	0	0
9	Наумов	1	1	1	0	0	0	1
10	Зайцева	1	0	0	0	1	1	1
11	Ивушкин	0	0	0	0	0	0	0
12	Носова	0	1	1	0	0	1	0
13	Габидуллина	0	0	0	1	0	0	0
14	Наумова	0	1	0	0	1	0	1
15	Жукова	0	0	0	1	0	0	0
16	Пономарева	0	1	0	1	0	0	0
17	Жданов	0	0	1	0	1	1	1
18	Ивашкин	0	0	0	1	0	1	0
19	Андреев	0	0	0	0	0	1	0
20	Алексеев	0	1	0	0	0	0	1

Задание:

- 1) Загрузите базу участников исследования в StatTech.
- 2) Определите тип переменных («категориальная») и присвойте имена значениям переменных.
- 3) Рассчитайте показатели отношения шансов и их 95% доверительные интервалы для каждого фактора риска.
- 4) Сделайте выводы.

Примечание: Для выполнения задачи необходимы: персональный компьютер с выходом в Интернет, программа электронных таблиц, наличие аккаунта в StatTech (необходима предварительная регистрация на сайте).

Алгоритм выполнения ситуационной задачи:

- 1) Загрузите базу участников исследования в StatTech.
- 2) Определите тип переменных. Необходимо выбрать тип переменной «категориальная» во всех столбцах, т.к. везде используются бинарные переменные. Далее необходимо присвоить имена значениям переменных, например, как показано ниже для переменной «Жилищно-бытовые условия»:

Задать категории ✕

Числовое значение	Категория	Категория в род. падеже
0	Удовлетворительные условия жизни	удовлетворительных условий жизни
1	Неудовлетворительные условия жизни	неудовлетворительных условий жизни

По завершению присвоения имен категориям переменных Ваша база в программе StatTech будет выглядеть следующим образом:

STATTECH Задать вопрос Отправить письмо Инструкция Мои базы Мои вопросы Saida Asfurlina v3.0.0									
Расследование вспышки Сохранить базу в файл Всего в базе: 9 столбцов и 20 строк									
Сбросить все зависимости Описательная статистика Вычисление переменных Отображение колонок Настройки анализа Выполнить анализ									
	Без группы	Без группы	Без группы	Без группы	Без группы	Без группы	Без группы	Без группы	Без группы
	Идентификатор	Наличие заболевания	Жилищно-бытовые условия	Централизованное водоснабжение	Питье сырой воды	Работа на предприятиях общественного питания	Питание только в дом. усл.	Питание в столовой	
1	Иванов	1 (Болеющие дизентерией)	1 (Неудовлетворительные условия)	1 (Отсутствие централизованного водоснабжения)	1 (Пьющие сырую воду)	0 (Не работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	
2	Петров	1 (Болеющие дизентерией)	0 (Удовлетворительные условия)	0 (Наличие централизованного водоснабжения)	1 (Пьющие сырую воду)	0 (Не работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	
3	Сидоров	1 (Болеющие дизентерией)	0 (Удовлетворительные условия)	0 (Наличие централизованного водоснабжения)	0 (Не пьющие сырую воду)	1 (Работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	
4	Иванова	1 (Болеющие дизентерией)	1 (Неудовлетворительные условия)	1 (Отсутствие централизованного водоснабжения)	0 (Не пьющие сырую воду)	0 (Не работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	
5	Петрова	1 (Болеющие дизентерией)	0 (Удовлетворительные условия)	0 (Наличие централизованного водоснабжения)	0 (Не пьющие сырую воду)	0 (Не работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	0 (Не питающиеся в столовой)	
6	Сидорова	1 (Болеющие дизентерией)	0 (Удовлетворительные условия)	0 (Наличие централизованного водоснабжения)	0 (Не пьющие сырую воду)	1 (Работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	
7	Абдуллин	1 (Болеющие дизентерией)	0 (Удовлетворительные условия)	0 (Наличие централизованного водоснабжения)	1 (Пьющие сырую воду)	0 (Не работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	
8	Костиков	1 (Болеющие дизентерией)	1 (Неудовлетворительные условия)	0 (Наличие централизованного водоснабжения)	1 (Пьющие сырую воду)	0 (Не работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	0 (Не питающиеся в столовой)	
9	Наузов	1 (Болеющие дизентерией)	1 (Неудовлетворительные условия)	1 (Отсутствие централизованного водоснабжения)	0 (Не пьющие сырую воду)	0 (Не работающие на предприятиях общественного питания)	0 (Не питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	
10	Зайцева	1 (Болеющие дизентерией)	0 (Удовлетворительные условия)	0 (Наличие централизованного водоснабжения)	0 (Не пьющие сырую воду)	1 (Работающие на предприятиях общественного питания)	1 (Питающиеся только в дом. усл.)	1 (Питающиеся в столовой)	

- 3) Рассчитайте показатели отношения шансов для каждого фактора риска. Для этого необходимо задать алгоритм в настройке зависимой переменной (наличие заболевания/дизентерии) – необходимо во вкладке модели отметить все анализируемые факторы риска и выбрать «принудительное включение». Нажимаете «ОК».

Настройки колонки "Наличие заболевания" ✕

Основные Группы Зависимости Модели

Зависимая переменная
Наличие заболевания

Отбор предикторов
Пошаговое исключение **Принудительное включение**

Независимые колонки

- ☒ Жилищно-бытовые условия
- ☒ Централизованное водоснабжение
- ☒ Питье сырой воды
- ☒ Работа на предприятиях общественного питания
- ☒ Питание только в дом. усл.
- ☒ Питание в столовой

Отмена OK

Поскольку расследование вспышек проводится с использованием дизайна исследования случай-контроль, для выводов используют показатель отношения шансов. Для дальнейших расчетов необходимо выбрать «Выполнить анализ».

Получаем следующие результаты:

Предикторы	Unadjusted	
	COR; 95% ДИ	p
Жилищно-бытовые условия: Неудовлетворительные условия жизни	1,000; 0,167 – 5,983	1,000
Централизованное водоснабжение: Отсутствие централизованного водоснабжения	1,714; 0,219 – 13,410	0,608
Питье сырой воды: Пьющие сырую воду	1,000; 0,167 – 5,983	1,000
Питание только в дом. усл.: Питающиеся только в домашних условиях	0,167; 0,015 – 1,879	0,147
Работа на предприятиях общественного питания: Работающие на ПОП	1,714; 0,219 – 13,410	0,608
Питание в столовой: Питающиеся в столовой	9,333; 1,194 – 72,966	0,033*

4) Делаем вывод: Заболевание дизентерией было ассоциировано с питанием в столовой (ОШ 9,333, 95% ДИ 1,194 – 72,966; $p=0,033$).

Задача 2.

В 1989 г. среди новорожденных детей в двух районах Алтайского края, расположенных на расстоянии 500 км один от другого, отмечены случаи заболеваний желтухой неясного генеза среди новорожденных. В 1990 г. рост заболеваемости среди новорожденных ЖНГ был отмечен уже в четырех районах с превышением показателя заболеваемости в 9 раз в сравнении с территорией края и в 28 раз в сравнении с территориями, где ЖНГ регистрировали в единичных случаях. По мнению специалистов, желтуха у новорожденных была неинфекционной патологией и отличалась от гемолитической желтухи. Желтуха появлялась на 2-3 сутки жизни новорожденного и продолжалась у 84% лиц от 30 дней до двух месяцев.

По заключению педиатров ЖНГ соответствует желтухе с недостаточностью глюкуронил-трансферазы, называемой патологической конъюгационной желтухой новорожденных

(ПКЖН). В качестве причин патологии рассматривали различные факторы (радиация, применение ядохимикатов в сельском хозяйстве, качество воды и продуктов питания, действие тяжелых металлов и др.). При проведении эпидемиологического расследования было установлено, что в 1989-92 гг. основные продукты питания (крупы, мука, растительные и животные жиры) люди получали в магазинах по талонам. При обследовании магазинов и складов обнаружено в них наличие недоброкачественного пшена (зеленый цвет крупы).

Ядохимикаты на территории районов не применялись в течение последних двух лет.

Токсикологический анализ свидетельствовал, что в этих районах 60% продуктов (мука, крупы) содержали примеси, и при употреблении этих круп у лабораторных белых крыс при беременности возникала патология у эмбрионов. Было установлено систематическое загрязнение почвы, воды, некоторых овощей, круп, муки тяжелыми металлами и другими токсическими элементами (свинец, хром, кадмий, никель, мышьяк, молибден).

Микроэлементный состав волос беременных женщин в пораженных районах свидетельствовал о значительной нагрузке на их организм тяжелых металлов.

Из эпиданамнеза: обследовано 345 матерей, у которых родились дети с ПКЖН и 710 женщин, у которых родились здоровые дети.

Из 345 женщин, родивших детей с ПКЖН, 122 постоянно в период беременности употребляли гречневую крупу, а 154 женщины - пшено. Из 710 женщин, родивших здоровых детей, 110 в течение беременности употребляли гречневую крупу, а 220 чел. - пшено.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Какой тип эпидемиологического исследования подошел бы в данной ситуации для оценки наличия причинно-следственной связи?

Для доказательства гипотезы о наличии связи возникновения ПКЖН у новорожденных детей и употреблением в пищевой рацион беременными недоброкачественной крупы, следует использовать аналитический вид исследования «случай-контроль».

2. Выскажите гипотезу о причине роста случаев заболеваний конъюгационной желтухой новорожденных

Причиной роста случаев патологических состояний новорожденных могло быть систематическое употребление в пищу беременными женщинами недоброкачественной крупы, загрязненной тяжелыми металлами.

3. Разработайте дизайн аналитического исследования «случай-контроль» для установления связи заболеваний новорожденных с употреблением в пищу беременными крупяных блюд.

По условиям задачи необходимо сформировать две группы родившихся детей: с заболеванием и без данной патологии.

Составляется четырехпольная таблица, в которую заносятся исходы (да, нет) и данные по систематическому употреблению беременными подозреваемого продукта. Эти данные получены методом опроса среди лиц из групп «случай» и «контроль». Результаты подвергают статистической обработке при помощи онлайн-калькуляторов oreperi.com.

4. Определите группы риска, подверженные формированию внутриутробной патологии у новорожденных детей

Группой риска являются женщины детородного возраста, проживающие на экологически неблагополучных территориях, почва которых загрязнена тяжелыми металлами и другими токсическими элементами. К группе риска следует отнести женщин относительно благополучных территорий, которые будут систематически употреблять в пищу растительные продукты, выращенные на экологически неблагополучных территориях.

5. Для доказательства сформулированной Вами гипотезы о причинно-следственной связи патологии новорожденных, какие аналитические исследования, кроме ретроспективных, позволят проверить выдвинутую гипотезу.
Никакие. Проспективные когортные исследования в данном случае неэтичны.

Тема 1.5. Оценка профилактических и лечебных мероприятий на основе принципов доказательной медицины

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы в вопросе 1 – А, В; в вопросах 2-10 – А.

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Отличие экспериментальных исследований от наблюдательных

Тезисы ответов:

Экспериментальные исследования, в отличие от наблюдения, предполагают искусственное воспроизведение явления (его части) или искусственное вмешательство в естественный ход процесса. Искусственное воспроизведение заболеваемости людей в ходе исследований немыслимо.

Вопрос 2. Формы экспериментальных исследований.

Тезисы ответов:

Три формы экспериментальных исследований:

- рандомизированные контролируемые;
- полевые;
- проводимые на коммунальном уровне.

Вопрос 3. Дайте определение РКИ.

Тезисы ответов:

Рандомизированное контролируемое испытание (или рандомизированное клиническое испытание) — экспериментальное эпидемиологическое исследование, предпринимаемое для оценки новой схемы профилактики или лечения. Представителей какой-либо популяции распределяют методом случайной выборки по группам, обычно называемым группой вмешательства и контрольной, и наблюдаемые результаты сравнивают. При этом можно применить двойной слепой метод, при проведении которого ни врач-исследователь, ни пациент не знают, получает больной плацебо или лекарственное средство. Согласно современным стандартам, ни один новый метод лечения, профилактики или диагностики не может быть признан без обязательной тщательной проверки в ходе рандомизированных контролируемых исследований.

Вопрос 4. Что такое рандомизация?

Тезисы ответов:

Рандомизация — случайное распределение пациентов по группам. Случайное распределение пациентов по группам проводят, чтобы различий между группами было как можно меньше и они носили случайный, а не преднамеренный характер по всем признакам. Из принципа случайного комплектования групп исходит методология статистического анализа данных — различия групп по определению будут случайными.

Вопрос 5. Способы проведения рандомизации.

Тезисы ответов:

Рандомизацию проводят разными способами — с использованием:

случайных чисел;

компьютерных программ.

Иногда рандомизацию подменяют псевдорандомизацией.

Примеры псевдорандомизации — распределение в группы по:

первой букве имени;

дате рождения;

номеру медицинской карты;

дню недели поступления в клинику и т.д.

Вопрос 6. Требования, предъявляемые к контролируемому экспериментальному исследованию

Тезисы ответов:

Организация контролируемого экспериментального исследования должна отвечать определенным требованиям, сформулированным ВОЗ.

Опытная и контрольная группы должны быть равноценны по численности и всем прочим признакам, кроме исследуемого фактора.

Объем выборки (численность взятого в опыт контингента) должен быть достаточным для того, чтобы в последующем показатели влияния изучаемого фактора были статистически достоверными.

Участвующие в эксперименте лица не должны быть осведомлены, какая из групп служит опытной, какая — контрольной.

Применяемые препараты (методы) шифруют (кодируют).

Объективность проводимого эксперимента должна быть обеспечена четкой стандартизацией способов сбора информации и ее анализом.

Каждое клиническое решение должно базироваться на строго доказанных научных фактах.

Клиническое исследование трудно отнести к чистому эксперименту. Объектом исследования служит пациент, который сам определяет свои поступки, а экспериментатором — врач с личным профессиональным опытом, склонностями и подчас ошибочными суждениями. Вот почему в клинических исследованиях всегда заложена опасность систематических ошибок (предвзятости), избежать которых можно лишь следуя четким научным принципам. В наибольшей мере таким принципам отвечают рандомизированные клинические испытания. Клинический опыт и интуиция — необходимые составляющие врачебного искусства. Однако ни один клиницист не может иметь достаточного прямого опыта, чтобы свободно ориентироваться во всем многообразии клинических ситуаций. Индивидуальный врачебный опыт и мнение экспертов не могут иметь достаточной научной основы.

Вопрос 7. Охарактеризуйте 1 фазу клинических испытаний лекарственных средств

Тезисы ответов:

Фаза I. В первой фазе новый продукт впервые испытывается на людях. Цели этой фазы исследования связаны с безопасностью продукта, и она проводится с привлечением здоровых волонтеров (добровольцев) в количестве несколько десятков человек, которые госпитализируются в специальный центр, приспособленный к проведению первой фазы клинических исследований. Если проведение испытания на здоровых добровольцах невозможно (лекарственные средства для лечения онкологических заболеваний, СПИДа и др.) или не имеет смысла, то может быть получено разрешение на проведение первой фазы исследования на пациентах с определенным патологическим состоянием. Обычно здоровые волонтеры получают оплату. Волонтеры - люди в возрасте 25-30 лет (мужчины или женщины, за исключением беременных и кормящих), в более поздних стадиях в испытание включают детей, если препарат планируют применять в педиатрической практике (неконтролируемое клиническое испытание).

Вопрос 8. Охарактеризуйте 2 фазу клинических испытаний лекарственных средств.

Тезисы ответов:

Фаза II. Оценивают эффективность и безопасность препарата у пациентов с заболеванием, для лечения которого разработан препарат. Обычно это плацебоконтролируемые исследования. Иногда II фазу клинических исследований разделяют на фазы IIa и IIb. Целями II фазы являются оценка краткосрочной безопасности лекарственного средства (IIa), а также доказательство клинической эффективности лекарственного средства и определение терапевтического уровня дозирования при испытании на группе пациентов (IIb). Количество пациентов на этом этапе составляет несколько десятков, иногда больше и зависит от величины ожидаемого эффекта. Если он значителен, достаточно небольшого количества пациентов, чтобы доказать статистическую значимость эксперимента. Если эффект выражен недостаточно, необходимо большее количество пациентов (рандомизированное или нерандомизированное клиническое исследование).

Вопрос 9. Охарактеризуйте 3 фазу клинических испытаний лекарственных средств

Тезисы ответов:

Фаза III. Лекарственное средство испытывается на больших группах пациентов (десятки-сотни) разного возраста, с различной сопутствующей патологией. Исследование проводят в многочисленных научно-исследовательских центрах различных стран. Исследования III фазы являются рандомизированными контролируемыми исследованиями. В них изучают все аспекты лечения, включая оценку показателя риск/польза. На основании результатов III фазы клинических исследований Росздравнадзор принимает решение о регистрации или отказе в регистрации лекарственного препарата (рандомизированное клиническое исследование).

Вопрос 10. Охарактеризуйте 4 фазу клинических испытаний лекарственных средств

Тезисы ответов:

Фаза IV. Проводится уже после того, как лекарственный препарат получил разрешение к применению. Эти исследования часто называют постмаркетинговыми (пострегистрационными) исследованиями. Цели данных исследований - выявление отличий нового лекарственного средства от других препаратов в данной фармгруппе, сравнение его эффективности по отношению к аналогам, уже реализуемым на рынке, и демонстрация пользы нового препарата с точки зрения экономики здравоохранения, а также выявление и определение ранее неизвестных или неправильно определенных побочных эффектов лекарственного средства, факторов риска. В результате безопасность и эффективность лекарства могут пересматриваться в соответствии с новыми клиническими данными по его применению (сплошное/рандомизированное клиническое/полевое исследование).

Тема 1.6. Систематический анализ и мета-анализ по материалам опубликованных научных работ.

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты.

Ответ на вопрос 1.

Определение основной цели обзора - 1

Определение способов оценки результатов - 2

Систематический информационный поиск - 3

Суммирование количественной информации - 4

Суммирование доказательств с использованием подходящих статистических методов - 5

Интерпретация результатов - 6

Ответ на вопрос 2.

Поиск исследований, содержащих данные по интересующей проблеме - 1

Определение критериев отбора для включения или исключения исследований из рассмотрения - 2

Абстрагирование данных от конкретных исследований - 3

Совместный анализ абстрагированных данных - 4

Определение размера эффектов для проверки гомогенности - 5

Ответы на вопросы 3-10: правильные ответы А.

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Определение систематических обзоров.

Тезисы ответов:

Систематический обзор – это разновидность научного исследования с заранее спланированными методами, где объектом изучения служат результаты ряда оригинальных исследований. Систематический обзор синтезирует результаты этих исследований, используя подходы, уменьшающие возможность систематических и случайных ошибок. В большинстве систематических обзоров используют статистические методы обобщения данных - метаанализ. По мере поступления новых данных их выводы могут меняться.

Систематический обзор - структурированный процесс, включающий:

- правильно сформулированный вопрос;
- полноценный и профессиональный поиск информации;
- несмещенный (безошибочный) процесс отбора публикаций и извлечения фактических данных из них;
- критическую оценку данных;

— синтез данных.

Вопрос 2. Выводы на основе проведенного систематического обзора

Тезисы ответов:

Выводы на основе проведенного систематического обзора:

- вмешательство, несомненно, эффективно, необходимо применять;
- вмешательство неэффективно, его не следует применять;
- вмешательство наносит вред, его следует запретить;
- польза или вред не доказаны, требуются дальнейшие исследования.

Вопрос 3. Основные характеристики систематических обзоров.

Тезисы ответов:

Основные характеристики систематических обзоров:

- Протокол, содержащий задачи исследования, описание объектов и методов исследования.
- Исчерпывающие, чувствительные и документированные стратегии исследования с использованием библиографических баз данных, ключевых слов, возможностью ручного поиска. Возможны попытки включения неопубликованных исследований, не ограниченных страной или языком.
- Подробные и верифицированные критерии выбора и исключения, разработанные для оценки результатов исследования.
- Использование таблиц отбора данных с проверкой их полноты
- Разработать и использовать критерии качества для оценки валидности исследований с помощью оценки дизайна, проведения и анализа исследований с оценкой размера ошибки, смещений и шансов.
- Обзор оснований. Почему результаты исследования могут использовать различные соответствующие количественные модели для оценки роли таких факторов, как состояние пациента, дозы, продолжительности и природы вмешательства. Там, где это возможно, исследования объединяют для получения общего эффекта.
- Проверка чувствительности результатов выборов и предположений, сделанных в обзоре, таких, как критерии включения и валидности, которые влияют на исследование, метод, использованный для объединения данных.
- Отчет о ключевых аспектах создания обзора, методах, анализе и результатах. Он должен включать резюме протокола, стратегию поиска, таблицу основных элементов каждого включенного исследования. Отчет может дополняться графическим описанием.
- Обсуждение методологических ограничений как в отношении первичных исследований, так и обзора. Обеспечить использование доказательств исследования, в том числе путем разработки рекомендаций по применению результатов исследования.

Вопрос 4. В чем заключаются преимущества систематических обзоров и синтетического подхода к анализу результатов исследований?

Тезисы ответов:

Преимущества систематических обзоров и синтетического подхода к анализу результатов исследований:

- помогают демократизировать научные исследования и использование их результатов, способствуют большей открытости базы знаний, в том числе для общественности. Это может уменьшить значение «экспертов» как сосредоточения знаний, что в прошлом приводило к увеличению числа ошибок;
- предоставляют научной общественности бесценный источник информации, который позволяет обобщать накопленный в прошлом материал, упорядочивать новые материалы и

разрабатывать методологию определения тем и ключевых направлений научных исследований. Это позволяет обеспечить применение результатов исследований и проведение оценки теорий во всем мире;

— дают возможность ученым определить основные пробелы в исследованиях, предлагать новые решения в рамках накопленных знаний и избежать их ненужного дублирования;

— предоставляют базу знаний для практикующих врачей и организаторов здравоохранения, которые могут использовать обзоры для оценки эффективности различных форм и видов оказания медицинской помощи;

— содействуют кумулятивному развитию науки. Крайне редко исследование проводится на совершенно новой почве, мы стоим на плечах предыдущих исследований;

— помогают ясно определить то, чего мы не знаем и степень неясности.

Вопрос 5. Отличия систематических обзоров от обзоров литературы.

Тезисы ответов:

Характеристика	Обзор литературы	Систематический обзор
Освещаемые вопросы	Часто рассматривается широкий спектр вопросов	Часто посвящен определенному клиническому вопросу
Источники данных и стратегия поиска	Источники не всегда указаны, стратегия может быть ошибочной	Источники обычно всеобъемлющи, а стратегия поиска точно изложена
Принцип отбора данных	Не всегда указан, может быть ошибочным	Отбор основан на определенных критериях, применяемых одинаковым образом
Методы оценки данных	Различные	Строгие, критические методы оценки
Обобщение данных	Часто качественное	Количественное (метаанализ)
Выводы	Иногда научно обоснованные	Как правило, научно обоснованные

Большинство обзоров литературы чаще посвящены широкому диапазону проблем, связанных с темой, а не глубокому анализу конкретного вопроса. Например, обзор литературы по диабету, напоминающий главу из учебника, может содержать разделы по физиологии и патофизиологии обмена углеводов, жиров и белков; эпидемиологии диабета и прогнозу; диагностическим и скрининговым методам; профилактическим, лечебным, реабилитационным и паллиативным вмешательствам.

Таким образом, обзоры литературы наиболее полезны для получения широкого представления по теме; они менее полезны при поиске конкретного ответа на определенный клинический вопрос. Обзоры литературы хороши для описания истории развития вопроса и его решения, они могут лучше представить новейшие достижения, если проведенные исследования были немногочисленными, предварительными или не очень достоверными из-за недостатков в их организации или исполнении. Они могут быть особенно полезны для обсуждения данных в свете основной теории. В обзорах литературы допустимы аналогии, умозрительное объединение исследований в двух независимых областях, например, посвященных раку и синдрому приобретенного иммунодефицита. Однако в таких обзорах связь между клиническими рекомендациями и фактами слабая, неполная или, что еще хуже, основана на предвзятом цитировании определенных оригинальных исследований. В результате рекомендации в обзорах литературы, публикуемых в журналах или руководствах, часто отличаются от рекомендаций систематических обзоров. Например, обзоры литературы могут с опозданием на десятилетие рекомендовать методы лечения, эффективность которых доказана, или приводить доводы в защиту методов лечения,

которые бесполезны или вредны. Кроме того, систематические обзоры, использующие количественные методы, скорее, чем обзоры литературы, позволят обнаружить небольшие, но клинически значимые эффекты лечения.

Вопрос 6. Возможности и ограничения систематических обзоров

Тезисы ответов:

Значение хорошо проведенного систематического обзора для практического врача переоценить трудно. Многие из нас перегружены объемом выпускаемой медицинской литературы и в результате часто предпочитают просматривать обзорные сообщения, а не публикации оригинальных исследований. Обзорные статьи позволяют нам оставаться на уровне современных знаний. Высококачественные систематические обзоры помогают определить границы известного и узнавать обо всех научно доказанных фактах. Отдельные исследования редко дают точные ответы на определенные клинические вопросы, а систематические обзоры могут помочь практическим врачам решать их. Критически анализируя первичные исследования, систематические обзоры помогают также выявить противоречия между результатами различных исследований. Количественно объединяя результаты нескольких небольших исследований, метаанализ позволяет делать более точные, разносторонние и убедительные выводы. Примером тому служит недавно опубликованный обзор, подчеркнувший благоприятное влияние ограничения белков в пище на прогрессирование заболеваний почек диабетической и иной этиологии. Кроме того, систематический обзор нескольких исследований помогает лучше определить, для каких подгрупп больных применимы полученные результаты.

Систематические обзоры нужны и исследователям, так как позволяют суммировать существующие данные, усовершенствовать гипотезы, определять необходимые размеры выборки для исследования, помогают выработать план будущих исследований. Без этих обзоров исследователи могут пройти мимо многообещающих направлений или изучать уже решенные вопросы. Организаторам здравоохранения обзоры и другие обобщающие публикации необходимы для выработки политики оказания медицинских услуг, обеспечивающей оптимальные результаты при имеющихся ресурсах.

Систематические обзоры могут помочь в решении клинических проблем, но никогда не заменят клинического опыта. Врачи дают рекомендации конкретным больным, основываясь на аналогиях, опыте, логических построениях и теории, равно как и на научно обоснованных результатах исследований. Осведомленность об эффективности какой-либо терапии не заменит знания о том, как использовать ее для лечения конкретных больных. Научно обоснованные рекомендации могут привести к плохим практическим результатам, если применяются некритически или неосознанно. Структура принятия решений в медицине сложна, для этого требуется объединять воедино знания, навыки, морально-этические ценности и научно обоснованные факты при каждой встрече больного с врачом.

Вопрос 7. Дайте определение метаанализу.

Тезисы ответов:

Метаанализ (meta-analysis) - применение статистических методов при создании систематического обзора с целью обобщения результатов, включенных в обзор исследований. Систематические обзоры иногда называют метаанализом, если этот метод применялся в обзоре. Метаанализ проводят, чтобы обобщить имеющуюся информацию и распространить ее в понятном для читателей виде. Он включает определение основной цели анализа, выбор способов оценки результатов, систематизированный поиск информации, обобщение количественной информации, ее анализ с помощью статистических методов, интерпретацию результатов. Метаанализ - это статистический метод, позволяющий объединить результаты независимых исследований. Чаще всего его применяют для оценки клинической эффективности терапевтических вмешательств. Для этого объединяют результаты двух рандомизированных контролируемых исследований и более.

Информативность метаанализа зависит от качества систематического обзора, на основании которого его проводят. Качественный метаанализ предполагает изучение всех исследований, посвященных соответствующей проблеме, оценку неоднородности и определение информативности основных результатов путем анализа чувствительности. Существует несколько разновидностей метаанализа.

Вопрос 8. Преимущества и сложности проведения метаанализа.

Тезисы ответов:

Преимущества:

- получение достоверных результатов;
- устранение возможных ошибок;
- точность оценок;
- прозрачность.

Сложности:

- выявление и отбор исследований;
- неоднородность представленной информации;
- вероятность потери важной информации;
- неадекватный анализ сравниваемых подгрупп;
- неадекватный анализ чувствительности метода.

Главное требование к информативному метаанализу - адекватный систематический обзор. Результаты метаанализа обычно представляют в виде графика, отражающего показатели относительного риска (RR) и отношения шансов (OR) для отдельных исследований и обобщенные значения показателей RR и OR, отражающих суммарную выраженность эффекта.

Тема 2.1. Основные принципы профилактики и меры борьбы с инфекциями

Компетенции:

ИД_{УК-1-2}. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1-4}. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11-1}. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11-2}. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 2.2. Организация иммунопрофилактики среди детского и взрослого населения

Компетенции:

ИД_{УК-1-2}. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1-4}. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11-1}. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 2.3. Учение об эпидемическом процессе. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

17 февраля в городскую детскую инфекционную больницу с подозрением на ветряную оспу поступила Маша, 3-х лет, не посещающая детское дошкольное учреждение. В течение 12 часов было направлено экстренное извещение о случае ветряной оспы установленной формы в территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Из анамнеза: Маша заболела вечером 15-го февраля, температура тела повысилась до 37,5°C. Утром 16-го числа на различных участках тела появились единичные элементы сыпи, было отмечено повышение температура тела до 38°C. В течение дня появлялись многочисленные свежие элементы сыпи, температура сохранялась на уровне 38-39°C. Семья проживает в отдельной двухкомнатной квартире. Мать не работает, ветряной оспой не болела; отец – инженер, ветряной оспой болел. Имеется младший брат 9 месяцев. Со слов родителей с 1 по 2 февраля семья отдыхала за городом, где заболевший ребенок находился в тесном контакте с детьми друзей родителей. Ни один член семьи ранее от ветряной оспы не вакцинирован.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Выскажете гипотезу о возможных причинах заболевания ветряной оспой.
Вероятнее всего, Маша заразилась во время загородной поездки. Источником инфекции могли явиться дети друзей родителей. Необходимо узнать, не болел ли кто-то из детей друзей в возможные сроки заражения ветряной оспой.
2. Определите территориальные границы эпидемического очага ветряной оспы.
Территориальные границы очага – группа детского сада, которую посещает Маша, и квартиры, расположенные в том же подъезде, где проживает пациентка.
3. Составьте план противоэпидемических мероприятий в отношении первого звена эпидемического процесса.

Мероприятия, направленные на источник инфекции: изоляция и лечение больной. В детский сад реконвалесцент может быть допущен при условии клинического выздоровления, но не ранее 5-го дня с момента появления последнего элемента сыпи. Прием реконвалесцентов в коллектив разрешается только при наличии справки от лечащего врача.

4. Составьте план противоэпидемических мероприятий в отношении родителей и младшего брата заболевшей девочки.

Необходимо установить медицинское наблюдение в течение 21 дня за матерью пациентки и братом. Матери заболевшего ребёнка при отсутствии противопоказаний необходимо предложить экстренную вакцинацию живой аттенуированной вакциной. Вакцинация должна быть проведена как можно раньше, не позднее 72-96 часов с момента начала заболевания у ребенка. Вакцинация младшего брата противопоказана по возрасту. Профилактика заболевания у него может быть проведена с использованием ввести специфического или нормального иммуноглобулина в те же сроки.

5. Как осуществляется регистрация и учет случаев заболеваний ветряной оспой? Медицинский работник, выставивший диагноз, в течение 2 часов должен передать данные по телефону и затем в течение 12 часов выслать экстренное извещение по установленной форме в территориальный орган, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор (ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»). Информация о случае заболевания должна быть занесена в журнал учета инфекционных заболеваний.

Задача 2.

В терапевтическое отделение НУЗ "Отделенческая клиническая больница на ст. П." 25 августа поступает пациентка М., 38 лет. Больной себя считает в течение 1 недели. Клинические данные: Температура тела - 38,5°C, желтушность кожных покровов и склер, моча темно-коричневого цвета, стул ахоличный. Жалуется на тошноту по утрам, слабость и ощущение тяжести в правом подреберье. Результаты лабораторного обследования: в несколько раз повышены показатели аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего и прямого билирубина. При серологическом исследовании выявлены anti-HAV IgM, в связи с чем выставлен диагноз «Вирусный гепатит А» и больная переведена в инфекционную больницу. Эпидемиологические данные: контакт с инфекционными больными отрицает. Воду плохого качества не употребляла, в водоемах и бассейнах за последние 3 месяца не купалась. Любит покупать свежие овощи и ягоды на рынке, где иногда пробует немытые ягоды.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Представляет ли эпидемиологическую опасность больной вирусным гепатитом А?
Да. Представляет. Источником инфекции при остром вирусном гепатите А является человек. Инкубационный период колеблется от 7 до 50 дней. Вирус выделяется с фекалиями. Наибольшая концентрация возбудителя в фекалиях источника инфекции отмечается в последние 7-10 дней инкубационного периода и в первые дни болезни. С появлением желтухи у большинства больных концентрация вируса в фекалиях снижается.
2. Каковы основной механизм и пути заражения человека вирусным гепатитом А? Основной механизм заражения человека - фекально-оральный; заражение осуществляется водным, пищевым и контактно-бытовым путями.
3. Выскажите гипотезу о возможном пути заражения ВГА в данной ситуации. В данной ситуации механизм заражения Больной М. фекально-оральный, предположительно пищевой путь. Гипотеза возникла на основании

эпидемиологических данных: «контакт с инфекционными больными отрицает, воду плохого качества не употребляла, в водоемах и бассейнах за последние 3 месяца не купалась. Любит покупать свежие овощи и ягоды на рынке, где иногда пробует немытые ягоды». По условиям задачи указаны только точки торговли, места выращивания данных овощей не описаны. Загрязнение ягод и овощей могло произойти при использовании фекалий для удобрения почвы в огородах.

4. Должны ли медицинские работники терапевтического отделения НУЗ "ОКБ на ст. П." подать экстренное извещение по случаю данного заболевания?

Да, медицинские работники в течении 2 часов должны передать данные по телефону и затем в течении 12 часов выслать экстренное извещение по установленной форме в ФБУЗ "ЦГ и Э". О каждом случае заболевания ОГА (подозрении на ОГА) подается экстренное извещение в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

5. Какие мероприятия необходимо провести в отношении контактных в терапевтическом отделении?

Контактные лица подлежат учету, обследованию, наблюдению и вакцинопрофилактике по эпидемическим показаниям. При отсутствии клинических признаков заболевания, контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее 5-го дня с момента выявления больного ОГА.

Тема 2.4. Дезинфекция и стерилизация. Дезинсекция. Дератизация

Компетенции:

ИДук-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДук-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А.

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Виды и методы дезинфекции, применяемые в ЛПМО.

Тезисы ответов:

Виды:

-профилактическая дезинфекция (систематическое мытье рук, ежедневные и генеральные уборки);

-очаговая (текущая и заключительная).

Методы дезинфекции:

- Механический (удаление микроорганизмов с объектов или их обеззараживание путем протирания, проветривания, вентиляции, стирки, мытья, очистки).

- Физический (обеззараживание путем воздействия физических агентов: ультрафиолетового облучения, сухого горячего воздуха, водяного пара, кипячения; обеззараживание воздуха в ЛПМО при помощи рециркуляторов, кварцевых ламп).
- Химический (обеззараживание путем воздействия химических веществ).
- Биологический (использование бактериофагов).
- Комбинированный

Вопрос 2. Требования, предъявляемые к дезинфектантам.

Тезисы ответов:

Дезинфектанты должны отвечать следующим требованиям:

- безопасность для здоровья человека, низкая токсичность и аллергенность, отсутствие канцерогенных, тератогенных, иммунодепрессивных свойств;
- широкий спектр антимикробной активности (включая туберкулёз, вирусы парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции, анаэробной инфекции, особо опасных инфекций и др.);
- возможность применения в присутствии пациентов, больных и медперсонала, не должен иметь резкого запаха;
- многофункциональность;
- удобность в применении;
- длительный срок годности рабочих растворов и концентратов;
- доступность по стоимости;
- отсутствие коррозионных свойств;
- не должен быстро менять свою активность при хранении и использовании;
- должен достигать необходимого эффекта при максимально низких концентрациях препарата;
- наличие экспресс-методов контроля концентрации действующих веществ в рабочих растворах и концентратах;
- легкая отмываемость с обрабатываемого объекта;
- отсутствие воспламеняемости и взрывоопасности.

Вопрос 3. Классификация типов объектов учреждения в зависимости от медико-биологического риска инфицирования, предложенная Э.Х. Сполдингом (1972).

Тезисы ответов:

Критические объекты - это ИМН, нарушающие целостность тканей организма, внедряющиеся в стерильные в физиологическом состоянии ткани и полости организма, в кровяное русло (хирургический инструментарий, эндоскопы различного назначения для стерильных вмешательств, интравенозный катетер, иглы и т. п.).

Полукритические объекты - это ИМН, соприкасающиеся со слизистыми оболочками, в том числе внутренних органов (анестезиологические, эндотрахеальные приспособления, ларингоскопы, эндоскопы различного назначения для нестерильных диагностических и лечебных манипуляций и т. п.).

Некритические объекты - это части приборов и устройств, соприкасающиеся со здоровой неповрежденной кожей (фонендоскопы, термометры, ручки управления приборов); поверхности приборов, полы, санитарно-техническое оборудование и т. п.

Вопрос 4. Рекомендуемые режимы дезинфекции в подразделениях ЛПМО различного профиля.

Тезисы ответов:

Выбор дезинфицирующего средства и режима дезинфекции зависит от профиля медицинской организации!

Подразделения ЛПМО, оказывающие urgentную медицинскую помощь - Режим наиболее устойчивого возбудителя для выбранного средства.

Подразделения ЛПУ, оказывающие плановую медицинскую помощь - Режим дезинфекции при вирусных инфекциях

Палаты, холлы, бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений - Режим дезинфекции при туберкулезе.

