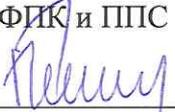


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

«СОГЛАСОВАНО»
декан ФПК и ППС

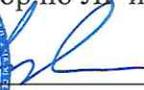

В.В. Голубцов

«23» мая 2019 г.



«ТВЕРЖДАЮ»

Директор по ЛР и ПО


Крутова

2019 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

По дисциплине

«Гематология»

(наименование дисциплины)

Для
специальности

31.08.29 Гематология

(наименование и код специальности)

Факультет

**повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов**

(наименование факультета)

Кафедра

Терапии № 2 ФПК и ППС

(наименование кафедры)

Форма обучения: ординатура

2019 г.

Рабочая программа государственной итоговой аттестации учебной дисциплины «Гематология» по специальности «Гематология» составлена на основании ФГОС ВО по специальности 31.08.29 Гематология, утвержденных Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 года №1070

Разработчики рабочей программы:

Доцент, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Н.В. Хлевная (расшифровка)
Ассистент кафедры «Терапия №2» ФПК и ППС (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Н.В. Соколова (расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры Терапии №2 ФПК и ППС

« 30 » апреля 20 19 г., Заведующий(ая) кафедрой	название кафедры протокол заседания № 48 Терапии №2 ФПК и ППС	
Зав. кафедрой д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	С.Г. Канорский (расшифровка)

Рецензент:

Заведующая гематологическим отделением ГБУЗ КОД №1 врач-гематолог высшей квалификационной категории
(должность, ученое звание, степень)

 (подпись)	О.Д. Сердюк (расшифровка)
---	------------------------------

Согласовано на заседании методической комиссии ФПК и ППС

Председатель методической комиссии ФПК и ППС

Протокол № 13 от «23» 05 2019 года

 Заболоцких И.Б.

ВВЕДЕНИЕ

Государственная (итоговая) аттестация по программе **ординатуры** по специальности 32.08.12 «Эпидемиология» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по эпидемиологии в соответствии с содержанием образовательной программы.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), предусмотренных учебным планом.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную образовательную программу **ординатуры** по специальности 32.08.12 «Эпидемиология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ государственного образца.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ЦЕЛЬ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ: выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по эпидемиологии, а также совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача-эпидемиолога, необходимых для профессиональной деятельности в рамках квалификационных требований.

ЗАДАЧИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

- Оценить знания по организации деятельности государственного санитарно-эпидемиологического надзора за эпидемическим процессом, средой обитания и условиями жизнедеятельности населения, а также организации работы врача-эпидемиолога в учреждениях Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- Оценить совершенствование профессиональных компетенций по оценке эпидемической ситуации и организации противоэпидемических и профилактических мероприятий при различных инфекционных заболеваниях.
- Выявить совершенствование знаний по организации дезинфекционных мероприятий на объектах различной эпидемиологической значимости в интересах профилактики и ликвидации эпидемических очагов;
- Выявить совершенствование знаний по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Таблица 1 – Результаты обучения

Код и содержание компетенции	Результаты обучения

<p>Универсальные компетенции</p>	<p>готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;</p> <p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;</p> <p>готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>
<p>Профессиональные компетенции в области деятельности (ПК) ПК1-ПК9</p>	<ul style="list-style-type: none"> - готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций (ПК-1) - готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний (ПК-2) - готовность к анализу санитарно-эпидемиологических последствий катастроф и чрезвычайных ситуаций (ПК-3) - готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере (ПК-4) - готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний (ПК-5) - готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья (ПК-6) - готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности

	<p>(ПК-7)</p> <ul style="list-style-type: none"> - готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере (ПК-8) - готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ПК-9)
--	---

3. ВИДЫ И ОБЪЕМ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоемкость итоговой аттестации – 108 академических часов (33Е).

4. СОДЕРЖАНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация осуществляется в три этапа:

1. этап – проверка освоения практических умений;
2. этап – проверка уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на компьютерной основе;
3. этап – оценка теоретических и практических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам

4. ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ, ОБЪЕМУ И СТРУКТУРЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

В ходе проверки освоения практических умений выпускник должен подготовить итоговую аттестационную работу, которая представляет собой реферат по одной из предложенных тем объемом не менее 50 страниц. В работе должна быть обоснована практическая и теоретическая значимость работы. Полученные результаты должны полностью соответствовать поставленной цели. В работе должен быть проведен детальный анализ теоретических (за последние 5 лет) и эмпирических источников. В конце работы приводятся выводы. Выводы автора самостоятельны и аргументированы.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств включает:

1. тематику итоговых аттестационных работ и критерии оценки сформированных компетенций
2. тесты для компьютерного тестирования;
3. вопросы к экзамену;
4. билеты к экзамену
5. -ситуационные задачи

Оценочные средства для итоговой аттестационной работы Примерная тематика рефератов.

1. Этапы эпидемиологического обследования и их содержание
2. Приемы, используемые при обследовании очага (опрос, осмотр, лабораторное обследование)
3. Эпидемиологическое обследование вспышки (эпидемии)
4. Статистический метод как основа диагностической техники в эпидемиологии
5. Организация статистического исследования
6. Этапы статистического исследования, их содержание. Эпидемиологическая группировка и сводка материалов
7. Статистические показатели, характеризующие интенсивность и структуру эпидемического процесса
8. Оценка достоверности выборочных исследований
9. Непараметрические методы оценки достоверности результатов исследования
10. Вариационные ряды и средние величины
11. Оценка причинно-следственных связей в эпидемиологической практике
12. Графический анализ в эпидемиологической практике
13. Эпидемиологическая диагностика. Общие представления. Определение. Цели и задачи. Этапы и разделы.
14. Методы «случай-контроль» и когортные исследования
15. Ретроспективный эпидемиологический анализ. Общие представления. Определение. Цели и задачи. Основные направления.
16. Анализ динамики заболеваемости
17. Анализ заболеваемости по факторам риска заражения
18. Прогнозирование инфекционной заболеваемости. Понятие о прогнозировании. Цели и задачи прогнозирования заболеваемости. Принципы и виды прогнозирования (краткосрочное и долгосрочное)
19. Комплексный план профилактических и противоэпидемических мероприятий
20. Оценка качества и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий
21. Основные принципы профилактики и меры борьбы с инфекциями
22. Структура и функции Роспотребнадзора
23. Расширенная программа иммунизации ВОЗ
24. Особенности мер борьбы и профилактики инфекций в экстремальных ситуациях
25. Проблема ликвидации инфекционных болезней
26. Общие представления об эпидемиологическом надзоре за инфекционными болезнями
27. Иммунологическая структура населения, состояние коллективного иммунитета к различным возбудителям
28. Эпидемиологическое обследование эпидемических очагов

29. Цели и задачи эпидемиологического обследования. Этапы эпидемиологического обследования и их содержание
30. Эпидемиологическое обследование вспышки (эпидемии)
31. Дезинфекция. Виды, методы.
32. Дезинсекция. Виды, методы.
33. Дератизация. Виды, методы.
34. Стерилизация медицинstrumentария.
35. Антимикробная активность дезинфицирующих средств, уровни дезинфекции
36. Индивидуальные химические средства и композиции
37. Новые дезинфектологические технологии.
38. Перспективная дезинфектология
39. Принципы клинической и лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.
40. Тифо-паратифозные заболевания - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
41. Сальмонеллёз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
42. Пищевые токсикоинфекции- принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
43. Шигеллез - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
44. Гельминтозы. Эпидемиологическая характеристика наиболее распространенных гельминтозов.
45. Грипп - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
46. Дифтерия - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
47. Вирусные гепатиты А, Е - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
48. Вирусные гепатиты В, Д, С. Принципы диагностики, эпидемиологические особенности, профилактика.
49. Чума - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
50. Холера - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
51. Геморрагические вирусные лихорадки (ГЛПС, Марбург, Эбола, Ласса)- принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
52. Основные подразделения госпитальной службы очага особо опасных инфекций.
53. Сибирская язва - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
54. Лептоспироз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика. Этиологические особенности в эпизоотологическом распространении.
55. Туляремия - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
56. Сыпной тиф - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
57. Малярия - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
58. Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Особенности современного распространения.
59. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции.
60. Профилактика ВИЧ-инфекции.
61. Медленные инфекции в патологии человека.