Кожно-венерологические учреждения (палаты, холлы, подсобные помещения) - Режим дезинфекции при дерматомикозах

Инфекционные подразделения ЛПУ - Режим дезинфекции в соответствии с групповой принадлежностью возбудителей и профилем отделения.

Терапевтические, физиотерапевтические отделения, ЛФК во внеэпидемическом периоде - Режим дезинфекции при бактериальных инфекциях для полукритических объектов и моющее средство для некритических объектов.

Вопрос 5. Оценка качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения многоразового пользования.

Тезисы ответов:

Контроль подлежит: в ЦС - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену, в отделениях - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3 единиц.

Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств.

Вопрос 6. Порядок стерилизации хирургических инструментов.

Тезисы ответов:

Дезинфекция, ПСО, стерилизация.

Вопрос 7. Классификация медицинских отходов.

Тезисы ответов:

Медицинские отходы в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания подразделяются на пять классов опасности.

Класс А - эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (ТБО). Класс А - отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными. Например, использованные средства личной гигиены (туалетная бумага, гигиенические прокладки, памперсы, одноразовые носовые платки, пеленки, салфетки и т. п.) неинфекционных больных; канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства; смет от уборки территории; пищевые отходы центральных пищеблоков, а также всех подразделений организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, кроме инфекционных, в том числе фтизиатрических.

Класс Б - эпидемиологически опасные отходы. Класс Б - инфицированные и потенциально инфицированные отходы: материалы и инструменты, предметы загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями; патологоанатомические отходы; органические операционные отходы (органы, ткани и т. д.); пищевые отходы из инфекционных отделений; отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических, иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 3-4 групп патогенности; биологические отходы вивариев; живые вакцины, непригодные к использованию.

Класс В - чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы. Класс В - это материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 1-2 групп патогенности; отходы лабораторий, фармацевтических и

иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1-2 групп патогенности. Отходы лечебно-диагностических подразделений фтизиатрических стационаров (диспансеров), загрязненные мокротой пациентов; отходы микробиологических лабораторий, осуществляющих работы с возбудителями туберкулеза. Класс Г - токсикологически опасные отходы, приближенные по составу к промышленным (лекарственные, в том числе цитостатики, диагностические, дезинфекционные средства, не подлежащие использованию, ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование, отходы сырья и продукции фармацевтических производств, отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения и др.).

Класс Д - радиоактивные отходы (все виды отходов в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности).

Вопрос 8. Факторы, влияющие на эффективность дезинфекции.

Тезисы ответов:

Физико-химические свойства дезинфектанта

Свойства обрабатываемого объекта

Степень контаминации обрабатываемого объекта

Способ дезинфекции

Резистентность микроорганизмов

Режим дезинфекции

Загрязнение обрабатываемых объектов органическими веществами (кровь, гной, фекалии и т.д.)

Тема 2.5. Иммунопрофилактика

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А.

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

На прием к участковому врачу-педиатру обратилась мама с девочкой 4,5 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения АКДС-вакцины. Вакцинация АКДС-вакциной начата в возрасте 3 месяца. Предыдущую прививку АКДС-вакциной перенесла без реакций. Вторая доза вакцины введена 2 дня назад.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, при осмотре температура тела 37,8 °C. Патологической неврологической симптоматики нет. Катаральных явлений нет. На передне-боковой поверхности бедра справа, в месте введения вакцины АКДС, имеется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 4 см.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Можно ли расценить данное состояние ребёнка как поствакцинальную реакцию на введение АКДС-вакцины, поствакцинальное осложнение или нежелательное явление в поствакцинальном периоде, не связанное с вакцинацией? Определите характер и степень выраженности.
На введение АКДС-вакцины возникла местная поствакцинальная реакция слабой степени выраженности.
2. Следует ли в данном случае подавать экстренное извещение в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»?
При возникновении поствакцинальных реакций экстренное извещение не подается.
3. Подлежит ли ребенок в дальнейшем медицинскому отводу на введение АКДС-вакцины?
Ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок не подлежит.
4. Соблюдены ли сроки проведения иммунизации ребенка против дифтерии, коклюша и столбняка?
Сроки введения вакцины АКДС соблюдены правильно.
5. Можно ли считать, что ребенок получил законченный курс иммунизации от дифтерии?
Нельзя.

Задача 2.

В прививочном кабинете детской поликлиники районной больницы 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 прививок у 5 детей температура тела повысилась до 38°C, у трех - до 39°C. У одного 5-ти месячного ребенка отмечена общая тяжелая реакция с температурой и фебрильными судорогами. Эти реакции были зарегистрированы участковым педиатром по вызову на дом. Пятимесячный ребенок был госпитализирован. Информация о постпрививочных реакциях была направлена в районный ФБУЗ «ЦГиЭ» по телефону.

Вы должны провести расследование причин возникновения случаев реакций (осложнений) у детей после введения им АКДС.

Тезисы ответов на вопросы:

1. Какие управленческие решения необходимо предпринять для организации и проведения расследования?
Необходимо организовать проведение внеплановой проверки по распоряжению главного государственного санитарного врача, направить уведомление о проведении внеплановой проверки в прокуратуру и юридическому лицу (центральная районная больница).
Запросить данные о количестве вакцины АКДС данной серии на всей территории обслуживания (город, область).
Направить внеочередное донесение в Федеральную службу Роспотребнадзора о выявлении поствакцинальных осложнений и необычных реакций после применения иммунобиологических препаратов.
Вынести предписание о приостановлении использования данной серии вакцины до получения результатов расследования.

2. Какие постпрививочные реакции и в каких документах должны быть зафиксированы?
необходимо подать экстренное извещение на все случаи сильных и необычных реакций. Сведения об этом зарегистрировать в:
- истории развития ребенка (ф. 112/у) или истории развития новорожденного (ф. 097/у);
- медицинской карте ребенка (ф. 026/у);
- журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 60/у);
- сертификате профилактических прививок (ф. 156/у-93)
3. Какие специалисты должны быть привлечены для расследования данной ситуации?
Для расследования должны быть привлечены следующие специалисты: педиатр, иммунолог, эпидемиолог.
4. Какие сведения необходимо отразить в акте расследования осложнений на прививку:
- о препарате:
- о состоянии здоровья привитого;
- о клинической форме и течении вакцинального процесса?
О препарате:
Название препарата, его серия, контрольный номер, срок годности, предприятие и страна-изготовитель. Партия препарата, полученная медицинской организацией. Дата получения. Условия транспортировки и температурный режим хранения. Нарушение техники вакцинации. Количество привитых данной серией в поликлинике, больнице, других медицинских организаций.
О состоянии здоровья привитого:
Наличие у привитого необычных и сильных местных или общих реакций на вакцинацию. Дата вакцинации. Кем осмотрен перед прививкой, термометрия перед прививкой. Индивидуальные особенности привитого, перенесенные заболевания, дата и длительность последнего заболевания. Аллергоанамнез. Наличие изменения со стороны ЦНС, судороги в анамнезе. Проведенные ранее прививки, в т. ч. данным препаратом. Наблюдались ли у привитого необычные реакции на прививки.
О клинической форме и течении вакцинального процесса:
Дата заболевания, жалобы, дата обращения. Объективные признаки местной и общей реакции, дата и место госпитализации. Течение заболевания. Дата выписки. Заключительный диагноз: наличие остаточных явлений. Заключение комиссии о причинах вакцинальной реакции (осложнения). Должности и подписи членов комиссии. Вписать в какой адрес и когда направлено внеочередное донесение.
5. Какими документами Вы будете руководствоваться при организации и проведении расследования?
СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

Тема 3.1. Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Компетенции:

ИД_{УК-1-2}. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1-4}. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11-1}. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Тема 3.2. Эпидемиология и профилактика онкологических заболеваний

Компетенции:

ИДУК-1-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИДУК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИДПК-11-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИДПК-11-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Опрос (собеседование).

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Какие факторы риска онкологических заболеваний существуют?

Тезисы ответов:

Все факторы риска развития злокачественных новообразований могут быть разделены на физические, химические и биологические.

Вопрос 2. Назовите физические факторы риска.

Тезисы ответов:

Ионизирующая радиация, неионизирующая радиация (ультрафиолетовое излучение)

Вопрос 3. Какие виды рака может вызывать неионизирующее излучение (ультрафиолетовое)?

Тезисы ответов:

Чешуйчатоклеточная карцинома (SCC) и базальноклеточная карцинома (BCC).

Вопрос 4. Назовите химические факторы риска.

Тезисы ответов:

Табакокурение, особенности питания, алкоголь, загрязнение окружающей среды (тетрахлорид углерода, бензин, бис-хлорметиловый эфир, диэлдрин, полихлорированные бифенилы, 1,1,2-трихлорэтилен, хлороформ и винилхлорид, хлоргидрокарбонаты, тяжелые металлы – бериллий, кадмий, хром, никель, свинец, мышьяк, и другие загрязнители), медицинские препараты (противоопухолевые препараты), химикаты (гербициды, профессиональные канцерогены).

Вопрос 5. Какова роль курения в развитии онкологических заболеваний?

Тезисы ответов:

Риск возникновения злокачественных опухолей, связанный с курением, различается для опухолей различных локализаций и зависит от возраста начала курения, длительности

курения и количества сигарет, выкуриваемых в день. Курение является причиной 25–30% смертей от рака. Риск развития рака легкого у курящих, в сравнении с некурящими, выше в 9 раз, рака гортани и глотки – в 7 раз, ротовой полости – в 3,5 раза, рака пищевода – в 2,5 раза, рака печени – в 2 раза, рака желудка и поджелудочной железы – в 1,5 раза.

Вопрос 6. Какие формы рака вызывает курение?

Тезисы ответов:

Основным химическим фактором риска онкологических заболеваний является табакокурение, которое ассоциировано с риском рака губы, языка и других отделов полости рта, носовой полости и пазух, глотки, пищевода, желудка, колоректального рака, рака анального отверстия, поджелудочной железы, печени, гортани, трахеи, бронхов, мочевого пузыря, почки, шейки матки, вульвы и миелоидного лейкоза. В то же время курение противодействует развитию рака тела матки. Такой защитный эффект курения, видимо, объясняется ингибированием продукции эстрогенов и более ранним наступлением менопаузы у курящих женщин.

Вопрос 7. Какие особенности питания могут повышать или снижать риск развития рака?

Тезисы ответов:

Выявлено, что потребление жиров, мясомолочных продуктов и, как следствие, количество потребляемых калорий положительно коррелирует с заболеваемостью раком толстой кишки, матки и простаты.

В соленых, копченых и консервированных продуктах могут содержаться различные канцерогенные вещества. Есть основания предполагать, что нитрозамины, нитраты и нитриты в пище коррелируют с повышенным риском рака пищевода и желудка. Рак желудка чаще встречается у людей, потребляющих много соленой и консервированной пищи. Содержащиеся в пище афлатоксины могут привести к развитию рака печени. Употребление очень горячих напитков повышает вероятность заболевания раком полости рта, глотки и пищевода.

Диета Средиземноморья, богатая углеводами, растительными маслами, рыбой, овощами и фруктами и бедная мясом и животными жирами, сопровождалась более низкой смертностью от рака. Каждый компонент этой диеты сам по себе не влияет или влияет мало на заболеваемость и смертность от рака, но в комплексе обладает протективным антиканцерогенным эффектом.

Вопрос 8. Назовите биологические факторы риска.

Тезисы ответов:

Возбудители инфекционных и паразитарных заболеваний (*Opisthorchis*, герпесвирусы, *Helicobacter pylori*, ВПЧ, вирусы гепатитов В и С и др.), репродуктивные факторы, генетические факторы

Возбудитель	Тип рака
<i>Helicobacter pylori</i>	Рак желудка
HPV	Рак шейки матки
HBV, HCV	Гепатоцеллюлярный рак
EBV	Лимфома Беркитта, ходжкинская лимфома, Т-клеточная лимфома, В-клеточная лимфома, назофарингеальная карцинома
HHV-8	Саркома Капоши
<i>Schistosoma mansoni</i> et <i>haematobium</i>	Рак мочевого пузыря
HLTV-1	Лейкемия
<i>Opisthorchis felineus</i> et <i>viverrini</i>	Холангиокарцинома
<i>Clonorchis sinensis</i>	Холангиокарцинома

Тема 3.3. Эпидемиология и профилактика психических заболеваний и поведенческих расстройств

Компетенции:

ИД_{УК-1}-2. Идентифицирует, критически анализирует и выбирает информацию, необходимую для выработки стратегии действий по разрешению проблемной ситуации.

ИД_{УК-1}-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

ИД_{ПК-11}-1. Демонстрирует готовность к оценке и моделированию медико-социальных, экономических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни

ИД_{ПК-11}-2. Умеет вырабатывать приоритеты и организовывать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов, направленных на здоровьесбережение

Уровень 1.

Тесты. Ответы: правильные ответы А

Уровни 2 и 3.

Решение кейсов.

Задача 1.

При выборочном эпидемиологическом исследовании на предмет распространенности психических расстройств в городе Х (объем выборки 1500 человек) выявлено 30 больных в момент проведения исследования, еще 147 человек отметили наличие психических расстройств на протяжении своей жизни.

Рассчитать показатель годичной распространенности психических расстройств в городе Х.

Тезисы ответов:

Распространенности психических расстройств в городе Х составила 11,8 случаев на 100 человек.

Промежуточная аттестация

Тесты. Ответы: правильные ответы А

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Заведующая кафедрой
инфекционных болезней
профессор Николаева И.В.

« ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Организация помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2
Семестр	4
Лекции (час.)	6 (2)
Практические занятия (час.)	15 (6)
Самостоятельная работа (час.)	15 (28)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	36
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1
Составитель ФОС (должность, ФИО)	доцент Муртазина Г.Х.

Казань 2022

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	3
II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	5
III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	9
IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	21

I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Контролируемые темы дисциплины / модуля / практики	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
				Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа, история болезни т.п.)	Кол.-во
Модуль Социально значимые и особо опасные инфекции					
Раздел 1. Карантинные инфекции и др. ООИ					
	Тема 1.1. Карантинные инфекции Тема 1.2. Чума Тема 1.3. Геморрагические лихорадки	УК-2, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные	21
				вопросы	
				Тесты	12
				Ситуационные задачи	4
Раздел 2. Вирусные гепатиты					
	Тема 2.1 Острые вирусные гепатиты Тема 2.2. Хронические вирусные гепатиты	УК-2, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные	14
				вопросы	
				Тесты	20
				Ситуационные задачи	5
Раздел 3. ВИЧ-инфекция					
	Тема 3.1. ВИЧ-инфекция Тема 3.2. СПИД – индикаторные заболевания	УК-2, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные	4
				вопросы	
				Тесты	15
				Ситуационные задачи	3
Раздел 4. Острые кишечные инфекции и паразитозы					
	Тема 4.1. Острые кишечные инфекции Тема 4.2. Паразитозы	УК-2, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные	26
				вопросы	
				Тесты	25
				Ситуационные задачи	8
Раздел 5. Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)					
	Тема 5.1. Грипп и другие ОРВИ Тема 5.2. Коронавирусная инфекция (COVID- 19)»	УК-2, УК-3	Знать: Уметь: Владеть:	Контрольные	10
				вопросы	
				Тесты	16
				Ситуационные задачи	2

Обучающийся должен освоить следующие компетенции:

- **УК-2** Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла.

В результате освоения УК-2 обучающийся должен:

Знать: аспекты необходимые для решения задач, связанных с организацией помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями

Уметь: Решать задачи связанные с организацией помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями в контексте взаимодействия

Владеть: навыками реализации проектов, связанных с организацией помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями

- **УК-3** Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели.

В результате освоения УК-3 обучающийся должен:

Знать: аспекты поручения заданий, обсуждения результатов, связанных с организацией помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями

Уметь: организовывать работу коллектива, связанную с организацией помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями

Владеть: навыками командной работы, связанной с организацией помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями

II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Текущий контроль

Процедура оценивания результатов обучения осуществляется на основе Положения Казанского ГМУ о формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся. Текущему контролю успеваемости (далее – ТКУ) подлежат следующие виды учебной деятельности студентов по дисциплине «Организация помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями»: посещение лекций, работа на практических занятиях, результаты самостоятельной работы, в том числе, на образовательном портале. ТКУ проводится преподавателем, прикрепленным для реализации образовательной программы в конкретной академической группе или преподавателем, ответственным за виды учебной деятельности обучающихся..

ТКУ по дисциплине «Организация помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями» проводится в форме оценки выполнения заданий на самостоятельную работу на образовательном портале, индивидуального собеседования, тестового контроля, а также путем оценки решения ситуационных задач. Текущий контроль результатов самостоятельной работы проводится на каждом занятии для всех студентов. Оценка успеваемости студентов по отдельной теме выражается по 10-балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

2. Контроль по разделу (модулю)

По окончании раздела тематического плана (модуля) ТКУ проводится для всех студентов группы. Модульное задание состоит из двух частей: тесты и решение ситуационной задачи. На практических занятиях преподавателем оценивается любое, особенно успешное действие (например, участие в клиническом разборе), отметкой фиксируется только решение полноценной задачи. Преподаватели будут стремиться определять оценку в диалоге. Студент имеет право аргументированно оспорить выставленную оценку. За каждую ситуационную задачу, показывающую овладение отдельным умением – ставится отдельная отметка.

Оценка успеваемости студентов по разделу (модулю) в 100 – балльной шкале. Оценка обязательно отражается в учебном журнале.

Модуль 2 – «Организация помощи больным социально значимыми и особо опасными инфекциями»

Разделы:

Раздел 1 . Карантинные инфекции и др. ООИ

Раздел 2. Вирусные гепатиты

Раздел 3. ВИЧ-инфекция

Раздел 4. Острые кишечные инфекции и паразитозы

Раздел 5. Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)

3. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа занимает важное место при освоении дисциплины. Студенты обязаны выполнять задания преподавателя по каждой теме, в том числе на образовательном портале. Контроль за выполнением самостоятельной работы включает в себя: тестирование, устный опрос. Важную часть самостоятельной работы по дисциплине составляют подготовка докладов.

Критерии оценки по формам текущего контроля

1 уровень – оценка знаний

Для оценивания результатов обучения в виде **знаний** используются следующие типы контроля:

- тесты;
- индивидуальное собеседование (устный опрос);

Тесты (пример):

1 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) человек, находящийся в инкубационном периоде
- 2) больной в периоде разгара
- 3) реконвалесцент
- 4) вирусоноситель
- 5) бактериовыделитель

Критерии оценки:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Индивидуальное собеседование – диалог преподавателя со студентом, цель которого – систематизация и уточнение имеющихся у студента знаний, проверка его индивидуальных возможностей усвоения материала.

Пример: 1. Методы специфической диагностики острых кишечных инфекций

Критерии оценки:

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) – студент демонстрирует знание материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной и дополнительной литературой; дает логичные, аргументированные ответы на поставленные вопросы.

«Хорошо» (80-89 баллов) – студент демонстрирует знание материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной и дополнительной литературой; дает правильные ответы на поставленные вопросы, но допущены несколько ошибок

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) – студент частично демонстрирует знание материала, основанные на ознакомлении с обязательной литературой; дает неправильные ответы на поставленные вопросы.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) – отсутствие знаний по изучаемому разделу.

2 уровень – оценка умений

Для оценивания результатов обучения в виде **умений** используются следующие типы контроля:

- решение ситуационных задач.

Ситуационная задача – проблемное задание, в котором студенту предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы. Студент самостоятельно формулирует предварительный диагноз, обосновывает его, составляет план обследования, проводит дифференциальную диагностику с другими сходными заболеваниями.

Ситуационная задача (пример):

Больной 18 лет, студент, во время зимних каникул заболел остро, познабливало, температура сразу поднялась до 39,5°C, болела голова, мышцы всего тела; на второй день болезни появилось чувство ссаждения за грудиной и сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание без экссудации. При осмотре больного отмечается лихорадочный румянец на щеках, инъекция сосудов склер с единичными петехиальными элементами, повышенное потоотделение. Язык обложен белым налетом, слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Однократно был жидкий стул без патологических примесей.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз, его обоснование.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) – задание выполнено правильно, формулировка диагноза, его обоснование, план обследования, дифференциальная диагностика, план противоэпидемических мероприятий и профилактики составлены правильно.

«Хорошо» (80-89 баллов) - задание выполнено, но допущены одна-две незначительных ошибки логического или фактического характера (не указана форма заболевания или тяжесть, не указаны все методы диагностики, профилактики).

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) – допущены серьезные ошибки логического и фактического характера, предпринята попытка сформулировать диагноз, обосновывать его, допущены ошибки в планах обследования и профилактики.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) – неправильно поставлен диагноз, содержание задачи не осознано, результат неадекватен заданию.

3 уровень – оценка навыков

Для оценивания результатов обучения в виде **навыков** используются следующие типы контроля:

Ситуационная задача – проблемное задание, в котором студенту предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы. Студент самостоятельно формулирует предварительный диагноз, обосновывает его, составляет план обследования, проводит дифференциальную диагностику с другими сходными заболеваниями.

Ситуационная задача (пример):

В одной из бактериологических лабораторий заболел врач-бактериолог через 3 дня после вскрытия тушки павшего суслика. Заболевания началось остро с нарушением общего состояния. Температура 39°C., резкая слабость. Появились головная боль, беспокойство, мышечные боли. При объективном осмотре: лицо гиперемировано, конъюнктивит, губы сухие, язык белый, «меловой». Отмечает боль в правом паху. Лимфоузлы паховые справа увеличены, плотные, спаяны между собой и с окружающей тканью. Кожа под ними напряжена, гиперемирована. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс – 120 уд. в мин., Легкие – везикулярное дыхание, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) – задание выполнено правильно, формулировка диагноза, его обоснование, план обследования, дифференциальная диагностика, план противоэпидемических мероприятий и профилактики составлены правильно.

«Хорошо» (80-89 баллов) - задание выполнено, но допущены одна-две незначительных ошибки логического или фактического характера (не указана форма заболевания или тяжесть, не указаны все методы диагностики, профилактики).

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) – допущены серьезные ошибки логического и фактического характера, предпринята попытка сформулировать диагноз, обосновывать его, допущены ошибки в планах обследования и профилактики.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) – неправильно поставлен диагноз, содержание задачи не осознано, результат неадекватен заданию.

Промежуточная аттестация

Зачет – промежуточная аттестация, которая проводится в 3 семестре. Преподаватель оценивает степень достижения студентом требуемых знаний, умений, навыков. Состоит из 2 разделов: тестирование, ситуационная задача.

Ситуационная задача. Студент получает одну ситуационную задачу. После анализа задачи отвечает на следующие вопросы (разделы):

1. Формулировка клинического диагноза в соответствии с классификацией
2. Обоснование диагноза
3. Составление плана обследования
4. Проведение дифференциальной диагностики
5. Составление плана профилактики и противоэпидемических мероприятий

За каждый пункт критерия максимально 10 балл; максимальное количество баллов – 50.

Тестирование. Тест состоит из заданий с выбором одного или нескольких ответов из 5 предложенных. Количество заданий – 30.

Критерии оценки:

Оценка по тесту выставляется пропорционально доле правильных ответов:

90-100% - оценка «отлично»

80-89% - оценка «хорошо»

70-79% - оценка «удовлетворительно»

Менее 70% правильных ответов – оценка «неудовлетворительно».

Максимальное количество баллов – 50 ($100\% \cdot 0,2 = 50$).

Критерии оценки зачета:

«Зачтено» (70-100 баллов)

«Не зачтено» (0-69 баллов)

Итоговая (рейтинговая) оценка складывается из оценок по модулям (максимум 100 баллов за модуль), текущей оценки (максимум 10 баллов), оценки, полученной на зачете (максимум 100 баллов).

III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Раздел 1. Карантинные инфекции и др. ООИ

Раздел 2. Вирусные гепатиты

Раздел 3. ВИЧ-инфекция

Раздел 4. Острые кишечные инфекции и паразитозы

Раздел 5 . Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)

Раздел 1. Карантинные инфекции и др. ООИ

Компетенции: УК-2, УК-3

Тема 1.1. Карантинные инфекции

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Индивидуальное собеседование:

1. Определение понятий “карантинные” (“конвенционные”) инфекции.
2. Основы диагностики социально значимых болезней, в том числе особо опасных.
3. Основы лечения социально значимых болезней, в том числе особо опасных.
4. Основы профилактики социально значимых болезней, в том числе особо опасных.
5. Заболевания на которые распространяются (ММСП). Локальные противоэпидемические и организационные мероприятия при заболеваниях, на которые распространяются Международные медико-социальные правила (ММСП).

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

На станцию «скорой помощи» поступил вызов к больной Н., 42 лет, остро заболевшей в 23 часа. При расспросе удалось узнать, что легкое недомогание началось вечером предыдущего дня, заметила небольшое покраснение в области правого запястья, отмечала его болезненность и зуд, ночью это покраснение расчесала. Резкое ухудшение отметила на следующий день, когда повысилась температура тела до 37,3°C, появилась сильная головная боль, слабость, разбитость, боли во всем теле. Госпитализирована в инфекционный стационар.

Из эпидемиологического анамнеза: в хозяйстве содержит домашний скот, 6 дней назад пал бык.

При осмотре: в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 1,0 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Температура тела повысилась утром. Область язвы при пальпации безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, частота пульса 120/мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Язык чистый, сухой. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.

3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Тема 1.2. Чума

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по теме смотри в изданиях:

Индивидуальное собеседование:

1. Лабораторная диагностика чумы
2. Осложнения чумы
3. Принципы лечения чумы
4. Профилактика чумы
5. Комплекс мер, предпринимаемых при выявлении больного чумой. Правила работы в противочумном костюме
6. Мероприятия в эпидемическом очаге

Уровень 2,3

Ситуационная задача 1

Заболевание началось внезапно с озноба и повышения температуры до 39,5°C. Сильные головные боли и головокружение. Шатающаяся походка. Резкая гиперемия конъюнктив. Изредка рвота. Запletaющаяся речь. Язык обложен густым налетом. Пульс 130 уд/мин. В левой паховой области опухоль, весьма болезненная, что вынуждает больного держать ногу в отведенном положении. При пальпации опухоли контуры паховых лимфоузлов не определялся. На наружной поверхности левой голени имеется язва, поперечник которой равен 1 см. Селезенка увеличена 8/2 см. Больной работает чабаном. В степи, где он пас овец, огромное количество сусликов, среди которых наблюдается падеж.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 2

В одной из бактериологических лабораторий заболел врач-бактериолог через 3 дня после вскрытия тушки павшего суслика.

Заболевания началось остро с нарушением общего состояния. Температура 39°C., резкая слабость. Появились головная боль, беспокойство, мышечные боли. При объективном осмотре: лицо гиперемировано, конъюнктивит, губы сухие, язык белый, «меловой». Отмечает боль в правом паху. Лимфоузлы паховые справа увеличены, плотные, спаяны между собой и с окружающей тканью. Кожа под ними напряжена, гиперемирована. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс – 120 уд. в мин., Легкие – везикулярное дыхание, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Тема 1.3. Геморрагические лихорадки

Уровень1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Индивидуальное собеседование:

1. Лабораторная диагностика геморрагических лихорадок
2. Лечебная тактика при геморрагических лихорадках
3. Профилактика геморрагических лихорадок
4. Нормативные документы

Ситуационная задача 1

Больной Н. 30 лет, житель Анголы, доставлен в инфекционную больницу на 2-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, потрясающий озноб, боли в мышцах. Лицо больного одутловато, гиперемировано. Инъекция сосудов склер. Температура 40°C. Объективно: в постели находится в вытянутом положении из-за сильных суставных и мышечных болей. На разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов – макулопапулезная сыпь, которая на следующий день распространилась на кожу лица, груди, живота. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен. АД 90/60 мм рт. ст. Печень увеличена на 2,5 см., селезенка не пальпируется. На 4-й день болезни температура критически снизилась до нормы, а через три дня снова повысилась до 39 °С градусов, сопровождаясь симптомами, менее выраженными, чем в начале болезни.

В крови: лейкоцитов– 2,5 . 10⁹/л, п – 3%, с – 44%, э – 7%, л – 38%, м -8%. Общий анализ мочи – без патологических изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Раздел 2 Вирусные гепатиты

Компетенции: УК-2, УК-3

Тема 2.1. Острые вирусные гепатиты

Уровень1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в изданиях:

Острые и хронические вирусные гепатиты А, В, С и D: (тестовые задания):
учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов /(авторы-составители В. Х. Фазылов и др.). - Казань: КГМУ, 2012. - 32 с.

Индивидуальное собеседование:

1. Клиническая классификация острых вирусных гепатитов
2. Методы лабораторной и инструментальной диагностики острых вирусных гепатитов
3. Принципы терапии острых вирусных гепатитов
4. Профилактика острых вирусных гепатитов
5. Специфическая профилактика вирусного гепатита В
6. Схемы вакцинопрофилактики у разных групп населения
7. Плановая вакцинация против вирусного гепатита В
8. Экстренная вакцинопрофилактика против вирусного гепатита В
9. Специфическая профилактика вирусного гепатита А
10. Неспецифическая профилактика персонала лечебно-профилактических учреждений против гемоконтактных вирусных инфекций

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

Больной Н., 15 лет, поступил на стационарное лечение 4.07. Поступил из очага вирусного гепатита (болеет сестра).

Заболеел постепенно с 15.06.: головная боль, лихорадка, слабость. 21.06. заметил желтушное окрашивание склер, темную мочу, светлый кал. Дома часто была рвота (до 6 раз в сутки).

Объективно: состояние тяжелое, очень вялый, лицо одутловато, интенсивно-желтого цвета, склеры иктеричны. Сердечные: тоны приглушены, АД 90/60 мм.рт. ст. Живот вздут, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется + 1 см. Моча темной окраски.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 2

Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что заметил желтушное окрашивание склер, самочувствие не ухудшилось. Раньше желтухой не болел. Точную информацию по вакцинации от ВГ дать не может. Отмечается иктеричность склер и кожи, печень и селезенка у края реберной дуги, чувствительные при пальпации и перкуссии. Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ – 1045 ед/л.

Из эпид. анамнеза: аналогичная симптоматика отмечена еще у двух человек, проживающих в одной комнате общежития и обратившихся в инфекционный стационар ранее.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 3

Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клиничко-лабораторного обследования (АлАТ - 300 ед/л, билирубин общий 80 мкмоль/л,) в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом

подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не отмечает.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, иктеричности кожи и склер нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 4

Больная М., 25 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ (ринофарингит) в течение 5 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие не улучшалось - пропал аппетит, появилась слабость, тупая боль в правом подреберье. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее.

При осмотре – иктеричность кожи и склер. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,0 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Тема 2.2. Хронические вирусные гепатиты

Уровень 1

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в изданиях:

Острые и хронические вирусные гепатиты А, В, С и D: (тестовые задания): учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов /(авторы-составители В. Х. Фазылов и др.). - Казань: КГМУ, 2012. - 32 с.

Индивидуальное собеседование:

1. Клиническая классификация хронических вирусных гепатитов
2. Методы лабораторной и инструментальной диагностики хронических вирусных гепатитов
3. Принципы терапии хронических вирусных гепатитов
4. Профилактика хронических вирусных гепатитов

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

У больной В., 45 лет, при госпитализации в терапевтическое отделение по поводу гипертонического криза были «случайно» обнаружены антитела к ВГС. Жалоб не предъявляет. При объективном осмотре выявляется увеличение печени, выступает на 1,5 см. средней плотности.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.

4. Меры профилактики

Раздел 3. ВИЧ-инфекция

Компетенции: УК-2, УК-3

Тема 3.1. ВИЧ-инфекция

Тема 3.2. СПИД – индикаторные заболевания

Индивидуальное собеседование:

1. Диагностика ВИЧ-инфекции. Разбор клинических случаев.
2. ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты В,С,Д.
3. Профилактика ВИЧ-инфекции в медицинском учреждении. Алгоритм действия при аварийных ситуациях.
4. Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции.

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

Пациентка М., 43 г, наблюдается в специализированном центре около 6 месяцев с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Из анамнеза: принимает алкоголь ежедневно, но в малых дозах (со слов). Жалобы: на незначительную желтуху склер, послабление стула, отсутствие аппетита. В анализах крови АЛТ 50 ед/л; общий билирубин 59,3 (прямой 33) мкмоль/л; CD4 лимфоциты 462 кл/мкл; РНК ВИЧ в ПЦР 23000 коп/мл; обнаружены сумм. анти HCV.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 2

Пациент А., 30 лет, диагноз ВИЧ-инфекция установлен 5 лет назад. Находится на "Д" наблюдении, АРВТ не получал. В анамнезе ОБГВ. Жалобы на выраженную слабость, "чувство" печени в правом подреберье. Объективно: кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Печень +3 см. из под края реберной дуги за счет левой доли, плотно-эластичной консистенции, край закруглен. Селезенка пальпируется +1 см.

Лабораторные данные: CD4 лимфоциты 420 кл/мкл., вирусная нагрузка РНК ВИЧ в ПЦР – 1000 коп/мл., АЛТ 320 ед/л, АСТ 280 ед/л. В ИФА (HBsAg- обн.; сумм. антитела к HCV – не обн.).Общий анализ крови: эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 140 г/л; лейкоциты – $4,0 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 48%, эозинофилы – 0%, моноциты – 5%, лимфоциты – 43%, базофилы – 0%; тромбоциты - $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 9 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 3

Пациент К., 33 года. В течение 3-х дней находится на лечении в инфекционной больнице с предварительным диагнозом: инфекционный мононуклеоз. Из анамнеза известно, что болен в течение 12 дней, когда повысилась температура до 38°C, отметил появление першения в горле, слабость. Лечился самостоятельно, полоскал горло, принимал жаропонижающие препараты. Через 3 дня вызвал участкового врача, диагностирована «катаральная» ангина, врачом было отмечено увеличение шейных и подчелюстных

лимфатических узлов. Через 4 дня состояние сохранялось прежним, температура от 37°C до 38,8°C в течение дня, вновь вызвал врача из поликлиники, больной был направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

Из анамнеза: употреблял ПАВ в/в (со слов – несколько раз) с другом у которого есть гепатит (со слов). При осмотре: состояние средней тяжести. Температура – 38°C. При осмотре слизистая ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены до 2 ст., налетов нет. Пальпируются безболезненные подчелюстные, переднее и заднешейные, подмышечные лимфоузлы размером до 1,5 см. По остальным органам без патологии. Печень и селезенка не увеличены.

В клиническом анализе крови: Hb – 140 г/л, лейкоцитов – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я нейтрофилов – 4%, сегментоядерный нейтрофилов – 22%, лимфоцитов – 68%, моноцитов – 6%, СОЭ – 10 мм/час.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Раздел 4. Острые кишечные инфекции

Компетенции: УК-2, УК-3

Тема 4. 1. ОКИ.

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по теме смотри в изданиях:

Тестовый контроль знаний по инфекционным болезням: методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов и ординаторов /Составители: В. Х. Фазылов, Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов и др.; Под ред. В. Х. Фазылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - с.4-8, 36-49, 51-58.

Индивидуальное собеседование:

Дизентерия

1. Клиническая классификация дизентерии
2. Методы лабораторной и инструментальной диагностики дизентерии
3. Показания к госпитализации больных острой дизентерией
4. Принципы терапии дизентерии
5. Хроническая дизентерия. Бактерионосительство шигелл.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге дизентерии.

Сальмонеллез

1. Классификация сальмонеллеза.
5. Синдром обезвоживания: классификация, клинико-биохимические показатели.
6. Методы лабораторной диагностики сальмонеллеза.
7. Дифференциальный диагноз сальмонеллеза.
8. Принципы терапии сальмонеллеза.
9. Показания к госпитализации.
10. Правила выписки и методы диспансеризации реконвалесцентов.
11. Профилактика сальмонеллеза.

12. Мероприятия в очаге сальмонеллеза.

Уровень 2

Ситуационная задача 1

Больной Г., 64 года, снят с поезда на 3 день болезни. Едет из средней Азии г. Алмалык к родственникам. Заболел в пути. В начале заболевания появились боли в животе, тошнота, жидкий стул до 3 раз, затем стул участился до 10 раз в сутки, боли в животе усилились, аппетит отсутствует, состояние нарушено.

Объективно: температура 37,2 градусов. Лицо бледное. Сыпи нет. Питание несколько снижено. Лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 70 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации болезненность в области слепой и сигмовидной кишки, спастически сокращенная сигмовидная кишка. Стул в приемном покое калового характера, слизь красного цвета.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики.

Ситуационная задача 2

Больной С., 21 год, поступил с жалобами на жидкий стул с примесью крови, стул учащен. Болен в течение 3 недель, прибыл из Узбекистана.

Объективно: температура 37,8 градусов. Питание снижено. Тоны сердца ясные. Легкие – дыхание везикулярное. Живот мягкий, при пальпации незначительно болезнен в правой половине живота. Печень и селезенка не увеличены. Стул учащен, в стуле слизь с кровью. При ректоскопии обнаружен катарально-язвенный проктосигмоидит с кровоточащими язвами до 1,5 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики.

Уровень 3

Ситуационная задача №1.

Пациент Ш., 69 лет заболел остро через 3 часа после употребления на завтрак яичницы: появились потрясающий озноб, головная боль и повышение t тела до 38°C . Наблюдалась 5 кратная рвота с тошнотой, присоединился обильный, зловонный, частый стул цвета «болотной тины». Состояние при поступлении средней степени тяжести, гемодинамика стабильна. Живот мягкий, урчит, болезненный при пальпации в эпигастрии, околопупочной и правой подвздошной областях.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики.

Ситуационная задача №2.

Больная Г., 36 лет, работает продавцом в продуктовом магазине, заболела на работе, остро, через 40 минут после чаепития с тортом домашнего приготовления. Появились

тошнота, многократная рвота (до 6 раз), режущая боль в эпигастральной области и в области пупка, общее недомогание, субфебрилитет. Стула не было. Одновременно признаки похожего заболевания возникли еще у 2 сотрудниц.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Тема 4.2. Паразитозы

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по теме смотри в изданиях:

Тестовый контроль знаний по инфекционным болезням: методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов и ординаторов /Составители: В. Х. Фазылов, Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов и др.; Под ред. В. Х. Фазылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - с.32-36.