62. Сифилис - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
63. Сифилис. Оценка качества и эффективности противоэпидемических мероприятий.
64. Полиомиелит - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика
65. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
66. Туберкулез – принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
67. Коклюш - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
68. Скарлатина - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
69. Ветряная оспа - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
70. Эпидемический паротит - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
71. Корь - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
72. Краснуха - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
73. Бруцеллез- принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
74. Орнитоз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
75. Легионеллез - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
76. Клещевой боррелиоз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
77. Бешенство - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
78. Столбняк - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
79. Менингококковая инфекция - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
80. Стафилококковая инфекция. - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
81. Иерсиниоз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
82. Псевдотуберкулез - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
83. Ботулизм и пищевые клостридиозы - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
84. Ящур - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
85. Сап - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
86. Общие вопросы ВБИ
87. Актуальность: распространение, социально-экономическая значимость, летальность ВБИ
88. Причины и условия возникновения ВБИ
89. Этиология. Характеристика свойств возбудителей. Особенности госпитальных штаммов
90. Особенности эпидемического процесса ВБИ
91. Структура заболеваемости ВБИ (по клиническим и этиологическим признакам) в ЛПУ различного типа:
92. Организационные основы профилактики ВБИ
93. Расследование случаев ВБИ
94. Планирование и организация противоэпидемических и профилактических мероприятий при ВБИ.

95. Основные направления работы госпитального эпидемиолога.
 96. Эпидемиологический надзор за ВБИ
 97. Роль и значение санитарно-гигиенических мероприятий в ЛПУ
 98. Утилизация медицинских отходов в ЛПУ
 99. Микробиологический мониторинг в ЛПУ

Критерии по оценке написания реферата

Параметр	Оценка
Обоснована практическая и теоретическая значимость работы. Полученные результаты полностью соответствуют поставленной цели. Проведен детальный анализ теоретических и эмпирических источников. Выводы автора самостоятельны и аргументированы	5
Обоснована практическая и теоретическая актуальность работы. Полученные результаты преимущественно соответствуют поставленной цели и задачам. В процессе анализа литературы отобран и проанализирован широкий круг теоретических и эмпирических источников.	4
Обоснована актуальность работы. Полученные результаты в значительной степени соответствуют поставленной цели, цель работы, в основном, достигнута.	3
Обоснована актуальность работы. Полученные результаты не соответствуют поставленной цели.	2

Примеры тестовых заданий:

Библиотека задач по теме: Аэрозольные инфекции
 Общее число задач: 140

Выберите инфекционные заболевания, управляемые средствами иммунопрофилактики
 @

- Грипп, дифтерия, ветряная оспа.
- Корь, коклюш, скарлатина
- Коклюш, эпидпаротит, дифтерия
- Вирусные гепатиты С, Д
- Холера

Обязательна ли госпитализация больных дифтерией?

@

Госпитализация обязательна всех больных с дифтерией
Только по эпидпоказаниям
Госпитализации подлежат дети и пожилые люди
В госпитализации не нуждаются
Только при тяжелых формах

Источником коревой инфекции могут быть:

Выберите наиболее правильный ответ

@

Больной легкой, тяжелой и средней степени болезни
Больной только с тяжелой формой болезни
Больные в инкубационном периоде
Вирусоносители

Когда больной корью опасен для окружающих:

Выберите наиболее правильный ответ

@

За 4 дня до начала болезни
Начиная с инкубационного периода
В продромальном периоде и до 5-го дня от начала высыпаний
Не опасен для окружающих
В период реконвалесценции

Выберите основной путь передачи менингококков

@

Воздушно - капельный
Воздушно-пылевой
Контактно-бытовой
Трансмиссивный
Алиментарный

Госпитализация больных эпидпаротитом проводится

Выберите правильный ответ

@

Обязательно во всех случаях
По клиническим и эпидемиологическим показаниям
Больных детей с любыми формами болезни
Не проводится
Детей до 14 лет

Источником инфекции при ветряной оспе может быть

@

Больной ветряной оспой, опоясывающим лишаем

Больные животные

Реконвалесцент

Больной оспой обезьян

Предвестником подъема заболеваемости менингококковой инфекцией не является

@

Выраженные сезонные подъемы заболеваемости

Рост заболеваемости среди подростков и взрослых

Наращение числа генерализованных форм менингокок.инфекции в орг.коллект

Рост числа генерализ.форм менинг.инф-ии,вызванных эпидемиологически значимыми серогруппами менингококков (А,В и С)

Увеличение случаев заболеван-ти менинг.инф,вызванных редкими серогруппами

Предвестниками спада заболеваемости менингококковой инфекцией являются...

@

Повышение заболеваемости среди населения

Снижение заболеваемости среди взрослых и подростков

Увеличение этиологической роли менингококков серогрупп А,В и С

Основной механизм заражения орнитозом людей

@

Парентеральный

Трансмиссивный

Аспирационный

Фекально-оральный

Контактный

Заражение орнитозом наиболее часто происходит от

@

диких животных

больного человека

Крупного рогатого скота

голубей, домашних птиц

Вирусы гриппа принадлежат к семейству

@

- Ретровирусов
- Ортомиксовирусов
- Парамиксовирусов
- Аденовирусов
- Реовирусов

Наибольшую эпидемиологическую значимость имеют возбудители гриппа, относящиеся к

@

- Серотипу вируса С
- Серотипу вируса А
- Серотипу вируса В

Основной источник возбудителя гриппа

@

- Дикие животные и птицы
- Вирусоноситель
- Человек с персистенцией вируса гриппа
- Человек, больной гриппом
- Домашние животные и птицы

Кто маловосприимчив к гриппу?

@

- Медицинские работники
- Пожилые люди
- Дети до шести месяцев
- Дети от одного года до 3-х лет
- Дети от 3-х до семи лет

Постинфекционный иммунитет при гриппе А сохраняется

@

- От трех до шести лет
- До шести месяцев
- До года
- От года до 3-х лет
- До пяти лет

Постинфекционный иммунитет при гриппе В сохраняется

@

- От 3-х до шести лет
- До шести месяцев
- До года
- От года до 3-х лет
- До пяти лет

Противовирусную защиту от гриппа определяет

@

- Уровень нормальных изоагглютининов
- Уровень гуморальных антител (Ig M и Ig G)
- Уровень секреторных антител (Ig A)
- Клеточный иммунитет
- Все, перечисленное
- Перечисленное в 2, 3, 4.

Характеристика возбудителя парагриппа. Выберите правильный ответ

@

- Имеет высокую термоустойчивость
- Имеет стойкую антигенную структуру ДНК-содержащих вирусов
- Относится к семейству ортомиксовирусов
- Отличается тропизмом к эпителию дыхательных путей и эпителию тонкой кишки
- Неустойчив во внешней среде.

Характеристика возбудителя аденовирусной инфекции

Выберите правильный ответ

@

- Отдельные серовары тропны к слизистой оболочке глаза
- Имеет множество сероваров РНК-содержащих вирусов
- Отдельные серовары тропны к эпителию толстого кишечника
- Неустойчив во внешней среде
- Относится к семейству парамиксовирусов

Возбудители риновирусной инфекции имеют

@

- Относится к ДНК-содержащим вирусам
- Множество серотипов вирусов, патогенных для крупного рогатого скота
- Имеет высокую термоустойчивость

Тропность к эпителию бронхов
Тропность к слизистым оболочкам глаз

Из предложенного списка выберите инфекцию, управляемую средствами иммунопрофилактики

@

Краснуха
Скарлатина
менингококковая инфекция
ветряная оспа
дифтерия.

Из предложенного списка выберите инфекцию, не управляемую средствами иммунопрофилактики

@

эпидемический паротит
Дифтерия
Корь
скарлатина
Коклюш

Основной источник инфекции при респираторном микоплазмозе

@

Птицы
Домашние животные
Грызуны
Больные люди
Насекомые

Каким путем может передаваться возбудитель кори?

@

Трансмиссивным
Контактно-бытовым
Воздушно-капельным
Алиментарным

Подача экстренного извещения в случае выявления больного (подозрительного) инфекционным заболеванием в учреждение сан-эпид надзора осуществляется не

позднее

@

72 часов

6-ти часов

12-ти часов

24-х часов

48 часов

Медицинское наблюдение за контактными в очаге дифтерии устанавливается на срок

@

21 день

до 24 часов

7 дней

10 дней

14 дней

По эпидемиологическим показаниям в очаге кори подлежат прививкам

Выберите неправильный ответ

@

Переболевшие корью

Неболевшие и непривитые в возрасте до 14-ти лет

Неболевшие и непривитые в возрасте до 25 лет

Лица с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом в отношении кори

Однократно привитые против кори более 6-ти месяцев назад

Кто имеет ведущее значение в поддержании эпидемического процесса дифтерии

в период спорадической заболеваемости

@

бактерионосители токсигенных коринебактерий

больной с типичной формой дифтерии

больной со стертой дифтерией

реконвалесцент дифтерии

Клиническая картина дифтерии развивается у лиц

@

с низким уровнем антитоксического иммунитета

с низким уровнем антимикробного иммунитета

с высоким уровнем анитоксич.иммунитета при снижении общей резистентност

Носительство токсигенных коринебактерий обусловлено

@

антитоксическим иммунитетом без антимикробного иммунитета
антимикробным иммунитетом без антитоксического иммунитета
снижением защитного уровня антитоксического иммунитета
снижением резистентности организма

Особенности проявления заболеваемости дифтерией до введения тотальной плановой иммунизации. Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

преобладание среди заболевших детей до 10 лет
высокая заболеваемость взрослых
осенне-зимний подъем заболеваемости
малые циклы с периодичностью в 3-5 лет
большие циклы с периодичностью 10-15 лет
правильные ответы 1,3,4,5
правильные ответы 1,3,4

Стойкое снижение заболеваемости дифтерией в нашей стране в 60-70-е гг.не было

связано с:

@

применением адсорбированного дифтерийного анатоксина
применением противодифтерийной антимикробной вакцины
полноценным охватом прививками эпидемиологически значимых групп
активным выявлением больных дифтерией

В период эпидемического подъема заболеваемости дифтерией 80-90-х годов наибольшее эпидемиологическое значение имели:

@

больные с типичными и стертыми формами болезни
носители токсигенных коринебактерий, перенесшие заболевание
"здоровые" носители токсигенных коринебактерий
хронические носители токсигенных коринебактерий

На рост заболеваемости дифтерией в нашей стране в 80-90-е годы повлияли.
Выбе

рите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

поздняя диагностика заболевания
несвоевременное проведение противоэпидемических мероприятий
усиление миграции внутри страны и за ее пределами
завоз новых вариантов коринебактерий с других территорий
правильные ответы 1,2,3,4
правильные ответы 1,2,3

Рост заболеваемости дифтерией в нашей стране в 80-90-е годы не был связан
с:

@

увеличением числа неиммунных лиц среди населения
низким уровнем естественного противодифтерийного иммунитета у
взрослых
изменением свойств коринебактерий, циркулирующих среди населения
ранними сроками окончания плановых прививок против дифтерии

Особенности проявления заболеваемости дифтерией в 80-90-е годы в РФ:
Выберите

правильный ответ из двух последних вариантов.

@

рост заболеваемости взрослых
увеличение заболеваемости детей и подростков
увеличение заболеваемости в городах и селах
увеличение числа очагов с множественными случаями в
организм.коллективах
правильные ответы 2,3,4
правильные ответы 1-4

Кто не подлежит обследованию на дифтерию?

@

больные с подозрением на дифтерию
больные с ангинами
лица, контактировавшие с больным дифтерией
дети при поступлении в дома ребенка, детдома, интернаты
лица, поступающие в психоневрологические стационары
лица с острыми респираторными заболеваниями

Какое мероприятие не проводится в очагах дифтерии

@

- раннее выявление больных
- иммунопрофилактика лиц с низким уровнем антибактериального иммунитета
- выявление, изоляция и санация бактерионосителей
- госпитализация и лечение больных
- иммунопрофилактика лиц с низким уровнем антитоксического иммунитета

Эпиднадзор за дифтерией в России включает. Выберите правильный ответ из двух

последних вариантов.

@

- анализ заболеваемости
 - анализ прививочной работы
 - слежение за циркуляцией возбудителя
 - оценка эффективности проводимых мероприятий
 - прогнозирование заболеваемости
- правильные ответы 1-4
правильные ответы 1-5

Кто не является источником инфекции при коклюше

@

- больной со стертой формой болезни
- больной с типичной формой болезни
- больной с хронической формой болезни
- носитель коклюшной палочки

В какой период инфекции больной коклюшем представляет наибольшую эпидемиологи

ческую опасность

@

- в продромальном периоде
- в периоде спазматического кашля
- в конце инкубации и в продроме
- в конце инкубации, продроме и в периоде спазматического кашля

Больного коклюшем изолируют, как правило

@

- в стационаре в обязательном порядке
- в стационаре, если возраст больного до 2 лет

в стационаре по клиническим и эпидемиологическим показаниям

Какое условие не является показанием к госпитализации больных коклюшем
@

- тяжелая и среднетяжелая формы болезни
- легкая форма при 10 приступах кашля для взрослых и 5 для дошкольников
- развитие осложнений
- обострение сопутствующих хронических заболеваний дыхательных путей

Какой метод подтверждения диагноза коклюша является наиболее чувствительным и специфичным

@

- бактериологический
- бактериоскопический
- ПЦР
- серологический

При выборе чувствительных и специфических методов обследования на коклюш

дополнительно учитывают возможность. Выберите правильный ответ из двух последних вариантов

@

- использование в ранние сроки заболевания
 - быстрого получения ответа
 - использование в течение всего периода заболевания
 - использования в периоды, когда результаты других методов отрицательны
- правильные ответы 1-4
правильный ответ 4

В очагах коклюша проводят

@

- текущую дезинфекцию в полном объеме
- заключительную дезинфекцию
- только влажную уборку и проветривание
- ничего из перечисленного

Какое мероприятие не проводят в отношении лиц, общавшихся в семье с больным

коклюшем и относящихся к декретированной группе

@

однократное бактериологическое обследование
медицинской наблюдение с ежедневной термометрией
отстранение детей до 7 лет от посещения ДДУ на период карантина
серологическое обследование

Экстренная профилактика коклюша проводится

@

введением нормального иммуноглобулина
антитоксический противокклюшный иммуноглобулин отдельным
категориям
введением АКДС вакцины
не проводится

Лабораторному обследованию в очагах коклюша подвергают всех, кроме

@

взрослых из декретированного контингента
детей до 14 лет, не болевших коклюшем
контактных детей при лечении больного коклюшем на дому
контактных детей до 14 лет при наличии кашля

Мероприятия в отношении контактных при коклюше. Выберите правильный
ответ из

двух последних вариантов.

@

отстраняются от посещений коллективов дети до 14 лет, не болевшие
коклюш
при лечении больного на дому за контактными детьми наблюдают 7 дней
декретированные контингенты взрослых с кашлем отстраняются от работы
за контактными лицами в ДДУ, детдомах, интернатах наблюдают 7 дней
перечисленным категориям проводят двухкратное бакисследование
правильные ответы 1,4,5
правильные ответы 1-5

При плановом обследовании в ясельной группе выявлено 5 детей,
кашляющих более

1 недели. В группе был зарегистрирован случай коклюша 30 дней тому назад.
Были

проведены необходимые мероприятия. Что должен предписать эпидемиолог
в настоя-

щее время? Выберите правильный ответ из трех последних вариантов.

@

провести бакобследование, не удаляя кашляющих детей из группы
изолировать кашляющих детей до получения результатов бакисследования
объявить карантин в группе, проводить меднаблюдение за детьми
никаких мероприятий в группе не проводить
правильные ответ 1,3
правильный ответ 4
правильный ответ 2,3

На педиатрическом участке 5 детских учреждений. В одном из них зарегистрирова
но 5 случаев заболевания коклюшем, в остальных - ни одного. Охват прививками
во всех учреждениях составляет 95%. Все заболевшие привиты против коклюша. Что
не является правильным в тактике эпидемиолога?