Индивидуальное собеседование:

1. Особенности клинической диагностики гельминтозов
2. Лабораторная и инструментальная диагностика гельминтозов
3. Современные антигельминтики
4. Профилактика гельминтозов
5. Энтеробиоз как массовый гельминтоз
6. Аскаридоз как распространенный геогельминтоз
7. Опиосторхоз как актуальный гельминтоз
8. Дифиллоботриоз

Уровень 2

Ситуационная задача 1

Больная Л., 6 лет, посещает детский сад. Периодически жаловалась на боли в животе, зуд в области заднего прохода. Родители девочки стали замечать у ребенка общую слабость, быструю утомляемость, раздражительность, плохой сон. Неделью назад мама заметила в кале ребенка мелких «червячков».

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, при осмотре ребенок капризничает, плаксива. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный вокруг пупка. Печень, селезенка не увеличены. Периаанальная область – легкая гиперемия.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 2

Больная К., 36 лет, заболела через 20 дней после употребления в пищу малосоленого язя. Появилось познабливание, недомогание, через 3 дня повысилась температура тела до 38 градусов, в последующие 10 дней – 38-39 градусов. Отмечено увеличение печени и селезенки, лейкоциты $20,7 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 78%, СОЭ – 20 мм/час.

В больницу поступила на 20-й день болезни. К этому времени температура тела снизилась до 37,5 градусов, беспокоили боли в мышцах, суставах. Кожа чистая, все группы лимфатических узлов увеличены до размера крупной фасоли, безболезненные. Тоны сердца

приглушены, дыхание везикулярное. Пульс 116 уд/мин, АД 100/50 мм.рт.ст. Печень по Курлову 21-17-15 см, уплотнена, чувствительна. Лейкоциты $36 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы – 52%, СОЭ – 30 мм/час. Общий билирубин – 19 мкмоль/л, тимоловая проба – 8 ед, АЛТ – 252 ед. При исследовании фекалий яйца гельминтов не обнаружены.

Была произведена пункционная биопсия печени. Заключение морфолога: подострый гепатит с некрозом отдельных клеток печени, эозинофильные инфильтраты.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 3

Больной М., 24 года, поступил в инфекционную больницу 28 июня на 14-й день болезни с жалобами на сухой кашель, приступы удушья, одышку при физической нагрузке, высыпания на коже по всему телу, сопровождающиеся мучительным зудом, слабостью, болями в правом подреберье, усиливающимися при глубоком дыхании. Болен 2 недели, насморк, слабость, субфебрилитет, покашливание. Лечился амбулаторно - принимал антибиотики и ингаляции в течение 5 дней. Однако кашель усилился, температура повысилась до 38 градусов, появился кожный зуд с высыпаниями, приступы удушья. В поликлинике терапевтом поставлен диагноз – двусторонняя нижнедолевая пневмония, медикаментозная аллергия и больной направлен на стационарное лечение.

При поступлении (14-й день болезни) общее состояние удовлетворительное. Пульс 96 уд/мин, АД 110/80 мм.рт.ст. ЧДД 22/мин. На кожных покровах мелкая, покрывающая все тело сыпь, следы расчесов. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 0,5 см из-под края реберной дуги. В крови: гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы – п-6%, с-61%, эозинофилы – 21%, лимфоциты – 18%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Биохимические показатели без особенностей. Анализ кала на яйца гельминтов при трехкратном исследовании отрицательный. Рентгенография грудной клетки: в нижних отделах обеих легких инфильтраты, больше справа, усиление легочного рисунка вокруг зоны инфильтрации, утолщение плевры справа. На основании клинико-рентгенологических данных поставлен диагноз – двусторонняя пневмония, медикаментозная аллергия (с учетом эозинофилии, зуда и сыпи). Принимал следующее лечение – отхаркивающие и десенсибилизирующие препараты, от назначения антибиотиков решили воздержаться с учетом аллергологического анамнеза. Через 3 дня зуд, высыпания и удушье исчезли, уменьшилась одышка, снизилась температура до 37,3 градуса. Рентгенограмма легких в динамике: полное рассасывание инфильтрата слева, справа – небольшой очаг в VIII сегменте, и по два новых очага округлой формы IV и V сегментах.

При уточнении эпиданамнеза больной сообщил, что ел немытую клубнику, которую выращивал на почве, удобренной осенью фекалиями.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 4

Больной Н., 35 лет, обратился к участковому терапевту 15 сентября (на 15-й день болезни) с жалобами на боли в животе, тошноту по утрам, плохой аппетит, неустойчивый стул в течение 2-х недель. 14 сентября заметил в кале «белую ленточку» длиной приблизительно 30 см.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 градусов. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастрии и вокруг пупка. Печень, селезенка не увеличены.

Заключение ФГДС: острый гастрит.

При уточнении эпиданамнеза выявлено, что больной рыбак-любитель, в мае месяце ел соленую щучью икру.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Раздел 5 Грипп и другие ОРВИ, Коронавирусная инфекция (COVID-19)

Компетенции: УК-2, УК-3

Тема 5.1. Грипп и другие ОРВИ

Уровень 1

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по теме смотри в изданиях:

Тестовый контроль знаний по инфекционным болезням: методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов и ординаторов /Составители: В. Х. Фазылов, Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов и др.; Под ред. В. Х. Фазылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - с.71-82.

Индивидуальное собеседование:

1. Методы лабораторной диагностики гриппа и ОРВИ
2. Дифференциальная диагностика гриппа и ОРВИ
3. Показания для госпитализации гриппа и ОРВИ
4. Принципы терапии гриппа и ОРВИ
5. Принципы профилактики гриппа и ОРВИ

Уровень 2, 3

Ситуационная задача 1

Больной 18 лет, студент, во время зимних каникул заболел остро, познабливало, температура сразу поднялась до 39,5°C, болела голова, мышцы всего тела; на второй день болезни появилось чувство ссаждения за грудиной и сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание без эксудации. При осмотре больного отмечается лихорадочный румянец на щеках, инъекция сосудов склер с единичными петехиальными элементами, повышенное потоотделение. Язык обложен белым налетом, слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Однократно был жидкий стул без патологических примесей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Ситуационная задача 2

Больной Ф., 36 лет доставлен в больницу в 15 часов 28.01 с жалобами на высокую температуру, сильную головную боль, ломоту во всем теле, боль в глазных яблоках, сухой кашель, заложенность носа. Болен первый день. Объективно: температура 39,1°C, в сознании, лицо одутловатое, гиперемировано, небольшая инъектированность склер. Сыпи на коже нет. Сердце - тоны ритмичные, слегка приглушены. Пульс удовлетворительных качеств. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Зев – отграниченная гиперемия, зернистость на задней стенке глотки, энантема на мягком небе. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторной диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Меры профилактики

Тема 5.2. Коронавирусная инфекция (COVID-19)

Тесты:

Банк тестовых заданий по теме смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Индивидуальное собеседование:

1. Методы лабораторной диагностики Covid-19
2. Принципы лечения Covid-19
3. Показания для госпитализации Covid-19
4. Принципы профилактики Covid-19
5. Нормативные документы по диагностике, оказанию помощи и профилактике ОРВИ, гриппа, новой коронавирусной инфекции (Санитарные правила и Клинические рекомендации)

IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Вид оценочного средства: **Ситуационные задачи:**

Оценочное средство	Эталон ответа
Задача 1. Больная И., 45 лет. Поступила на 3 день болезни с жалобами на боли в левой половине живота, слабость, частый жидкий стул. Заболела остро, днем 15 августа. Появились боли в животе, озноб, головная боль, ночью однократный жидкий каловый обильный стул. 16 августа утром температура 39 градусов, слабость, стул жидкий каловый со слизью до 4 раз в день. 16 августа состояние ухудшилось, участился стул, акт дефекации болезнен, стул скудный со слизью и прожилками крови за ночь 7 раз. 17 августа госпитализирована в инфекционную больницу. Работает няней в детском саду, где были случаи заболевания острыми кишечными инфекциями. Ваш предварительный диагноз, Составьте план обследования Составьте план лечения	Острая дизентерия колитическая форма средней степени тяжести. Бактериологический метод, серологический метод. Этиотропная терапия – ципрофлоксацин, патогенетическая терапия.
Задача 2. Больной К., 55 лет, заболел остро, в 5 часов утра, появились частая рвота, жидкий обильный стул более 20 раз, схваткообразные боли в животе, слабость, озноб, температура тела 39 градусов. Через 2 часа от начала болезни вызван врач скорой помощи. У пациента появились судороги в мышцах ног, терял сознание. Стул при осмотре жидкий, зловонный, зеленого цвета. Связывает заболевание с употреблением омлета в буфете. Состояние тяжелое, акроцианоз, тургор кожи снижен. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, пульс слабого наполнения, едва прощупывается, частый. АД не определяется. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, вокруг пупка, правом подреберье. Менингеальных знаков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Не мочился. После начала регидратационной терапии в машине скорой помощи состояние несколько улучшилось. Доставлен в инфекционную больницу. [1] Ваш предварительный диагноз, Составьте план обследования Составьте план лечения	Сальмонеллез гастроинтестинальная форма гастроэнтеритический вариант тяжелой степени. Дегидратация 3-4 степени. Бактериологический метод, серологический метод. Регидратационная терапия (Трисоль, Ацесоль).
Задача 3. Пациентка А., 40 лет вызвала участкового терапевта из поликлиники в 1-е сутки болезни с жалобами на частый (до 15 раз за ночь) жидкий стул и многократную повторную рвоту, резкую слабость, жажду, сильную сухость во рту.	Холера средней степени тяжести. Дегидратация 3 степени. Бактериологический метод.

Оценочное средство	Эталон ответа
Из анамнеза установлено, что заболела сегодня ночью, когда среди полного спокойствия появился частый безболезненный жидкий стул вначале калового характера с быстрым развитием обильного водянистого, позже присоединилась повторная рвота без тошноты. Своё состояние связывает с поездкой на отдых в одну из стран Восточной Азии, откуда вернулась за 3 дня до заболевания. Объективно: состояние пациентки средней тяжести, сознание ясное. Температура тела – 36,1°C, пульс - 120 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения, АД 100/60 мм.рт.ст. Кожа сухая, бледная. Снижение тургора кожи на кистях и животе. Акроцианоз, голос ослаблен. Тоны сердца прослушать чётко не удаётся из-за выраженной тахикардии. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Язык сухой, покрыт белым налётом. Живот несколько уплощён, при пальпации безболезненный, отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезёнка не увеличены. Каловые и рвотные массы водянистые желто-зелёного оттенка с примесью белых хлопьев. Отмечает уменьшение количества мочи, но не измеряла. Менингеальных знаков нет. Ваш диагноз? Составьте план обследования и лечения.	Регидратационная терапия (Трисоль, Хлосоль)
Задача 4. Больной Н., 35 лет, обратился к участковому терапевту 15 сентября (на 15-й день болезни) с жалобами на боли в животе, тошноту по утрам, плохой аппетит, неустойчивый стул в течение 2-х недель. 14 сентября заметил в кале «белую ленточку» длиной приблизительно 30 см. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 градусов. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастрии и вокруг пупка. Печень, селезенка не увеличены. Заключение ФГДС: острый гастрит. При уточнении эпиданамнеза выявлено, что больной рыбак-любитель, в мае месяце ел соленую щуку икру. Вопросы: Поставьте предварительный диагноз, Составьте план обследования и план лечения.	Дифиллоботриоз. Паразитологический метод. Этиотропная терапия – празиквантель.
Задача 5. Больной Н., 15 лет, поступил на стационарное лечение 4.07. Поступил из очага вирусного гепатита (болеет сестра). Заболел постепенно с 15.06.: головная боль, лихорадка, слабость. 21.06. заметил желтушное окрашивание склер, темную мочу, светлый кал. Дома часто была рвота (до 6 раз в сутки).	Острый вирусный гепатит А желтушная форма средней степени тяжести. Серологический метод – определение маркеров. Базисная терапия.

Оценочное средство	Эталон ответа
Объективно: состояние тяжелое, очень вялый, лицо одутловато, интенсивно-желтого цвета, склеры иктеричны. Сердечные: тоны приглушены, АД 90/60 мм.рт. ст. Живот вздут, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется + 1 см. Моча темной окраски. Поставьте предварительный клинический диагноз, Составьте план обследования и лечения	
Задача 6. У больной В., 45 лет, при госпитализации в терапевтическое отделение по поводу гипертонического криза были «случайно» обнаружены антитела к ВГС. Жалоб не предъявляет. При объективном осмотре выявляется увеличение печени, выступает на 1,5 см. средней плотности. Поставьте предварительный клинический диагноз, Составьте план обследования и лечения.	Хронический вирусный гепатит С. Серологический метод и ПЦР. Этиотропная терапия ПВТ по показаниям.
Задача 7. Больной Ф., 36 лет доставлен в больницу в 15 часов 28.01 с жалобами на высокую температуру, сильную головную боль, ломоту во всем теле, боль в глазных яблоках, сухой кашель, заложенность носа. Болен первый день. Объективно: температура 39,1°C, в сознании, лицо одутловатое, гиперемировано, небольшая инъецированность склер. Сыпи на коже нет. Сердце - тоны ритмичные, слегка приглушены. Пульс удовлетворительных качеств. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Зев – отграниченная гиперемия, зернистость на задней стенке глотки, энантема на мягком небе. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Поставьте предварительный клинический диагноз, Составьте план обследования и лечения.	Грипп средней степени тяжести. Серологический метод и ПЦР. Этиотропная терапия – озельтамивир.
Задача 8. В одной из бактериологических лабораторий заболел врач-бактериолог через 3 дня после вскрытия тушки павшего суслика. Заболевания началось остро с нарушением общего состояния. Температура 39°C, резкая слабость. Появились головная боль, беспокойство, мышечные боли. При объективном осмотре: лицо гиперемировано, конъюнктивит, губы сухие, язык белый, «меловой». Отмечает боль в правом паху. Лимфоузлы паховые справа увеличены, плотные, спаяны между собой и с окружающей тканью. Кожа под ними напряжена, гиперемирована. АД 80/40 мм.рт.ст., пульс – 120 уд. в мин., Легкие – везикулярное дыхание, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены. Поставьте предварительный клинический диагноз, Составьте план обследования и лечения.	Чума бубонная форма тяжелой степени. Бактериологический метод. Этиотропная терапия – стрептомицин, патогенетическая терапия.

Зачет

1 этап Вид оценочного средства: Тесты (всего – 30 вопросов)

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в компьютере:

(Папка «Тестовый контроль») – вопросы и эталоны ответов.

Банк тестовых заданий по всем темам смотри в изданиях:

1.Тестовый контроль знаний по инфекционным болезням: методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов и ординаторов /Составители: В. Х. Фазылов, Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов и др.; Под ред. В. Х. Фазылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 128 с.

2.Острые и хронические вирусные гепатиты А, В, С и D: (тестовые задания): учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов /(авторы-составители В. Х. Фазылов и др.). - Казань: КГМУ, 2012. - 32 с.

2 этап Вид оценочного средства: Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной Н., 43 года, заболел остро: появились озноб, общая слабость, схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул. На 2-ой день состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 38,5°C, усилились схваткообразные боли внизу живота, жидкий необильный стул со слизью до 15 раз в сутки, ложные позывы на акт дефекации.

Из эпидемиологического анамнеза: за день до заболевания употреблял в пищу котлеты в столовой вместе с сослуживцами, у которых регистрируется аналогичная симптоматика.

При осмотре: язык влажный, обложен грязно-серым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Пульс - 90/мин., ритмичный, АД - 110/80 мм рт.ст. В копрограмме: лейкоциты - 8-12 в поле зрения, эритроциты - 10-15 в поле зрения, слизи - много.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 1

1. **Предварительный диагноз** «Острая дизентерия, колитический вариант, средней степени тяжести»выставлен на основании:

2.План обследования больного:

Специфическая диагностика

Бактериологический анализ испражнений на патогенную (шигеллы,сальмонеллы) и условно-патогенную (йерсинии, кампилобактерии, протей и др.) флорус определением чувствительности к антибиотикам.

Экспресс-диагностика: ПЦР – как арбитражный метод при отриц. результате бактер. анализа.

Серологическое исследование парных сывороток крови в РНГА с шигеллёзным, сальмонеллёзным, йерсиниозным или псевдотуберкулёзным диагностикумами.

Неспецифическая диагностика

Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

Копрограмма

ОАК.

ОАМ

Биохимические методы исследования: мочевины, амилазы, К, Na⁺, Ca²⁺, общий белок.

3. План лечения

Диета: Стол № 4 по Певзнеру. (слизистые супы, блюда из измельченного или протертого мяса, отварная нежирная рыба, омлет, каши, творог). Прием пищи дробно каждые 3–4 часа

Режим полупостельный

Этиотропная терапия: ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сут, в течение 3 дней, перорально

Патогенетическая терапия:

оральная дезинтоксикация: регидрон 2 литра в сутки дробно

энтеросорбенты: смекта по 2-3 порошка в день дробно

ферменты (на фоне расширения диеты) микразим по 1 капс 3 раз в день во время еды 7 дней

дротаверин по 0,04 г 3 раза в день (при сильных болях)

линекс по 1 капс 3 раза в день (в период реконвалесценции) 10 дней

Задача № 2

Больной Н., 33 года, заболел постепенно: слабость, головная боль, боли в животе, частый жидкий стул. На 2-ой день температура тела повысилась до 37,2°C, боли внизу живота сохранялись, жидкий необильный стул со слизью до 10 раз в сутки. Симптомы сохранялись в течение 5 дней, к врачу не обращался, ничем не лечился.

Из эпидемиологического анамнеза: прибыл из Узбекистана, где жил в частном доме и использовал воду из колодца.

При осмотре: язык влажный, обложен грязно-серым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Пульс - 90/мин., ритмичный, АД - 110/80 мм рт. ст. В копрограмме: лейкоциты - 4-6 в поле зрения, эритроциты - 10-15 в поле зрения, слизи - много.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 2

1. Предварительный диагноз. Кишечный амебиаз, амёбная дизентерия средней степени тяжести

2. План обследования больного.

Специфическая диагностика

- Паразитологическое исследование свежевыделенного кала – обнаружение большой вегетативной формы – гематофага (3-хкратно)
- Выявление антигенов *E. histolytica* в фекалиях с помощью моноклональных антител
- Обнаружение ДНК дизентерийной амёбы методом ПЦР.
- Ректороманоскопия с немедленной микроскопией ректальных мазков на *E. histolytica*
- Серологический метод РНГА, РЭМА, РНИФ – определение специфических антител
- Бактериологический метод исследования испражнений на патогенную флору (шигеллы и сальмонеллы) – для исключения бактериальной дизентерии

Неспецифическая диагностика

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи
- Биохимические методы исследования: мочевины, К, Na⁺, общий белок.
- Копрограмма.

3. План лечения.

Этиотропная терапия:

- Метронидазол по 750 мг 3 раза в день, перорально в течение 10 дней

Патогенетическая терапия:

- оральная дезинтоксикация: регидрон 2 литра в сутки дробно

- энтеросорбенты: смекта по 2-3 порошка в день дробно

- ферменты (на фоне расширения диеты) микразим по 1 капс 3 раза в день во время еды 7 дней

- дротаверин по 0,04 г 3 раза в день (при сильных болях)

- энтерол по 2 капс 2 раза в день в течение 10 дней

Задача № 3

Больной Б., 37 лет, токарь, направлен в инфекционную больницу с диагнозом: острый гастроэнтерит.

Из анамнеза: заболел остро, 3 дня назад, когда появились слабость, температура тела повысилась до 38°C и сопровождалась ознобом, головная боль, тошнота, боли в животе, отмечалась рвота до 3 раз в первые сутки, одновременно появился жидкий водянистый стул. Из эпидемиологического анамнеза: накануне заболевания (за 6 часов до начала первых симптомов) был в гостях, употреблял в пищу курицу-гриль, пил вино. Проживает в одной квартире с женой и грудным ребенком (6 мес.), они здоровы. Сходная клиническая симптоматика наблюдалась еще у 3 гостей.

При осмотре: Масса тела до болезни 80 кг, состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C, кожные покровы чистые, бледные, тургор в норме, язык сухой. Пульс - 100/мин., ритмичный. АД - 100/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, мезогастррии, внизу живота, больше в илеоцекальном углу. Интенсивно урчит по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Стул водянистый, обильный, зеленого цвета до 10 раз в сутки. В копрограмме: лейкоциты – 10-15 в поле зрения, мышечные волокна непереваренные 1-2 в поле зрения.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 3.

1. **Предварительный диагноз:** Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелая форма.

выставлен на основании:

2. План обследования больного:

Бактериологический анализ испражнений на патогенную (шигеллы, сальмонеллы) и условно-патогенную (йерсинии, кампилобактерии, протей и др.)

Экспресс-диагностика: ПЦР – как арбитражный метод при отриц. результате бактер. анализа.

Серологическое исследование парных сывороток крови в РНГА с шигеллезным, и сальмонеллезным диагностикумами. В качестве серологических реакций используют: РА – исследование парных сывороток (диагностический титр – превышающий 1:200); РНГА, РЛА, ИФА – экспресс-диагностика сальмонеллеза.

Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

Копрограмма

Общий анализ крови с лейкоформулой

Общий анализ мочи

Биохимические методы исследования: мочевины, амилазы, К, Na⁺, Ca²⁺, общий белок.

Учет введенной и выделенной жидкости.

3. План лечения

Госпитализация (по медицинским и эпидемиологическим показаниям)

Диета (стол №4, позднее №13);

Режим (полупостельный, постельный);

Регидрационная терапия полиионными солевыми изотоническими или чуть гипотоническими растворами: пероральными, которые приготавливают из стандартных орально-регидратационных смесей (ОРС) и глюкозо-солевыми растворами - «Регидрон», «ORS», глюкосолан, цитроглюкосолан; инфузионными растворами (хлосоль, ацесоль, трисоль). Регидратация проводится в 2 этапа: Первичная регидратация, целью которой является восстановление имеющихся потерь воды и электролитов на протяжении 2 часов. Объем вводимой жидкости, с учетом степени обезвоженности (согласно классификации В.И. Покровского): 2 степень – потери 5% от 80 кг составляют 4000 мл. рассчитываем 1,5 л в виде оральных растворов (дробно по 120 мл каждые 10 мин), и 2500 внутривенно (раствор Трисоль со скоростью 20 мл/мин), температура растворов 37-40 градусов.

Второй этап – регидратации – коррекция продолжающихся потерь - - добавляется объем жидкости, потерянный в течение этих 2 часов (Например, за эти 2 часа пациент потерял со стулом 1500 мл, рвоты не было, значит на следующие 2-3 часа назначаем оральную регидратацию в объеме 1500 мл и так далее).

Спазмолитики: Дротаверин (но-шпа) по 0,04 г 3 раза в день 2-3 дня.

Сорбенты: Смекта или неосмектин по одному порошку 3 раза в день 5-7 дней, энтеродез по 5 г 3 раза в день; Полифепан или полисорб по 1 столовой ложке 3-4 раза в день 5-7 дней;

Эубиотики: бактисубтил или бактистатин по 1 капсуле 3-6 раз в день за 1 час до еды; линекс по 2 капсулы 3 раза в день 10-14 дней;

В период реконвалесценции: бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день 1-2 месяца.

Ферментотерапия: панкреатин (мезим, креон, панзинорм 10000 Ед) по 1 таб 3 раза в день во время еды 2 недели.

Задача № 4

Больной П., 55 лет, доставлен на 4-й день заболевания с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры до 38,5°C, тошноту, рвоту до 8 раз в сутки, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз, судороги икроножных мышц. Заболел остро, с повышения температуры тела до 38,8°C с ознобом, одновременно появились тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул, вначале 7-8 раз, а в последующие дни до 10-15 раз. Все дни сохранялась фебрильная температура, слабость, головная боль, далее появились судороги кистей рук, икроножных мышц. К врачу не обращался, ничем не лечился. Из эпиданамнеза выяснено, что заболевание началось через 6 ч после употребления сырых яиц, купленных на рынке. Масса тела до заболевания – 85 кг. У пациента в анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия.

При поступлении состояние больного тяжелое. Тургор кожи снижен. Акроцианоз. Слизистая полости рта, язык сухой. Голос осиплый. Олигоурия. Тоны сердца ритмичные, глухие 130/мин., АД-80/40 мм.рт.ст., ЧДД-28/мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается болезненность по ходу толстого кишечника больше внизу живота справа.

В периферической крови: $Eg-5,4 \cdot 10^{12}/л$, $Hg-167 г/л$, $L-5,8 \cdot 10^9/л$, $p-11\%$, $c-74\%$, лимф.-14%, $m-1\%$, $COЭ-23 мм/ч$, гематокрит 55%.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 4

1.Предварительный диагноз. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение. Осложнение: Обезвоженность 3-4 степени (гиповолемический шок).

2.План обследования больного:

Бактериологический анализ испражнений на патогенную (шигеллы, сальмонеллы) и условно-патогенную (йерсинии, кампилобактерии, протей и др.)

Экспресс-диагностика: ПЦР – как арбитражный метод при отриц. результате бактер. анализа.

Серологическое исследование парных сывороток крови в РНГА с шигеллѐзным, сальмонеллѐзным диагностикумами. В качестве серологических реакций используют: РА – исследование парных сывороток (диагностический титр – превышающий 1:200); РНГА, РЛА, ИФА – экспресс-диагностика сальмонеллеза.

Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

Копрограмма

Общий анализ крови с лейкоформулой

Общий анализ мочи

Биохимические методы исследования: мочевины, амилазы, К, Na⁺, Ca²⁺, общий белок.

Учет введенной и выделенной жидкости.

3.План лечения.

Диета (стол №4, позднее №13);

Режим (полупостельный, постельный);

Регидрационная терапия полиионными солевыми растворами: инфузионными растворами (хлосоль, ацесоль, трисоль) и пероральными, которые приготавливают из стандартных орально-регидратационных смесей (ОРС) и глюкозо-солевыми растворами - «Регидрон», «ORS».

Регидратация проводится в 2 этапа: Первичная регидратация, целью которой является восстановление имеющихся потерь воды и электролитов на протяжении 6 часов (так как у пациента имеется сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы первый этап увеличивается по длительности). Объем вводимой жидкости, с учетом степени обезвоженности (согласно классификации В.И. Покровского): 3-4 степень – потери 10% от 85 кг составляют 8500 мл. Оральная регидратация составит 0,5 -1,0 л в час (дробно по 100 мл каждые 10 мин), итого 3500 мл. Остальные 5000 мл вводим внутривенно (раствор Трисоль). В течение первого часа вводится 40% (2000 мл со скоростью 25-30 мл/мин), далее 3000 мл за 5 часов (со скоростью 10 мл/мин), температура растворов 37-40 градусов. Второй этап – регидратации – коррекция продолжающихся потерь - - добавляется объем жидкости, потерянный в течение этих 6 часов (Например, за эти 6 часов пациент потерял со стулом 1500 мл, со рвотой 500 мл, значит на следующие 6 часов назначаем регидратацию в объеме 2000 мл и так далее).

Этиотропная терапия (с учетом гиповолемии отступает на второй план): ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сут, в течение 3 дней, перорально.

Патогенетическая терапия:

Спазмолитики: Дротаверин (но-шпа) по 0,04 г 3 раза в день 2-3 дня.

Сорбенты: Смекта или неосмектин по одному порошку 3 раза в день 5-7 дней, энтеродез по 5 г 3 раза в день; Полифепан или полисорб по 1 столовой ложке 3-4 раза в день 5-7 дней;

Эубиотики: бактисубтил или бактистатин по 1 капсуле 3-6 раз в день за 1 час до еды; линекс по 2 капсулы 3 раза в день 10-14 дней;

В период реконвалесценции: бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день 1-2 месяца.

Ферментотерапия: панкреатин (мезим, креон, панзинорм 10000 Ед) по 1 таб 3 раза в день во время еды 2 недели.

Задача № 5

Больная К., 36 лет, заболела остро: в 22 часа появились тошнота, обильная рвота до 5 раз, приносящая облегчение, сначала желудочным содержимым, а затем желчью, повысилась температуры тела до 38,3 °С с ознобом, частый жидкий стул желтого цвета. Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употребляла на ужин в пищу мясной салат, заправленный майонезом, хранившийся при комнатной температуре в течение 5 дней. При поступлении: температура тела 38,2°С, кожные покровы чистые. Пульс - 90/мин., ритмичный. АД - 100/70 мм рт.ст. Однократная рвота. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, интенсивно урчит по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Стул водянистый, желтого цвета до 10 раз в сутки.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 5

1. Предварительный диагноз. Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритический вариант, средней тяжести.

2. План обследования больного:

Бактериологический анализ испражнений, рвотных масс на патогенную (шигеллы, сальмонеллы) и условно-патогенную (йерсинии, кампилобактерии, протей и др.) флору.

Серологическое исследование парных сывороток крови в РНГА с шигеллезным, сальмонеллезным, йерсиниозным или псевдотуберкулезным диагностикумами.

Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

ОАК. ОАМ

Биохимические методы исследования: мочевины, амилазы, К, Na⁺, Ca²⁺, общий белок.

Копрограмма.

3. План лечения.

Диета (стол №4, позднее №13);

Режим (полупостельный, постельный);

Промывание желудка до чистых промывных вод (2% р-р гидрокарбоната натрия или 0,1% перманганата калия);

Оральная регидратация - регидрон, при неукротимой рвоте - внутривенное введение солевых растворов.

Сорбенты: полифепан по 1 столовой ложке 3-4 раза в день 5-7 дней; неосмектин по одному порошку 3 раза в день 5-7 дней; энтеродез по 5 г 3 раза в день.

Задача № 6

Пациентка М., 43 г, наблюдается в специализированном центре около 6 месяцев с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Из анамнеза: принимает алкоголь ежедневно, но в малых дозах (со слов). Жалобы: на незначительную желтуху склер, послабление стула, отсутствие аппетита. В анализах крови АЛТ 50 ед/л; общий билирубин 59,3 (прямой 33) мкмоль/л; CD4 лимфоциты 462 кл/мкл; РНК ВИЧ в ПЦР 23000 коп/мл; обнаружены сумм. анти HCV.

- Диагноз основного заболевания (ВИЧ-инфекция), определить стадию,

- Диагноз сопутствующего и/или оппортунистического заболевания

- План обследования;

- План лечения.

Эталон ответа к задаче № 6

1,2 Предварительный диагноз. ВИЧ-инфекция стадия 3 латентная. Хронический вирусный гепатит С?, минимальной воспалительной активности.

3. План обследования больного

- Кровь - ИФА (IgM к HAV, HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV (NS 3-5))
- ПЦР - диагностика с целью обнаружения РНК HCV, определение генотипа вируса; ДНК HBV.
- ОАК, ОАМ (уроб-н)
- Биохимический анализ крови (ОБ,ПБ, холестерин, ЩФ; АЛТ, АСТ, ГГТ; тимоловая проба)
- Коагулограмма (фибр-н, МНО, ПТИ)
- Протеинограмма (ОБел)
- Фибросканирование печени, УЗИ ОБП.

4. План лечения

- Решение вопроса о назначении АРВТ (комбинированная терапия с включением трех препаратов из групп НИОТ, ННИОТ, ИП)
- Основные принципы АРВТ:
Своевременное начало терапии (до развития выраженного иммунодефицита)
Использовать комбинированную ВААРТ (не <3 препаратов одновременно)
Постоянный (пожизненный) прием
Приверженность лечению >90%
Использовать безопасные и эффективные препараты
- ПВТ HCV-инфекции (ПППД)
- Гепатопротекторы (эссенциале, фосфоглив, УДХК и др.).

Задача № 7

Пациент А., 30 лет, диагноз ВИЧ-инфекция установлен 5 лет назад. Находится на "Д" наблюдении, АРВТ не получал. В анамнезе ОВГВ. Жалобы на выраженную слабость, "чувство" печени в правом подреберье. Объективно: кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Печень +3 см. из под края реберной дуги за счет левой доли, плотно-эластичной консистенции, край закруглен. Селезенка пальпируется +1 см.

Лабораторные данные: CD4 лимфоциты 420 кл/мкл., вирусная нагрузка РНК ВИЧ в ПЦР – 1000 коп/мл., АЛТ 320 ед/л, АСТ 280 ед/л. В ИФА (HBsAg- обн.; сумм. антитела к HCV – не обн.). Общий анализ крови: эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 140 г/л; лейкоциты – $4,0 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 48%, эозинофилы – 0%, моноциты – 5%, лимфоциты – 43%, базофилы – 0%; тромбоциты – $230 \times 10^9/л$; СОЭ – 9 мм/час.

- Диагноз основного заболевания (ВИЧ-инфекция), определить стадию,
- Диагноз сопутствующего и/или оппортунистического заболевания
- План обследования;
- План лечения.

Эталон ответа к задаче № 7

1,2 Предварительный диагноз. ВИЧ-инфекция стадия 3 латентная. Хронический вирусный гепатит В?, выраженной воспалительной активности.

3. План обследования больного

- ИФА (IgM к HAV, HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV (NS 3-5) сумм. антитела к HDV)
- ПЦР - диагностика с целью обнаружения РНК HCV, ДНК HBV.
- ОАК, ОАМ (уроб-н)
- Биохимический анализ крови (ОБ,ПБ, холестерин, ЩФ; АЛТ, АСТ, ГГТ; тимоловая проба)
- Коагулограмма (фибр-н, МНО, ПТИ)
- Протеинограмма (ОБел)

- Фибросканирование печени, УЗИ ОБП.

4. План лечения

- Решение вопроса о назначении АРВТ (комбинированная терапия с включением трех препаратов из групп НИОТ, ННИОТ, ИП)
- Основные принципы АРВТ:
Своевременное начало терапии (до развития выраженного иммунодефицита)
Использовать комбинированную ВААРТ (не <3 препаратов одновременно)
Постоянный (пожизненный) прием
Приверженность лечению >90%
Использовать безопасные и эффективные препараты
 - ПВТ HBV инфекции (с включением нуклеозидного аналога тенофовира).
 - Гепатопротекторы (эссенциале, фосфоглив, УДХК и др.).

Задача № 8

Специальным рейсом в город О. прибыл самолет с 15 геологами, работавшими в Индии. Обсервацию пассажиры самолета проходили в течение 5-ти суток в колонии русских геологов до прибытия в город. При осмотре на санитарно-контрольном пункте аэропорта у прибывших никаких признаков заболевания не установлено. На следующий день у одного из геологов, размещенных в общежитии, начался понос, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось: температура тела - 35,8°C, отмечалось спутанное сознание, рвота стала неукротимой, многократный водянистый стул в виде «рисового отвара».

1. Предварительный диагноз
3. План обследования для подтверждения диагноза.
4. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 8

1. Холера, дегидратация III ст., тяжелое течение.

2. План обследования больного:

Бактериологический анализ испражнений на патогенную (шигеллы, сальмонеллы) и условно-патогенную (йерсинии, кампилобактерии, протей и др.)

Экспресс-диагностика: ПЦР – как арбитражный метод при отриц. результате бактер. анализа.

Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспресс-методом, ускоренным и полным микробиологическим анализом;

Серологическое исследование парных сывороток крови в РНГА с шигеллезным, сальмонеллезным, йерсиниозным или псевдотуберкулезным диагностикумами.

Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

Копрограмма

ОАК.

ОАМ

Биохимические методы исследования: мочевины, амилазы, К, Na⁺, Ca²⁺, общий белок.

3. План лечения

Диета (стол №4, позднее №13);

Режим (полупостельный, постельный);

Антибиотики тетрациклинового ряда, фторхинолоны (Доксициклин 0,2 на физ. растворе внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней, или офлоксацин 0,4 на физ. растворе внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней).

Внутривенное введение солевых растворов, Регидратационная терапия проводится в 2 этапа – первый направлена на восполнение ОЦК, второй – на коррекцию водно-электролитного состава крови. Необходима внутривенная инфузия солевых растворов (в

объеме не менее 9% от массы тела). Критериями эффективности являются: потепление и порозовение кожных покровов, прекращение рвоты и поноса, нормализация показателей гемодинамики, купирование судорожного синдрома.

Сорбенты: полифепан по 1 столовой ложке 3-4 раза в день 5-7 дней; неосмектин по одному порошку 3 раза в день 5-7 дней, энтеродез по 5 г 3 раза в день.

Эубиотики: Бактисубтил по 1 капсуле 3-6 раз в день за 1 час до еды; линекс по 2 капсулы 3 раза в день 2 недели; бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день 1-2 месяца.

Спазмолитики: Но-шпа по 0,04 г 3 раза в день, папаверин по 0,04 г 3 раза в день (при болях)

Задача № 9

Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что заметил желтушное окрашивание склер, потемнение мочи. Заболел 4-5 дней назад – слабость, отсутствие аппетита, ломота в теле, першение в горле, на 4 день заметил темную мочу и желтую окраску склер, самочувствие не ухудшилось. Раньше желтухой не болел. Точную информацию по вакцинации от ВГ дать не может. При объективном осмотре: иктеричность склер и кожи, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги (перкуторно по Курлову 12-9-8 см), селезенка у края реберной дуги, чувствительные при пальпации и перкуссии. Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ – 1045 ед/л.

Из эпид. анамнеза: аналогичная симптоматика отмечена еще у двух человек, проживающих в одной комнате общежития и обратившихся в инфекционный стационар ранее.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 9

1. Предварительный диагноз. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средняя степень тяжести.

2. План обследования больного

Кровь - ИФА (IgM к HAV, HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV).

Общий анализ крови

Общий анализ мочи(уробилин)

Биохимический анализ крови (Общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, тимоловая проба)

Коагулограмма (МНО, ПТИ)

Протеинограмма (белок, альбумин)

УЗИ гепато-билиарной системы (печень, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа)

3.План лечения.