@

получить полную информацию о прививках заболевших и незаболевших
проанализировать распределение коклюша по группам и по времени возникнов
проконтролировать отбор детей на прививку и ее проведение
провести серологическое обследование детей в ДДУ
проконтролировать систему холодовой цепи

Причину ухудшения эпидемической обстановки по коклюшу в РФ можно объяснить:

Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

недостаточным охватом прививками
гипердиагностикой коклюша
несвоевременной диагностикой коклюша
нарушением принципа холодовой цепи
нехваткой вакцины
правильные ответы 1,3
правильные ответы 1-5

Различия в уровне заболеваемости коклюшем на разных территориях в основном
зависит от:

@

вирулентности циркулирующих на этих территориях штаммов коклюша
привитости организованных детей

возрастной структуры населения
охвата прививками

Чего должен добиться педиатр с целью профилактики коклюша

@

добиться снижения заболеваемости коклюшем до 10 на 100 тыс. населения
добиться снижения заболеваемости коклюшем до 5 на 100 тыс. населения
охватить иммунизацией не менее 95% детей, подлежащих прививкам
ликвидировать заболеваемость коклюшем

Группа повышенного риска по коклюшу

@

дети 2-3 лет
дети 1-го года жизни
школьники
взрослые

Признаками эпидемического процесса коклюша в последние годы в РФ не являются

@

тенденция к снижению заболеваемости
отсутствие тенденции в развитии заболеваемости
цикличность
неравномерность распределения заболеваемости по территориям

Более высокая заболеваемость коклюшем детей до 1 года объясняется.
Выберите

правильный ответ из двух последних вариантов.

@

риском заражения в семье от организованных детей со стертой формой
отсутствием у большинства детей материнского иммунитета
отсутствием поствакцин. иммунитета из-за отводов по медпоказаниям
отсутствием поствакц. иммунитета вследствие позднего начала прививок
правильные ответы 1-4
правильные ответы 2-4

Наибольшую эпидемиологическую опасность при менингококковой инфекции имеют

Выберите правильный ответ из двух последних вариантов

@

больные острым назофарингитом
больные менингоэнцефалитом
здоровые носители менингококков
больные менингитом
больные менингококкемией
правильные ответы 2,4,5
правильные ответы 1,3

Какой серовар менингококков имеет меньшую эпидемиологическую значимость?

@

- A
- B
- C
- D

Условия реализации аэрозольного механизма передачи менингококков:
Выберите

правильный ответ из трех последних вариантов

@

близкое (0,5 м) расстояние от источника инфекции
длительное общение с источником инфекции
кратковременное общение с источником инфекции
совместное использование предметов гигиены
правильные ответы 1,2
правильные ответы 1,2,3
правильные ответы 1,3,4

Что не является проявлением эпидемического процесса при менингококковой инфекции в последние годы?

@

периодические (через 10 и более лет) подъемы заболеваемости
осенне-зимние сезонные подъемы заболеваемости
зимне-весенние сезонные подъемы заболеваемости
наиболее высокая заболеваемость младших возрастных групп

Группы повышенного риска заражения менингококковой инфекцией.
Выберите

правильный ответ из трех последних вариантов.

@

неорганизованные дети дошкольного возраста
дети дошкольного возраста в закрытых коллективах
взрослые
новобранцы в армии
правильные ответы 1-4
правильные ответы 2,4
правильные ответы 1,2,4

Что не проводят в очагах менингококковой инфекции
@

текущую дезинфекцию в полном объеме
проветривание помещений
влажную уборку помещений
уменьшение скученности людей в помещении

Почему менингококковую инфекцию относят к заболеваниям, приводящим к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения?. Выберите неверный ответ.

@
летальность 10%
инвалидизация в исходах
международное значение (до 300 тыс. случаев ежегодно)
быстрое распространение

Какие серогруппы менингококков не используют для вакцин?
@

серогруппы А
серогруппы В
серогруппы С
серогруппы W-135
серогруппы Y

Что не участвует в противовирусной защите при гриппе?
@

уровень гуморальных антител (IgM и IgG)
уровень секреторных антител (IgA)
клеточный иммунитет
уровень нормальных изогемагглютининов

Что не типично для гриппа А в период подъема заболеваемости

@

как правило, преобладает один антигенный вариант возбудителя
болеют преимущественно дети до 6 месяцев от рождения
доминирующий вариант гриппа имеет экзогенное происхождение
поражаются все возрастные группы, кроме пожилых, переживших пандемии
достаточно высокая точность прогноза распространения заболеваемости

Что не является особенностью эпидемиологии гриппа В

@

эндогенное происхождение антигенного варианта возбудителя
периодические подъемы с интервалом в 3-4 года
периодические подъемы заболеваемости каждые 20-30 лет
преимущественная заболеваемость детей
трудность прогнозирования распространения заболеваемости среди населения

Что не является профилактическим мероприятием при гриппе

@

иммунизация в предэпидемический период групп риска
применение иммуномодулирующих препаратов
лечение больных
ношение защитных масок, мытье рук

Что не является свойством вируса парагриппа?

@

имеет стойкую антигенную структуру известных типов РНК-вирусов
отличается тропизмом к эпителию дыхательных путей
имеет гемадсорбирующие свойства
имеет высокую термоустойчивость
неустойчив во внешней среде

Что не является эпидемиологическим признаком парагриппа?

@

спорадическая заболеваемость в межсезонный период
возникновение эпидемических вспышек
склонность к пандемическому распространению заболеваемости
осенне-зимняя сезонность
преимущественная заболеваемость детей
высокая заболеваемость при заносе в закрытые коллективы взрослых

Свойства аденовирусов. Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

- имеют множество известных сероваров ДНК-содержащих вирусов
- отдельные серовары тропны к эпителию дыхательных путей
- отдельные серовары тропны к эпителию тонкой кишки
- отдельные серовары тропны к слизистым оболочкам глаз
- относительно устойчивы во внешней среде
- правильные ответы 1-5
- правильные ответы 1-4

Что не является эпидемиологическим признаком аденовирусной инфекции

@

- спорадическая заболеваемость в межсезонный период
- вовлечение в заболеваемость преимущественно пожилых лиц
- возникновение вспышек с диарейным синдромом
- возникновение вспышек бассейновых и внутрибольничных конъюнктивитов
- осенне-зимняя сезонность
- высокая заболеваемость во вновь сформированных коллективах

Кто не является источником респираторно-синцитиальной инфекции?

@

- больной за 1-2 дня до начала клинических проявлений
- хронический носитель инфекции
- больной в первые 3-6 дней болезни
- больной в период реконвалесценции
- здоровый носитель инфекции

Что не является признаком респираторно-синцитиальной инфекции?

@

- повсеместная распространенность
- природная очаговость
- спорадическая заболеваемость в межсезонный период
- возникновение эпидемических вспышек
- зимне-весенняя сезонность
- преимущественная заболеваемость детей до года

Чего не имеют возбудители риновирусной инфекции

@

множество серотипов вируса, патогенных для человека
один серотип риновируса патогенен для человека, остальные - для животных
тропность к эпителиоцитам слизистой оболочки носа
неустойчивость во внешней среде

Что не является эпидемиологическим признаком риновирусной инфекции?

@

повсеместная распространенность
осенний и весенний подъемы заболеваемости
высокая заболеваемость взрослых при ее низкой регистрации
наиболее высокая заболеваемость детей до 5 лет
возможность заражения и заболевания при контакте с КРС и лошадьми

При осмотре у ребенка диагностирована корь (сыпь на лице). Когда ребенок является источником инфекции? Выберите правильный вариант из двух последних.

@

в день осмотра
за 6 дней до осмотра
за 10 дней до осмотра
правильные ответы 1-3
правильные ответы 1,2

Что не характерно для заболеваемости корью в РФ в последние годы?

@

циклические подъемы
зимне-весенние подъемы
региональное распределение
увеличение доли подростков и взрослых среди заболевших

Что не проводят в ДДУ, где зарегистрирован случай заболевания корью?

@

изоляция заболевшего ребенка
заключительную дезинфекцию помещения в полном объеме
влажную уборку и проветривание помещения
иммуноглобулин контактным непривитым детям с относит.п/п к прививкам
живую коревую вакцину детям, не болевшим корью и непривитым

У ребенка 3 лет, посещающего детский сад, диагностирована корь (сыпь на лице и шее); в группе все дети привиты живой коревой вакциной. Что необходимо провести?