Госпитализация (по медицинским и эпидемиологическим показаниям)

Постельный, полупостельный режим (в остром периоде)

Стол № 5 (или № 5а)

Обильный приём жидкости (V=2-2,5 л)

Ограничение приёма лекарств

На спаде желтухи – урсодезоксихолевая кислота 10 мг/кг/сут – до 1 мес

Задача № 10

Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клиничко-лабораторного обследования (АлАТ - 300 ед/л, билирубин общий 80 ммоль/л,) в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом

подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не отмечает.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, иктеричности кожи и склер нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 10

1. Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкая степень тяжести.

2. План обследования больного

Кровь - ИФА (IgM к HAV, HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV).

Общий анализ крови

Общий анализ мочи (уробилин)

Биохимический анализ крови (Общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, тимоловая проба)

Коагулограмма (МНО, ПТИ)

Протеинограмма (белок, альбумин)

УЗИ гепато-билиарной системы (печень, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа)

3. План лечения.

Постельный, полупостельный режим (в остром периоде)

Стол № 5 (или № 5а)

Обильный приём жидкости ($V=2-2,5$ л)

Ограничение приёма лекарств

урсодезоксихолевая кислота 10 мг/кг/сут – до 1 мес

Задача №11

Больная А., 28 лет, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2,0 см. выше реберной дуги по средне-ключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены.

Из анамнеза: 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера; за неделю до поступления беспокоили резкая слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошнота, однократная рвота, тяжесть в правом подреберье.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 11

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень, фульминантное течение. Осложнение: ОПЭП, кома I ст.

2. План обследования.

Специфические методы:

- анализ крови на маркеры ВГ методом ИФА (анти HAV IgM, HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV, антитела к HDV IgM).

Неспецифические методы:

- биохимический анализ крови (ОБ, ПБ, холестерин, ЩФ; АЛТ, АСТ, ГГТ, тимоловая проба, общий белок, мочевины, креатинин, электролиты, глюкоза).
- Кисотно-основное состояние: рН крови, ВЕ.
- Коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, ПТИ).
- Протеинограмма
- ОАК
- ОАМ

Инструментальные методы:

- УЗИ ОБП
- ЭКГ
- ЭЭГ

3. План лечения.

Госпитализация в реанимационное отделение, строгий постельный режим. Режим питания с ограничением поступления белка в ЖКТ. Предпочтение растительным и молочным белкам с включением пищевых волокон (отруби). Пищевой белок добавлять по 20 г/сут через каждые 2-3 дня. Кормление через зонд.

Освобождение кишечника от аммиака и азотистых веществ: ежедневные сифонные клизмы, лактулоза (нормазе, дюфалак) по 30 мл 3-4 раза в день, способствующая снижению образования аммиака и ускорению транзита пищи через кишечник.

Антибиотики, плохо всасывающиеся из ЖКТ для подавления кишечной микрофлоры : рифаксимин 1200 мг/сут; амоксицилин 4-6 г/сут; метронидазол 800 мг/сут..

Биохимическое превращение аммиака в менее токсичные продукты (L-орнитин- L-аспарат 20-40 г/сут., который предварительно разводят в 500 мл инфузионного раствора, максимальная скорость инфузии— 5 г/ч).

Дезинтоксикационная терапия (в/в инфузии 5-10% р-р глюкозы, солевых растворов, специальных аминокислотных смесей в соотношении 2:1:1; очищение крови с помощью плазмофереза, ксеноорганов и т.д.). Суточный объем жидкости 2-2,5 л под контролем диуреза.

Профилактика и лечение ДВС синдрома: гепарин (5-10 тыс ед) в фазу гиперкоагуляции; ингибиторы протеаз, аминокaproновая кислота 5%-150 мл, СЗП, викасол, этамзилат в фазу гипокоагуляции.

Терапия отёка мозга: купирование психомоторного возбуждения (0,5% р-р реланиума); эуфиллин 2,4%-10 мл в/в; лазикс 2,0; маннитол 0,5-1,0 г/кг.

ГКС (преднизолон 1-5 мг/кг/сут).

Оксигенотерапия (30-40% кислородно-воздушная смесь в дозе 4-5 л/мин.).

Задача № 12

Больной В., 19 лет, учащийся техникума, доставлен машиной «скорой помощи» в инфекционное отделение с синдромом желтухи в тяжелом состоянии.

Из анамнеза: за 4 месяца до настоящего заболевания больной был выписан из хирургического отделения, где находился по поводу флегмонозного аппендицита, осложненного перитонитом. Аппендэктомия сопровождалась переливанием крови. После выписки и до настоящего заболевания злоупотреблял алкогольными напитками. Преджелтушный период протекал по смешанному типу (артралгический, диспепсический и астеновегетативный синдромы) в течение 9 дней. При поступлении жаловался на головную боль, резкую слабость, «ощущение провала в пропасть».

При осмотре: больной вял, сонлив. Кожные покровы и слизистые интенсивно иктеричные. Тоны сердца приглушены. Пульс - 82/мин., ритмичен. Язык влажный. Живот мягкий, умеренноболезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень пальпируется до 1,0 см ниже реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Билирубин крови 215,6 мкмоль/л с

преобладанием прямого, АЛТ 200 ед/л. На следующий день состояние больного ухудшилось: спутанное сознание, двигательное беспокойство, носовое кровотечение. Печень не пальпируется.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 12

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень, фульминантное течение. Осложнение: ОПЭП, прекома II ст.

2. План обследования.

Специфические методы:

- анализ крови на маркеры ВГ методом ИФА (анти HAV IgM, HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV, антитела к HDV IgM).

Неспецифические методы:

- биохимический анализ крови (ОБ, ПБ, холестерин, ЩФ; АЛТ, АСТ, ГГТ, тимоловая проба, общий белок, мочевины, креатинин, электролиты, глюкоза).
- Кислотно-основное состояние: pH крови, BE.
- Коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, ПТИ).
- Протеинограмма
- ОАК
- ОАМ

Инструментальные методы:

- УЗИ ОБП
- ЭКГ
- ЭЭГ

3. План лечения.

Госпитализация в реанимационное отделение, строгий постельный режим. Режим питания с ограничением поступления белка в ЖКТ. Предпочтение растительным и молочным белкам с включением пищевых волокон (отруби). Пищевой белок добавлять по 20 г/сут через каждые 2-3 дня. Кормление через зонд.

Освобождение кишечника от аммиака и азотистых веществ: ежедневные сифонные клизмы, лактулоза (нормазе, дюфалак) по 30 мл 3-4 раза в день, способствующая снижению образования аммиака и ускорению транзита пищи через кишечник.

Антибиотики, плохо всасывающиеся из ЖКТ для подавления кишечной микрофлоры : рифаксимин 1200 мг/сут; амоксицилин 4-6 г/сут; метронидазол 800 мг/сут..

Биохимическое превращение аммиака в менее токсичные продукты (L-орнитин- L-аспартат 20-40 г/сут., который предварительно разводят в 500 мл инфузионного раствора, максимальная скорость инфузии— 5 г/ч).

Дезинтоксикационная терапия (в/в инфузии 5-10% р-р глюкозы, солевых растворов, специальных аминокислотных смесей в соотношении 2:1:1; очищение крови с помощью плазмофереза, ксеноорганов и т.д.). Суточный объем жидкости 2-2,5 л под контролем диуреза.

Лечение ДВС синдрома: ингибиторы протеаз, аминокaproновая кислота 5%-150 мл, СЗП, викасол, этамзилат.

Терапия отёка мозга: купирование психомоторного возбуждения (0,5% р-р реланиума); эуфиллин 2,4%-10 мл в/в; лазикс 2,0; маннитол 0,5-1,0 г/кг.

ГКС (преднизолон 1-5 мг/кг/сут).

Оксигенотерапия (30-40% кислородно-воздушная смесь в дозе 4-5 л/мин.).

Задача № 13

Женщина 34 года, является активным донором. Направлена в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у нее повышением трансаминазы: АлАТ - 750 ед/л. Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалобы на слабость, незначительную желтушность склер.

При обследовании отмечено - печень +0,5 см, плотно-эластической консистенции, край закруглен. Из эпидемиологического анамнеза: от ВГВ вакцинирована; повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2х доноров этой станции.

1. Предварительный диагноз
3. План обследования для подтверждения диагноза.
4. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 13

1. Острый вирусный гепатит С, желтушная форма?

2. План обследования больного

ИФА (IgM к HAV, IgM к HEV, HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV).

ПЦР - диагностика с целью обнаружения РНК HCV

ОАК, ОАМ

Биохимический анализ крови (общий билирубин, прямой билирубин, холестерин, ЩФ; АЛТ, АСТ, ГГТ)

Коагулограмма (фибр-н, МНО, ПТИ)

Протеинограмма

УЗИ органов брюшной полости

3. План лечения.

Режим палатный

Стол № 5 (или № 5а)

Обильный приём жидкости (V=2-2,5 л)

Ограничение приёма лекарств

Гепатопротекторы с учетом активности инфекционного процесса. С желчегонным эффектом только на спаде желтухи.

Инфузионная терапия с целью дезинтоксикации - глюкозо-солевыми растворами из расчета суточной потребности (по Гроссу).

Задача № 14

В гепатологическое отделение инфекционной больницы направлен призывник, у которого в крови выявляется повышение уровня АлАТ до 60 ед/л, методом ИФА — сумм.anti-HCV. Предъявляет жалобы на слабость, особенно в последние 2 года. Печень +0,5 см, плотно-эластической консистенции, край закруглен, пальпируется край селезенки.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 14

1. Хронический вирусный гепатит С с умеренным воспалительным процессом?

2. План обследования больного

Кровь- ИФА (IgM к HAV, HBsAg, HbeAg, анти-HBc IgM, антитела к HCV (NS 3-5)

ПЦР - диагностика с целью обнаружения РНК HCV (при необходимости определение генотипа вируса).

ОАК, ОАМ

Биохимический анализ крови (общий билирубин, прямой билирубин, холестерин, ЩФ; АЛТ, АСТ, ГГТ)

Коагулограмма (фибр-н, МНО, ПТИ)

Протеинограмма

Фибросканирование печени.

УЗИ ОБП.

3. План лечения.

Стол № 5 (или № 5а)

Гепатопротекторы (эссенциале, фосфоглив, УДХК и др.) – по показаниям.

Решение вопроса о назначении ПВТ.

Ситуационная задача №15

Больной У. 18 лет студент во время зимних каникул заболел остро, познабливало, температура сразу поднялась до 39,5 С°, болела голова, мышцы всего тела; на второй день болезни появилось чувство саднения за грудиной и сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание без экссудации.

При осмотре больного отмечается лихорадочный румянец на щеках, инъекция сосудов склер с единичными петехиальными элементами. Язык обложен белым налетом, слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет.

В периферической крови: $Eg-4,4 \cdot 10^9/l$, $Hg-118 \text{ г/л}$, $Tr-170 \text{ тыс}$; $L-3,8 \cdot 10^9/l$, $p-4\%$, $c-52\%$, лимф.- 41%, $m-3\%$, $COЭ-5 \text{ мм/ч}$.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче №15.

1.Предварительный диагноз «Грипп средней степени тяжести»

2.План обследования больного:

Специфическая лабораторная диагностика

1. Молекулярно-биологический метод (ПЦР) – обнаружение РНК вируса гриппа (смазвы из носа и ротоглотки)
2. Иммунологический метод:
 - обнаружение антигенов вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, риновирусов, RS-вирусов в смазках из носа и ротоглотки - МИФ, ИФА;
 - обнаружение антител к вирусам гриппа и др. ОРВИ в крови - РНГА, РНИФ, ИФА, РСК.

Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий анализ крови

Коагулограмма

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Общий анализ мочи.

3. План лечения

Режим постельный

Диета: Стол № 15 по Певзнеру (исключить острые, жареные, соленые, копченые блюда)

Этиотропная терапия:

- Противовирусные препараты прямого действия:

Осельтамивир по 75 мг 2 раза в сут peros в течение 5 дней,
или

Умифеновир (арбидол) по 200 мг 4 раза в сут peros в течение 5 дней.

- Интерферон альфа (Виферон, Гриппферон) –интраназально 3-5 раз в день – 5-7 дней

Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикационная терапия: обильное питье с клюквой, лимоном, шиповником, ромашкой и др., в/в инфузии (5% р-р глюкозы с 4 ед инсулина, 0,9% р-р хлорида натрия, 5% р-р аскорбиновой кислоты)

Жаропонижающие препараты (ибупрофен, парацетамол) при температуре выше 39°C.
Сосудосуживающие капли в нос (деконгестанты) - нафазолин, ксилометазолин, оксиметазолин - 2-3 дня.

При сухом кашле – противокашлевые средства: Декстрометорфан, Бутамират (сиропы от кашля и др.).

При влажном кашле - отхаркивающие средства: Ацетилцистеин, Бромгексин, Амброксол

Ситуационная задача №16

Больная З., 20 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на головную боль в лобной области, небольшую слабость, недомогание, насморк, сухость и першение в горле, незначительные боли в горле при глотании, охриплость голоса, сухой "лающий" кашель. Заболела 2 дня назад. С утра заметила недомогание, познабливало. Температура тела поднялась до 37,5°C, беспокоила незначительная головная боль. К вечеру присоединился жар, небольшая потливость, заложенность носа, небольшие серозные выделения из носовых ходов, першение в горле. На следующий день температура 37,8°C, насморк не усилился, однако появился неприятный, сухой, надсадный кашель, изменился тембр голоса. Живет в общежитии.

При осмотре: температура тела 37,5°C. Кожа нормальной окраски. Слизистая склер, конъюнктив немного гиперемирована, сосуды склер инъецированы. Из носа - небольшое серозное отделяемое. В зеве - разлитая, довольно яркая гиперемия мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, ее зернистость. Миндалины не увеличены. Голос охриплый, тембр снижен, периодически сухой «лающий» кашель. В легких единичные сухие хрипы. Число дыхательных движений - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-82 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: $Eg-4,2 \times 10^{12}/л$, $Hb-120г/л$, $L\ Tr-190$ тыс; $L-3,8 \times 10^9/л$, $P-4$, $C-54$, $Lm-42$, $COЭ-10$ мм/час. Моча: уд.вес-1021, Лц.-ед. в п/зр.,

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 16

1. Предварительный диагноз «ОРВИ (парагрипп) средней степени тяжести»

2. . План обследования больного:

Специфическая лабораторная диагностика

1. Иммунологический метод:

- обнаружение антигенов вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, риновирусов, RS-вирусов в смывах из носа и ротоглотки - МИФ, ИФА;
- обнаружение антител к вирусам гриппа и др. ОРВИ в крови - РНГА, РНИФ, ИФА, РСК.

2. Молекулярно-биологический метод (ПЦР) – обнаружение РНК и ДНК вирусов (смывы из носа и ротоглотки)

Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий анализ крови

Общий анализ мочи.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

3. План лечения

Режим постельный

Диета: Стол № 15 по Певзнеру (исключить острые, жареные, соленые, копченые блюда)

Этиотропная терапия:

- Противовирусные препараты:

Умифеновир (арбидол) по 200 мг 4 раза в сут per os в течение 5 дней

или

- Индукторы интерфероногенеза: кагоцел, тилорон

- Интерферон альфа (Виферон, Гриппферон) –интраназально 3-5 раз в день – 5-7 дней

Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикационная терапия: обильное питье с клюквой, лимоном, шиповником, ромашкой, минеральная вода.

Сосудосуживающие капли в нос (деконгестанты) - нафазолин, ксилометазолин, оксиметазолин - 2-3 дня.

При сухом кашле – противокашлевые средства: Декстрометорфан, Бутамират (сиропы от кашля и др.).

При влажном кашле - отхаркивающие средства: Ацетилцистеин, Бромгексин, Амброксол

Ситуационная задача №17

К больной П., 17 лет, вызвана «скорая помощь». Жалобы на высокую температуру, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, сильную головную боль и боль в глазных яблоках. Больна 3-й день, заболевание началось остро, с озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, повышение температуры до 39,2 °С. Со 2-го дня появились боли за грудиной, сухой кашель, заложенность носа. На 3-й день температура снизилась до 38 °С, но усилился кашель, появилась скудная мокрота розового цвета, выросла слабость, появилось чувство нехватки воздуха. При осмотре – состояние тяжёлое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жёсткое, небольшое количество рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40/мин. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. АД 80 / 40 мм рт.ст.

Февраль месяц. В городе подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче №17

1. Предварительный диагноз «Грипп, тяжелое течение, осложненное геморрагическим отеком легких»

2. План обследования больного:

Пульсоксиметрия

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Специфическая лабораторная диагностика

1. Молекулярно-биологический метод (ПЦР) – обнаружение РНК вируса гриппа (смывы из носа и ротоглотки)

2. Иммунологический метод:

- обнаружение антигенов вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, риновирусов, RS-вирусов в смывах из носа и ротоглотки - МИФ, ИФА;

- обнаружение антител к вирусам гриппа и др. ОРВИ в крови - РНГА, РНИФ, ИФА, РСК.

Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий анализ крови

Коагулограмма

Биохимические исследования: мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза

Общий анализ мочи.

3. План лечения

Экстренная госпитализация на реанимобиле в отделение интенсивной терапии инфекционной больницы

Полусидячее положение

Оксигенотерапия

Кортикостероиды (преднизолон – 3-5 мг/кг МТ)

Диуретики (лазикс)

Сердечные гликозиды (дигоксин)

Этиотропная терапия:

- Противовирусные препараты прямого действия:

Осельтамивир по 150 мг 2 раза в сут peros в течение 5 дней,

Антибактериальные препараты широкого спектра действия (цефтриаксон по 1 г 2 р в день в/в)

Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикационная терапия: в/в инфузии (глюкозо-солевые растворы, коллоиды, СЗП)

Жаропонижающие препараты (ибупрофен, парацетамол) при температуре выше 39°C.

Сосудосуживающие капли в нос (деконгестанты) - нафазолин, ксилометазолин, оксиметазолин - 2-3 дня.

Ситуационная задача №18

В поликлинику к терапевту обратился студент 20 лет, проживающий в общежитии. Болен 2-ой день. Отмечает легкое недомогание, познабливание, слабость, температура тела 37-37,5°C, насморк, частое чихание, рези в глазах, першение в горле.

При осмотре: Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована, обильные слизисто-водянистые выделения из носа. Умеренно выражена гиперемия конъюнктив и склер, слезотечение. Голос охрипший. Слизистая ротоглотки гиперемирована, зернистость мягкого неба и задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. По внутренним органам без особенностей.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 18

1. Предварительный диагноз «ОРВИ (риновирусная инфекция) средней степени тяжести»

2. План обследования больного:

Специфическая лабораторная диагностика

1. Иммунологический метод:

- обнаружение антигенов вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, риновирусов, RS-вирусов в смывах из носа и ротоглотки - МИФ, ИФА;

- обнаружение антител к вирусам гриппа и др. ОРВИ в крови - РНГА, РНИФ, ИФА, РСК.

2. Молекулярно-биологический метод (ПЦР) – обнаружение РНК и ДНК вирусов (смывы из носа и ротоглотки)

Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий анализ крови

Общий анализ мочи.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

3. План лечения

Режим постельный

Диета: Стол № 15 по Певзнеру (исключить острые, жареные, соленые, копченые блюда)

Этиотропная терапия:

- Противовирусные препараты:

Умифеновир (арбидол) по 200 мг 4 раза в сут peros в течение 5 дней
или

- Индукторы интерфероногенеза: кагоцел, тилорон, ингавирин

- Интерферон альфа (Виферон, Гриппферон) –интраназально 3-5 раз в день – 5-7 дней

Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикационная терапия: обильное питье с клюквой, лимоном, шиповником, ромашкой, минеральная вода.

Сосудосуживающие капли в нос (деконгестанты) - нафазолин, ксилометазолин, оксиметазолин - 2-3 дня.

Ситуационная задача №19

Больной И., 23 года заболел постепенно. Появилась слабость, боли в горле, насморк, сухой кашель, головная боль. Повысилась температура до 38 °С. Самостоятельно принимал парацетамол, делал ингаляции. Состояние ухудшилось. Появились рези в глазах, усилились боли в горле, насморк, кашель с мокротой, сохранялась лихорадка. Поступил в стационар на 6 день болезни.

При осмотре: Температура 38,5°С. Интоксикация умеренная. Склеры, конъюнктивы гиперемированы, отечны, гнойное отделяемое из глаз. Задняя стенка глотки гиперемирована, отечная, зернистая из-за увеличенных лимфатических фолликулов. Миндалины увеличены до 2 степени, покрыты гнойными наложениями. Дыхание через нос затруднено, из носа умеренное светлое отделяемое. Увеличены подчелюстные, шейные лимфатические узлы. Печень +3 см, пальпируется селезенка. Живот мягкий, безболезненный.

1. Предварительный диагноз
2. План обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа к задаче № 19

1. Предварительный диагноз «Аденовирусная инфекция средней степени тяжести»

2. План обследования больного:

Специфическая лабораторная диагностика

1. Иммунологический метод:

- обнаружение антигенов вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, риновирусов, RS-вирусов в смывах из носа и ротоглотки - МИФ, ИФА;

- обнаружение антител к вирусам гриппа и др. ОРВИ в крови - РНГА, РНИФ, ИФА, РСК.

2. Молекулярно-биологический метод (ПЦР) – обнаружение РНК и ДНК вирусов (смывы из носа и ротоглотки)

3. Бактериологическое исследование мазков с миндалин на флору и BL.

Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий анализ крови

Общий анализ мочи.

Биохимический анализ крови – АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза, белок

3. План лечения

Режим постельный

Диета: Стол № 15 по Певзнеру (исключить острые, жареные, соленые, копченые блюда)

Этиотропная терапия:

Антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины, макролиды) в/м или в/в и местно в виде глазных капель.

Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикационная терапия: обильное питье с клюквой, лимоном, шиповником, ромашкой, инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы)

Сосудосуживающие капли в нос (деконгестанты) - нафазолин, ксилометазолин, оксиметазолин - 2-3 дня.

Задача № 20

Больная М., 28 лет. Обратилась в связи с выявлением HBsAg+ перед планированием беременности. При осмотре предъявляет жалобы на слабость, ↓МТ, появление на коже

геморрагической сыпи, клинически выявлены телеангиоэктазии, бледность кожных покровов.

Эпид.анамнез: рождена в Узбекистане от мамы с ХГВ, до года перенесла острый тяжелый гепатит В с желтухой, затем не обследовалась.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, предположите стадию болезни
2. Составьте план обследования,
3. Напишите план лечебных мероприятий
4. Прогноз заболевания, возможно ли планирование беременности?
5. Мероприятия среди контактных лиц.

Эталон ответа к задаче № 20

1. Диагноз: Хронический вирусный гепатит В+Д? с исходом в цирроз печени?

Обоснование предварительного диагноза: диагноз Хронический вирусный гепатит В+Д? с исходом в цирроз печени?

установлен по данным анамнеза - проживание в гиперэндемичном регионе, вертикальный путь заражения, с отсутствием иммунопрофилактики и развитием в раннем детстве тяжелой формы острого гепатита, вероятнее всего В, в настоящее время HBsAg+; наличие астено-вегетативного синдрома, синдрома портальной гипертензии (телеангиэктазии), печеночно-клеточной недостаточности (геморрагический синдром, анемия) у пациентки в молодом возрасте дает возможность предполагать коинфицирование вирусом гепатитом Д с формированием хронического гепатита с исходом в цирроз печени.

2. Для уточнения и верификации диагноза необходимо:

Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина, фракции билирубина, АлАТ, АсАТ, альбумин, ПТИ, МНО

Клинический анализ крови с тромбоцитами

Маркеры вирусных гепатитов: HBsAg, HBeAg, анти HBe, анти HDV, anti-HCV,

ПЦР ДНК В качественный/количественный, ПЦР РНК ВГД

качественный/количественный

Альфафетопротеин

Инструментальные методы: УЗИ органов брюшной полости, УЗИ сосудов портальной зоны, фиброэластометрия, ФГДС

3. Патогенетическая терапия: 1. Режимные мероприятия: дополнительный отдых, бессолевой стол, низкобелковая диета, подсчет суточного диуреза, контроль веса, обхвата окружности талии, контроль почерка.

Лактулоза 1-3 доз ложки – 2-3 раза в день под контролем стула (1-2 раза в день ежедневно мягкий стул)

Диуретики под контролем диуреза

УДХК в дозе 10 мг/кг веса постоянно

Противовирусная терапия препаратами интерферона может рассматриваться при отсутствии противопоказаний (стадия ЦП, уровень альбумина, тромбоцитов, сопутствующая патология). Возможна комбинация или монотерапия аналогами нуклеозидов.

трансплантация печени.

4. Прогноз моноинфекции гепатитом В – относительно благоприятный на ранних стадиях ЦП при проведении противовирусной терапии.

При коинфекции ХГ В+Д с исходом в цирроз – неблагоприятный, в связи с агрессивным течением коинфекции и отсутствием эффективной противовирусной терапии. Улучшение прогноза при коинфекции возможно при трансплантации печени.

Планирование беременности на стадии выраженного фиброза/цирроза не рекомендовано/противопоказано.

5. Контактные должны быть обследованы, здоровые вакцинированы против гепатита В.

Задача 21

Пациентка К., 48 лет, процедурная медсестра. 12 Февраля 2016 произошел укол иглой при выездном заборе крови у пациента с коинфекцией ВИЧ+ХГ С, 3 генотип. Сразу после аварийной ситуации провела неспецифическую профилактику гемоконтактных инфекций в полном объеме. После возвращения на работу доложила об аварийной ситуации с внесением в специальный журнал факта аварийной ситуации, сдала анализы крови на ВИЧ и маркеры вирусных гепатитов, через 2 часа после травмы начала специфическую профилактику ВИЧ-инфекции. Результаты анализов крови на ВИЧ, HBsAg, антитела ВГС, взятые в течение 1 часа после аварийной ситуации, были отрицательными. Пациентка привита против гепатита В в 1997 году, с проведением ревакцинации в 2009 году. Титр антител к HBsAg не определяли.

Через 33 дня после аварийной ситуации госпитализирована в инфекционный стационар с острым гепатитом С, желтушная среднетяжелая форма. Получала патогенетическую и симптоматическую терапию, противовирусная терапия не проводилась.

В декабре 2016 года консультирована инфекционистом, жалоб на самочувствие не предъявляет. При обследовании выявили ПЦР РНК ВГС кач +, 3 генотип, АЛТ 213 ЕД/л, фиброэластометрия- фиброз 2 степени.

Вопросы: 1. Установите диагноз,

2. Определите наличие показаний к противовирусной терапии, представьте план патогенетической терапии.

3. Возможно ли использование противовирусной терапии в качестве постконтактной профилактики? В качестве этиотропной терапии острого гепатита С?

Эталон ответа к задаче № 21

1. Диагноз: Хронический гепатит С, 3 генотип, с выраженным воспалительным процессом по АЛТ, фиброз 2 ст.

2. Учитывая наличие репликативной активности ВГС, высокий уровень АЛТ, наличие фиброза показана противовирусная терапия с целью элиминации вируса и улучшения прогноза заболевания.

Рекомендовано проведение противовирусной терапии доступной в настоящее время интерферон-содержащей схемой. Зарегистрирована в России схема с использованием оригинальных препаратов прямого противовирусного действия софосбувир/даклатасвир.

На период ожидания противовирусной терапии рекомендована патогенетическая терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты и эссенциальных фосфолипидов

3. Противовирусная терапия в качестве постконтактной профилактики не рекомендована. При остром гепатите С противовирусная терапия возможна препаратами интерферона, курсом 12 недель.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

«УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Менделевич В.Д.

Протокол заседания кафедры № ____

от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина	Психология труда
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2
Семестр	3
Лекции (час.)	6 (2)
Практические занятия (час.)	15 (6)
Самостоятельная работа (час.)	15 (28)
Экзамен (час.)	
Зачет (час.)	
Всего (час.)	36
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1
Составитель ФОС (должность, ФИО)	Доцент Рябова Т.В.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточно й аттестации	Кол-во
Тема 1.1. Психология труда в системе психологических дисциплин. Цели и задачи. Предмет и объект изучения. Связь с другими научными дисциплинами. История психологии труда. Современные тенденции. Система методов психологии труда. Многообразие и специфичность методов. Основные методы: диагностические, профориентационные, методы отбора, профессиографические, практические и другие. Проблемы применения методов психологии труда в организациях.	УК – 6. УК – 6.1. Синтезирует и систематизирует имеющиеся теоретические знания для решения практических задач в ходе профессиональной деятельности	Знать: законодательную базу, должностные и функциональные обязанности, возможности системного анализа, анализа внутренних переменных организации, выявления и оценки влияния факторов внешней среды на организацию для самостоятельного принятия решений	Тестирование	10
		Уметь: синтезировать и систематизировать имеющиеся теоретические знания для решения практических задач в ходе профессиональной деятельности	Презентация	5
		Владеть: навыками определения и реализации приоритетов собственной деятельности	Кейс-задача	1
Тема 1.2. Профессиональный отбор: понятие, цели и задачи, сферы применения. Специфика работы человека в организации. Использование профессиографии и психографии для отбора. Компетентность и компетенции как факторы трудового поведения. Определение трудовых компетенций. Виды и	УК-6 УК-6.2 Формулирует цели собственной деятельности, определяет пути их достижения с учетом ресурсов, условий, средств, временной перспективы развития деятельности и планируемых результатов	Знать: информацию о личных целях и личных ценностях, стержневой парадигме, путях борьбы с личными слабостями и достижения успеха	Тестирование	10
		Уметь: формулировать цели собственной деятельности, определять пути их достижения с учетом ресурсов условий, средств, временной перспективы развития	Презентация	5

уровни компетенций. Применение моделей компетенций для профессионального отбора и профессионального развития сотрудников в современных организациях. Профессиональные стандарты в определении требований к сотруднику. Отбор и адаптация. Связь адаптации и профессионального развития человека. Психологические механизмы адаптации человека к профессиональной деятельности. Виды адаптации. Проблемы адаптации к труду в современных организациях. Профессиональная адаптация и профессиональная деформация. Причины деформации, основные проявления. Методы профилактики и коррекции профессиональной деформации		деятельности и планируемых результатов		
		Владеть: совершенствовать собственную деятельность на основе самооценки	Кейс-задача	1
Тема 1.3. Внутренняя среда организации: формирование, структура, функции, связь с эффективностью и безопасностью труда. Климат и культура организации как основа внутренней среды. Современные представления об организационном климате: характеристики, особенности формирования, методы совершенствования. Климат как индикатор состояния дел в организации. Роль психолога в работе организационным климатом. Связь климата и культуры организации. Основные функции культуры. Влияние	УК-6 УК-6.3 Критически оценивает эффективность использования времени и других ресурсов для совершенствования своей профессиональной деятельности	Знать: подходы для совершенствования личной эффективности	Тестирование	10
		Уметь: критически оценивать эффективность использования времени и других ресурсов для совершенствования своей профессиональной деятельности	Презентация	5
		Владеть: навыками использования таймменеджмента и процесса планирования для повышения личной эффективности в профессиональной деятельности	Кейс-задача	1

культуры на эффективность труда и состояние сотрудников организации. Психологические аспекты совершенствования культуры организации. Система внутренней коммуникации как важный фактор внутренней среды организации и благополучия сотрудников. Цели и задачи системы внутренней коммуникации, связь с климатом, культурой, дисциплиной и мотивацией сотрудников. Инструменты управления системой внутренней коммуникации				
Промежуточная аттестация – зачет			Тесты	В соответст вии с рабочей программ ой дисципли ны и процедуро й зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по темам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по темам, подготовке презентации на заданную тему, работе с научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Уровень 1.

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Уровень 2.

Презентация

Критерии оценки:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если: презентация соответствует теме самостоятельной работы; - оформлен титульный слайд с заголовком (тема, цели, план и т.п.); сформулированная тема ясно изложена и структурирована; использованы графические изображения (фотографии, картинки и т.п.), соответствующие теме; выдержан стиль, цветовая гамма, использована анимация, звук; работа оформлена и предоставлена в установленный срок.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если: презентация соответствует теме самостоятельной работы; оформлен титульный слайд с заголовком (тема, цели, план и т.п.); сформулированная тема ясно изложена и структурирована; использованы графические изображения (фотографии, картинки и т.п.), соответствующие теме; работа оформлена и предоставлена в установленный срок.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если работа не выполнена или содержит материал не по вопросу.

Во всех остальных случаях работа оценивается на «удовлетворительно».

Уровень 3.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» – обучающийся демонстрирует сформированное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, умение применять полученные в курсе знания, правильно выстраивает алгоритм действий.

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует в целом хорошее умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, хорошее умение применять полученные в курсе знания, в целом правильно выстраивает алгоритм действий.

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует в целом успешное, но не систематическое умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере

здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстраивает с ошибками.

«Неудовлетворительно» – обучающийся демонстрирует частичное умение применять законодательные, нормативные и правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученные в курсе знания, алгоритм действий выстроить не может.

Фонд оценочных средств Модуль (раздел) 1

Тема 1.1.

Компетенции – УК - 6, ИУК – 6.1.

Уровень 1. Тестирование Например:

Задание 1.

Наука, изучающая психологические закономерности формирования конкретных форм трудовой деятельности и отношения человека к труду, называется:

1. психология управления	4. все ответы верны
2. психология труда	5. все ответы неверны
3. психоанализ	

Задание 2.

Основы психологии труда формировались под воздействием:

1. медицины	4. все ответы верны
2. физиологии	5. все ответы неверны
3. социологии	

Задание 3.

Началом формирования психологии труда в качестве самостоятельной научной дисциплины принято считать появление книг автора:

1. Г. Мюнстерберга	4. все ответы верны
2. З. Фрейда	5. все ответы неверны
3. Аристотеля	

Задание 4.

Существенный вклад в изучение рациональной организации труда внес:

1. И.М. Сеченов	4. все ответы верны
2. А.Н. Леонтьев	5. все ответы неверны
3. З. Фрейд	

Задание 5.

Структуру психологии труда составляют:

1. промышленная психология	4. все ответы верны
2. организационная психология	5. все ответы неверны
3. инженерная психология	

Задание 6.

Какой из нижеперечисленных критериев не является критерием трудовой деятельности:

1. эффективность		4. все ответы верны
2. сбережение энергии человека	внутренней	5. все ответы неверны
3. заинтересованность работника		

Задание 7.

К проблемам психологии труда относятся:

1. психологические факторы		4. все ответы верны
удовлетворенности работой		
2. психологические проблемы		5. все ответы неверны
безработицы		
3. создание психологических коллективе	комфортных условий	в

Задание 8.

Достичь цели в переговорах будет легче, если:

1. отделить людей от проблемы		4. все ответы верны
2. выслушивать партнера по общению		5. все ответы неверны
3. идти на компромисс		

Задание 9.

Какие этапы выделяют в становлении зарубежной психологии труда:

1. этап человеческих отношений		4. все ответы верны
2. этап научной организации труда		5. все ответы неверны
3. информационный этап		

Задание 10.

Технология изучения требований, предъявляемых профессией к личностным качествам, психологическим способностям, психолого-физическим возможностям человека, называется:

1. профессиография		4. все ответы верны
2. профессиональный отбор		5. все ответы неверны
3. профессиональная ориентация		

Уровень 2.

Подготовка презентации на заданную тему

Темы презентаций

Например:

1. Психология труда в системе психологических дисциплин. Цели и задачи. Предмет и объект изучения.
2. Связь психологии труда с другими научными дисциплинами.
3. История психологии труда. Современные тенденции.
4. Система методов психологии труда. Многообразие и специфичность методов. Основные методы: диагностические, профориентационные, методы отбора, профессиографические, практические и другие.
5. Проблемы применения методов психологии труда в организациях.

Уровень 3.

Кейс – задача

Например:

Сравните предлагаемые ниже ситуации профессионального поведения и определите, чем они отличаются с профессиональной точки зрения:

В первом варианте ситуации обаятельная медицинская сестра сидит на своем рабочем месте. Входит пациент. Он, не здороваясь, подходит к медицинской сестре и довольно грубым голосом говорит: «Почему до сих пор нет никакой информации по результатам моих анализов?» Медицинская сестра, приветливо улыбаясь, говорит: «Здравствуйте!» после этого делает паузу. Пациент, несколько смутившись, буркает: «Здравствуйте!»

Медсестра (спокойно и подчеркнуто вежливо): «Что бы Вы хотели?»

Пациент (менее резко, но еще достаточно грубо): «Я сдавал анализы неделю назад, до сих пор у врача нет информации по результатам».

Медицинская сестра (продолжая подчеркнуто вежливо и спокойно, слегка улыбнувшись): «Ваша фамилия и инициалы? Сейчас мы всё выясним»

Затем медицинская сестра находит в компьютерной базе данных необходимую информацию, распечатывает результаты анализов. Пациент постепенно успокаивается, говорит «Всё ясно» и уходит.

Медицинская сестра вслед ему (приветливо): «Всего доброго, до свидания».

Во втором варианте ситуации медицинская сестра сидит на своем рабочем месте. Входит пациент. Он, не здороваясь, подходит к медицинской сестре и довольно грубым голосом говорит: «Почему до сих пор нет никакой информации по результатам моих анализов?» Медицинская сестра, приветливо улыбаясь, говорит: «Здравствуйте!» после этого делает паузу.

Пациент, не обращая внимания на приветствия медсестры, резко стучает по столу кулаком (резко, грубо): «Это безобразие, я буду жаловаться, вечно вы всё путаете!»

Медсестра (несколько повышая голос и более резко): «Ничего мы не путаем. Как Ваша фамилия?»

Пациент (саркастично): «Путаете, путает. И бездельничаете!»

Медицинская сестра (возмущенно): «Как Вам не стыдно? Почему Вы грубите? Вас много, а я одна! Давайте разберемся! как фамилия?»

Затем медицинская сестра находит в компьютерной базе данных необходимую информацию, распечатывает результаты анализов, делает это всё с подчеркнуто «холодным» видом.

Пациент раздраженно берет результаты анализов и уходит, хлопнув дверью.

Медицинская сестра остается на месте с хмурым, раздраженным лицом.

Вопрос:

Какие ПВК (профессионально важные качества) или ПНК (профессионально нежелательные качества) продемонстрированы медицинской сестрой в каждом из вариантов?

Тема 1.2.

Компетенции – УК -6, ИУК – 6.2.

Уровень 1.
Тестирование
Например

Задание 1.

Комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию процесса трудоустройства молодежи в соответствии с желаниями, способностями, с учетом потребностей общества, называется:

1. профессиография	4. все ответы верны
2. профессиональный ориентация	5. все ответы неверны
3. профессиональная пригодность	

Задание 2.

Совокупность психических и психофизиологических особенностей человека, необходимых и достаточных для достижения общественно приемлемой эффективности в той или другой профессии, называется:

1. профессиография	4. все ответы верны
2. профессиональный отбор	5. все ответы неверны
3. профессиональная пригодность	

Задание 3.

Одно из направлений кадровой работы в организации, ориентированное на определение стратегии и этапов развития карьеры, продвижения специалистов, называется:

1. профессиография	4. все ответы верны
2. планирование карьеры	5. все ответы неверны
3. профессиональный отбор	

Задание 4.

Отрасль психологии, изучающая закономерности совершенствования психической составляющей трудового процесса, называется:

1. психология организации труда	научной	4. все ответы верны
2. психология управления		5. все ответы неверны
3. психотехника		

Задание 5.

Отрасль психологии, получившая особое развитие в 20 – 30 гг. XX в., и изучающая проблемы практической деятельности людей в конкретно-прикладном аспекте:

1. психология организации труда	научной	4. все ответы верны
2. психология управления		5. все ответы неверны
3. психотехника		

Задание 6.

Основными задачами психотехники признавались:

1. осуществление профотбора	4. все ответы верны
2. изучение утомления	5. все ответы неверны
3. приспособление человека к машине	

Задание 7.

Потенциальная возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени называется:

1. работоспособность	4. все ответы верны
2. способность	5. все ответы неверны
3. профессиональная пригодность	

Задание 8.

Работоспособность человека зависит от:

1. состояния здоровья	4. все ответы верны
2. вида труда	5. все ответы неверны
3. профессиональной подготовленности	

Задание 9.

Для продолжительной деятельности типичны следующие стадии работоспособности:

1. вработывание	4. все ответы верны
2. оптимальная работоспособность	5. все ответы неверны
3. компенсируемое утомление	

Задание 10.

Способность человека самостоятельно принимать ответственные решения и неуклонно реализовать их в деятельности называется:

1. руководство	4. все ответы верны
2. решительность	5. все ответы неверны
3. лидерство	

Уровень 2.

Подготовка презентации на заданную тему

Темы презентаций

Например:

1. Профессиональный отбор: понятие, цели и задачи, сферы применения. Специфика работы человека в организации. Использование профессиографии и психографии для отбора.
2. Компетентность и компетенции как факторы трудового поведения. Определение трудовых компетенций. Виды и уровни компетенций. Применение моделей компетенций для профессионального отбора и профессионального развития сотрудников в современных организациях.
3. Профессиональные стандарты в определении требований к сотруднику. Отбор и адаптация. Связь адаптации и профессионального развития человека.
4. Психологические механизмы адаптации человека к профессиональной деятельности. Виды адаптации. Проблемы адаптации к труду в современных организациях.
5. Профессиональная адаптация и профессиональная деформация. Причины деформации, основные проявления. Методы профилактики и коррекции профессиональной деформации

Уровень 3.

Кейс – задача

Например:

1. В коллективе медицинской организации руководитель выявил различные типы сотрудников, которые «отнимают» время у него и коллег.

Первая группа лиц постоянно откладывают работу на завтра. Они предпочитают думать о работе, а не делать ее. Причинами постоянных отсрочек являются отсутствие интереса, неуверенность в себе и страх перед переменами.

Вторая группа - неумеющие делегировать. Эти люди тратят массу времени на выполнение работы, которую гораздо лучше сделал бы кто-то другой.

Третья группа - неорганизованные. Эту категорию работников можно опознать по заваленном бумагами рабочему столу. Неорганизованные сотрудники часто забывают о встречах или опаздывают. Они полагают, что причина их проблем лежит в высокой загруженности.

Четвертая группа лиц – «Непонятливые». Эти сотрудники имеют мало представления о целях и задачах, которые перед ними стоят. Они больше размышляют о работе, чем делают ее. У них низкий уровень притязаний и плохо развитые коммуникативные способности.

Какие рекомендации Вы можете предложить для эффективного взаимодействия с этими группами?

Тема 1.3.

Компетенции – УК -6, ИУК – 6.3.

Уровень 1.

Тестирование

Например:

Задание 1.

Термин, используемый для обозначения обширного круга состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры), называется:

1. стресс	4. все ответы верны
2. стрессоустойчивость	5. все ответы неверны
3. психические состояния	

Задание 2.

Фактор, вызывающий состояние стресса, называется:

1. стрессор	4. все ответы верны
2. обстоятельства	5. все ответы неверны
3. ситуация	

Задание 3.

Индивидуально-психологические особенности личности, являющиеся условием успешного выполнения той или иной продуктивной деятельности, называются:

1. темперамент	4. все ответы верны
2. способности	5. все ответы неверны
3. характер	

Задание 4.

Высокий уровень развития способностей, прежде всего специальных, называется:

1. талант	4. все ответы верны
2. гениальность	5. все ответы неверны
3. трудолюбие	

Задание 5.

Качественная сторона межличностных отношений, проявляющаяся в виде совокупности психологических условий, способствующих или препятствующих продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности в группе, называется:

1. социально-психологический климат	4. все ответы верны
2. социально-психологическая атмосфера	5. все ответы неверны
3. социально-психологический настрой	

Задание 6.

Важнейшие признаки благоприятного социально-психологического климата:

1. доверие	и	требовательность	4. все ответы верны
членов группы друг к другу			
2. доброжелательная		и деловая	5. все ответы неверны
критика			
3. информированность		членов	
коллектива о задачах			

Задание 7.

Ознакомление человека с новой компанией и изменение его поведения в соответствии с требованиями и правилами организационной культуры называется:

1. адаптация сотрудника	4. все ответы верны
2. привыкание сотрудника	5. все ответы неверны
3. неадаптация сотрудника	

Задание 8.

Определение квалификации работника, качества продукции, рабочих мест, уровня знаний учащихся; отзыв, характеристика, называется:

1. аттестация	4. все ответы верны
2. портфолио	5. все ответы неверны
3. оценка	

Задание 9.

Набор материалов, которые демонстрируют усилия, прогресс и достижения студента по многим позициям учебного плана (обучения), в том числе по формированию компетенций, называется:

1. аттестация	4. все ответы верны
2. портфолио	5. все ответы неверны
3. оценка	

Задание 10.

Совокупность методик практической организации групповой творческой работы людей, направленной на быстрое нахождение оптимальных решений сложных проблем:

1. брейнсторминг	4. все ответы верны
2. групповая работа	5. все ответы неверны
3. групповое решение	

Уровень 2.

Подготовка презентации на заданную тему

Темы презентаций

Например:

1. Внутренняя среда организации: формирование, структура, функции, связь с эффективностью и безопасностью труда.
2. Климат и культура организации как основа внутренней среды. Современные представления об организационном климате: характеристики, особенности формирования, методы совершенствования. Климат как индикатор состояния дел в организации.
3. Роль психолога в работе организационным климатом. Связь климата и культуры организации. Основные функции культуры. Влияние культуры на эффективность труда и состояние сотрудников организации.
4. Психологические аспекты совершенствования культуры организации. Система внутренней коммуникации как важный фактор внутренней среды организации и благополучия сотрудников.
5. Цели и задачи системы внутренней коммуникации, связь с климатом, культурой, дисциплиной и мотивацией сотрудников. Инструменты управления системой внутренней коммуникации

Уровень 3.

Кейс – задача

Например:

Руководитель в своей работе предпочитает созывать совещания для принятия решения, избегает ответственности, предпочитает поощрение наказанию. Как называется такой стиль руководства? какие ещё стили руководства Вы знаете?

Эталоны ответов:

Тема 1.1.

Уровень 1

Тесты. Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	1	2	4	2	1	1	4	1

Презентации.

1. Психология труда в системе психологических дисциплин. Цели и задачи.

Предмет и объект изучения.

Психология труда – это отрасль психологической науки, изучающая психические процессы, состояния, свойства личности, которые составляют необходимый внутренний компонент трудовой деятельности человека.

В рамках психологии труда сложились промышленная, транспортная, медицинская, юридическая, авиационная, военная психология,

интенсивно развиваются исследования по психологии труда в области управления и обслуживания.

Предметом психологии труда являются психологические особенности деятельности человека в трудовых условиях в таких аспектах, как становление его как профессионала, профессиональная ориентация и самоопределение, мотивация трудового процесса, механизм трудового опыта, качество труда, адаптация к трудовым условиям.

Объектом психологии труда является труд как специфическая активность человека, идентифицирующего себя с определенным профессиональным сообществом и продуцирующего воспроизведенные навыки, установок, знаний в данном виде деятельности.

Целью психологии труда является изучение психики субъекта труда. Субъектом труда является каждый работник предприятия, непосредственно вовлеченный в трудовую деятельность и имеющий возможность инициативного воздействия на производственный процесс.

2. Связь психологии труда с другими научными дисциплинами.

Взаимосвязи психологии труда и медицины труда

- 1) условия и способы установления взаимного соответствия особенностей психики человека и требований его трудовой деятельности;
- 2) функциональные (психические) состояния работника в процессе труда; диагностика, коррекция, профилактика неблагоприятных состояний;
- 3) проявления психики в сложных и опасных профессиях, ошибки и отказы в деятельности по психологическим причинам;
- 4) невротические срывы работников, профессиональные деформации личности, способы их предотвращения;
- 5) проблемы профессиональной и личностной надежности представителей опасных профессий

3. История психологии труда. Современные тенденции.

Зарождение психологии труда связывают с работами Г. Мюнстерберга, В. Штерна, Ф. Тейлора. В России физиологические критерии продолжительности рабочего дня стал впервые изучать Н.М. Сеченов. Исследования трудовой деятельности широко развернулись в 20-е годы XX века в рамках психотехники.

Психотехника – направление в психологии, разрабатывавшее вопросы применения знаний о психике человека к решению практических задач, в том числе в плане изучения проблем научной организации труда. Основными задачами психотехники являлись: профессиональный отбор и профессиональная консультация; рационализация трудовых приемов, техники и условий труда; пути снижения аварийности и травматизма; совершенствования методов производственного обучения.

Эргономика и инженерная психология. Эргономика (гр. *ergon* – работа и *nomos* – закон) – научная и проектировочная дисциплина, сформировавшаяся на стыке психологии, физиологии, гигиены труда, биомеханики, антропологии и ряда технических наук. Междисциплинарное изучение человека или группы людей в условиях их деятельности с применением технических средств составляет содержание эргономики как научной дисциплины. Основной объект исследования – система «человек – машина».

Инженерная психология (от фр. *ingénieur* – инженер, специалист в области техники) – отрасль психологии, исследующая процессы и средства информационного взаимодействия между человеком и машиной. Возникла в условиях научно-технической революции, преобразовавшей психологическую структуру производственного труда, важнейшими составляющими которого стали процессы восприятия и переработки оперативной информации, принятие решения в условиях ограниченного времени.

4. Система методов психологии труда. Многообразие и специфичность методов. Основные методы: диагностические, профориентационные, методы отбора,

профессиографические, практические и другие.

Методы психологии труда: эксперимент (естественный и лабораторный), тестирование, включенное и не включенное наблюдение, беседа, интервью и опросы, анкетные обследования, трудовой метод изучения профессий, тренинги, ролевые игры и др.

5. Проблемы применения методов психологии труда в организациях.

В современных лечебно – профилактических учреждениях активно применяются такие методы психологии труда, как хронометраж, хронография, профессиографические методы, физиологические методы, метод экспертных оценок. Составляются профессиограммы (требование профессии к личностным качествам, психологическим особенностям и психологическим возможностям человека), психограммы (главная часть профессиограммы, в которой сконцентрированы психологические требования к личности).

Уровень 3.

Кейс – задача:

Профессионально важные качества (ПВК)- это психологические и психофизиологические качества и свойства личности, определяющие продуктивность (производительность, качество, результативность и др.) деятельности. Они многофункциональны, и вместе с тем каждая профессия имеет свой ансамбль этих качеств.

Набор профессионально важных качеств для конкретной профессии отражен в профессиограмме - психологическом «портрете» профессии. Психологическую профессиограмму можно определить и как комплексное, систематизированное, краткое и многостороннее описание вида работы, предназначенное для проведения психологического изучения труда и использования в дальнейшей практической деятельности. Она включает важные с психологической точки зрения характеристики производственной деятельности (в рамках конкретной профессии) и содержит такие сведения, которые важны для дальнейшей исследовательской и практической работы во всех областях психологии труда.

ПВК (профессионально важные качества - качества, обеспечивающие успешность выполнения профессиональной деятельности): развитые переключение, концентрация и переключение внимания; высокий уровень развития аналитического мышления; тонкая зрительная, слуховая и тактильная чувствительность; способность быстро реагировать на ситуации; способность работать в напряженных условиях (работа в ночное время, военно-полевые условия и т.д.); способность к самоконтролю; способность переносить большие физические нагрузки; ручная ловкость при проведении различных лечебных процедур, точная сенсомоторная координация; наблюдательность и хорошая память.

Личностные качества, интересы и склонности: терпеливость и выдержанность; доброжелательность и приветливость; ответственность; аккуратность; тактичность; чуткость; внимательность; добросовестность; коммуникабельность; эмоциональная уравновешенность.

ПНК (профессионально нежелательные качества - качества, препятствующие эффективности профессиональной деятельности): брезгливость; безответственность; невнимательность; эгоистичность; жестокость; эмоциональная неуравновешенность; нетерпимость; рассеянность.

Тема 1.2.

Уровень 1

Тесты.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	2	1	3	4	1	4	4	2

Уровень 2.

Презентации

1. Профессиональный отбор: понятие, цели и задачи, сферы применения.

Специфика работы человека в организации. Использование профессиографии и психографии для отбора.

При профессиональной ориентации помощь в основном оказывается в виде профессионального просвещения, знакомства с профессиями, анализа желаний и способностей того, кому предоставляется консультация.

Профессиональный отбор – определение степени пригодности человека к определенному виду деятельности на основе сопоставления его индивидуальных особенностей с требованиями профессии, возможно также решение задач распределения специалистов, комплектование учебных и профессиональных групп, подбор специалиста к функционирующей группе и т. д. Профессиональная подготовка является своего рода ядром всего обучающего процесса, в нее, как правило, входят не только программы, по которым будет проводиться обучение, но и тренинги, тренажеры, а также методы, по которым будет проходить оценка новичка в новой области деятельности;

2. Компетентность и компетенции как факторы трудового поведения.

Определение трудовых компетенций. Виды и уровни компетенций. Применение моделей компетенций для профессионального отбора и профессионального развития сотрудников в современных организациях.

Компетенции – это набор личных и деловых качеств сотрудника, знаний, умений и навыков, которые необходимы для эффективного выполнения работы и достижения высоких результатов.

Soft skills – личные качества, которые зависят от характера человека и приобретаются с жизненным опытом. Такие универсальные компетенции трудно измерить количественными показателями. Они практически не зависят от специфики конкретной работы, но помогают строить карьеру. К ним относятся интеллектуальные, социальные и волевые компетенции: критическое мышление; решительность; аналитические способности; лидерство; коммуникабельность; креативность; умение работать в команде и др. Hard skills – профессиональные навыки, которые необходимы для выполнения конкретной работы.

Модель компетенции – это набор показателей качественной или количественной оценки компетенции. В модели может присутствовать список различных компетенций. В зависимости от варианта оценки показываются качественные (уровни компетенции) и количественные (вопросы для оценки компетенции) показатели.

При качественной оценке для каждой компетенции задаются уровни компетенции. Для каждого уровня описывается, какие качества человека проявляются на данном уровне, и уровню присваивается оценка (от 1 до 10, чем выше – тем лучше). При проведении оценки компетенций интервьюеру будут показаны уровни и их описание для выбора соответствующего. Оценка используется в отчетах по результатам оценки компетенций и связи с показателями работы.

3. Профессиональные стандарты в определении требований к сотруднику. Отбор и адаптация. Связь адаптации и профессионального развития человека.

Профессиональная пригодность в основном определяется совокупностью индивидуальных особенностей индивида, которые влияют на успешность освоения какой-либо трудовой деятельностью и эффективность ее выполнения. Профпригодность определяется уровнем удовлетворенности трудом, его процессом и результатами, что зависит не только от самого процесса, но и от внешних факторов. К такого рода факторам относятся условия

деятельности, сложившийся микроклимат в коллективе, мотивационный уровень, престиж профессии, вовлеченность в профессию и т. д.

4 Психологические механизмы адаптации человека к профессиональной деятельности. Виды адаптации. Проблемы адаптации к труду в современных организациях.

Профессиональная адаптация направлена на полное вхождение новичка в новую сферу деятельности, при этом существуют своеобразные методы оценки особенности того или иного человека в адаптации к новому. Профессиональная деятельность – обеспечение рациональной организации, условий и процесса трудовой деятельности, высокой эффективности, качества, безопасности труда, профессионального совершенствования, охраны здоровья, удовлетворенности трудом. Профессиональная реабилитация – восстановление функционального состояния организма и психики после напряженной работы и перенесенных заболеваний при развитии стойких отрицательных доминантных состояний в результате частых профессиональных неудач. Творческий подход к работе, удовлетворенность трудом, система финансовых и моральных стимулов помогают в формировании профессиональной пригодности.

5. Профессиональная адаптация и профессиональная деформация. Причины деформации, основные проявления. Методы профилактики и коррекции профессиональной деформации.

Адаптация в широком смысле – приспособление к окружающим условиям. Профессиональная адаптация – развитие личности, обусловленное индивидуальными особенностями и склонностями, с целью формирования профессиональных компетенций для последующей трудовой деятельности. Психологический аспект адаптации означает приспособление сотрудника к существованию в медицинском сообществе в соответствии с нормами и ценностями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами. Это осуществляется через взаимодействие сотрудников с окружающими людьми и активная деятельность.

Социальная адаптация отражает возможности сотрудников выполнять биосоциальные функции: адекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма, адекватная система отношений и общения с окружающими; способность к труду, обучению, к организации досуга и отдыха; изменчивость (адаптивность) поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

Профессиональная адаптация зависит от ряда факторов: характера первоначальной установки на профессиональную деятельность, степени соответствия предварительной информации об обучении и будущей работе реальным условиям, видов и форм профессионального обучения, содержания и условий обучения, уровня развития коллективов подразделений и удовлетворенности взаимоотношениями в коллективах.

В результате успешной адаптации осуществляется: снижение тревожности и неуверенности, испытываемых сотрудниками; развитие у сотрудника удовлетворенности работой, позитивного отношения к работе; достижение необходимой эффективности работы в минимальные сроки; уменьшение количества возможных ошибок, связанных с усвоением новых обязанностей; успешное становление профессиональной идентичности.

Уровень 3.

Кейс – задача:

Какие рекомендации Вы можете предложить для эффективного взаимодействия с этими группами?

1. Рекомендации для первой группы: разделите большое и сложное задание на маленькие задачи; составьте список задач, которые необходимо решить быстро (например, за неделю) и которые можно отложить; планируя свой рабочий день,

постарайтесь рутинные обязанности перемежать с деятельностью, которая приносит удовольствие; смириться с мыслью, что риски неизбежны и что не бывает абсолютно правильных решений.

2. Рекомендации для неумеющих делегировать: делегирование не означает потерю полномочий; не жалейте времени на то, чтобы объяснить подчиненному, что от него требуется. Люди, не умеющие делегировать, обычно плохие коммуникаторы, поэтому результаты работы подчиненных их часто разочаровывают; делегируя часть обязанностей, позвольте подчиненному выполнить их самостоятельно; не давайте даже небольших заданий людям, которые с ними не справятся. Учитесь отказывать вежливо и корректно.
3. Рекомендации для неорганизованных: научиться планировать свою работу; составлять список дел на день и вечером сверяться с ним; взяться за одно дело и довести его до конца; обдумывать каждый телефонный звонок и составить список вопросов, которые необходимо задать собеседнику; определить наиболее продуктивное время для работы и перенести на это время самые сложные задачи, а остальную часть дня посвятить рутинным обязанностям; назначая встречи, указывать в своем ежедневнике не только время начала беседы, но и время окончания.
4. Рекомендации для «непонятливых»: говорить «не знаю», если Вы чего-то не знаете; говорить «не понимаю», если Вы не понимаете свою задачу, обязанности или цель задания.

Тема 1.3.

Уровень 1

Тесты. Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	2	1	1	4	1	1	2	1

Уровень 2.

Презентации

1. **Внутренняя среда организации: формирование, структура, функции, связь с эффективностью и безопасностью труда.**

Внутренняя среда предприятия определяет технические и организационные условия работы предприятия и является результатом управленческих решений.

Целью анализа внутренней среды предприятия служит выявление слабых и сильных сторон его деятельности, так как, чтобы воспользоваться внешними возможностями, предприятие должно иметь определенный внутренний потенциал. Внутренняя среда организаций включает следующие основные элементы: производство, финансы, маркетинг, управление персоналом, организационную структуру. Внешняя среда предприятия – это все условия и факторы, которые возникают независимо от деятельности предприятия и оказывают существенное воздействие на него. Внешние факторы обычно делятся на две группы: факторы прямого воздействия (ближайшее окружение) и факторы косвенного воздействия (макроокружение).

2. **Климат и культура организации как основа внутренней среды.**

Современные представления об организационном климате: характеристики, особенности формирования, методы совершенствования. Климат как индикатор состояния дел в организации.

Климат в коллективе — это отношения между коллегами, сотрудниками и руководством, помноженные на корпоративную культуру компании. Благоприятный климат — это доброжелательность, доверие, взаимопомощь и развитие — слова банальные, но ясно

отражающие атмосферу. Неблагоприятный климат: недоверие, давление, интриги, взаимное недовольство. При этом атмосфера в одном отделе может отличаться от других подразделений в одной и той же компании, потому что достаточно сильно зависит от личности руководителя. Его эмоциональный интеллект значительно влияет на настроение команды. Управлять климатом в коллективе — одна из ключевых задач руководителя.

3. Роль психолога в работе организационным климатом. Связь климата и культуры организации. Основные функции культуры. Влияние культуры на эффективность труда и состояние сотрудников организации.

Организационная культура — это система коллективно разделяемых ценностей, убеждений, традиций, принципов и норм поведения работников внутри и вне организации. Ценности, социальные установки, нравственные принципы, деловая этика, мотивация работников, организация труда, стиль руководства, коммуникации, принятие решений — все эти элементы в комплексе определяют поведение работников и успешность деятельности организации.

Важный элемент культуры — это ценности, т. е. общие убеждения по поводу того, что хорошо, что плохо или что безразлично в жизни. Ценности приобретаются при воспитании, образовании, социальных контактах и т. п.

Организационная культура используется в рекламных целях, а главным образом служит в качестве внутреннего организующего начала, своего рода морального кодекса или общественного договора, добровольно заключенного персоналом фирмы. Это основа имиджа фирмы, помогающая сохранять целостность и достигать намеченных целей.

4. Психологические аспекты совершенствования культуры организации. Система внутренней коммуникации как важный фактор внутренней среды организации и благополучия сотрудников.

Внутренние коммуникации - набор инструментов, способов и каналов взаимодействия людей в компании. Хорошо налаженная система внутренних коммуникаций повышает уровень лояльности и вовлеченности персонала, обеспечивает взаимопонимание, а также формирует единые поведенческие стандарты. К ним относятся: Интернет – портал, внутренние средства массовой информации, социальные сети, мероприятия, опросы, обратная связь, бренд.

5. Цели и задачи системы внутренней коммуникации, связь с климатом, культурой, дисциплиной и мотивацией сотрудников. Инструменты управления системой внутренней коммуникации: корпоративный портал; социальные сети, видеоконференции и мессенджеры; рассылки; опросы; подкасты; конференции, совещания, митапы. Форматов может быть больше или меньше, все зависит от компании и особенностей коллектива. Как выстроить эффективную СВ? Обозначить проблему; провести анализ существующих процессов; выбрать коммуникации; разработать и воплотить стратегию; оценить эффективность.

Уровень 3.

Кейс – задача:

Данный стиль называется попустительский, характеризуется невмешательством, предоставлением подчиненным свободы действий. Такие группы, руководители которых придерживаются попустительского стиля в силу неспособности управлять, функционируют до тех пор, пока не возникают первые серьезные трудности.

Краткие характеристики других стилей руководства:

Авторитарный стиль

Его предпочитает человек, видящий только задачу, которую он должен решить, и демонстрирующий стремление к доминированию, рассматривает других людей как средство достижения своих целей.

Демократический стиль

Преуспевающие менеджеры вызывают у своих подчиненных чувство уверенности, привлекают их к работе по принятию решений, делегируют им часть полномочий и ответственности. Такой руководитель сочетает в себе стремление к лидерству и коммуникативные способности. Такие руководители готовы и способны работать в команде.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА
ФПК И ППС**

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Имамов А.А.

Протокол заседания кафедры № ____
от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплина по выбору	Геронтология
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1
Лекции (час.)	6 (2)
Практические занятия (час.)	15 (6)
Самостоятельная работа (час.)	15 (28)
Зачет (час.)	
Всего (час.)	36 (36)
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	1 (1)
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор Радченко О.Р.

2022 год

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- IV. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1. Тема 1.1. Комплексная гериатрическая оценка пациента. Активное долголетие. Современные методы определения и коррекции биологического возраста. Биологические маркеры старения. Диагностические критерии оценки функционального класса и профиля старения. Проведение комплексной гериатрической оценки пациентов. Тема 1.2. Профилактическая геронтология и гериатрия. Профилактика преждевременного старения. Основы профилактической геронтологии и гериатрии. Определение понятия. Физиология и гигиена питания в пожилом и старческом возрасте Геропротекторная терапия. Немедикаментозные методы и средства в профилактике преждевременного старения и продления жизни Лечебная физкультура в гериатрии. Психотерапия в гериатрии Тема 1.3. Организация гериатрической помощи в России. Геронтология как комплекс естественных наук о старении, ее интеграция с социологией, биологией, экономикой и психологией. Проблемы старения, старости, долголетия. Гериатрия как клиническая дисциплина. Организация гериатрической помощи в РФ. Психологические аспекты в геронтологии. Изменения в личности пожилых. Типы психологического старения.	УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий УК-1.1 Выявляет проблемную ситуацию в процессе анализа проблемы, определяет этапы ее разрешения с учетом вариативных контекстов	Знать: природу процесса старения, факторы риска раннего старения, деонтологические проблемы ухода за пациентами пожилого и старческого возраста	Тестирование	55
		Уметь: пользоваться учебной и научной литературой	Устный опрос	20
		Владеть: навыками установления контакта с пациентами пожилого и старческого возраста	Кейс задача	30

Промежуточная аттестация – зачет			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование, устный опрос, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям)

Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на тему ВКР, работе с научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Устный опрос

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — полный, правильный ответ на вопрос, системные, глубокие знания и полное понимание программного материала, умение обосновать свои суждения, привести необходимые примеры, в т.ч. самостоятельно составленные; изложение материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка и научной терминологии.

«Хорошо» (80-89 баллов) — неполное определение, 1-2 недочета в последовательности и языковом оформлении ответа на вопрос

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — неполное и неточное определение понятий, не умение достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; непоследовательное изложение материала, ошибки в языковом оформлении излагаемого.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — нет ответа на поставленный вопрос или ответ неверный: незнание соответствующего вопроса, ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочное и неуверенное изложение материала.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Раздел 1.

1. Возрастные изменения верхних дыхательных путей:

- 1) атрофия слизистых оболочек;
- 2) гипертрофия миндалин;
- 3) сужение голосовой щели;
- 4) утолщение голосовых связок.

2. При старении:

- 1) кашлевой рефлекс снижается;
- 2) кашлевой рефлекс увеличивается;
- 3) грудная клетка приобретает бочкообразную форму;
- 4) грудная клетка увеличивает обычную подвижность при дыхании.

3. Обострение хронического бронхита у пожилых людей сопровождается:

- 1) высокой лихорадкой;
- 2) усилением одышки и кашля;
- 3) приступами удушья;
- 4) появлением стекловидной мокроты.

4. К развитию пневмонии у лиц пожилого возраста предрасполагает:

- 1) переутомление;
- 2) перегревание;
- 3) долгий постельный режим;
- 4) стрессы.

5. Характер мокроты при хроническим бронхите:

- 1) слизистая;
- 2) «ржавая»;
- 3) слизисто-гнойная;
- 4) в виде «малинового желе».

6. Для лечения хронического бронхита у пожилых людей чаще используют:

- 1) антибиотики, нитрофураны, противокашлевые средства;
- 2) бронхолитики, отхаркивающие, сердечно-сосудистые средства;
- 3) антибиотики, сульфаниламиды, антигистаминные средства;
- 4) сульфаниламиды, антигистаминные и мочегонные средства.

7. Экспираторный характер одышки в пожилом возрасте характерен для:

- 1) абсцесса легкого;
- 2) бронхиальной астмы;
- 3) крупозной пневмонии;
- 4) туберкулеза.

8. Реабилитационный период при хроническом бронхите предусматривает:

- 1) постоянные занятия лечебной физкультурой;
- 2) оксигенотерапию;
- 3) соблюдение постельного режима;
- 4) применение АБ.

9. При возникновении пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста редко наблюдается:

- 1) слабость;
- 2) недомогание;
- 3) кашель;
- 4) высокая лихорадка.

10. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы:

- 1) сальбутамол;
- 2) кодеин;
- 3) либексин;
- 4) тусупрекс.

11. При старении:

- 1) кашлевой рефлекс снижается;
- 2) кашлевой рефлекс увеличивается;
- 3) грудная клетка приобретает бочкообразную форму;
- 4) грудная клетка увеличивает обычную подвижность при дыхании.

12. Положение больного во время приступа удушья при бронхиальной астме:

- 1) вынужденное сидячее, опираясь на руки;
- 2) полусидячее;
- 3) лежа на боку;
- 4) горизонтальное.

13. Внешний вид больного при приступе удушья при бронхиальной астме:

- 1) напряженный, страдальческий;
- 2) спокойный, безразличный;
- 3) возбужденный, агрессивный;
- 4) заторможенный, сонливый.

14. При лечении внебольничной пневмонии у пожилых назначают:

- 1) пенициллин;
- 2) амоксициллин;
- 3) цефуроксим;
- 4) фторхинолоны.

15. В чём заключается уход за пациентами геронтологического возраста с заболеваниями органов дыхания?

- 1) выполнять назначения врача;
- 2) контроль за эффективностью лечения;
- 3) контроль за АД, ЧСС, t тела;
- 4) всё перечисленное.

16. К развитию пневмонии у пожилых предрасполагают:

- 1) возрастное снижение иммунитета;
- 2) инфекция;
- 3) переохлаждение, переутомление;
- 4) авитаминозы.

17. В ХОБЛ включают:

- 1) бронхиальную астму тяжелого течения;
- 2) хронический обструктивный бронхит;
- 3) пневмонию;
- 4) эмфизему легких.

18. Для лечения ХОБЛ у пожилых назначают:

- 1) атровент, беродуал;
- 2) эуфиллин, теопек;
- 3) беротек, сальбутамол;
- 4) интал, тайлед.

19. Профилактика рака легкого включает:

- 1) отказ от курения;
- 2) борьбу с загрязнением атмосферного воздуха;
- 3) применение средств защиты органов дыхания при запыленном производстве;
- 4) профилактику хронического бронхита.

20. Осложнения рака легкого:

- 1) дыхательная недостаточность;
- 2) кровотечение;
- 3) инфаркт легкого;
- 4) легочно-сердечная недостаточность.

21. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы:

- 1) снижение объема циркулирующей крови;
- 2) брадикардия;
- 3) повышение АД;
- 4) все выше перечисленное.

22. Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста:

- 1) атеросклероз;
- 2) болезнь Иценко-Кушинга;
- 3) хронический пиелонефрит;
- 4) феохромоцитома.

23. Форма инфаркта миокарда, реже встречающаяся в пожилом возрасте:

- 1) ангиозная;
- 2) астматическая;
- 3) аритмическая;
- 4) безболевая.

24. Приступ стенокардии у пожилых обусловлен:

- 1) спазмом сосудов;
- 2) изменением обмена веществ;
- 3) гипокалиемией;
- 4) гипоксией миокарда.

25. Факторы риска развития ИБС в гериатрической практике:

- 1) возраст;
- 2) избыточная масса тела;
- 3) артериальная гипертензия;
- 4) сахарный диабет.

26. Особенности течения ИБС в пожилом и старческом возрасте:

- 1) наличие безболевой ишемии миокарда;
- 2) частая встречаемость атипичных вариантов;
- 3) сопутствующая недостаточность кровообращения;
- 4) все выше перечисленные состояния.

27. При гипертоническом кризе у лиц пожилого и старческого возраста применяют:

- 1) анаприлин;
- 2) лазикс;
- 3) пентамин;
- 4) нифедипин (коринфар).

28. Препарат выбора при приступе стенокардии:

- 1) фуросемид;
- 2) нитроглицерин;
- 3) анаприлин;
- 4) дигоксин.

29. Осложнения артериальной гипертонии у лиц пожилого и старческого возраста:

- 1) нарушение ритма;
- 2) ишемия мезентериальных сосудов;
- 3) нарушение мозгового кровообращения;
- 4) все перечисленное верно.

30. Самоконтроль пациентов с гипертонической болезнью включает:

- 1) контроль суточного диуреза;
- 2) контроль частоты дыхательных движений;
- 3) контроль массы тела, артериального давления;
- 4) контроль температуры тела.

31. С чем связано развитие АГ у пожилых людей:

- 1) с наследственностью;
- 2) с особенностями водного режима;
- 3) с атеросклеротическим поражением аорты;
- 4) все выше перечисленное.

32. Приоритетные проблемы при гипертоническом кризе у пожилых людей:

- 1) головная боль, головокружение;
- 2) изжога, отрыжка;
- 3) мелькание мушек перед глазами;
- 4) отеки, увеличение живота.

33. Приоритетная проблема при инфаркте миокарда в пожилом возрасте:

- 1) головная боль;
- 2) лихорадка;
- 3) сердцебиение;
- 4) удушье.

34. Приступ стенокардии у пожилых характеризуется:

- 1) выраженными болевыми ощущениями;
- 2) необычной иррадиацией и слабой болью;

- 3) выраженными вегетативными нарушениями и сильными болями;
- 4) безболевая форма.

35. Начальными признаками СН у пожилых являются:

- 1) одышка с затруднением вдоха в состоянии покоя;
- 2) пароксизмальные нарушения сердечного ритма;
- 3) проявления гипоксии мозга;
- 4) отеки.

36. Увеличения эффективности гипотензивных препаратов можно добиться рекомендацией:

- 1) ограничения двигательного режима;
- 2) увеличения количества вводимого калия;
- 3) уменьшения количества вводимого калия;
- 4) уменьшения количества вводимого натрия.

37. Наиболее частые симптомы гипертонии у пожилых:

- 1) общая слабость;
- 2) отсутствие общей слабости;
- 3) шум в голове и ушах;
- 4) постоянные головные боли;
- 5) шаткость походки.

38. Заболевание, относящееся к факторам риска ИБС:

- 1) ревматизм;
- 2) атеросклероз;
- 3) пневмосклероз;
- 4) гипертоническая болезнь.

39. В дифференциальной диагностике стенокардии и кардиалгии имеют значение:

- 1) характер и длительность боли;
- 2) эффект от приема нитроглицерина;
- 3) локализация боли и ее иррадиация;
- 4) все перечисленное верно.

40. Для купирования отека легких можно использовать все препараты, кроме:

- 1) фуросемида;
- 2) супрастина;
- 3) промедола;
- 4) строфантина.

41. У пожилых людей развитие железодефицитной анемии чаще всего обусловлено:

- 1) хроническим бронхитом;
- 2) гипертонической болезнью;
- 3) возрастными изменениями ЖКТ;
- 4) возрастными изменениями суставов.

42. В₁₂-дефицитная анемия развивается при:

- 1) атрофическом гастрите;
- 2) желудочном кровотечении;
- 3) легочном кровотечении;
- 4) дефиците факторов свертывания.

43. Клинические особенности В₁₂-дефицитной анемии у пожилых людей:

- 1) синдром инфекционных осложнений;
- 2) более быстрое развитие нарушений функции тазовых органов;
- 3) хромосомные нарушения.

44. Больше всего железа содержится в:

- 1) крупе;
- 2) молоке;
- 3) мясе;
- 4) свекле.

45. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение:

- 1) печени, селезенки, сердца;
- 2) печени, селезенки, лимфоузлов;
- 3) селезенки, сердца, почек;
- 4) селезенки, сердца, щитовидной железы.

46. Возрастные особенности пищеварительной системы у пожилых людей:

- 1) уменьшение длины пищевода;
- 2) атрофия секреторного аппарата;
- 3) гипертрофия секреторного аппарата;
- 4) усиление моторной функции ЖКТ.

47. Изменения в микрофлоре кишечника приводят:

- 1) к исчезновению молочнокислых бактерий;
- 2) к снижению ферментативной активности флоры кишечника;
- 3) к усилению гнилостных процессов;
- 4) все вышеперечисленное.

48. «Старческие язвы» характеризуются:

- 1) коротким анамнезом, малосимптомностью, невыраженным болевым синдромом;
- 2) длительным анамнезом;
- 3) значительной выраженностью болевого синдрома;
- 4) типичной кинической картиной.

49. Одна из причин запоров у пожилых людей:

- 1) повышение ферментативной активности ЖКТ;
- 2) малоподвижный образ жизни;
- 3) уменьшение длины кишечника;
- 4) усиление перистальтики кишечника.