@

- ввести иммуноглобулин контактными
- ввести живую коревую вакцину контактными
- установить медицинское наблюдение за детьми группы для раннего выявления больных
- медицинское наблюдение не проводить

Кто не подлежит медицинскому наблюдению после контакта с больным корью?

@

- привитые дети живой коревой вакциной
- привитые иммуноглобулином дети
- переболевшие корью дети
- непривитые и неболеющие корью дети

Студенту С 18 лет поставлен диагноз "корь". В контакте с ним находились 12 студентов, из которых 3 переболели корью, 6 привиты живой коревой вакциной

(имеют вакцинацию и ревакцинацию), 1 корью не болел и не привит (имеет аллер

гическое заболевание в стадии ремиссии), 2 не болели корью и о прививках

сведений не имеют. Кого прививать в этой ситуации? Выберите правильный ответ из

двух последних вариантов.

@

- привить всех контактных
- не прививать никого
- привить непривитого студента
- привить студентов, не имеющих сведений о прививках
- правильные ответы 1
- правильные ответы 3,4

Каким препаратом проводится экстренная профилактика в очаге кори?

@

- не проводится
- проводится только живой коревой вакциной
- проводится только противокоревым иммуноглобулином

проводится живой коревой вакциной или противокоревым иммуноглобулином

У подростка диагностирована корь. В контакте с ним находились 3 члена семьи, из которых брат в возрасте 1 года привит живой коревой вакциной; сестра 7 лет привита против кори в возрасте 2 лет, мать переболела корью. Кого следует привить?

@

вакцинировать живой вакциной всех контактировавших
ввести иммуноглобулин всем контактным
не прививать никого
привить живой коревой вакциной сестру

У кого возникает скарлатина. Выберите правильный ответ из последних двух вариантов

@

у не имеющих антимикробный иммунитет
у не имеющих антитоксический иммунитет
у людей со сниженной иммунореактивностью организма
у ВИЧ-инфицированных
у инфицированных высокотоксигенными штаммами возбудителя
правильные ответы 1-5
правильные ответы 2,5

Чем определяется неравномерность многолетней динамики заболеваемости скарлатиной?

@

инфекционно-иммунологическими взаимоотношениями
только колебаниями естественной иммунной прослойки населения
социально-экологическими изменениями
природно-климатическими факторами
временем формирования организованных коллективов

Когда допускаются в ДДУ и первые 2 класса школы дети, переболевшие скарлатиной?

@

чразу после выздоровления
при отрицательном результате бакисследования

через 7 дней после клинического выздоровления
через 12 дней после клинического выздоровления

Кто не подлежит госпитализации при скарлатине?

@

все заболевшие
больные с тяжелыми формами инфекции
больные из детских учреждений с круглосуточным пребыванием
больные из многодетных семей, где есть дети до 10 лет, не болевшие скарлатиной
больные из семей, где имеются лица из декретированных групп
больные из многодетных семей при невозможности изоляции

Когда больного скарлатиной выписывают из стационара

@

не ранее, чем через 2 недели от начала болезни
после клинического выздоровления, не ранее чем через 10 дней от начала болезни
после клинического выздоровления и отрицательных результатов бактериального исследования
после клинического выздоровления

Какое из перечисленных мероприятий применимо к контактным по скарлатине детям, посещающим дошкольные учреждения и первые 2 класса школы?

@

режимно-изоляционные мероприятия не требуются
вводят гамма-глобулин
назначают превентивное лечение антибиотиками
не допускают в указанные учреждения в течение 7 дней после изоляции больного
допускаются в указанные учреждения, но подлежат медицинскому наблюдению 7 дней после изоляции больного

Г

допускаются в указанные учреждения после отрицательного результата бактериального исследования на стрептококк

Какие из перечисленных мероприятий применимы для контактных по скарлатине

взрослых, работающих в ДДУ, хирургических и родильных отделениях, детских боль-

ницах и поликлиниках, молочных кухнях?

@

режимно-изоляционные мероприятия не требуются
вводят гамма-глобулин
назначают превентивное лечение антибиотиками
не допускаются в указанные учреждения в течение 7 дней после изоляции больного

допускают в указ.учрежд.,но подлежат меднаблюд.7 дней после изоляц.б-го
допускают в указ.учрежд.после отриц.рез-та бакисслед.на стрептококк

Инкубационный период при краснухе чаще всего составляет

@

2-3 дня

5-7 дней

9-15 дней

17-21 день

30 дней и более

Источником инфекции при краснухе не является

@

больной манифестной формой

больной атипичной формой

ребенок с врожденной краснухой

вирусоноситель

Больной краснухой заразен для окружающих

@

в последние дни инкубации

за 1-2 дня до появления сыпи

в течение 5-7 дней до и после появления сыпи

на протяжении всей болезни

После краснухи формируется иммунитет:

@

кратковременный

продолжительный

пожизненный

не формируется

В какой период беременности при инфицированности чаще возникает синдром

врожденной краснухи?

@

1 триместр

2 триместр

3 триместр

Какой эпидемиологический признак не свойственен краснухе в последние годы?

@

поражение детей раннего возраста
преимущественная заболеваемость детей школьного возраста
значительное "повзросление" заболеваемости
высокая очаговость в организованных дошкольных и школьных коллективах
увеличение распространенности синдрома врожденной краснухи

Что не является признаком возбудителя эпидемического паротита

@

ДНК-содержащий вирус из семейства ортомиксовирусов
РНК-содержащий вирус из семейства парамиксовирусов
обладает гемагглютинирующей, нейромидазной и гемолитической активностью
неустойчив к воздействию разных физических и химических агентов
не имеет антигенных вариантов
имеет тропность в железистым и нервным клеткам организма человека

Куда направляются карты эпидемиологического обследования очага кори или

краснухи в соответствии с СП 3.1.2952-11

Выберите правильный ответ из двух последних вариантов

@

в Региональный центр по надзору за корью и краснухой
в Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой
в референс-лабораторию кори и краснухи
в НИИ эпидемиологии г.Москва
правильные ответы 1,2
правильные ответы 1-4

При выявлении очага инфекции в ДДУ, общеобразовательных учреждениях, организованных

круглосуточного пребывания взрослых в коллективы не принимаются лица, не бо-

левшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих

инфекций с момента выявления первого больного до.....

@

7 дня
14 дня
21 дня

Госпитализированные лица с корью должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем.....

@

3 дней с момента появления сыпи
5 дней с момента появления сыпи
7 дней с момента появления сыпи
11 дней с момента появления сыпи

Госпитализированные лица с краснухой должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее, чем

@

5 дней с момента появления сыпи
7 дней с момента появления сыпи
11 дней с момента появления сыпи

Госпитализированные с эпидемическим паротитом лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

@

5 дней с момента появления паротита
7 дней с момента появления паротита
9 дней с момента появления паротита

Кто из контактных не подлежит вакцинопрофилактике в очагах кори по эпидемиологическим показаниям?

@

не болевшие корью ранее, не привитые
переболевшие тяжелой формой кори ранее
не имеющие сведения о прививках и не болевшие корью
привитые против кори однократно

Когда в очагах кори или эпидпаротита вводится иммуноглобулин непривитым детям?

@

не позднее 2 дня с момента контакта с больным
не позднее 3 дня с момента контакта с больным
не позднее 4 дня с момента контакта с больным
в первый день контакта с больным
не позднее 5 дня с момента контакта с больным

Когда заразен больной эпидемическим паротитом

@

с середины инкубационного периода до 5-го дня болезни
в последние 3-8 дней инкубационного периода и до окончания продромы
с первого дня болезни до стихания воспалительного процесса в железах
в последние 3-8 дней инкубации и до 10-го дня болезни

Как нельзя заразиться эпидемическим паротитом?

@

при вдыхании инфицированных капелек воздуха
через инфицированные пищевые продукты
через загрязненные слюной игрушки
при внутриутробном инфицировании плода

С какой целью не используют серологические методы диагностики эпидемического паротита?