50. Неотложная помощь при печеночной колике в пожилом возрасте:

- 1) атропин, папаверин;
- 2) адреналин, мезатон;
- 3) дибазол, папаверин;
- 4) кофеин, мезатон;

51. Осложнениями язвенной болезни 12-перстной кишки являются все указанные, кроме:

- 1) кровотечения;
- 2) рубцовый стеноз;

- 3) перфорация;
- 4) малигнизация.

52. Какие мероприятия необходимо выполнить при язвенном кровотечении:

- 1) введение викасола и дицинона внутривенно;
- 2) холод на эпигастральную область;
- 3) приём внутрь эpsilon-аминокапроновой кислоты;
- 4) антисекреторные препараты.

53. Какие немедикаментозные методы используют в лечении заболеваний пищеварительного тракта у геронтологических больных:

- 1) физиолечение;
- 2) бальнеолечение;
- 3) грязелечение;
- 4) фитотерапия.

54. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать обострение язвенной болезни у стариков:

- 1) обострение хронического панкреатита;
- 2) обострение хронического холецистита;
- 3) почечная колика;
- 4) инфаркт миокарда.

55. Принципы лечения пищеварительного тракта у лиц пожилого и старческого возраста:

- 1) внутренний прием минеральной воды;
- 2) диетотерапия;
- 3) медикаментозные средства (спазмохолинолитики, ферменты и другие);
- 4) фитотерапия.

Кейс-задачи

Задача № 1

В здравпункт сельской местности обратилась пациентка 75 лет с жалобами на заложенность носа, кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой сероватого цвета, повышение температуры до 37,9°C. Считает себя заболевшей со вчерашнего дня, когда почувствовала головную боль, резкую общую слабость, чувство саднения и заложенности за грудиной.

Из анамнеза выяснено, что неделю назад после поездки в город появился насморк, боль в горле при глотании. Лечилась самостоятельно – чай с малиной, парилась в бане.

Объективно: кожные покровы бледные, слизистые оболочки стенок зева несколько гиперемированы, по задней стенке глотки стекает слизь. Температура 37,5°C, одышка смешанного характера, ЧДД = 25, ЧСС = ПС + 104 уд. в мин., АД 160/100 мм. рт. ст. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Пациентке предложена госпитализация в районную больницу, от которой она отказалась, объясняя тем, что живет одна и оставить хозяйство и дом не может.

Задания

- 1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
- 2. Определите проблемы пациента.
- 3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 2

В поликлинику на прием обратился пациент 60 лет по поводу обострения хронического бронхита. От госпитализации пациент категорически отказался, сказал, что ему там не помогут и он будет умирать дома.

При посещении на дому медицинская сестра выявила жалобы на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, похудание, повышение температуры тела до 37,8 град.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз, пациент пониженного питания, ЧДД 24 в минуту, пульс 84 в минуту удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт.ст.

Пациенту назначено амбулаторно:

- 1.Общий анализ мокроты.
- 2.Горчичники на грудную клетку через день, при снижении температуры.

Задания

- 1.Определите, какие потребности нарушены у пациента.
- 2.Определите проблемы пациента.
- 3.Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 3

Машиной скорой помощи доставлен больной 68 лет в приемное отделение больницы.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Со слов пациента болен в течение 10 дней. Лечился самостоятельно дома, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 40*С с ознобом, к утру упала до 36*С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Объективно: при перкуссии - справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологические данные: в нижней доли правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Задания:

- 1.Определите, какие потребности нарушены у пациента.
- 2.Определите проблемы пациента.
- 3.Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 4

Пациентка Г., 72 лет, доставлена в терапевтическое отделение машиной скорой помощи с диагнозом экссудативный плеврит слева.

При сестринском обследовании медицинская сестра выявила жалобы на слабость, сухой приступообразный кашель, одышку при небольшой физической нагрузке, фебрильную лихорадку, тупые боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся во время кашля.

Объективно: сознание ясное, больная контактна, состояние средней тяжести, положение активное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, лимфоузлы не увеличены. Температура 37,8 град., грудная клетка асимметрична, отмечается сглаженность межреберных промежутков слева, левая половина резко отстает в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту, пульс 96 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт.ст.

Задания:

- 1.Определите, какие потребности нарушены у пациента.
- 2.Определите проблемы пациента.

3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 5

Пациент М., 68 лет, госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом аллергическая бронхиальная астма средней степени тяжести, приступный период.

Предъявляет жалобы на периодические приступы удушья, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты. Отмечает некоторую слабость, иногда головокружение при ходьбе.

Врач назначил пациенту ингаляции сальбутамола при приступах. Однако сестра выяснила, что пациент допускает ряд ошибок при применении ингалятора, в частности, забывает встряхнуть перед использованием, допускает выдох в ингалятор, не очищает мундштук от слюны и оставляет открытым на тумбочке. По словам пациента, инструкция набрана очень мелким шрифтом и непонятна.

Объективно: дыхание с затрудненным выдохом, единичные свистящие хрипы слышны на расстоянии. Частота дыхания 20 в минуту, пульс 86 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 6

Больной В., 65 лет, страдает артериальной гипертензией 5 лет. Лечение принимает нерегулярно. Ведет малоподвижный образ жизни. Самочувствие ухудшилось вчера, связывает с физическим перенапряжением. Госпитализирован с жалобами на тяжесть в затылочной области, шум в ушах, колющую боль в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке. Объективно: больной сонлив, заторможен. Подкожно-жировой слой развит чрезмерно. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона и систолический шум над аортой. Пульс – 56 ударов в минуту, ритмичный, напряженный. АД – 190/115 мм рт. ст. Живот мягкий.

На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Задания

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 7

Больной С., 66 лет, в течение нескольких лет отмечает повышение АД. Периодически принимал эналаприл и гипотиазид. Ночью внезапно появились тяжелая одышка смешанного типа, кашель с выделением большого количества пенистой розовой мокроты, резко участилось сердцебиение.

При объективном исследовании: состояние возбужденное. Частота дыхательных движений – 34 в минуту. В легких на всем протяжении большое количество мелко- и среднепузырчатых хрипов.

Границы сердца расширены влево на 3 см. Тахикардия до 120 ударов в 1 минуту. Приглушенность I тона, акцент II тона над аортой. АД – 220/105 мм рт. ст.

Задания

1. Назовите неотложное состояние, возникшее у пациента.
2. Определите тактику медсестры в данной ситуации.
3. Особенности ухода за данным больным.

Задача № 8

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4°C. Кожа влажная, отеки на стопах и голеньях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин.

Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 9

В кардиологическое отделение поступает пациентка 76 лет с диагнозом ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная аритмия. НК III стадии. Кахексия.

При сборе анамнеза о пациентке получили следующие данные: жалобы на выраженную общую слабость, значительное снижение аппетита, перебои в работе сердца, одышку в покое, похудание, невозможность ухаживать за собой. Считает себя больной в течение 7 лет после перенесенного инфаркта миокарда. Ухудшение началось 3 недели назад после гриппа, в течение последних 5 дней не встает с постели. Пациентка постоянно получает сердечные гликозиды, мочегонные.

Объективно: общее состояние тяжелое. Больная заторможена, в пространстве ориентирована. С трудом поворачивается в постели. Кожные покровы сухие, цианотичные. На коже в области крестца и пяток покраснение. Отеки на нижних конечностях, поясничной и крестцовой области. Тurgор тканей снижен, состояние питания резко понижено. ЧДД 26 в минуту, в легких жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 92 в минуту, аритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме. Край печени на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Стул 1 раз в двое суток. Мочеиспускание редкое, малыми порциями.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 10

Пациентка 72 лет поступила в кардиологическое отделение с диагнозом гипертоническая болезнь II ст., ожирение I ст. При сборе анамнеза о пациентке получили следующие данные: жалобы на сильную головную боль в затылочной области, общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, плохой сон.

Считает себя больной около 8 лет; ухудшение состояния в последние 1,5 месяца после работы на садовом участке. Лекарства принимает нерегулярно: иногда забывает, т.к. опасается их побочных эффектов. Диету не соблюдает, злоупотребляет острой, соленой, жирной пищей, много пьет жидкости. Пациентка сомневается в успехе лечения, испытывает страх смерти.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, пациентка избыточного питания. Рост 168 см, масса тела 86 кг. ЧДД - 18 в минуту, пульс 68 в минуту, ритмичный, напряжен, АД - 180/100 мм рт. ст. Акцент II тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 11

Пациентка 67 лет поступила на стационарное лечение с диагнозом: «Железодефицитная анемия». При сестринском обследовании были получены следующие данные: жалобы на слабость, головокружение, шум в ушах и голове, одышку при физической нагрузке, ломкость ногтей, выпадение волос.

Пациентка хорошо идет на контакт, но выражает опасения по поводу возможности длительного пребывания в стационаре.

Объективно: рост 165 см, масса тела 56 кг, кожные и видимые слизистые бледные, волосы тусклые, ногти ломкие. ЧДД 20 в мин., пульс 76 уд. в мин., ритмичный, хорошего наполнения, не напряжен. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 12

Пациент 62 лет госпитализирован в гематологическое отделение с диагнозом: «В₁₂ дефицитная анемия».

При сестринском обследовании м/с получила следующие данные: два года назад пациенту была сделана резекция желудка в связи с выраженной рубцовой деформацией. Около месяца назад у пациента возникли слабость, головокружение, он обратился в поликлинику и был направлен на госпитализацию. В процессе лечения самочувствие значительно улучшилось, но пациент угнетен, боится выписываться, так как ему кажется, что дома без лечения состояние сразу же ухудшится.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост 172 см, вес 71 кг, температура тела 36,6 С, живот мягкий, безболезненный, пульс 76 в мин., АД 130/85 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 13

Пациент, 73 года, госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом обострение хронического энтерита. При сестринском обследовании м/с получила следующие данные: жалобы на частый жидкий стул, снижение аппетита, похудение, нерезкую боль в животе и области заднего прохода.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 °С, рост 178см, вес 70 кг, кожные покровы бледные, язык сухой, обложен, живот мягкий, умеренно болезненный вокруг пупка, пульс 78 уд. в мин., удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм. рт. ст., ЧДД 18 в мин.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.

3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 14

В стационар обратилась пациентка 62 лет, страдающая хроническим атрофическим гастритом в течение 2 лет. При опросе пациентки было выявлено, что несколько месяцев назад она заметила ухудшение состояния, выражающееся в головокружении, общей слабости, тяжести в эпигастрии, отсутствии аппетита, снижении массы тела, быстрой утомляемостью.

Врач рекомендовал пройти исследование крови, провести рентгенологическое исследование ЖКТ.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 15

Пациентка 60 лет поступила в приемное отделение больницы с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, тошноту, рвоту, по утрам горечь во рту, однократно была рвота желчью, общую слабость. Считает себя больной в течение 7 лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приемом обильной и жирной пищи. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, депрессивна, жалуется на усталость и плохой сон. В контакт вступает с трудом, выражает опасение за свое здоровье.

Объективно: состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушность склер, язык сухой, обложен серо-беловатым налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье. Пульс 84 уд в мин, АД 130/70 мм.рт.ст. ЧДД 20 в мин.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 16

В терапевтическое отделение больницы поступила пациентка 62 лет с жалобами на приступообразные боли в эпигастриальной области, тошноту, рвоту, потерю аппетита, отвращение к пище, жидкий стул (3-4 раз в сутки), похудание, слабость, раздражительность, снижение работоспособности. Считает себя больной в течение 4 лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приемом обильной и жирной пищи.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,3° С, рост 178 см, вес – 70 кг, кожные покровы бледные, язык сухой, обложен, живот мягкий, при пальпации болезненность в правом подреберье, пульс 78 уд в мин, удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм.рт.ст., ЧДД 16 в мин.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 17

Пациентка С.. 61 год, находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом язвенная болезнь желудка, фаза обострения.

Жалобы на сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота цвета «кофейной гущи». Больной считает себя в течение 1,5 лет, ухудшение, наступившее за последние 5 дней, больная связывает со стрессом.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пульс 64 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст., ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, живот умеренно болезненный, напряжение передней брюшной стенки в эпигастральной области.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 18

Пациент 63 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом рак желудка.

Пациент отмечает чувство тяжести и иногда тупые боли в эпигастрии, снижение массы тела, быструю утомляемость. Аппетит резко снижен, часто отказывается от еды. Потребляет менее литра жидкости в сутки. Любит горячий чай с лимоном, кофе. Из-за слабости трудно самому принимать пищу – не удерживает и проливает, устаёт уже после нескольких ложек. Жена пациента обратилась к сестре за советом, в связи с его отказом от еды (последние два дня пьёт только воду). Физиологические отправления без особенностей.

Объективно: пациент пониженного питания (при росте 180 см вес 69 кг). Кожные покровы бледные. Слизистые полости рта обычной окраски, сухие. Язык обложен коричневым налётом с неприятным запахом. Глотание не нарушено. Зубы сохранены. Температура тела 36,8°C. Пульс 76 в мин., удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 16 в мин.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 19

В приемное отделение больницы поступила пациентка 69 лет с жалобами на незначительное повышение температуры, тянущие боли в области поясницы, частое мочеиспускание, общую слабость, головную боль. Пациентка считает себя больной 5 лет, но ни разу не обращалась за медицинской помощью по поводу данного заболевания. Больная беспокойна, тревожится за свое состояние, сомневается в успехе лечения.

Объективно: температура – 37,2⁰С, состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы чистые, пульс – 98 уд. в мин., напряжен, АД – 150/95 мм.рт.ст. Язык – сухой, обложен белым налетом, живот – безболезненный, мягкий, симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Задача № 20

Пациент 65 лет поступил в нефрологическое отделение с диагнозом «мочекаменная болезнь». При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на резкие боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, половые

органы, мочеиспускание учащенное, болезненное, малыми порциями, однократная рвота. Считает себя больным 3 года. Приступы периодически повторяются.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, в окружающем пространстве ориентируется адекватно, тревожен, мечется в постели. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Температура тела 36,7°C. ЧДД 18 в мин. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. Симптом Пастернацкого положительный справа. В анализе мочи гематурия.

Задания:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Вопросы для проведения устного собеседования:

1. Понятие «биологический» и «хронологический» возраст: определение, современные методы диагностики.
2. Биологические маркеры старения, их виды
3. Диагностические критерии оценки функционального класса и профиля старения.
4. Основы компьютерной программы для определения уровня физиологической адаптации организма
5. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы.
6. Особенности клинических проявлений стенокардии в пожилом и старческом возрасте.
7. Основные принципы лечения стенокардии у лиц пожилого возраста.
8. Особенности клинических проявлений и осложнений инфаркта миокарда в пожилом возрасте.
9. Принципы лечения инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста.
10. Особенности клиники гипертонической болезни у пожилых людей.
11. Принципы лечения гипертонической болезни в пожилом возрасте.
12. Возрастные изменения системы крови.
13. Особенности клинической картины железодефицитной анемии у пожилых людей.
14. Принципы лечения железодефицитной анемии у лиц пожилого возраста.
15. Особенности клинической картины при В₁₂-дефицитной анемии в пожилом возрасте.
16. Принципы лечения В₁₂-дефицитной анемии у лиц пожилого возраста.
17. Клиническая картина хронического лейкоза.
18. Лечение хронического лейкоза
19. Возрастные изменения желудочно-кишечного тракта.
20. Особенности клинических проявлений язвенной болезни у пожилых людей.
21. Принципы лечения язвенной болезни у лиц пожилого возраста.
22. Особенности клиники острого и хронического холецистита (в стадии обострения) в пожилом возрасте.
23. Основные принципы лечения острого и хронического (в стадии обострения) холецистита у лиц пожилого возраста.
24. Особенности клинических проявлений острого и хронического панкреатита (в стадии обострения) у лиц пожилого возраста.
25. Основные принципы лечения острого и хронического (в стадии обострения) панкреатита.
26. Какие изменения в мочевыделительной системе при старении?
27. Перечислите основные причины, способствующие развитию острого и

хронического пиелонефрита в пожилом возрасте?

28. Охарактеризуйте особенности клинических проявлений острого пиелонефрита в пожилом возрасте.
29. Охарактеризуйте особенности клинических проявлений хронического пиелонефрита в пожилом возрасте.
30. Расскажите о принципах лечения острого и хронического пиелонефрита.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры № ____

от « ____ » _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Практика	Научно-педагогическая
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	1
Семестр	1, 2
Практические занятия (час.)	216 (72)
Самостоятельная работа (час.)	108 (252)
Зачет с оценкой	
Всего (час.)	324
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	9 (ЗЕТ)
Составители ФОС (должность, ФИО)	профессор кафедры общей гигиены Тадеева Е.А.; профессор кафедры общей гигиены Радченко О.Р.

Форма листа согласований фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний, умений и навыков магистров по специальности/направления подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» по практике «Научно-педагогическая»

Составители фонда оценочных средств:

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Табеева Е.А.;
профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Радченко О.Р.;

Фонд оценочных средств по практике «Научно-педагогическая» *обсужден и одобрен* на заседании кафедры общей гигиены «__» _____ 2022 года

Заведующий кафедрой общей гигиены

доктор медицинских наук, профессор _____ А.В. Шулаев

«Согласовано»

Председатель предметной методической комиссии по специальности / направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Табеева Е.А.

Содержание фонда оценочных средств

- I. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- II. СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
- III. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Паспорт фонда оценочных средств

Целью освоения научно-педагогической практики является практическая подготовка к образовательной деятельности по актуальным проблемам общественного здоровья и овладения навыками организации, мониторингирования и оценки эффективности учебного процесса.

Задачи освоения практики:

1. Углубление и закрепление теоретических знаний, полученных в университете, и их применение в решении конкретных педагогических задач
2. Формирование и развитие педагогических умений и навыков и профессионально значимых качеств личности
3. Развитие интереса к педагогической работе, потребности в педагогическом самообразовании, выработка творческого и исследовательского подхода к педагогической деятельности

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы		Оценочные средства	
				Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Раздел 1.	ОПК-1,ОПК-5,ПК-12,УК-3	ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации ОПК-5 Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами ПК-12 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска) УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели			
Тема 1.1. Научно-педагогическая практика в медицинских организациях и медицинском ВУЗе заведениях Республики Татарстан. Научно-	ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и	Знать: методы выбора научных источников и нормативно-правовой документации	Аналитическая работа с документами; Кейс-задача		
		Уметь: владеть методами поиска научных источников и			

педагогическая практика в медицинских организациях и медицинском ВУЗе заведениях Республики Татарстан. Обсуждение целей и задач практики, осваиваемых компетенций; распределение по базам практики в соответствии с приказом, ознакомление с формами отчетности. Изучить: структуру, цели, задачи, функции, основополагающие документы, основные научные и педагогические технологии, применяемые на базе практики.	нормативной документации ОПК-1.1 Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно-правовой документации	нормативно-правовой документации Владеть: методами выбора научных источников и нормативно-правовой документации		
	ОПК-5 Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами ОПК-5 ОПК-5.1 Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности	Знать: методы организации публичных мероприятий национального и международного уровней Уметь: владеть методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней Владеть: методами организации публичных мероприятий национального и международного уровней		
	ПК-12 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска) ПК-12 ПК-12.1 Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по	Знать: методы формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья Уметь: владеть методами формирования мотивированного отношения населения к сохранению и	Тестирование	

	формированию мотивированного отношения населения к сохранению	укреплению здоровья		
		Владеть: методами формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3 УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества	Знать: методы эффективного взаимодействия с членами команды		
		Уметь: владеть методами эффективного взаимодействия с членами команды		
Тема 1.2. Научно-педагогическая практика в медицинских классах и колледже. Научно-педагогическая практика в медицинских классах и колледже. Ознакомление и анализ информационно-аналитических медицинских систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; изучение и анализ	ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации ОПК-1.1 Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно-правовой документации	Знать: методы выбора научных источников и нормативно-правовой документации	Тестирование Кейс-задача	
		Уметь: владеть методами поиска научных источников и нормативно-правовой документации		
	ОПК-5 Способность к	Владеть: методами выбора научных источников и нормативно-правовой документации		
		Знать: методы организации		

нормативных и методических образовательных материалов (ФГОС, УМК, оценочные материалы, методики обучения, технологии преподавания); и подготовка презентационных материалов по вопросам профилактики заболеваний и охраны общественного здоровья; подготовка методических материалов по вопросам профилактического консультирования - подготовка материалов и реализация санитарно-просветительной работы.	организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами ОПК-5 ОПК-5.1 Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности	публичных мероприятий национального и международного уровней	Тестирование Кейс-задача	
		Уметь: владеть методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней		
		Владеть: методами организации публичных мероприятий национального и международного уровней		
	ПК-12 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска) ПК-12 ПК-12.1 Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению	Знать: методы формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья		
		Уметь: владеть методами формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья		
		Владеть: методами формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья		

	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3 УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества	Знать: методы эффективного взаимодействия с членами команды		
		Уметь: владеть методами эффективного взаимодействия с членами команды		
		Владеть: методами эффективного взаимодействия с членами команды		
Тема 1.3. Научно-педагогическая практика в муниципальных учреждениях Республики Татарстан. Научно-педагогическая практика в муниципальных учреждениях Республики	ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации ОПК-1.1 Осуществляет	Знать: методы выбора научных источников и нормативно-правовой документации		
		Уметь: владеть методами поиска научных источников и нормативно-правовой документации		

Татарстан. Анализ информационно-аналитических медицинских систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; изучение и анализ нормативных и методических образовательных материалов и подготовка презентационных материалов по вопросам профилактики заболеваний и охраны общественного здоровья; подготовка методических материалов по вопросам профилактического консультирования - подготовка материалов и реализация санитарно-просветительной работы.	выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно-правовой документации	Владеть: методами выбора научных источников и нормативно-правовой документации		
	ОПК-5 Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами ОПК-5 ОПК-5.1 Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности	Знать: методы организации публичных мероприятий национального и международного уровней		
		Уметь: владеть методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней		
		Владеть: методами организации публичных мероприятий национального и международного уровней		
	ПК-12 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска) ПК-12 ПК-12.1 Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию	Знать: методы формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья		
		Уметь: владеть методами формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья		

	мотивированного отношения населения к сохранению	Владеть: методами формирования мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению здоровья		
	УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели УК-3 УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества	Знать: методы эффективного взаимодействия с членами команды		
		Уметь: владеть методами эффективного взаимодействия с членами команды		
		Владеть: методами эффективного взаимодействия с членами команды		
Промежуточная аттестация – зачет с оценкой			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процедурой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль. Для текущего контроля используется тестирование, устный опрос, подготовка презентации на заданную тему, решение кейс-задач.

Контроль по разделам (модулям). Контроль по разделам осуществляется в виде тестирования.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, подготовке презентации на тему ВКР, работе с научной литературой, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тестирование

Критерии оценки:

«Отлично» – 90-100% правильных ответов

«Хорошо» – 80-89% правильных ответов

«Удовлетворительно» – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Аналитическая работа с документами

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) – магистрант демонстрирует отличное знание материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной литературой и современными публикациями; дает логичные, аргументированные ответы на поставленные вопросы.

«Хорошо» (80-90 баллов) – магистрант демонстрирует хорошее знание основного материала по разделу, основанные на ознакомлении с обязательной литературой и современными публикациями; дает ответы на поставленные вопросы.

«Удовлетворительно» (70-80 баллов) – магистрант обладает базовыми знаниями основного материала по разделу, основанными на ознакомлении с обязательной литературы;

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка; не может дать правильный ответ на поставленный вопрос.

Кейс-задачи

Критерии оценки:

«Отлично» (90-100 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации; правильный и полный ответ на вопрос задачи с указанием нормативного источника, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий.

«Хорошо» (80-89 баллов) — комплексная оценка предложенной ситуации, неполный ответ на вопрос задачи, не указан нормативный источник, незначительные затруднения при ответе на теоретический вопрос,

«Удовлетворительно» (70-79 баллов) — затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ на вопрос задачи, в том числе на вопросы задачи, неправильный или неполный выбор тактики действий, неполный ответ на теоретический вопрос.

«Неудовлетворительно» (0-69 баллов) — неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос задачи; неправильный выбор тактики действий, незнание нормативного документа и (или) неумение применить его в практической ситуации, нет ответа на теоретический вопрос.

Предполагаемые базы практик:

1. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (амбулаторно-поликлинический центр; медико-фармацевтический колледж, управление по воспитательной работе со студентами и др. структурные подразделения университета)
2. Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики
3. Отделения (кабинеты) медицинской профилактики медицинских организаций МЗ РТ
4. Отделение гигиенического воспитания и обучения населения

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Раздел 1

Тема 1.1. Научно-педагогическая практика в медицинских организациях и медицинском ВУЗе заведениях Республики Татарстан. Научно-педагогическая практика в медицинских организациях и медицинском ВУЗе заведениях Республики Татарстан. Обсуждение целей и задач практики, осваиваемых компетенций; распределение по базам практики в соответствии с приказом, ознакомление с формами отчетности. Изучить: структуру, цели, задачи, функции, основополагающие документы, основные научные и педагогические технологии, применяемые на базе практики.

ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации ОПК-1.1 Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации;

ОПК-5 Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами. ОПК-5 ОПК-5.1 Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности;

ПК-12 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска); ОПК-12 ОПК-12.1 Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению;

УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели. УК-3 УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества

Тесты

Укажите один правильный ответ

1. На каком основании применяется решение о вводе(отмене) ограничительных мероприятий (карантине)?

А. резкий рост инфекционной заболеваемости в отдельном населенном пункте;

Б. по предложению органов управления здравоохранением субъекта РФ;

В. на основании предложений органов исполнительной власти субъекта РФ;

Г. на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей.

2. Государственные санитарно-эпидемиологические правила (санитарные правила, санитарные правила и нормы, санитарные нормы, гигиенические нормативы) утверждаются:

А. приказом руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

Б. постановлением главного государственного санитарного врача Российской Федерации;

В. постановлением заместителя главного государственного санитарного врача Российской Федерации;

Г. решением комиссии по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию;

Д. приказом Министерства здравоохранения.

3. Какие ещё органы государственного надзора, наряду с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и её территориальных органов, осуществляют федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации?

А. таких федеральных органов больше нет;

Б. Федеральное медико-биологическое агентство и его территориальные органы;

В. структурные подразделения Министерства обороны Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы безопасности Российской Федерации, Федеральной службы охраны Российской Федерации, Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Федеральной службы исполнения наказаний, Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации и Управления делами Президента Российской Федерации соответственно в Вооружённых Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях и органах, на объектах обороны и оборонного производства, безопасности, внутренних дел и иного специального назначения.

4. Верно ли определение: «Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства Российской Федерации – это государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания

А. Да

Б. Нет

5. Определение потребности населения в профилактических программах проводится методами:

А. эпидемиологической статистики и социологических исследований

Б. мониторингирования факторов риска

В. социологических исследований

Г. донозологической диагностики

6. Аттестация профессиональных контингентов по результатам гигиенической подготовки проводится на основе:

А. собеседования и тестового контроля знаний

Б. справки о прохождении гигиенического обучения

В. решения ситуационных задач

Г. контролем полученных навыков

7. Цель научного исследования – это...

А. краткая и точная формулировка того, что автор намеревается сделать в рамках исследования

Б. уточнение проблемы, конкретизирующее основной замысел

В. источник информации, необходимой для исследования

Г. то, что предстоит открыть, доказать, нечто неизвестное в науке

2. Гипотеза научного исследования – это...

А. уточнение проблемы, конкретизирующее основной замысел

Б. то, что предстоит открыть, доказать, нечто неизвестное в науке

В. предположительное суждение о закономерной (причинной) связи явлений

Г. источник информации, необходимой для исследования

3. Метод научного исследования – это...

А. система последовательных действий, модель исследования

Б. предварительные обобщения и выводы

В. временное предположение для систематизации имеющегося фактического материала

Г. способ исследования, способ деятельности

4. Метод научного познания, основанный на изучении каких-либо объектов посредством их моделей:

А. Моделирование

Б. Аналогия

В. Эксперимент

Г. Синтез

5. При использовании данного метода исследования источником первичной социологической информации является человек (респондент) – непосредственный участник исследуемых социальных процессов и явлений. Что это за метод?

А. метод опроса

Б. анализ документов

В. социологический эксперимент

Г. моделирование

6. Опрос, анкета, интервью, анализ документов относятся к _____ методам исследования.

А. общенаучным

Б. частнонаучным

В. социологическим

Г. философским

7. Рецензия – это...

А. издание произведений одного или нескольких авторов, которые одну научную проблему рассматривают часто с различных точек зрения

Б. критический обзор одного или нескольких научных произведений, где дается анализ важности, актуальности представленных исследований, оценивается качество изложения, приводятся отзывы специалистов

В. печатное издание небольшого объема, как правило, научно-популярного содержания

Г. научный труд одного или нескольких придерживающихся единой точки зрения авторов, в котором содержится всестороннее исследование одной проблемы или темы

8. Тезисы доклада – это...

А. издания, предназначенные для педагогических целей, в которых рассматриваются проблемы того или иного учебного курса на научной основе и даются рекомендации по выполнению практических заданий

Б. краткое изложение содержания предстоящего научного сообщения

В. критический обзор одного или нескольких научных произведений, где дается анализ важности, актуальности представленных исследований, оценивается качество изложения, приводятся отзывы специалистов

Г. краткая характеристика книги, статьи, рукописи, в которой излагается основное содержание данного произведения, даются сведения о том, для какого круга читателей оно предназначено

9. При одномоментном исследовании отклик на обследование должен составлять не менее

А. 50%

Б. 60%

В. 70%

Г. 80%

Д. 85%

Дополните

10. К особенностям _____ (эпидемиологических) методов исследования относятся: не ставят диагноз, позволяют выявить высокую степень вероятности наличия заболевания, позволяют выявить риск развития заболевания.

11. Группа обследуемых, прослеженных в течение времени, называется _____ (когорта).

12. Общая схема проведения исследования, описание того, как оно будет построено, — это _____ (дизайн) исследования.

13. Исследования, в которых выделяется группа людей, за которыми в течение некоторого времени наблюдают и повторно, хотя бы один раз, оценивают их состояние, называются _____ (продольными).

14. Если группа больных специально формируется для исследования и целенаправленно отслеживается, то такое исследование называют _____ (проспективным).

Кейс-задачи

Задача 1

Известное Фрамингемское исследование было начато в 1949 г. и продолжалось в течение 30 лет. Целью данного исследования было оценить влияние различных факторов на развитие ишемической болезни сердца (ИБС). В исследовании осуществлялось наблюдение за 5 000 лиц, проживающих в небольшом городе недалеко от г. Бостона (США). В результате исследования была выявлена причинно-следственная связь между развитием ИБС и артериальной гипертонией, высоким уровнем холестерина, курением и рядом других факторов.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: проспективное когортное исследование.

Задача 2

Исследование, проведенное в Великобритании в 60-70-е гг. XX века, включало 40 тыс. врачей, которых разделили на 4 группы: некурящие, курящие мало, курящие умеренно и курящие много. Исходами в данном исследовании считали общую смертность и смертность в результате определенных заболеваний. Результаты исследования, опубликованные в 1964 г., впервые продемонстрировали существенное увеличение смертности курильщиков как от рака легкого, так и от других причин, а также дозозависимый неблагоприятный эффект курения.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: проспективное когортное исследование.

Задача 3

В исследовании была проанализирована медицинская документация 131 пациента с сепсисом, вызванным *Acinetobacter* spp., из которых 65 (49,6%) умерли. В результате изучения различных прогностических факторов было обнаружено, что несвоевременная антибактериальная терапия повышает риск смертности пациентов с сепсисом, вызванным *Acinetobacter* spp. в 1,42 раза.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: ретроспективное когортное исследование.

Задача 4

Проведенное в 2013 г. в г. Алматы исследование было посвящено самооценке состояния здоровья лицами старше 45 лет. Целью данного исследования была оценка социально-демографических различий в самооценке состояния здоровья лиц старше 45 лет. Выявленная распространенность (превалентность) слабого, удовлетворительного, хорошего и отличного здоровья среди наблюдаемой выборки составила 11,8%, 53,7%, 31,0% и 3,2% соответственно, и различия между группами населения, указавшими различные градации здоровья, были статистически значимы в отношении большинства рассматриваемых социально-демографических характеристик.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: поперечное исследование (одномоментное, кросс-секционное).

Задача 5

Целью проведенного исследования было оценить распространенность табакокурения и его характеристики среди сельских подростков-школьников 15—17 лет в разных регионах РФ. При отборе контингентов подростков из шести федеральных округов РФ (17 субъектов) использовался метод многоступенчатой выборки. В 2022 г. опрошены 18 222 подростка (8208 мальчиков и 10 014 девочек) по анонимной анкете, состоящей из нескольких блоков вопросов. Установлено, распространенность табакокурения среди подростков в среднем по России в 2022 г. составила 12,8 на 100 мальчиков и 6,4 на 100 девочек.

Вопрос: к какому виду относится данное исследование?

Ответ: поперечное исследование (одномоментное, кросс-секционное).

Компетенция – ОПК-4. Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состоянии популяционного здоровья населения

(ОПК-4-3. Критически анализирует статистическую информацию в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины)

Тесты

Укажите один правильный ответ:

1. Согласно определению ВОЗ «здоровье» - это состояние:
 - а) максимальной адаптации организма к окружающей социальной и природной среде
 - б) полного физического, душевного и социального благополучия, а не только болезни и/или физические дефекты**
 - в) полной реализации социальных и биологических потребностей индивида
 - г) полного физического, душевного и социального благополучия
2. Здоровый образ жизни – это
 - а) Занятия физической культурой
 - б) Перечень мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья**
 - в) Индивидуальная система поведения
 - г) Лечебно-оздоровительный комплекс мероприятий
3. Здоровый образ жизни в общественном здоровье рассматривается как
 - а) медицинская категория
 - б) социально экономическая категория
 - в) личная проблема
 - г) верно все**
4. При использовании метода различия для формулирования или оценки гипотез о факторах риска путем сравнения показателей заболеваемости на двух территориях предполагается сходство этих территорий по:
 - а) численности населения**

- б) возрастной структуре населения
 - в) жилищным условиям жизни населения
 - г) экономическому положению населения
 - д) **всем эпидемиологически значимым признакам за исключением одного: фактора риска**
5. В структуре причин, влияющих на состояние здоровья населения, наибольший удельный вес имеет:
- а) наследственность
 - б) факторы окружающей среды
 - в) природно-климатические условия
 - г) **образ жизни**
 - д) уровень оказания медицинской помощи
6. Что такое режим дня?
- а) порядок выполнения повседневных дел
 - б) строгое соблюдение определенных правил
 - в) перечень повседневных дел, распределенных по времени выполнения
 - г) **установленный распорядок жизни человека, включающий в себя труд, сон, питание и отдых**
7. Что такое рациональное (от лат. ratio - разум) питание?
- а) питание, распределенное по времени принятия пищи
 - б) питание с учетом потребностей организма
 - в) питание с набором определенных продуктов
 - г) питание с определенным соотношением питательных веществ
 - д) **питание, сбалансированное в энергетическом отношении и по содержанию питательных веществ в зависимости от пола, возраста и рода деятельности.**
8. Периодичность проведения курсового гигиенического обучения:
- а) не регламентирована:
 - б) 1 раз в 2 года
 - в) **дифференцирована по профессиональным группам работников**
 - г) 1 раз в год
9. Верно ли следующее утверждение: «Выбор методов и средств пропаганды гигиенических знаний зависит от количественного состава аудитории и степени однородности группы?»
- а) **Да**
 - б) Нет
10. Метод печатной пропаганды гигиенических знаний использует средства:
- а) **буклеты (памятки)**
 - в) лекции
 - б) телевидение
 - г) музеи

11. Метод наглядной (изобразительной) пропаганды гигиенических знаний использует средства:
- а) музеи и выставки**
 - в) радио
 - б) телевидение
 - г) статьи
12. Профессиональная гигиеническая подготовка проводится:
- а) до заключения врача о допуске к работе
 - б) после получения заключения врача о допуске к работе**
 - в) сразу после оформления медицинской книжки
 - г) после получения результатов лабораторных исследований .
13. Аттестация профессиональных контингентов по результатам гигиенической подготовки проводится:
- а) органом госсанэпиднадзора**
 - б) центром медицинской профилактики
 - в) образовательным учреждением, имеющим лицензию
 - г) некоммерческими общественными организациями
14. Ответственность за несвоевременное прохождение медицинского осмотра работниками предприятия несут:
- а) органы госсанэпиднадзора
 - б) руководители предприятия**
 - в) работники предприятия
 - г) начальники отделов кадров предприятий
15. Медицинскую практику, в основе которой лежит четкая проверка имеющихся доказательств о пользе или вреде того или иного медицинского вмешательства, называют
- а) бюджетной медициной
 - б) доказательной медициной**
 - в) достоверной медициной
 - г) научной медициной
 - д) страховой медициной
16. Наименее достоверное доказательство в пирамиде доказательств
- а) исследование типа «случай-контроль»;
 - б) когортное исследование;
 - в) описание серии случаев;
 - г) систематический анализ;
 - д) экспертное мнение без критической оценки**

Дополните

17. Состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма - _____ (**здоровье**).
18. Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг _____ (**медицинская**) помощь.
19. Комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания _____ (**профилактика**).
20. Комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни _____ (**лечение**).
21. Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их безопасности и _____ (**эффективности**).
22. Подход доказательной медицины к медицинской практике предполагает использование информации о доказательствах эффективности и безопасности диагностических мероприятий, лечебных мероприятий и _____ (**профилактических**) мероприятий.
23. Применение статистических методов при создании систематического обзора в целях обобщения результатов, включенных в обзор исследований, называется _____ (**метаанализ**).
24. Разновидность научного исследования с заранее спланированными методами, где объектом изучения служат результаты оригинальных исследований, называется _____ (**систематический**) обзор.
25. Главным отличием мета-анализа от систематических обзоров является не только рассмотрение результатов ряда исследований, но и _____ (**количественная**) оценка их результатов.
26. Клинический случай и серия случаев можно отнести к _____ (**наблюдательным**) описательным видам исследований.
27. С точки зрения математической статистики данные подразделяют на _____ (**качественные**) и количественные.

28. Пол и самочувствие пациента является _____ (**качественными**) данными.

29. Температура тела и возраст пациента являются _____ (**количественными**) данными

30. Повышение _____ (**качества**) оказания медицинской помощи населению возможно добиться только при совместном участии всех сотрудников медицинской организации в мероприятиях по созданию условий повышающих вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствующих профессиональным знаниям, основанным на фактических данных.

Кейс-задачи

Задача 1

Изучите данные результатов 5-летнего наблюдения за группой лиц, подверженных действию предполагаемого фактора риска F_1 при болезни А:

	Частота возникновения болезни А по годам в ‰				
	2018	2019	2020	2021	2022
Здоровые (N=12000 чел)	2,0	4,0	7,0	10,0	12,0

И ответьте на вопрос: являются ли представленные данные доказательством того, что F_1 является фактором риска болезни А

Эталон ответа: Нет доказательства того, что F_1 является фактором риска, потому что в исследовании отсутствовала контрольная группа на которую фактор риска F_1 не оказывал влияния.

Задача 2.

Изучите данные результатов 5-летнего когортного исследования по оценке влияния предполагаемого фактора риска F_1 при болезни А:

	F_1	Частота возникновения болезни А по годам в ‰				
		2018	2019	2020	2021	2022
Здоровые (N=28000 чел)	есть	2,0	3,0	8,0	15,0	18,0
Здоровые (N=2800 чел)	нет	0,0	2,0	6,0	7,0	10,0

И ответьте на вопрос: являются ли представленные данные доказательством того, что F_1 является фактором риска болезни А

Эталон ответа: Нет, окончательный вывод делать рано, потому что в группе без F_1 (фактора риска) отмечается значительное число заболеваний с тенденцией роста по годам.

Задача 3

Согласно проведенным расчетам, необходимый объем выборки для исследования составляет 380 человек. Прогнозируемый «отклик» (доля наблюдаемых лиц, которые будут участвовать в исследовании до момента окончания периода наблюдения) составляет 80%.

Вопрос: насколько необходимо увеличить объем выборки и каков окончательный объем когорты должен быть с учетом «отклика»?

Эталон ответа: объем выборки необходимо увеличить на 20% и окончательный объем когорты составит: $380 \times 120\% = 456$ человек.

Задача 4

В 4-х областях Франции в 2004–2006 гг. было проведено мультицентровое исследование, посвященное изучению связи между использованием мобильных телефонов и развитием опухолей головного мозга. В исследование были включены 254 пациента с глиомами, 194 пациента с менингиомами и 892 «контроля». В результате исследования не было обнаружено связи между регулярным использованием мобильного телефона и развитием глиом ($OR=1,24$; 95% ДИ=0,86–1,77) и менингиом ($OR=0,90$; 95% ДИ 0,61–1,34).

Вопросы: 1. К какому виду относится данное исследование? 2. Почему при величине отношения шансов (OR) больше 1,0 был сделан вывод об отсутствии связи между регулярным использованием мобильного телефона и развитием глиомы?

Эталон ответа: 1. Исследование «случай-контроль». 2. Рассчитанный 95% доверительный интервал для отношения шансов включает значение 1,0, что служит основанием для вывода об отсутствии связи между фактором риска и исходом.

Тема 1.2. Научно-педагогическая практика в медицинских классах и колледже.
Научно-педагогическая практика в медицинских классах и колледже. Ознакомление и анализ информационно-аналитических медицинских систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; изучение и анализ нормативных и методических образовательных материалов (ФГОС, УМК, оценочные материалы, методики обучения, технологии преподавания); и подготовка презентационных материалов по вопросам профилактики заболеваний и охраны общественного здоровья; подготовка методических материалов по вопросам профилактического консультирования - подготовка материалов и реализация санитарно-просветительной работы.

ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации ОПК-1.1 Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации;
ОПК-5 Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами. ОПК-5 ОПК-5.1 Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности;
ПК-12 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска); ОПК-12 ОПК-12.1 Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению;
УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели. УК-3 УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества

Тестовые задания

Укажите один правильный ответ

1. Педагогика – это наука о

- а) воспитании ребенка в условиях образовательных учреждений,
- б) образовании и воспитании человека, преимущественно в детстве и юности,**
- в) свободном формировании личности человека с рождения до старости
- г) педагогической деятельности воспитателя и педагога;
- д) анализе деятельности детей дошкольного и школьного возраста.

2. Предметом педагогики выступает

- а) процесс обучения ребенка в образовательных учреждениях,
- б) процесс общения педагога с обучающимся,
- в) процесс формирования и развития личности в ходе ее обучения и воспитания.**
- г) процесс обучения личности
- д) процесс воспитания личности

3. Метод воспитания – это

- а) способ стимулирования развития воспитуемого путем предъявления ему эталона,

- б) актуальный для определенного возраста способ формирования знаний, умений и навыков,
- в) способ воздействия на сознание, волю и чувства воспитуемого с целью выработки у него определенных убеждений.**

4. Образование – это

- а) целенаправленный процесс воспитания и обучения,**
- б) процесс взаимодействия педагога и учащегося,
- в) система государственных и муниципальных учреждений.
- г) процесс проведения теоретических и практических занятий

5. Объектом педагогики является:

- а) процессы, обуславливающие развитие индивида в ходе его функционирования в целенаправленной деятельности общества;**
- б) знания, полученные обучающимися на разных стадиях обучения в образовательном заведении;
- в) компетенции, полученные обучающимися на разных стадиях обучения в образовательном заведении;
- г) индивиды, являющиеся субъектами взаимоотношений между участниками образовательной системы.

6. Традиционными методами исследования в педагогике являются:

- а) наблюдение, изучение, анализ;**
- б) запись, заучивание, беседа;
- в) наблюдение, запись, воспитание.
- г) опрос, видеонаблюдение.

7. Развитие личности это в педагогике:

- а) непрерывный процесс физического и интеллектуального личности, стимулируемый обучением;**
- б) этапы постепенного взросления индивида;
- в) процесс взаимодействия индивида с социумом.

8. Самообразование – это

- а) процесс получения знаний и формирования умений и навыков, инициированный учащимся вне рамок системы образования в любом возрасте,**
- б) обучение учащихся на дому со сдачей экзаменов в учебном заведении,
- в) подготовка к итоговой аттестации вне учебного заведения.

9. Собственными категориями педагогики являются:

- а) дети, личность, развитие
- б) деятельность, общество, социализация
- в) обучение, образование, воспитание, педагогическая деятельность**
- г) цель, результат, метод
- д) все ответы верны

10. К методам педагогического исследования относятся

- а) порицание и моральное осуждение,
- б) поощрение и награждение,
- в) изучение педагогической практики.**

11. Правило от легкого к трудному относится к принципу

- а) систематичности и последовательности,**
- б) логичности,
- в) аргументированности и доказательности.

12. Внутреннее побуждение личности к тому или иному виду деятельности – это

- а) повод,
- б) мотив,**
- в) причина.

13. Целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности – это

- а) образование,**
- б) развитие,
- в) взросление.

14. Преимущество тестового контроля состоит в том, что он

- а) Позволяет студентам самостоятельно вырабатывать суждения
- б) Развивает навыки публичного выступления
- в) Дает возможность диагностировать умения
- г) Позволяет оценить знания большой группы студентов за ограниченное время**

15. Формы организации учебного процесса – это

- а) Лекции, семинарские и практические занятия.**
- б) Образование, обучение, воспитание
- в) Наука, теория, практика
- г) Задания закрытой формы, задания открытой формы, ситуационные задачи

16. Выберите подходящую характеристику проблемного обучения:

- а) Учащиеся усваивают знания в готовом виде
- б) Обучение направлено на самостоятельный поиск обучаемым новых понятий и способов действий**
- в) Учебный материал изучается отдельными порциями
- г) Учебный материал изучается в сжатые сроки

17. Позиция педагога - это:

- а) + совокупность интеллектуальных, волевых, эмоциональных, оценочных отношений к миру и педагогической деятельности.**
- б) установка на постоянное самосовершенствование и проповедование знаний;
- в) функционирование педагога в образовательном учреждении.

18. Основной признак коллектива, отличающий его от других типов групп -

- а) общность ценностных ориентаций
- б) разнообразие социальных ролей
- в) традиции
- г) **наличие общей цели и совместной деятельности**

19. Деловая игра в высшем медицинском образовании планируется как

- а) **метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям**
- б) способ релаксации, отвлечения от монотонной учебной деятельности
- в) упражнение в силе и ловкости
- г) организация учебного процесса, направленная на заслушивание информации

20. Во время проведения дискуссии действуют все перечисленные правила, кроме:

- а) Умения выслушать оппонента до конца
- б) Краткости выступления, соблюдения регламента
- в) Выступления только по теме данной дискуссии
- г) **перехода на личности в ходе дискуссии**

Дополните

1. Педагогическая технология – это совокупность средств и методов воспроизведения теоретически обоснованных _____ (**процессов**) обучения и воспитания, позволяющих успешно реализовывать поставленные образовательные цели.

2. Диалогический метод обучения, предполагающий подведение учеников к пониманию нового материала путем постановки системы вопросов, называется _____ (**беседа**).

3. Игровое обучение, проблемное обучение, программированное обучение, контекстное обучение – это педагогические _____ (**технологии**).

4. Логическая цепь взаимосвязанных действий преподавателя и студента, посредством которых передается и воспринимается содержание, которое перерабатывается и воспроизводится – это методы _____ (**обучения**).

Ситуационные задачи

Задача 1. Вы – преподаватель сестринского дела, тема занятия - закрепить учебный материал «Подкожное введение лекарственных препаратов».

Вопросы:

- 1. Какой это тип занятия?
- 2. Какую структуру занятия в зависимости от поставленной цели Вы собираетесь выбрать?

Ответ: 1. Практическое. 2. Урок –закрепление.

Задача 2. Вы – преподаватель сестринского дела. Ставите цель – проверить уровень практических умений студентов по теме «Подкожное введение лекарственных препаратов».

Вопросы:

1. Какой это тип занятия?
2. Какую структуру занятия в зависимости от поставленной цели Вы собираетесь выбрать?

Ответ: 1. Практическое. 2. Урок - обобщение изученного материала.

Задача 3. На занятии преподаватель предлагает студентам ответить на вопросы, составленные по материалам самостоятельной работы. Студентам разрешается корректировать ответы; при необходимости он тоже вносит поправки. Вопросы. Вызывающие трудность у большей части студентов, разбираются более детально. В работу вовлекаются все студенты, деятельность каждого оценивается коллегиально.

Вопросы:

1. Какой, на Ваш взгляд, тип взаимоотношений установился между педагогом и студентами?
2. Какие методы и формы работы использует преподаватель при проведении занятия?

Ответ: 1. Демократический. 2. Активные.

Задача 4

Вы врач отделения. Вам предстоит провести беседу с пациентом.

Вопросы: Перечислите средства построения пространства встречи и общения с пациентом.

Ответ: вербальные и невербальные компоненты общения

Задача 5.

Какие дополнительные материалы применяет врач при общении с разными категориями слушателей (пациентами, их родственниками, коллегами, студентами) для передачи информации специального медицинского содержания?

Ответ: памятки, схемы, таблицы, рекламные листовки, брошюры, муляжи, макеты и др.

Тема 1.3. Научно-педагогическая практика в муниципальных учреждениях Республики Татарстан. Научно-педагогическая практика в муниципальных учреждениях Республики Татарстан. Анализ информационно-аналитических медицинских систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; изучение и анализ нормативных и методических образовательных материалов и подготовка презентационных материалов по вопросам профилактики заболеваний и охраны общественного здоровья; подготовка методических материалов по вопросам профилактического консультирования - подготовка материалов и реализация санитарно-просветительной работы.

ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации ОПК-1.1 Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации;

ОПК-5 Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами. ОПК-5 ОПК-5.1 Владеет методами и формами организации публичных мероприятий национального и международного уровней для решения задач профессиональной деятельности;

ПК-12 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска); ОПК-12 ОПК-12.1 Демонстрирует готовность к использованию современных технологий, форм и методов по формированию мотивированного отношения населения к сохранению;

УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели. УК-3 УК-3.4 Демонстрирует способность к эффективному взаимодействию с другими членами команды и представителями сообщества

Тесты

Укажите один правильный ответ:

1. Классификация конфиденциальной информации
 - 1) персональные данные, служебная тайна, коммерческая тайна;
 - 2) коммерческая тайна, профессиональная тайна, персональные данные, интеллектуальная собственность, авторское право;**
 - 3) коммерческая тайна, персональные данные, врачебная тайна;
 - 4) служебная тайна, врачебная тайна, персональные данные, авторское право, интеллектуальная собственность;
 - 5) профессиональная тайна, авторское право.
2. Сведения об объектах и явлениях окружающей среды, их параметрах, свойствах и состоянии, которые воспринимают информационные системы (живые организмы, управляющие машины и др.) в процессе жизнедеятельности и работы является определением для термина
 - 1) показатели
 - 2) информация**
 - 3) знание

- 4) данные
- 5) показания

3. Перечень сведений, которые относят к персональным данным

- 1) касается только сведений о банковских вкладах
- 2) касается только фактов личной жизни человека
- 3) не определен — любые сведения, по которым можно установить личность человека, могут быть расценены как персональные данные**
- 4) содержит только биометрические сведения о человеке
- 5) строго определен и носит исчерпывающий характер

4. Формулировка правила конфиденциальности

- 1) врачебная тайна – это право врача скрывать от пациента информацию, которая может повредить его здоровью
- 2) информация о пациенте, которая становится известна врачу или иному медицинскому работнику, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента**
- 3) медицинский работник должен быть правдив с пациентом, он не должен скрывать или искажать важную для пациента информацию, которая касается его здоровья и лечения
- 4) пациент имеет право на деликатность со стороны медицинских работников при выполнении интимных процедур
- 5) пациент имеет право хранить в тайне от врача любую информацию, даже если она касается его здоровья

5. Правило конфиденциальности

- 1) может быть нарушено в отношении пациента, страдающего алкоголизмом
- 2) может быть нарушено в отношении пациента, страдающего психическим расстройством
- 3) может быть нарушено в отношении подростка 16 лет
- 4) может быть нарушено в ситуациях, регламентируемых законодательством**
- 5) является абсолютной нормой, которую нельзя нарушать ни при каких обстоятельствах

6. Соблюдение правила конфиденциальности при оказании консультационных услуг в сети Интернет

- 1) зависит от возраста и заболевания пациента
- 2) зависит от личного выбора врача
- 3) зависит от политики сайта
- 4) не является обязательным
- 5) обязательно, кроме случаев, когда пациент не возражает против публикации его данных**

ДОПОЛНИТЕ:

1. Профилактическое консультирование — это эффективная технология профилактики ХНИЗ и коррекции факторов риска их развития, включенная в программу профилактического медицинского осмотра и _____ (диспансеризации) взрослого населения.

2. Профилактическое консультирование — это процесс _____ (**информирования**) и обучения пациента для повышения его приверженности выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска развития заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).
3. Конечной целью профилактического консультирования является: каждый гражданин, прошедший профилактическое консультирование, должен быть информирован об основах здорового образа жизни, порядке действий в случае возникновения жизнеугрожающих состояний, получить адресную профилактическую консультацию, способствующую формированию мотивации к ведению здорового образа жизни и коррекции выявленных факторов _____ (**риска**) развития ХНИЗ и других патологических состояний.
4. Виды профилактического консультирования: краткое индивидуальное профилактическое консультирование; индивидуальное углубленное профилактическое консультирование; групповое _____ (**углубленное**) профилактическое консультирование (школы пациентов).
5. Соблюдение принципов профилактического консультирования: _____ (информирование), обучение, мотивирование – являются наиболее эффективными для достижения конечной цели профилактического консультирования.
6. К видам конфиденциальной информации относятся: информация, содержащая _____ (**профессиональную**) тайну и персональные данные.
7. Понятие «информированное согласие» включает в себя информацию о возможных _____ (**негативных**) последствиях, о характере предполагаемого вмешательства и о цели предполагаемого вмешательства.
8. Понятие «конфиденциальная информация» образовано от латинского слова, в переводе на русский обозначающего _____ (**доверие**).
9. При хранении данных научных исследований, принадлежащих конкретным субъектам (например, пациентам), база данных должна быть сформирована таким образом, чтобы содержащиеся в ней персональные данные были _____ (**обезличены**).

Компетенция – ОПК-2. Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности

(ОПК-2-2. Соблюдает в работе принципы информационной безопасности (кибербезопасность))

Тесты

Выберите один правильный ответ:

1. Телемедицинские технологии могут использоваться при оказании следующих видов медицинской помощи:

- а) первичной медико-санитарной помощи
- б) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
- в) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
- г) паллиативной медицинской помощи
- д) верно все перечисленное**

2. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий проводятся:

- а) в экстренной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного
- б) в неотложной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного
- в) в плановой форме - при проведении профилактических мероприятий
- г) в плановой форме - при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью.

д) верно все перечисленное

3. Участниками консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований являются:

- а) лечащий врач;
- б) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование;
- в) консультант
- г) верно все перечисленное**

Дополните

1. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в медицинской организации и системе здравоохранения – это медицинская _____ (**информационная**) система (МИС).

2. Процесс внедрения и использования информационных технологий в сфере медицины и оказания медицинских услуг – это _____ (**информатизация**) здравоохранения.

3. Медицинское обслуживание, осуществляемое с использованием современных информационных и коммуникационных технологий, дистанционное оказание медицинской помощи – это _____ (**телемедицина**).

4. Электронный документ, который содержит информацию о здоровье и медицинских записях пациента – это _____ (**электронная**) медицинская карта.

5. Применение компьютерных технологий для обработки и анализа огромного объема информации, собранной врачами и медицинскими учреждениями – это _____ анализ (**больших данных**) в медицине (Big Data).

6. Согласно определению ВОЗ, электронное здравоохранение – это использование информационно-коммуникационных _____ (**технологий**) для здравоохранения.

7. Цифровое здравоохранение включает в себя: электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение и _____ (**телемедицину**).

8. Консультации врачей при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени или _____ (**отложенных**) консультаций.

9. В настоящее время в РФ реализуется пилотный проект по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациента с использованием информационной системы «_____ (**персональные**) медицинские помощники».

10. Государственная система обнаружения, предупреждения и ликвидации последствий компьютерных атак на информационные ресурсы Российской Федерации

1) единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

2) лабораторная информационная система медицинской организации

3) ГосСОПКА

4) ФСТЭК

5) медицинская информационная система медицинской организации

11. Защищённость информации и поддерживающей инфраструктуры от случайных или преднамеренных воздействий естественного или искусственного характера, способных нанести ущерб владельцам или пользователям информации и поддерживающей инфраструктуры является определением для термина

1) база данных

2) информационный процесс

3) защита информации

4) информационная безопасность

5) информационная система

12. Оператор информационных систем в сфере здравоохранения должен проводить организационные мероприятия, направленные на повышение уровня знаний работников по вопросам обеспечения безопасности информационных систем в сфере здравоохранения и о возможных угрозах безопасности информации

1) не реже одного раза в год

2) по приказу руководителя

3) ежеквартально

4) ежемесячно

5) каждое полугодие

Дополните

13. Базовыми действиями, производимые с информацией, которые могут содержать в себе угрозу являются _____ (**уничтожение**), сбор, утечка и модификация информации.

14. Программное обеспечение, сотрудники организации и аппаратные средства являются источниками _____ (внутренних) информационных угроз.

КЕЙС-ЗАДАЧИ

Задача 1.

В рамках проведения Диспансеризации несовершеннолетних на основании приказа МЗ РФ от 10.08.2017 г. №514 «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних» диагностическое обследование сердца ЭКГ проводится: в 12 месяцев, 6 лет, 15 и 17 лет. В настоящее время в рамках проекта «Единый кардиолог Республики Татарстан» все обследования несовершеннолетних проводятся с использованием ИС «Единый кардиолог». Про проведение Диспансеризации несовершеннолетнего пациента 15 лет сделали ЭКГ. Какие консультации будут оформлены и в какой информационной системе?

Эталон ответа:

Программный комплекс «Единый кардиолог Республики Татарстан» позволяет снимать и описывать данные ЭКГ в автоматическом режиме. После этого данные отправляются дистанционно на подтверждение врачу кабинета функциональной диагностики. Вносятся в электронную медицинскую карту пациента, подписываются электронной цифровой подписью. Бумажная версия вклеивается в амбулаторную карту пациента.

Задача 2.

Врачам-хирургам одной из ЦРБ РТ требуется консультация-обучение профессора З***. из города Красноярска.

1. Какой вид телемедицинской технологии потребуется для этой консультации?
2. Какие каналы связи необходимо использовать в этом случае?

Эталон ответа:

1. Телеобучение (дистанционное обучение или телеобразование). Телеобучение подразумевает внедрение телемедицинских методов обучения в непрерывную систему подготовки медицинских кадров (теленаставничество). Особенностью направления является внедрение телемедицинских систем тестирующего контроля и сертификации, а также внедрение методов направляемой деятельности обучаемого во время проведения медицинских манипуляций.
2. Высокоскоростные каналы связи сети Интернет, например, оптические каналы связи и радиоканалы, в том числе спутниковые линии связи.

Промежуточная аттестация: зачет с оценкой

Тесты к зачету

Тестирование проводится по всему банку тестовых вопросов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры №____
от «____» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Практика	Научно-исследовательская
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2/2
Семестр	3/4
Практические занятия (час.)	48/ 16
Самостоятельная работа (час.)	96/128
Всего (час.)	144/144
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	4/4
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор кафедры общей гигиены Тaufеева Е.А.; профессор кафедры общей гигиены Радченко О.Р., ассистент Исмагилова Р.Р.

Форма листа согласований фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний, умений и навыков магистров по специальности/направления подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» по практике «Научно-исследовательская»

Составители фонда оценочных средств:

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Тaufеева Е.А.;

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Радченко О.Р.;

ассистент _____Исмагилова Р.Р.

Фонд оценочных средств по практике «Научно-исследовательская» *обсужден и одобрен* на заседании кафедры общей гигиены «__» _____ 2022 года

Заведующий кафедрой общей гигиены

доктор медицинских наук, профессор _____ А.В. Шулаев

«Согласовано»

Председатель предметной методической комиссии по специальности / направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Радченко О.Р.

Содержание фонда оценочных средств

I.	ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	4
II.	СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	10
III.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	11

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточно й аттестации	Кол-во
Тема Составление проекта по охране здоровья населения	Компетенция – УК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.	Знать: версии решения проблемы	Тестирование	8
		Уметь: формулирует гипотезы, стратегию действий		
		Владеть: решениями проблемы		
	Компетенция – УК-1-5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации	Знать: целевые индикаторы	Тестирование	8
		Уметь: оценивать практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации		
		Владеть: методами оценки целевых индикаторов		
	Компетенция – ОПК-1-1. Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации	Знать: методы выбора оптимально соответствующи х заданным целям научных источников	Тестирование	7
		Уметь: осуществлять выбор оптимально соответствующи х заданным		

		целям научных источников		
		Владеть: методами выбора оптимально соответствующи х заданным целям научных источников		
	Компетенция – ОПК-1-2. Планирует, организовывает и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты	Знать: методы планирования, организации и проведения научных исследований	Тестирование	6
		Уметь: использовать методы планирования, организации и проведения научных исследований		
		Владеть: методами планирования, организации и проведения научных исследований		
	Компетенция – ОПК-4.3. Критически анализирует статистическую информации в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины	Знать: методы поиска информации в профессиональн ых информационны х источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины	Тестирование	7
		Уметь: применять методы поиска информации в профессиональн ых информационны		

		х источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины		
		Владеть: методами поиска информации в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины		
	Компетенция – ПК-1.1. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными стратегиями поиска научной информации	Знать: методы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами)	Тестирование	7
		Уметь: применять методы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами)		
		Владеть: методами работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами)		
	Компетенция – ПК-1.2. Формулирует цель,	Знать: методы формулирования целей, задачи	Тестирование	8

	задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения	планирования научных исследований		
		Уметь: применять методы формулирования целей, задачи планирования научных исследований		
		Владеть: методами формулирования целей, задачи планирования научных исследований		
	Компетенция – ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования	Знать: алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований	Тестирование	8
		Уметь: применять алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований		
		Владеть: методами проведения научно-практических исследований		
	Компетенция – ПК-1.5. Демонстрирует готовность публичному представлению результатов научного исследования	Знать: методы публичного представления результатов научного исследования	Тестирование	8
		Уметь: демонстрировать результаты научного исследования		

		Владеть: методами публичного представления результатов научного исследования		
	Компетенция – ПК-1.6. Умеет представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно- аналитических материалов	Знать: методы представления результатов научного исследования в форме научных публикаций, информационно- аналитических материалов	Тестирование	8
		Уметь: представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно- аналитических материалов		
		Владеть: методами представления результатов научного исследования в форме научных публикаций, информационно- аналитических материалов		
	Компетенция – ПК-8.1. Демонстрирует умение оценивать уровень доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами	Знать: методы оценки уровней доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами	Тестирование	7
		Уметь: демонстрировать		

		оценивание уровня доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами		
		Владеть: методами оценки уровней доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами		
Аттестация – зачет			Тестирование	В соответс твии с рабочей програм мой дисципли ны и процеду рой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Фонд оценочных средств

Компетенция – УК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

1. Цель проекта – это:

А. Сформулированная проблема, с которой придется столкнуться в процессе выполнения проекта

Б. Утверждение, формулирующее общие результаты, которых хотелось бы добиться в процессе выполнения проекта

В. Комплексная оценка исходных условий и конечного результата по итогам выполнения проекта

2. Отличительными признаками научного исследования являются:

А. целенаправленность

Б. поиск нового

В. систематичность

Г. строгая доказательность

Д. все перечисленные признаки

3. Основная функция метода:

А. внутренняя организация и регулирование процесса познания

Б. поиск общего у ряда единичных явлений

В. достижение результата

4. _____ - это совокупность приемов, операций и способов теоретического познания и практического преобразования действительности при достижении определенных результатов.

А. метод

Б. принцип

В. эксперимент

Г. разработка

5. _____ - это сфера исследовательской деятельности, направленная на получение новых знаний о природе, обществе, мышлении.

А. наука

Б. апробация

В. концепция

Г. теория

6. В структуре общенаучных методов и приемов выделяют три уровня. Из перечисленного к ним НЕ относится:

А. наблюдение

Б. эксперимент

В. сравнение

Г. формализация

7. Замысел исследования – это...

А. основная идея, которая связывает воедино все структурные элементы методики, определяет порядок проведения исследования, его этапы

Б. литературное оформление результатов исследования

В. накопление фактического материала

8. Методика научного исследования представляет собой:

- А. систему последовательно используемых приемов в соответствии с целью исследования
- Б. систему и последовательность действий по исследованию явлений и процессов
- В. совокупность теоретических принципов и методов исследования реальности
- Г. способ познания объективного мира при помощи последовательных действий и наблюдений
- Д. все перечисленные определения**

Компетенция – УК-1-5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации.

1. Экономический эффект определяется по:

- А. фундаментальным и поисковым НИР
- Б. прикладным НИР и научным разработкам**

2. Определение объекта и предмета, цели и задач происходит на _____ этапе научного исследования.

- А. подготовительном**
- Б. втором
- В. исследовательском
- Г. заключительном

3. Разработка гипотезы происходит на _____ этапе научного исследования.

- А. втором
- Б. исследовательском
- В. подготовительном**
- Г. заключительном

4. Обоснование заключительных выводов и практических рекомендаций происходит на _____ этапе научного исследования.

- А. первом
- Б. подготовительном
- В. заключительном
- Г. исследовательском (втором)**

5. Внедрение результатов исследования в практику происходит на _____ этапе научного исследования.

- А. первом
- Б. подготовительном
- В. исследовательском (втором)
- Г. заключительном (третьем)**

6. Цель научного исследования – это...

А. краткая и точная формулировка того, что автор намеревается сделать в рамках исследования

Б. уточнение проблемы, конкретизирующее основной замысел

В. источник информации, необходимой для исследования

Г. то, что предстоит открыть, доказать, нечто неизвестное в науке

7. Использование общих научных положений при исследовании конкретных явлений – это...

А. синтез

Б. системный подход

В. метод индукции

Г. метод дедукции

8. Метод разделения объекта на составные части с целью их самостоятельного изучения – это...

А. синтез

Б. анализ

В. метод индукции

Г. метод дедукции

Компетенция – ОПК-1-1. Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации

1. Цель проекта – это:

А. Сформулированная проблема, с которой придется столкнуться в процессе выполнения проекта

Б. Утверждение, формулирующее общие результаты, которых хотелось бы добиться в процессе выполнения проекта

В. Комплексная оценка исходных условий и конечного результата по итогам выполнения проекта

2. Что такое веха?

А. Знаковое событие в реализации проекта, которое используется для контроля за ходом его реализации

Б. Логически взаимосвязанные процессы, выполнение которых приводит к достижению одной из целей проекта

В. Совокупность последовательно выполняемых действий по реализации проекта

3. Какие факторы необходимо учитывать в процессе принятия решения о реализации инвестиционного проекта?

А. Инфляцию и политическую ситуацию в стране

Б. Инфляцию, уровень безработицы и альтернативные варианты инвестирования

В. Инфляцию, риски, альтернативные варианты инвестирования

4. В Microsoft Project есть следующие типы ресурсов:

А. Материальные, трудовые, затратные

Б. Материальные, трудовые, временные

В. Трудовые, финансовые, временные

5. Два инструмента, содействующих менеджеру проекта в организации команды, способной работать в соответствии с целями и задачи проекта – это структурная схема организации и....

А. Укрупненный график

Б. Матрица ответственности

В. Должностная инструкция

6. Как называется временное добровольное объединение участников проекта, основанное на взаимном соглашении и направленное на осуществление прибыльного, но капиталоемкого проекта?

А. Консолидация

Б. Консорциум

В. Интеграция

7. Завершающая фаза жизненного цикла проекта состоит из приемочных испытаний и ...

А. Контрольных исправлений

Б. Опытной эксплуатации

В. Модернизации

Компетенция – ОПК-1-2. Планирует, организывает и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты

1. Обоснованное представление об общих результатах исследования:

а) Задачи исследования;

б) Цель исследования;

в) Гипотеза исследования;

г) Тема исследования.

2. Не входит в общий объем исследовательской работы:

а) введение;

б) титульный лист;

в) приложение;

г) содержание.

3. Методологическая основа исследования не включает:

а) идеи;

б) взгляды;

в) теории;

г) методики

4. Что из перечисленного является моделью развития науки:

а) скачкообразная;

б) циклическая;

в) равномерная;

г) интервальная.

5. Из перечисленных методов относятся к методам научных исследований в

физическом воспитании

- а) анкетирование,**
- б) демонстрация,
- в) объяснение,
- г) указание.

6. Из перечисленных методов относятся к методам научных исследований в физическом воспитании

- а) объяснение,
- б) указание,
- в) демонстрация,
- г) контрольные испытания.**

Компетенция – ОПК-4.3. Критически анализирует статистическую информации в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины

1.МЕДИЦИНСКАЯ (САНИТАРНАЯ) СТАТИСТИКА ЭТО:

- А. отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости
- Б. совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения
- В. отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением**
- Г. экстраполяцию и прогнозирование
- Д. анализ деятельности медицинской организации

2.СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

- А. первым
- Б. вторым
- В. третьим
- Г. четвертым**
- Д. пятым

3.ПОКАЗАТЕЛЕМ ДОСТОВЕРНОСТИ РАЗЛИЧИЯ СРЕДНИХ ВЕЛИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. средняя ошибка
- Б. коэффициент корреляции
- В. коэффициент достоверности (t)**
- Г. интенсивный показатель
- Д. темп роста

4.ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕБЯ ВКЛЮЧАЕТ:

- А. составление программы и плана исследования**
- Б. сбор материала
- В. сводка материала
- Г. выводы и предложения

Д. статистический анализ

5.СТАТИСТИЧЕСКИЕ ТАБЛИЦЫ МОГУТ БЫТЬ:

- А. простыми, комбинационными, контрольными
- Б. комбинационными, аналитическими
- В. контрольными, групповыми
- Г. аналитическими, контрольными, простыми
- Д. простыми, групповыми, комбинационными**

6.ПО ХАРАКТЕРУ КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ БЫВАЕТ:

- А. прямая, обратная**
- Б. функциональная, линейная
- В. обратная, интегральная
- Г. линейная, функциональная

7.ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОСТАТОЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЕРОЯТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ (%):

- А. 75,0
- Б. 89,9
- В. 95,0**
- Г. 68,0

Компетенция – ПК-1.1. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными стратегиями поиска научной информации

1. Процедура защиты дипломных работ завершается

- а) выводами.
- б) выставлением оценки.**
- в) голосованием.
- г) подведением итогов.

2. В вузе одной из обязательных форм обучения является

- а) полевые занятия.
- б) практика.**
- в) практические занятия.
- г) лабораторные занятия.

3. Научные издания:

- а) монографии, статьи в периодических центральных изданиях; сборники научных трудов, материалов научных конгрессов, научно-практических конференций; научно-популярные книги.**
- б) монографии, статьи в периодических центральных изданиях.
- в) сборники научных трудов, материалов научных конгрессов.
- г) научно-практических конференций; научно-популярные книги.

4.Учебные издания:

- а) учебные программы для проф.физкультурного образования - федерального, регионального и вузовского уровней; программы по ФК и спорту для общеобразовательной школы, высших и средних учебных заведений.
- б) программы для высших и средних учебных заведений.
- в) учебные программы.
- г) программы по физической культуре и спорту для общеобразовательной школы, высших и средних учебных заведений.

5.Акты внедрения:

- а) выдается после апробации в соответствующей организации результатов НИР.
- б) апробация научных результатов в практику.
- в) документ, который выдается после апробации в соответствующей организации результатов НИР.
- г) свидетельство эффективности применения результатов исследования в практике ФК и С, которое выдается после апробации в соответствующей организации результатов НИР.

6.Разработки содержат

- а) практические рекомендации.
- б) выводы.
- в) конечные результаты исследований в такой форме, в которой они могут непосредственно применяться на практике.
- г) теоретические обобщения.

7.Стихийно-эмпирическое знание

- а) содержат практические рекомендации.
- б) вторично.
- в) нейтрально.
- г) первично, существует давно и актуально сейчас. В нем получение знаний не отделено от практической деятельности людей, практических действий с объектом.

Компетенция – ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения

1. Резюме (от франц. resumer — излагать вкратце) -

- а) это выводы.
- б) это заключение
- в) это практические рекомендации.
- г) это краткое, в виде выводов, изложение содержания работы, чаще всего статьи, доклада.

2.Приложения представляют собой часть текста,

- а) имеющую дополнительное значение, но необходимую для более полного освещения темы: размещаются в конце издания.
- б) размещаются в начале издания.

- в) размечаются в конце каждой главы.
- г) имеющую дополнительное значение.

3.Предметный указатель содержит

- а) список авторов
- б) перечень авторов
- в) список основных тематических объектов
- г) **перечень основных тематических объектов (предметов), обсуждаемых или упоминаемых в тексте научного, методического или справочного издания**

4.За единицу объема рукописи принимается авторский лист, (один ответ)

- а) равный 10 тыс. печатных знаков
- б) равный 30 тыс. печатных знаков
- в) равный 20 тыс. печатных знаков
- г) **равный 40 тыс. печатных знаков (22-23 машинописные страницы, напечатанные через два интервала).**

5.Абзац представляет собой

- а) **отступ вправо в начале первой строки каждой части текста.**
- б) отступ влево в начале первой строки каждой части текста.
- в) отступ вверх.
- г) отступ вниз.

6.Для научного текста характерны

- а) целостность и связность
- б) **смысловая законченность, целостность и связность, здесь доминируют рассуждения, цель которых - доказательство истин, выявленных в результате исследования**
- в) краткость
- г) смысловая законченность

7.В научной работе речь чаще всего ведется

- а) от нейтрального лица
- б) первого лица
- в) **от третьего лица ("автор полагает"), редко употребляется форма первого и совсем не употребляется форма второго лица местоимений единственного числа**
- г) второго лица единственного числа

8. Автор диссертации выступает

- а) во втором лице единственного числа
- б) от нейтрального лица
- в) в единственном лице
- г) **во множественном числе и вместо "я" употребляет "мы", стремясь отразить свое мнение как мнение научной школы, научного направления**

Компетенция – ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования

1. Назовите типовую ошибку при формулировании цели проекта:

- а. цель включает много задач,
- б. цель не предполагает результат,**
- в. цель не содержит научных терминов

2. Дисконтирование осуществляется с помощью функций ...

Варианты ответа:

- А. Сложного процента**
- Б. Простого процента
- В. Очень-очень сложного процента
- Г. Калькулятора

3. Дисконтирование – это ...

- А. Процесс приведения будущих денежных сумм к их стоимости в текущий момент времени**
- Б. Учет инфляции при оценке инвестиционного проекта
- В. Расчет ставки дисконтирования

4. Из двух проектов уровень доходности выше у того, у которого ...

- А. IRR-г больше**
- Б. IRR больше
- В. IRR меньше
- Г. выше объем выручки

5. Структурная декомпозиция работ (СДР) проекта – это ...

- А. Графическое изображение иерархической структуры всех работ проекта**
- Б. Направления и основные принципы осуществления проекта
- В. Дерево ресурсов проекта
- Г. Организационная структура команды проекта

6. Метод критического пути используется для ...