@

ретроспективного подтверждения диагноза
выявления лиц, привитых живой паротитной вакциной
выявления больных инаппарантными формами болезни в эпидочагах
выявление в эпидочагах лиц, не имеющих протективных уровней антител

Что не предполагает иммунопрофилактика против эпидемического паротита?

@

снижение заболеваемости детского населения
снижение доли осложненных форм болезни у детей
уменьшение числа госпитализированных
отсутствие заболеваемости взрослых

Что не является эпидемиологическим признаком эпидемического паротита в послед
ние 10 лет в РФ

@

выраженный подъем заб-ти с 1995 по 1998 гг. в ряде регионов
нарастание доли заболевших среди привитых
увеличение доли заболевших подростков и взрослых
увеличение доли крупных очагов
увеличение доли осложненных форм, утяжеление течения

Каковы показания к госпитализации больных орнитозом (СП 3.1.2815-10)?

@

клинические
эпидемиологические
нозологические

Проводится ли заключительная дезинфекция в очаге орнитоза?

@

да
нет

Сколько дней наблюдают за лицами, находившихся в одинаковых с больным орнитозом условиях заражения?

@

14 дней
21 день
30 дней

Следует ли подавать экстренное извещение на внебольничную пневмонию?

@

да
нет

В каких случаях не проводится эпидемиологическое расследование очагов внебольничной пневмонии (ВП)?

@

групповая заболеваемость в оргколлективах (5 случаев в теч.1-3 недель)
регистрация тяжелых форм ВП среди населения (10 случаев в теч.1-3 недель)
рост заболеваемости ВП более чем на 50% в течение 1-3 недель
2 и более случая ВП в неспециализ.стац,закрытых учрежд.в теч.1-3 недель
все случаи ВП в осенне-зимний сезон

Когда не проводится эпидемиологическое обследование очага внебольничной пневмонии (ВП) с единичным случаем заболевания?

@

- при подозрении на ВП легионеллезной этиологии
- при подозрении на ВП зоонозной этиологии
- при подозрении на ВП, вызванной возбудителями 1-2 групп патогенности
- при подозрении на ВП стрептококковой этиологии

Какие мероприятия не проводят при регистрации случаев внебольничных пневмоний

(ВП) в организованных коллективах детей и взрослых?

Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

- изоляция больных
- назначение контактным средств экстренной профилактики (ПВТ, а/б и др.)
- заключительная дезинфекция с ревизией вентиляционной сети
- дезинфекция системы водопользования, кондиционирования и др.
- разобщение детей: более 2-х случаев в классах - закрытие классов
- при увелич. до 10-ти случ. ВП среди детей в образ. учр. - закр. учр. на 10 дней
- правильные ответы 1-6
- правильные ответы 1,5,6

Какое мероприятие не проводится в очаге внебольничной пневмонии?

@

- лабораторное обследование воздуха
- лабораторное исследование смывов с рабочих поверхностей
- лабораторное исследование членистоногих
- лабораторное исследование пищевых продуктов

Каковы пути передачи ветряной оспы. Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

- воздушно-капельный
- воздушно-пылевой
- вертикальный
- трансмиссивный
- правильные ответы 1,3
- правильные ответы 2,3,4

Каков минимальный инкубационный период при ветряной оспе?

@

- 5 дней
- 7 дней
- 10 дней
- 14 дней

Каков максимальный инкубационный период при ветряной оспе?

@

- 1 неделя
- 2 недели
- 3 недели
- 4 недели

Заразный период при ветряной оспе длится:

@

- с конца инкубационного периода до 5-го дня с появления последней сыпи
- с конца инкубации до 5-го дня с момента появления сыпи
- с конца инкубации до момента появления последних элементов сыпи
- с конца инкубационного периода до отпадения корок

Заключительная дезинфекция в очагах ветряной оспы:

@

- не проводится
- проводится всегда
- проводится в случае госпитализации больного по эпидпоказаниям
- проводится при наличии в очаге декретированных лиц

Ребенок дошкольного возраста, имеющий семейный контакт с больным ветряной

оспой: Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

- не допускается в ДДУ в течение 21 дня с начала контакта
- не допускается в ДДУ с 11-го по 21-й день инкубационного периода
- допускается в ДДУ
- допускается в ДДУ при наличии в нем случаев ветряной оспы
- правильные ответы 1,4
- правильные ответы 3

Ребенок дошкольного возраста, имевший однократный контакт с больным ветряной оспой

@

не допускается в ДДУ в течение 21 дня

не допускается в ДДУ с 11 по 21 день инкубационного периода

допускается в ДДУ

допускается в ДДУ при наличии в нем случаев ветряной оспы

Каким путем не передается вирус инфекционного мононуклеоза?

@

гемотрансфузионным

воздушно-капельным

воздушно-пылевым

половым

контактно-бытовым

интранатальным

Что типично для эпидемиологической характеристики инфекционного мононуклеоза?

Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

региональное распределение заболеваемости

заболеваемость представлена в основном спорадическими случаями

регистрируются крупные вспышки в ДДУ

группой повышенного риска заболевания являются дети до 7 лет

группой повышенного риска заболевания являются подростки

заболеваемость имеет выраженный сезонный подъем осенью

правильные ответы 2,5

правильные ответы 1,3,4,6

Что не проводят в очагах инфекционного мононуклеоза?

@

госпитализация больного по клиническим показаниям

текущая и заключительная дезинфекция в полном объеме

наблюдение за контактными 20 дней

карантин не назначается

Какое свойство не относится к цитомегаловирусу?

@

моноорганотропность

тератогенность
иммуносупрессивное действие
термолабильность

Что не свойственно цитомегаловирусной инфекции

@

убиквитарное распространение
сезонность
отсутствие профессиональных особенностей в распределении сероконверсии
зависимость частоты инфицирования от возраста

Резервуар легионелл. Выберите правильный ответ из двух последних вариантов.

@

человек
животное
одноклеточные аквабионты
одноклеточные маринобионты
сине-зеленые водоросли
правильные ответы 3-5
правильные ответы 3,4

Легионеллез, обусловленный *Legionella pneumophilla*, отнесен к особо опасным инфекциям из-за:

@

способности передаваться от человеку человеку
высокой летальности
принадлежности к группе карантинных инфекций

Что не входит в природные ассоциации легионелл?

@

амебы
аквабионты
маринобионты

Заражение человека легионеллезом осуществляется:

@

через воду

при употреблении термически необработанных гидробионтов
воздушно-капельным путем
при укусе членистоногих

Сезонность внегоспитального легионеллеза:

@

весенне-летняя
летне-осенняя
осенне-зимняя
зимне-весенняя

Госпитальный легионеллез регистрируется преимущественно в:

@

весенне-летний период
летне-осенний период
осенне-зимний период
зимне-весенний период
в течение всего года

Основные профилактические мероприятия при легионеллезе: Выберите
правильный от
вет из двух последних вариантов.

@

вакцинопрофилактика
экстренная профилактика
разобщение контактных
периодическая очистка систем кондиционирования от аквабионтов
обеззараживание воды в душевых установках
правильные ответы 1,3,4,5
правильные ответы 4,5

Список вопросов к экзамену:

1. Концепции эпидемиологии
2. Оценка состояния здоровья населения и факторов, его определяющих
3. Законодательные основы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.
4. Эпидемический процесс, закономерности его развития.
5. Эпидемиологическая классификация инфекционных болезней.
6. Основные направления профилактических и противоэпидемических мероприятий.
7. Эпидемиологическая диагностика. Методы эпидемиологии.

8. Описательно-оценочные методы эпидемиологии.
9. Аналитические методы эпидемиологии.
10. Экспериментальные методы эпидемиологии.
11. Оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ.
12. Принципы специфической профилактики инфекционных заболеваний.
13. Оценка качества специфической профилактики инфекционных заболеваний.
14. Медицинские иммунобиологические препараты. Условия транспортирования и хранения.
15. Дезинфекция. Виды, методы.
16. Дезинсекция. Виды, методы.
17. Дератизация. Виды, методы.
18. Стерилизация медицинstrumentария.
19. Принципы клинической и лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.
20. Тифо-паратифозные заболевания - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
21. Сальмонеллёз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
22. Пищевые токсикоинфекции- принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
23. Шигеллез - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
24. Гельминтозы. Эпидемиологическая характеристика наиболее распространенных гельминтозов.
25. Грипп - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
26. Дифтерия - принципы диагностики, эпидемиология. профилактика.
27. Вирусные гепатиты А,Е - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
28. Вирусные гепатиты В, Д, С. Принципы диагностики, эпидемиологические особенности, профилактика.
29. Понятие “особо опасные инфекции”.
30. Группы патогенности микроорганизмов.
31. Первичные противоэпидемические мероприятия при особо опасных инфекциях.
32. Чума - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
33. Холера - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
34. Геморрагические вирусные лихорадки (ГЛПС, Марбург, Эбола, Ласса)- принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
35. Основные подразделения госпитальной службы очага особо опасных инфекций.
36. Сибирская язва - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
37. Лептоспироз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика. Этиологические особенности в эпизоотологическом распространении.
38. Туляремия - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
39. Сыпной тиф - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
40. Педикулез. Профилактическая и истребительная дезинсекция.

41. Малярия - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
42. Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Особенности современного распространения .
43. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции.
44. Профилактика ВИЧ-инфекции.
45. Внутрибольничные инфекции. Особенности понятия. Основные причины распространения.
46. Медленные инфекции в патологии человека.
47. Сифилис - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
48. Оценка качества и эффективности противоэпидемических мероприятий.
49. Полиомиелит - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика
50. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
51. Туберкулез – принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
52. Коклюш - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
53. Скарлатина - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
54. Ветряная оспа - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
55. Эпидемический паротит - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
56. Корь - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
57. Краснуха - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
58. Бруцеллез- принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
59. Орнитоз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
60. Легионеллез - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
61. Клещевой боррелиоз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
62. Бешенство - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
63. Столбняк - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
64. Менингококковая инфекция - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
65. Стафилококковая инфекция. - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
66. Иерсиниоз - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
67. Псевдотуберкулез - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
68. Ботулизм и пищевые клостридиозы - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
69. Ящур - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
70. Сап - принципы диагностики, эпидемиология, профилактика.
71. Эмерджентные инфекции. Эпидемиологические особенности. Противоэпидемические мероприятия.
72. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Противоэпидемические и профилактические мероприятия.

Критерии оценки ответа ординатора при компьютерном тестировании

% выполнения задания	Оценка
90,1-100	отлично
75,1-90	хорошо
60-75	удовлетворительно
59,9 и ниже	неудовлетворительно

Фонд экзаменационных билетов:

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Современная схема кроветворения.
2. Оперативное лечение заболеваний системы крови. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения
3. Клиника, диагностика, патогенез железодефицитной анемии.
4. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия Проточная цитофлуориметрия в диагностике ПНГ. Лечение.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Парпротеинемические гемобластозы. Классификация. Дифференциальная диагностика. Особенности у пожилых и хрупких пациентов
2. Классификация лейкозов. Роль иммунофенотипирования в выборе тактики лечения. Прогноз.
3. Наследственный сфероцитоз. Клиническая картина. Лабораторная диагностика. Лечение.
4. Тесты для диагностики нарушений плазменного звена гемостаза. Клиническая трактовка основных показателей гемостазиограммы.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Классификация лимфатических опухолей. Методы диагностики. Протоколы обследования.
2. Факторы риска при остром лейкозе. Роль цитогенетического исследования в выборе тактики лечения и прогнозе.
3. Лабораторная диагностика анемий. Особенности и показания.
4. Липидозы. Общие проявления липидозов. Болезнь Гоше. Болезнь Нимана –Пика.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Гистологическое строение костного мозга в норме. Клеточность костного мозга.
2. Хронические миелопролиферативные заболевания. Классификация. Основные клинические и морфологические характеристики.
3. Лабораторная диагностика гемобластозов. Факторы риска и прогноз. Молекулярные методы в онкогематологии.
4. Современные представления о лечении и оценке ответа на лечение неходжкинских лимфом.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Витамин В12 и фолиевая кислота: роль в синтезе ДНК. Потребность. Транспорт и метаболизм. Клиническая картина мегалобластной анемии
2. Острые миелоидные лейкозы. Нейролейкемия. Лечение.
3. Серповидноклеточная анемия. Генетическая основа и эпидемиология. Клиническая картина.
4. Диагностика нарушений гемостаза и определение типа кровоточивости.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Хронический миелолейкоз, клиника, диагностика и лечение.
2. Наследственные гемолитические анемии. Неэффективный эритропоэз. Диагностика.
3. Антикоагулянтная терапия. Антикоагулянты прямого действия. Показания. Оценка эффективности.
4. Лимфомы кожи: клиника и диагностика. Лечение лимфатических опухолей кожи.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Перегрузка железом и хелаторная терапия. Показания и противопоказания.
2. Истинная полицитемия (Эритремия). Общие сведения. Патогенез. Диагностические критерии эритремии.
3. Показания к спленэктомии при наследственных гемолитических анемиях. Показания. Осложнения. Вакцинация.
4. Миелодиспластические синдромы. Хромосомные аномалии. Признаки дисплазии. Факторы риска.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Приобретенные и наследственные гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика.
2. Диагностика лимфопролиферативных заболеваний. Особенности диагностики зрелоклеточных лимфопролиферативных заболеваний.
3. Талассемии. Общие сведения, демографические данные. Патогенез клинических симптомов при талассемии.
4. Классификация миелодиспластических синдромов. Лечение и прогноз. Миелодиспластический синдром у пожилых.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Гемоглобинопатии. Общие сведения. Клиника. Диагностика.
2. Показания к спленэктомии у больных лимфопролиферативными заболеваниями. Противопоказания. Возможные осложнения.
3. Порфирии, клиника, диагностика, лечение.
4. Геморрагические диатезы. Тромбоцитопении. Классификация. Клиника. Диагностика.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Иммунодефициты. Первичные и вторичные. Иммунодефициты, вызываемые лекарственными препаратами.
2. Эктракорпоральные методы лечения. Показания к плазмоферезу у больных с патологией системы крови. Противопоказания. Возможные осложнения.
3. Лабораторная диагностика анемий. Роль трепанобиопсии и стеральной пункции в диагностическом поиске. Гепсидин и гаптоглобин, перспективы использования.
4. Современная терапия хронического миелолейкоза.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Эритроцитарные индексы. Ширина эритроцитометрической кривой. Морфологическая классификация анемий. Этапы диагностики анемического синдрома.
2. Множественная миелома. Диагностика. Факторы риска. Роль ВХТ в терапии множественной миеломы.
3. Первичная лимфома ЦНС. Диагностика. Лечение.
4. Геморрагические диатезы. Тромбоцитопатии. Классификация. Клиника. Диагностика.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Серповидноклеточная анемия. Лабораторная диагностика, эпидемиология, клиника.
2. Иммунофенотипические варианты острого лимфобластного лейкоза. Диагностика. Тактика лечения. Роль ВХТ в лечении ОЛЛ.
3. Гемолитические анемии. Этиология. Диагностика. Лекарственные препараты, провоцирующие развитие гемолитического криза при дефиците глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы.
4. Гемофилия А, клиника, диагностика, лечение.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Диагностика острого промиелоцитарного лейкоза. Особенности клинического течения. Лечение. Прогноз.
2. Сублейкемический миелоз. Клиническая картина крови и костного мозга. Диагностика.
3. Лечение ингибиторных форм гемофилии.
4. Общие принципы переливания компонентов крови.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Дифференциальная диагностика гистологических изменений в трепанобиоптатах костного мозга при миелопролиферативных заболеваниях.
2. Диффузная В-крупноклеточная лимфома. Диагностика. Лечение.
3. Гемохроматоз. Классификация. Диагностика. Лечение.
4. Первичный гемостаз. Средства, влияющие на тромбоцитарное звено гемостаза.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Эритропоэз. Функции эритропоэтина. Показания для лечения эритропоэтинами. Противопоказания. Осложнения терапии эритропоэтинами.
2. Хронический эозинофильный лейкоз. Общие сведения. Диагностика. Лечение.
3. Лечение мегалобластной анемии и его эффективность. Профилактика.
4. Тромбофилии. Общие сведения. Классификация.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Функции селезенки. Селезенка как индикатор состояния кроветворной системы.
2. Методы лечения при лимфопролиферативных заболеваний кожи. Грибовидный микоз: клиника, диагностика, лечение
3. Тромбоцитозы. Клиника. Дифференциальная диагностика.
4. Диагностика приобретенных коагулопатий. Клиническая трактовка основных показателей гемостазиограммы. Экспресс-методики диагностики.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Цитогенетическое исследование при гемобластозах. Иммунофенотипирование. Молекулярные методы в онкогематологии.
2. Показания к лучевой терапии при лимфопролиферативных заболеваниях. Осложнения.
3. Моноклональные иммуноглобулинопатии неопределенного значения - MGUS. Диагностика. Прогноз.
4. Принципы профилактики патологий гемостаза в хирургической и акушерской практике. Понятие тромбофилии.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Типовые патологические изменения костного мозга. Изменения клеточности костного мозга.
2. Сублейкемический миелоз. Критерии диагностики. Клиника. Лечение сублейкемического миелоза.
3. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клиника. Лечение.
4. Последовательность тромбоцитарных реакций при первичном сосудисто-тромбоцитарном гемостазе.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Лимфаденопатии. Классификация. Диагностика. Показания для биопсии.
2. Патогенез тромботических осложнений при миелопролиферативных заболеваниях. Клиника. Лечение.
3. Лечение парциальной красноклеточной аплазии костного мозга.
4. Гематологические нарушения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Возможные пути коррекции.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Протокол ведения больных «Гемофилия». Общество больных гемофилией.
2. Миеломная болезнь. Клиническая картина и диагностика. Лечение множественной миеломы. Показания для применения экстракорпоральных методов лечения.
3. Миелодиспластический синдром.
4. Дифференциальная диагностика эритремии и вторичных эритроцитозов. Роль цитогенетического исследования.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Болезнь Маркиафавы-Микели. Клиника, диагностика, лечение.
2. Апластическая анемия. Клиника. Диагностика. Линии терапии.
3. Болезни тяжелых цепей. Клиника, диагностика.
4. Эссенциальная тромбоцитемия. Клиническая картина крови и костного мозга. Диагностика. Лечение.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Общие сведения об иммунной системе. Использование таргетных препаратов в гематологии.
2. Лабораторная диагностика и современная терапия агрессивных неходжкинских лимфом. Особенности лечения пожилых пациентов.
3. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток при лимфопролиферативных заболеваниях. Показания. Осложнения.
4. Амлоидоз. Дифференциальная диагностика. Поражение почек и сердца.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Гистологическое строение костного мозга в норме. Клеточный состав. Показания и противопоказания для выполнения трепанобиопсии костного мозга.
2. Диагностика и лечение остеопороза. Клиника.
3. Основные принципы лечения острых лейкозов. Этапность лечения. Профилактика нейрорлейкемии. Осложнения. Постцитостатическая миелодепрессия.
4. Тромботические микроангиопатии (тромботическая тромбоцитопеническая пурпура и гемолитико-уремический синдром). Общие сведения.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Гистологические изменения в трепанобиоптатах костного мозга при опухолях лимфоидной ткани. Использование иммуногистохимического исследования в определении тактики лечения.
2. Лабораторная диагностика и современная терапия мелопролиферативных заболеваний
3. Миелодиспластический синдром у пожилых. Диагностика. Лечение.
4. Новые антикоагулянты. Потребности и возможности динамического контроля за эффектами новых антикоагулянтов. Возможности контроля терапии.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«Гематология»