- А. оптимизации (сокращение сроков реализации проекта)**
- Б. Планирования рисков проекта
- В. Планирования мероприятий по выходу из критических ситуаций
- Г. Определения продолжительности выполнения отдельных работ

7. Проект, заказчик которого может решиться увеличить его окончательную стоимость по сравнению с первоначальной, является:

- А. Простым
- Б. Краткосрочным**
- В. Долгосрочным

8. Объединение ресурсов в процессе создания виртуального офиса проекта характеризуется ... независимостью.

- А. Территориальной**

- Б. Финансовой
- В. Административной

Компетенция – ПК-1.5. Демонстрирует готовность публичному представлению результатов научного исследования

1. Назовите метод контроля фактически выполненных работ по реализации проекта, позволяющий провести учет некоторых промежуточных итогов для незавершенных работ.

- А. 10 на 90
- Б. 50 на 50**
- В. 0 к 100

2. Состояния, которые проходит проект в процессе своей реализации – это ... проекта.

- А. Этапы
- Б. Стадии
- В. Фазы**

3. Как называется временное добровольное объединение участников проекта, основанное на взаимном соглашении и направленное на осуществление прибыльного, но капиталоемкого проекта?

- А. Консолидация
- Б. Консорциум**
- В. Интеграция

4. Завершающая фаза жизненного цикла проекта состоит из приемочных испытаний и ...

- А. Контрольных исправлений
- Б. Опытной эксплуатации**
- В. Модернизации

5. Как называется организационная структура управления проектами, применяемая в организациях, которые постоянно занимаются реализацией одного или нескольких проектов?

- А. Материнская
- Б. Адхократическая
- В. Всеобщее управление проектами**

6. Проект, заказчик которого может решиться увеличить его окончательную стоимость по сравнению с первоначальной, является:

- А. Простым
- Б. Краткосрочным**
- В. Долгосрочным

7. Объединение ресурсов в процессе создания виртуального офиса проекта характеризуется ... независимостью.

- А. Территориальной**
- Б. Финансовой
- В. Административной

8. Метод контроля фактически выполненных работ по реализации проекта, позволяющий провести учет некоторых промежуточных итогов для незавершенных работ называется _____? (Ответ: 50 на 50)

Компетенция – ПК-1.6. Умеет представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов

1. Еще одно необходимое требование к написанию научной работы —

- а) умение избегать повторов, излишней детализации, словесной шелухи.
- б) умение избегать повторов.
- в) краткость, умение избегать повторов, излишней детализации, употребления лишних слов, без надобности — иностранных слов.**
- г) краткость.

2. Выпускная квалификационная работа для бакалавра —

- а) это выпускная квалификационная работа.**
- б) это дипломная работа.
- в) это научный труд.
- г) это методический труд.

3. Выпускная квалификационная работа для магистра —

- а) это дипломная работа.
- б) это научный труд.
- в) это методический труд.
- г) это магистерская диссертация.**

4. Схема —

- а) это иллюстрация, с помощью условных графических средств и обозначений передающая устройство, взаимоотношение (связи) частей, структуру какого-либо объекта.**
- б) это чертеж.
- в) это часть научного труда.
- г) это иллюстрация.

5. Библиографическое описание —

- а) это сведения.
- б) это часть научного труда.
- в) это представление о содержании научного труда.
- г) сведения о произведении печати или другом документе, которые дают возможность получить представление о его содержании, читательском назначении, объеме и т. п.**

6. Библиографический список содержит

- а) методические замечания.
- б) практические рекомендации.
- в) библиографическое описание.

г) библиографическое описание использованных и (или) рекомендованных источников и помещается в работе после заключения.

7.В диссертационных работах в библиографический список включаются

- а) отдельные авторы, имеющие мировую известность.
- б) только те источники, на которые имеются ссылки в основном тексте.**
- в) любые источники.
- г) только изученные авторы.

8.Подпись к иллюстрации:

- а) это часть научного труда.
- б) это краткое резюме.
- в) это текст под иллюстрацией, в библиографический список включаются только те источники, поясняющие ее содержание и связывающие ее номером с текстом, к которому она относится.**
- г) это аннотация.

Компетенция ПК-8.1. Демонстрирует умение оценивать уровень доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами

1.МЕДИЦИНСКАЯ (САНИТАРНАЯ) СТАТИСТИКА ЭТО:

- А. отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости
- Б. совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения
- В. отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением**
- Г. экстраполяцию и прогнозирование
- Д. анализ деятельности медицинской организации

2.СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТАПОМ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

- А. первым
- Б. вторым
- В. третьим
- Г. четвертым**
- Д. пятым

3.ПОКАЗАТЕЛЕМ ДОСТОВЕРНОСТИ РАЗЛИЧИЯ СРЕДНИХ ВЕЛИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. средняя ошибка
- Б. коэффициент корреляции
- В. коэффициент достоверности (t)**
- Г. интенсивный показатель
- Д. темп роста

4.ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕБЯ ВКЛЮЧАЕТ:

А. составление программы и плана исследования

Б. сбор материала

В. сводка материала

Г. выводы и предложения

Д. статистический анализ

5.СТАТИСТИЧЕСКИЕ ТАБЛИЦЫ МОГУТ БЫТЬ:

А. простыми, комбинационными, контрольными

Б. комбинационными, аналитическими

В. контрольными, групповыми

Г. аналитическими, контрольными, простыми

Д. простыми, групповыми, комбинационными

6.ПО ХАРАКТЕРУ КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ БЫВАЕТ:

А. прямая, обратная

Б. функциональная, линейная

В. обратная, интегральная

Г. линейная, функциональная

**7.ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОСТАТОЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ
ВЕРОЯТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ (%):**

А. 75,0

Б. 89,9

В. 95,0

Г. 68,0

Промежуточная аттестация: зачет.

Тесты к зачету

Тестирование проводится по всему банку тестовых вопросов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры №____
от «____» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Практика	Научно-производственная
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2/3
Семестр	4/5
Практические занятия (час.)	144/ 128
Самостоятельная работа (час.)	288/304
Всего (час.)	432/432
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	12/12
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор кафедры общей гигиены Табеева Е.А.; профессор кафедры общей гигиены Радченко О.Р., ассистент Исмаилова Р.Р.

Форма листа согласований фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний, умений и навыков магистров по специальности/направления подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» по практике «Научно-производственная»

Составители фонда оценочных средств:

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Тaufеева Е.А.;

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Радченко О.Р.;

ассистент _____Исмагилова Р.Р.

Фонд оценочных средств по практике «Научно-производственная» *обсужден и одобрен* на заседании кафедры общей гигиены «___» _____ 2022 года

Заведующий кафедрой общей гигиены

доктор медицинских наук, профессор _____ А.В. Шулаев

«Согласовано»

Председатель предметной методической комиссии по специальности / направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Радченко О.Р.

Содержание фонда оценочных средств

I.	ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	4
II.	СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	8
III.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	9

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточно й аттестации	Кол-во
Тема Составление проекта по охране здоровья населения	Компетенция – ОПК-1-1. Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации	Знать: методы выбора оптимально соответствующи х заданным целям научных источников	Тестирование	8
		Уметь: осуществлять выбор оптимально соответствующи х заданным целям научных источников		
		Владеть: методами выбора оптимально соответствующи х заданным целям научных источников		
	Компетенция – ОПК-3-2. Применяет основные функции менеджмента (планирование, организация, мотивация, контроль) в своей профессиональной деятельности или для решения задач профессиональной деятельности	Знать: планирование, организацию, мотивацию в профессиональной деятельности или для решения задач профессиональной деятельности	Тестирование	8
		Уметь: применять в своей деятельности основные функции менеджмента		
		Владеть: методами планирования и		

		организации профессиональной деятельности		
	Компетенция – ОПК-6-1. Умеет организовать уход за больными	Знать: основные принципы организации ухода за больными	Тестирование	8
		Уметь: осуществлять организацию ухода за больными		
		Владеть: методами организации ухода за больными		
	Компетенция – ОПК-6-2. Владеет навыками оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Знать: основные принципы оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения	Тестирование	8
		Уметь: применять навыки оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях		
		Владеть: методами оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при		

		неотложных состояниях		
	Компетенция – ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования	Знать: алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований	Тестирование	8
		Уметь: применять алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований		
		Владеть: методами проведения научно-практических исследований		
	Компетенция – ПК-1.5. Демонстрирует готовность публичному представлению результатов научного исследования	Знать: методы публичного представления результатов научного исследования	Тестирование	8
		Уметь: демонстрировать результаты научного исследования		
		Владеть: методами публичного представления результатов научного исследования		
Аттестация – зачет			Тестирование	В соответствии с рабочей программой дисциплины и процеду

				рой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Фонд оценочных средств

Компетенция – ОПК-1-1. Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации.

1. Цель проекта – это:

- А. Сформулированная проблема, с которой придется столкнуться в процессе выполнения проекта
- Б. Утверждение, формулирующее общие результаты, которых хотелось бы добиться в процессе выполнения проекта**
- В. Комплексная оценка исходных условий и конечного результата по итогам выполнения проекта

2. Что такое веха?

- А. Знаковое событие в реализации проекта, которое используется для контроля за ходом его реализации**
- Б. Логически взаимосвязанные процессы, выполнение которых приводит к достижению одной из целей проекта
- В. Совокупность последовательно выполняемых действий по реализации проекта

3. Какие факторы необходимо учитывать в процессе принятия решения о реализации инвестиционного проекта?

- А. Инфляцию и политическую ситуацию в стране
- Б. Инфляцию, уровень безработицы и альтернативные варианты инвестирования
- В. Инфляцию, риски, альтернативные варианты инвестирования**

4. В Microsoft Project есть следующие типы ресурсов:

- А. Материальные, трудовые, затратные**
- Б. Материальные, трудовые, временные
- В. Трудовые, финансовые, временные

5. Два инструмента, содействующих менеджеру проекта в организации команды, способной работать в соответствии с целями и задачи проекта – это структурная схема организации и....

- А. Укрупненный график
- Б. Матрица ответственности**
- В. Должностная инструкция

6. Как называется временное добровольное объединение участников проекта, основанное на взаимном соглашении и направленное на осуществление прибыльного, но капиталоемкого проекта?

- А. Консолидация
- Б. Консорциум**
- В. Интеграция

7. Завершающая фаза жизненного цикла проекта состоит из приемочных испытаний и ...

- А. Контрольных исправлений
- Б. Опытной эксплуатации**
- В. Модернизации

Компетенция – ОПК-3-2. Применяет основные функции менеджмента (планирование, организация, мотивация, контроль) в своей профессиональной деятельности или для решения задач профессиональной деятельности.

1. Как называются денежные потоки, которые поступают от каждого участника реализуемого проекта?

А. Притоки

Б. Активы

В. Вклады

2. Как называется организационная структура управления проектами, применяемая в организациях, которые постоянно занимаются реализацией одного или нескольких проектов?

А. Материнская

Б. Адхократическая

В. Всеобщее управление проектами

3. Проект, заказчик которого может решиться увеличить его окончательную стоимость по сравнению с первоначальной, является:

А. Простым

Б. Краткосрочным

В. Долгосрочным

4. Объединение ресурсов в процессе создания виртуального офиса проекта характеризуется ... независимостью.

А. Территориальной

Б. Финансовой

В. Административной

5. Метод контроля фактически выполненных работ по реализации проекта, позволяющий провести учет некоторых промежуточных итогов для незавершенных работ называется _____? (Ответ: 50 на 50)

6. Скидка, содействующая рекламе проекта называется _____ (Ответ: маркетинговая)

7. Временной промежуток между началом реализации и окончанием проекта называется _____ (Ответ: жизненный цикл проекта)

8. Назовите типовую ошибку при формулировании цели проекта:

а. цель включает много задач,

б. цель не предполагает результат,

в. цель не содержит научных терминов

Компетенция – ОПК-6-1. Умеет организовать уход за больными.

1. Медицинская помощь оказывается:

- А. только государственными медицинскими учреждениями
- Б. государственными и частными медицинскими учреждениями
- В. в медицинских организациях независимо от формы собственности при наличии лицензии на медицинскую деятельность**
- Г. любыми организациями и частными лицами, желающими осуществлять медицинскую помощь

2. Дезинфекция – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение:

А. микроорганизмов

- Б. грызунов
- В. Насекомых
- Г. членистоногих

3. Здоровье по определению ВОЗ – это:

- А. состояние организма человека, когда все органы и системы функционируют в унисон с внешней средой
- Б. полное физическое и психическое благополучие
- В. отсутствие каких-либо болезненных изменений**
- Г. состояние полного физического, психического и социального благополучия

4. В сохранении здоровья участвуют:

- А. сам пациент, семья
- Б. медицинские работники
- В. государство
- Г. всё перечисленное верно**

5. Факторы, влияющие на здоровье человека:

- А. образ жизни
- Б. социальные и природные факторы
- В. способ общественного производства
- Г. всё перечисленное верно**

6. Что изучает реаниматология?

- А. интенсивную терапию и реанимацию
- Б. патогенез критических состояний
- В. строение организма при клинической смерти
- Г. изменение организма при терминальных состояниях**

7. Уход за больными представляет собой комплекс:

- А. лечебных, вспомогательных и гигиенических мероприятий, нацеленных на облегчение страданий больных и их выздоровление, а также на предупреждение заболевания;**
- Б. диагностических и лечебных мероприятий, направленных на установление точного диагноза и лечение больного;
- В. гигиенических мероприятий, нацеленных на предупреждение заболевания.

8. Наружное применение лекарств связано с их:

- А. общим действием;
- Б. местным действием;**
- В. действием на расстоянии от места применения.

Компетенция – ОПК-6-2. Владеет навыками оказания первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения.

1. По каким признакам диагностируется состояние биологической смерти, при котором реанимационные действия уже не проводятся?

А. Зрачок деформируется во время сдавливания глазного яблока, есть трупные пятна, роговица глаза высохшая

Б. Отсутствует пульс в сонной артерии, отсутствует сознание, зрачки не реагируют на свет

В. Отсутствует пульс в сонной артерии, сознания нет более 6 минут, зрачки не реагируют на свет

2. По каким признакам диагностируется состояние внезапной смерти, требующее безотлагательных реанимационных действий?

А. Отсутствует пульс в сонной артерии, сознания нет более 4 минут, зрачки не реагируют на свет

Б. Отсутствует пульс в сонной артерии, отсутствует сознание, зрачки не реагируют на свет

В. Зрачок деформируется во время сдавливания глазного яблока, есть трупные пятна, роговица глаза высохшая

3. При признаках внезапной смерти необходимо:

А. Сделать 15 надавливаний на грудину, затем 2 вдоха искусственного дыхания, приподнять ноги пострадавшего и ожидать медицинский персонал

Б. Сделать 10 надавливаний на грудину, затем 2 вдоха искусственного дыхания, приподнять ноги пострадавшего, приложить холод к голове и ожидать медицинский персонал

В. Сделать 15 надавливаний на грудину, затем 2 вдоха искусственного дыхания, приподнять ноги пострадавшего, приложить холод к голове, реанимацию не прекращать до прибытия медицинского персонала

4. Порядок действий при термическом ожоге с целыми ожоговыми пузырями:

А. охладить место ожога (струя холодной воды в течение 10-15 мин/приложить холод на 20-30 мин) не вскрывая ожоговый пузырь и не удаляя загрязнения

Б. вскрыть ожоговый пузырь, очистить место ожога от загрязнения, приложить холод

В. вскрыть ожоговый пузырь, очистить место ожога от загрязнения, обработать жиросодержащим веществом

5. Порядок действий при термическом ожоге с поврежденными ожоговыми пузырями:

А. охладить место ожога (струя холодной воды в течение 10-15 мин/приложить холод на 20-30 мин)

Б. накрыть повреждение сухой чистой тканью, охладить поверхность ткани

В. очистить место ожога от загрязнения, обработать жиросодержащим веществом, накрыть повреждение сухой чистой тканью

6. Что следует делать при обморожении?

- А. Доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, растереть место обморожения спиртовым раствором, смазать жиром
- Б. Доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, обеспечить сухое согревание (одеяло) и обильное теплое питье до медицинской помощи**
- В. Растереть снегом, доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, согреть в ванной с теплой водой

7. Порядок действий при переохлаждении:

- А. растереть снегом, доставить в теплое помещение, дать алкоголь, снять обувь и одежду, согреть в ванной с теплой водой
- Б. доставить в теплое помещение, дать теплое питье, снять обувь и одежду, согреть в ванной с теплой водой, обеспечить сухое согревание (одеяло)**
- В. дать алкоголь, доставить в теплое помещение, снять обувь и одежду, растереть спиртосодержащим веществом, обеспечить сухое согревание (одеяло)

8. Что прикладывается к месту растяжения или ушиба:

- А. холод**
- Б. тепло
- В. спиртовой компресс

Компетенция – ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования.

1. Назовите типовую ошибку при формулировании цели проекта:

- а. цель включает много задач,
- б. цель не предполагает результат,**
- в. цель не содержит научных терминов

2. Дисконтирование осуществляется с помощью функций ...

Варианты ответа:

- А. Сложного процента**
- Б. Простого процента
- В. Очень-очень сложного процента
- Г. Калькулятора

3. Дисконтирование – это ...

- А. Процесс приведения будущих денежных сумм к их стоимости в текущий момент времени**
- Б. Учет инфляции при оценке инвестиционного проекта
- В. Расчет ставки дисконтирования

4. Из двух проектов уровень доходности выше у того, у которого ...

- А. IRR-г больше**
- Б. IRR больше
- В. IRR меньше
- Г. выше объем выручки

5. Структурная декомпозиция работ (СДР) проекта – это ...

А. Графическое изображение иерархической структуры всех работ проекта

Б. Направления и основные принципы осуществления проекта

В. Дерево ресурсов проекта

Г. Организационная структура команды проекта

6. Метод критического пути используется для ...

А. оптимизации (сокращение сроков реализации проекта)

Б. Планирования рисков проекта

В. Планирования мероприятий по выходу из критических ситуаций

Г. Определения продолжительности выполнения отдельных работ

7. Проект, заказчик которого может решиться увеличить его окончательную стоимость по сравнению с первоначальной, является:

А. Простым

Б. Краткосрочным

В. Долгосрочным

8. Объединение ресурсов в процессе создания виртуального офиса проекта характеризуется ... независимостью.

А. Территориальной

Б. Финансовой

В. Административной

Компетенция – ПК-1.5. Демонстрирует готовность публичному представлению результатов научного исследования.

1. Назовите метод контроля фактически выполненных работ по реализации проекта, позволяющий провести учет некоторых промежуточных итогов для незавершенных работ.

А. 10 на 90

Б. 50 на 50

В. 0 к 100

2. Состояния, которые проходит проект в процессе своей реализации – это ... проекта.

А. Этапы

Б. Стадии

В. Фазы

3. Как называется временное добровольное объединение участников проекта, основанное на взаимном соглашении и направленное на осуществление прибыльного, но капиталоемкого проекта?

А. Консолидация

Б. Консорциум

В. Интеграция

4. Завершающая фаза жизненного цикла проекта состоит из приемочных испытаний и ...

А. Контрольных исправлений

- Б. Опытной эксплуатации**
- В. Модернизации

5. Как называется организационная структура управления проектами, применяемая в организациях, которые постоянно занимаются реализацией одного или нескольких проектов?

- А. Материнская
- Б. Адхократическая

В. Всеобщее управление проектами

6. Проект, заказчик которого может решиться увеличить его окончательную стоимость по сравнению с первоначальной, является:

- А. Простым

Б. Краткосрочным

- В. Долгосрочным

7. Объединение ресурсов в процессе создания виртуального офиса проекта характеризуется ... независимостью.

А. Территориальной

- Б. Финансовой

- В. Административной

8. Метод контроля фактически выполненных работ по реализации проекта, позволяющий провести учет некоторых промежуточных итогов для незавершенных работ называется _____? (Ответ: 50 на 50)

Промежуточная аттестация: зачет.

Тесты к зачету

Тестирование проводится по всему банку тестовых вопросов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ

«УТВЕРЖДЕНО»
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шулаев А.В.

Протокол заседания кафедры №____
от «____» _____ 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Практика	Проектная
Код и наименование специальности (направление подготовки)	32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация	Магистр
Уровень	Магистратура
Форма обучения	Очная (очно-заочная)
Факультет	Медико-профилактический
Курс	2/3
Семестр	4/5
Практические занятия (час.)	144/ 128
Самостоятельная работа (час.)	288/304
Всего (час.)	432/432
Зачетная единица трудоемкости (ЗЕТ)	12/12
Составитель ФОС (должность, ФИО)	профессор кафедры общей гигиены Табеева Е.А.; профессор кафедры общей гигиены Радченко О.Р., ассистент Исмаилова Р.Р.

Форма листа согласований фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний, умений и навыков магистров по специальности/направления подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» по практике «Проектная»

Составители фонда оценочных средств:

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Тaufеева Е.А.;

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Радченко О.Р.;

ассистент _____Исмагилова Р.Р.

Фонд оценочных средств по практике «Проектная» *обсужден и одобрен* на заседании кафедры общей гигиены «__» _____ 2023 года

Заведующий кафедрой общей гигиены

доктор медицинских наук, профессор _____ А.В. Шулаев

«Согласовано»

Председатель предметной методической комиссии по специальности / направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

профессор кафедры общей гигиены, д.м.н., доцент _____Тaufеева Е.А.

Содержание фонда оценочных средств

I.	ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	4
II.	СПЕЦИФИКАЦИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	14
III.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	15

Паспорт фонда оценочных средств

Контролируемые разделы / темы / модули	Контролируемые компетенции (или их части)	ЗУВы	Оценочные средства	
			Формы текущего контроля (тесты, доклад, контрольная работа и т.п.) / промежуточной аттестации	Кол-во
Тема Составление проекта по охране здоровья населения	Компетенция – УК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.	Знать: версии решения проблемы	Тестирование	2
		Уметь: формулирует гипотезы, стратегию действий		
		Владеть: решениями проблемы		
	Компетенция – УК-1-5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации	Знать: целевые индикаторы	Тестирование	2
		Уметь: оценивать практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации		
		Владеть: методами оценки целевых индикаторов		
	Компетенция – УК-2-1. Выстраивает этапы работы над проектом с учетом последовательности их реализации, определяет этапы жизненного цикла проекта.	Знать: этапы работы над проектом с учетом последовательности их реализации, определяет этапы жизненного цикла проекта	Тестирование	2
		Уметь: выстраивать этапы работы над проектом		

		Владеть: методами выстраивания этапов работы над проектом		
	Компетенция – УК-2-2. Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта.	Знать: методы определения проблемы	Тестирование	2
		Уметь: определять проблему		
		Владеть: методами определения проблемы		
	Компетенция – УК-2-3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений.	Знать: проектирование решение конкретных задач	Тестирование	2
		Уметь: выбирать оптимальный способ решения задач		
		Владеть: методами выбора решения задач		
	Компетенция – УК-2-4. Организует обсуждение проекта, оценивает риски и результаты проекта.	Знать: методы обсуждения проекта	Тестирование	2
		Уметь: организовывать обсуждение проекта		
		Владеть: методами оценки рисков и результатов проекта		
	Компетенция – УК-2-5. Публично представляет результаты проекта.	Знать: методы публичного представления результатов	Тестирование	2
		Уметь: использовать		

		методы публичного представления результатов		
		Владеть: методами публичного представления результатов		
	Компетенция – УК-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.	Знать: методы использования стратегий сотрудничества	Тестирование	2
		Уметь: применять методы использования стратегий сотрудничества		
		Владеть: методами использования стратегий сотрудничества		
	Компетенция – ОПК-1-1. Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно-правовой документации	Знать: методы выбора оптимально соответствующих заданным целям научных источников	Тестирование	2
		Уметь: осуществлять выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников		
		Владеть: методами выбора оптимально соответствующих заданным целям научных источников		
	Компетенция – ОПК-1-2. Планирует,	Знать: методы планирования, организации и	Тестирование	2

	организовывает и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты	проведения научных исследований		
		Уметь: использовать методы планирования, организации и проведения научных исследований		
		Владеть: методами планирования, организации и проведения научных исследований		
	Компетенция – ОПК-1-4. Использует информационные технологии для подготовки научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения	Знать: информационные технологии для подготовки научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения	Тестирование	2
		Уметь: применять информационные технологии для подготовки научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения		
		Владеть: методами применения		

		информационных технологий для подготовки научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения		
	Компетенция – ОПК-4-3. Критически анализирует статистическую информацию в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины	Знать: методы анализа статистической информации Уметь: применять методы анализа статистической информации Владеть: методами анализа статистической информации	Тестирование	2
	Компетенция – ПК-1.1. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными стратегиями поиска научной информации	Знать: методы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) Уметь: применять методы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) Владеть: методами работы с научной и	Тестирование	2

		справочной литературой, электронными научными базами (платформами)		
	Компетенция – ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения	Знать: методы формулирования целей, задачи планирования научных исследований	Тестирование	2
		Уметь: применять методы формулирования целей, задачи планирования научных исследований		
		Владеть: методами формулирования целей, задачи планирования научных исследований		
	Компетенция – ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования	Знать: алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований	Тестирование	2
		Уметь: применять алгоритмы и методы проведения научно-практических исследований		
		Владеть: методами проведения научно-практических исследований		
	Компетенция –	Знать: методы публичного	Тестирование	2

	ПК-1.5. Демонстрирует готовность публичному представлению результатов научного исследования	представления результатов научного исследования		
		Уметь: демонстрировать результаты научного исследования		
		Владеть: методами публичного представления результатов научного исследования		
	Компетенция – ПК-1.6. Умеет представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов	Знать: методы представления результатов научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов Уметь: представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов Владеть: методами представления результатов научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов	Тестирование	2
	Компетенция – ПК-8.1. Демонстрирует	Знать: методы оценки уровней доказательности	Тестирование	2

	умение оценивать уровень доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами	результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами		
		Уметь: демонстрировать оценивание уровня доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами		
		Владеть: методами оценки уровней доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами		
	Компетенция – ПК-9.2. Демонстрирует готовность к использованию маркетинговых технологий в области общественного здоровья и здравоохранения	Знать: маркетинговые технологий в области общественного здоровья и здравоохранения	Тестирование	2
		Уметь: демонстрировать маркетинговые технологии в области общественного здоровья и здравоохранения		
		Владеть: маркетинговыми технологиями в области		

		общественного здоровья и здравоохранения		
	Компетенция – ПК-11.2. Умеет выбрать приоритеты и организовать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов направленных на здоровье сбережение	Знать: методы выбора приоритетов и организации выполнения наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов направленных на здоровье сбережение	Тестирование	2
		Уметь: применять методы выбора приоритетов и организации выполнения наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов направленных на здоровье сбережение		
		Владеть: методами выбора приоритетов и организации выполнения наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов направленных на здоровье сбережение		
Аттестация – зачет			Тестирование	В соответствии с

				рабочей програм мой дисципли ны и процеду рой зачета

Спецификация фонда оценочных средств

1. Общие критерии оценки

Текущий контроль

Для текущего контроля используется тестирование.

2. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа обучающихся заключается в подготовке к практическим занятиям по контрольным вопросам, работе с научной литературой, законодательными, нормативными и правовыми актами РФ, поиске информации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Критерии оценки по формам текущего контроля

Тесты

Критерии оценки:

Отлично – 90-100% правильных ответов

Хорошо – 80-89% правильных ответов

Удовлетворительно – 70-79% правильных ответов

Неудовлетворительно – менее 70% правильных ответов

Фонд оценочных средств

Компетенция – УК-1-4. Выдвигает версии решения проблемы, формулирует гипотезы, стратегию действий.

1. Цель проекта – это:

А. Сформулированная проблема, с которой придется столкнуться в процессе выполнения проекта

Б. Утверждение, формулирующее общие результаты, которых хотелось бы добиться в процессе выполнения проекта

В. Комплексная оценка исходных условий и конечного результата по итогам выполнения проекта

2. Реализация проекта – это:

А. Создание условий, требующихся для выполнения проекта за нормативный период

Б. Наблюдение, регулирование и анализ прогресса проекта

В. Комплексное выполнение всех описанных в проекте действий, которые направлены на достижение его целей

Компетенция – УК-1-5. Обосновывает целевые индикаторы и оценивает практические последствия реализации действий по разрешению проблемной ситуации

3. Проект отличается от процессной деятельности тем, что:

А. Процессы менее продолжительные по времени, чем проекты

Б. Для реализации одного типа процессов необходим один-два исполнителя, для реализации проекта требуется множество исполнителей

В. Процессы однотипны и цикличны, проект уникален по своей цели и методам реализации, а также имеет четкие сроки начала и окончания

4. Что из перечисленного не является преимуществом проектной организационной структуры?

А. Объединение людей и оборудования происходит через проекты

Б. Командная работа и чувство сопричастности

В. Сокращение линий коммуникации

Компетенция – УК-2-1. Выстраивает этапы работы над проектом с учетом последовательности их реализации, определяет этапы жизненного цикла проекта.

5. Что включают в себя процессы организации и проведения контроля качества проекта?

А. Проверку соответствия уже полученных результатов заданным требованиям

Б. Составление перечня недоработок и отклонений

В. Промежуточный и итоговый контроль качества с составлением отчетов

6. Метод освоенного объема дает возможность:

А. Освоить минимальный бюджет проекта

Б. Выявить, отстаёт или опережает реализация проекта в соответствии с графиком, а также подсчитать перерасход или экономию проектного бюджета

В. Скорректировать сроки выполнения отдельных процессов проекта

Компетенция – УК-2-2. Определяет проблему, на решение которой направлен проект, грамотно формулирует цель и определяет исполнителей проекта.

7. Какая часть ресурсов расходуется на начальном этапе реализации проекта?

- А. 9-15 %**
- Б. 15-30 %
- В. до 45 %

8. Какие факторы сильнее всего влияют на реализацию проекта?

- А. Экономические и социальные
- Б. Экономические и организационные
- В. Экономические и правовые**

Компетенция – УК-2-3. Проектирует решение конкретных задач проекта, выбирая оптимальный способ их решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений.

9. Назовите отличительную особенность инвестиционных проектов:

- А. Большой бюджет
- Б. Высокая степень неопределенности и рисков**
- В. Целью является обязательное получение прибыли в результате реализации проекта

10. Что такое веха?

- А. Знаковое событие в реализации проекта, которое используется для контроля за ходом его реализации**
- Б. Логически взаимосвязанные процессы, выполнение которых приводит к достижению одной из целей проекта
- В. Совокупность последовательно выполняемых действий по реализации проекта

Компетенция – УК-2-4. Организует обсуждение проекта, оценивает риски и результаты проекта.

11. Участники проекта – это:

- А. Потребители, для которых предназначен реализуемый проект
- Б. Заказчики, инвесторы, менеджер проекта и его команда
- В. Физические и юридические лица, непосредственно задействованные в проекте или чьи интересы могут быть затронуты в ходе выполнения проекта**

12. Инициация проекта является стадией в процессе управления проектом, по итогам которой:

- А. Объявляется окончание выполнения проекта
- Б. Санкционируется начало проекта**
- В. Утверждается укрупненный проектный план

Компетенция – УК-2-5. Публично представляет результаты проекта.

13. Что такое предметная область проекта?

А. Объемы проектных работ и их содержание, совокупность товаров и услуг, производство (выполнение) которых необходимо обеспечить как результат выполнения проекта

Б. Направления и принципы реализации проекта

В. Причины, по которым был создан проект

14. Для чего предназначен метод критического пути?

А. Для определения сроков выполнения некоторых процессов проекта

Б. Для определения возможных рисков

В. Для оптимизации в сторону сокращения сроков реализации проекта

Компетенция – УК-3-1. Понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет роль каждого участника в команде.

15. Структурная декомпозиция проекта – это:

А. Наглядное изображение в виде графиков и схем всей иерархической структуры работ проекта

Б. Структура организации и делегирования полномочий команды, реализующей проект

В. График поступления и расходования необходимых для реализации проекта ресурсов

16. Какие факторы необходимо учитывать в процессе принятия решения о реализации инвестиционного проекта?

А. Инфляцию и политическую ситуацию в стране

Б. Инфляцию, уровень безработицы и альтернативные варианты инвестирования

В. Инфляцию, риски, альтернативные варианты инвестирования

Компетенция – ОПК-1-1. Осуществляет выбор оптимально соответствующих заданным целям научных источников и нормативно- правовой документации

17. Как называется временной промежуток между началом реализации и окончанием проекта?

А. Стадия проекта

Б. Жизненный цикл проекта

В. Результат проекта

18. В Microsoft Project есть следующие типы ресурсов:

А. Материальные, трудовые, затратные

Б. Материальные, трудовые, временные

В. Трудовые, финансовые, временные

Компетенция – ОПК-1-2. Планирует, организывает и проводит научное исследование, анализирует и представляет его результаты

19. Проект, который имеет лишь одного постоянного сотрудника – управляющего проектом, является ... матричной структурой.

А. Единичной

Б. Ординарной

В. Слабой

20. Как называется скидка, содействующая рекламе проекта?

- А. Стимулирующая
- Б. Проектная
- В. Маркетинговая**

Компетенция – ОПК-1-4. Использует информационные технологии для подготовки научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения

21. Два инструмента, содействующих менеджеру проекта в организации команды, способной работать в соответствии с целями и задачи проекта – это структурная схема организации и....

- А. Укрупненный график
- Б. Матрица ответственности**
- В. Должностная инструкция

22. Назовите метод контроля фактически выполненных работ по реализации проекта, позволяющий провести учет некоторых промежуточных итогов для незавершенных работ.

- А. 10 на 90
- Б. 50 на 50**
- В. 0 к 100

Компетенция – ОПК-4-3. Критически анализирует статистическую информации в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины

23. Три способа финансирования проектов: самофинансирование, использование заемных и ... средств.

- А. Привлекаемых**
- Б. Государственных
- В. Спонсорских

24. Состояния, которые проходит проект в процессе своей реализации – это ... проекта.

- А. Этапы
- Б. Стадии
- В. Фазы**

Компетенция – ПК-1.1. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными стратегиями поиска научной информации

25. Как называется временное добровольное объединение участников проекта, основанное на взаимном соглашении и направленное на осуществление прибыльного, но капиталоемкого проекта?

- А. Консолидация
- Б. Консорциум**
- В. Интеграция

26. Завершающая фаза жизненного цикла проекта состоит из приемочных испытаний и ...

- А. Контрольных исправлений**
- Б. Опытной эксплуатации**
- В. Модернизации**

Компетенция – ПК-1.2. Формулирует цель, задачи и осуществляет планирование научного исследования по актуальной проблеме общественного здоровья и здравоохранения

27. Как называются денежные потоки, которые поступают от каждого участника реализуемого проекта?

- А. Притоки**
- Б. Активы**
- В. Вклады**

28. Как называется организационная структура управления проектами, применяемая в организациях, которые постоянно занимаются реализацией одного или нескольких проектов?

- А. Материнская**
- Б. Адхократическая**
- В. Всеобщее управление проектами**

Компетенция – ПК-1.3. Владеет алгоритмами и методами проведения научно-практических исследований (изысканий), осуществляет выбор дизайна исследования, адекватного цели и задачам научного исследования

29. Проект, заказчик которого может решиться увеличить его окончательную стоимость по сравнению с первоначальной, является:

- А. Простым**
- Б. Краткосрочным**
- В. Долгосрочным**

30. Объединение ресурсов в процессе создания виртуального офиса проекта характеризуется ... независимостью.

- А. Территориальной**
- Б. Финансовой**
- В. Административной**

Компетенция – ПК-1.5. Демонстрирует готовность публичному представлению результатов научного исследования

31. Денежные потоки, которые поступают от каждого участника реализуемого проекта называются _____? (Ответ: притоки)

32. Метод контроля фактически выполненных работ по реализации проекта, позволяющий провести учет некоторых промежуточных итогов для незавершенных работ называется _____? (Ответ: 50 на 50)

Компетенция – ПК-1.6. Умеет представлять результаты научного исследования в форме научных публикаций, информационно-аналитических материалов

33. Скидка, содействующая рекламе проекта называется _____ (Ответ: маркетинговая)

34. Временной промежуток между началом реализации и окончанием проекта называется _____ (Ответ: жизненный цикл проекта)

Компетенция – ПК-8.1. Демонстрирует умение оценивать уровень доказательности результатов научных исследований в соответствии с поставленными целями и задачами

35. Назовите типовую ошибку при формулировании цели проекта:

- а. цель включает много задач,
- б. цель не предполагает результат,**
- в. цель не содержит научных терминов

36. Дисконтирование осуществляется с помощью функций ...

Варианты ответа:

- А. Сложного процента**
- Б. Простого процента
- В. Очень-очень сложного процента
- Г. Калькулятора

Компетенция – ПК-9.2. Демонстрирует готовность к использованию маркетинговых технологий в области общественного здоровья и здравоохранения

37. Дисконтирование – это ...

- А. Процесс приведения будущих денежных сумм к их стоимости в текущий момент времени**
- Б. Учет инфляции при оценке инвестиционного проекта
- В. Расчет ставки дисконтирования

38. Из двух проектов уровень доходности выше у того, у которого ...

- А. IRR-г больше**
- Б. IRR больше
- В. IRR меньше
- Г. выше объем выручки

Компетенция – ПК-11.2. Умеет выбрать приоритеты и организовать выполнение наиболее эффективных мероприятий, прикладных и практических проектов направленных на здоровье сбережение

39. Структурная декомпозиция работ (СДР) проекта – это ...

- А. Графическое изображение иерархической структуры всех работ проекта**
- Б. Направления и основные принципы осуществления проекта
- В. Дерево ресурсов проекта
- Г. Организационная структура команды проекта

40. Метод критического пути используется для ...

А. оптимизации (сокращение сроков реализации проекта)

Б. Планирования рисков проекта

В. Планирования мероприятий по выходу из критических ситуаций

Г. Определения продолжительности выполнения отдельных работ

Промежуточная аттестация: зачет.

Тесты к зачету

Тестирование проводится по всему банку тестовых вопросов.