1. Гистологические типы поражения костного мозга неходжкинскими лимфомами. Дискордантные изменения при поражении костного мозга неходжкинскими лимфомами.
2. Общие сведения о болезни фон Виллебанда. Классификация. Диагностика. Лечение. Лечение геморрагических осложнений.
3. Лейкемия у детей. Эпидемиология. Клиническая картина. Особенности лечения.
4. Иммунная тромбоцитопения. Клиническая картина. Диагностика. Современные методы лечения.

Зав. кафедрой
терапии № 2 ФПК и ППС
профессор

С. Г. Канорский

Результаты обучения: знания, умения, навыки на экзамене оцениваются оценками: «отлично» – 5, «хорошо» – 4, «удовлетворительно» – 3, «неудовлетворительно» – 2. Основой для определения оценки служит уровень усвоения слушателями материала, предусмотренного ДПП.

Таблица 3 –Оценивание слушателя на экзамене

Оценка	Требования к знаниям
5	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию слушателя.
5	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определениях понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.
4	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.
4	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с

	помощью преподавателя.
4	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.
3	Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.
3	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ординатор может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
3	Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
2	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины (модуля). Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа слушателя не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины (модуля).

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Основная литература

№ п/п	Наименование	Авторы	Год, место издания
1.	Гематология и иммунология детского возраста	Н.А. Алексеев	2009, СПб
2.	Клиническая онкогематология	М.А. Волкова	2007, Москва
3.	Гематология Руководство для врачей	Н.Н. Мамаева	2011, СПб
4.	Болезни крови в амбулаторной практике	И.Л. Давыдкина	2011, Москва
5.	Руководство по гематологии в 3х томах	П.А. Воробьев	2005, Москва
6.	Анемия. Руководство для практических врачей	А.Л. Вёрткин	М.: Эксмо, 2014.
7.	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии	А.Г. Румянцев, А.А. Масчан	ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева» МЗ РФ

3.5.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Авторы	Год, место издания.
1.	Руководство по лабораторной гематологии	Б. Сисла Под редакцией А.И. Воробьева	2011, Москва
2.	Патофизиология крови	Фред Дж. Шиффман под редакцией Ю.В. Наточина	2009, Бином, Москва
3.	Клинические рекомендации по лечению апластической анемии	Национальное гематологическое общество	2014, Клинические рекомендации утверждены на II конгрессе гематологов России
4.	Болезни системы крови Справочник	С.А. Гусева, В.П. Вознюк	2004, Москва

3.5.3. Программное обеспечение, базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1	https://blood.ru/	Сайт Национального исследовательского
---	---	---------------------------------------

		центра «Гематология»
2	www.med-pravo.ru	Сайт Медицина и право
3	http://www.bioethics.ru/rus/whatbio/	Сайт Биоэтический форум

3.6. Материально-техническое и дидактическое обеспечение учебной дисциплины

Обучение проводится в учебных комнатах, клинических отделениях на базах кафедры.

По каждому разделу дисциплины имеется набор мультимедийных слайдов из расчета не менее 30 слайдов на раздел. Демонстрируются видеофильмы. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

В учебном процессе используются следующие технические средства: мультимедийный проектор 1, ноутбук 3.

3.7. Образовательные технологии

Используемые образовательные технологии при изучении данной дисциплины:

Имитационные технологии:

1. ролевые и деловые игры
2. разбор клинических случаев (ситуационные задачи, конкретные примеры из историй болезни)

Неимитационные технологии:

1. лекция
2. дискуссия

50 % интерактивных занятий от объема аудиторных занятий

Примеры интерактивных форм и методов проведения занятий:

Пример №1. Ситуационная задача. Одинокая и беспомощная пациентка Н. , находясь в тяжёлом состоянии в гематологической палате больницы, потребовала у врача предоставить ей возможность остаться наедине с приглашённым священником для исповеди и причастия. Врач, обладая атеистическим мировоззрением, отказался удовлетворить просьбу умирающей, а на замечания священника среагировал угрозой выдворения его из больницы. Религиозный обряд происходил при большом скоплении медицинского персонала, со смехом комментировавшего происходящее.

ВОПРОС: Нарушены ли врачом правила медицинской этики? Имела ли пациентка право на предъявленное ею требование?

4. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины

Обучение складывается из аудиторных занятий (48 час), включающих лекционный курс (4 часа), семинарские занятия (8 часов), практические занятия (36 час.), и самостоятельной работы (24 часа).

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Деонтология» и выполняется в пределах часов, отводимых на ее изучение (в разделе СР).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.

Во время изучения учебной дисциплины, обучающиеся самостоятельно проводят подготовку к семинарским занятиям.

Текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, устного опроса, решения ситуационных задач.

Вопросы по учебной дисциплине включаются в государственную итоговую аттестацию.

5. Протокол согласования учебной программы с другими дисциплинами специальности

Согласование рабочей программы отражено в листе согласования (см. приложение).