

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.08.2025 13:33:44
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148f86fe505ab4264

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра эпидемиологии

«Утверждено»
на заседании кафедры
« 29 » августа 2025 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
к.м.н., доцент Е.И. Беседина

Фонд оценочных средств по дисциплине
**В.Ф2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ПРИРОДНО-
ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Специальность
ординатуры

32.08.12 Эпидемиология

Донецк 2025

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК-9. Способен к планированию, организации и контролю деятельности отделов эпидемиологического профиля органов, осуществляющих федеральный государственный надзор, и учреждений, обеспечивающих их деятельность, а также эпидемиологического отдела медицинской организации	ОПК-9.3. Владеет методикой организации сбора и анализа информации о деятельности медицинской организации и ее отдельных структурных подразделений по обеспечению эпидемиологической безопасности и профилактике среди пациентов, персонала и населения инфекционных (паразитарных) заболеваний, включая инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера, неинфекционных болезней.	T1 ОПК-9.3.1 T2 ОПК-9.3.2	C1 ОПК-9.3.
ОПК-10. Способен к организации и реализации деятельности по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации	ОПК-10.2. Умеет анализировать и оценивать показатели, характеризующие деятельность медицинской организации и ее отдельных структурных подразделений по обеспечению эпидемиологической безопасности и профилактике среди пациентов, персонала и населения инфекционных (паразитарных) заболеваний, включая инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера, неинфекционных болезней.	T3 ОПК-10.2.1 T4 ОПК-10.2.2	C2 ОПК-10.2.
Профессиональные компетенции (ПК)			
ПК-1. Реализация эпидемиологического надзора за инфекционными (паразитарными) заболеваниями, в том числе инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, инфекционными болезнями, которые могут вызвать чрезвычайные	ПК-1.3. Владеет навыками организации выявления случаев инфекционных и неинфекционных заболеваний, эпидемиологического наблюдения за инфекциями, анализа и интерпретации полученных данных	T5 ПК-1.3.1 T6 ПК-1.3.2	C3 ПК-1.3.

ситуации санитарно-эпидемиологического характера и неинфекционными заболеваниями			
ПК-2. Организация, проведение и контроль противоэпидемических (профилактических) мероприятий, участие в противоэпидемическом обеспечении населения в условиях чрезвычайных ситуаций и при проведении массовых мероприятий	ПК-2.1. Знает основные мероприятия по профилактике актуальных инфекционных и неинфекционных заболеваний, противоэпидемические мероприятия в эпидемических очагах, меры по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации.	T7 ПК-2.1.1 T8 ПК-2.1.2	C4 ПК-2.1.
	ПК-2.3. Владеет навыками организации и проведения иммунопрофилактики, дезинфекционных, стерилизационных, дезинсекционных, дератизационных мероприятий, обеспечения эпидемиологической безопасности в медицинской организации как компонента системы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности с позиций доказательной медицины	T9 ПК-2.3.1 T10 ПК-2.3.2	C5 ПК-2.3.

Оценивание результатов текущей успеваемости, промежуточной аттестации, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с принятой «Инструкцией об оценивании учебной деятельности ординаторов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России».

**Образцы оценочных средств
Тестовые задания**

Т1 ОПК-9.3.1 ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИРОДНОГО ОЧАГА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА, СБОР ИНФОРМАЦИИ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ ДАННЫЕ О:

- А. Территориальном распределении дачных участков местных жителей
- Б. *Численности и инвазированности иксодовых клещей
- В. Среднесуточной температуре в летние месяцы
- Г. Количестве аптек, продающих репелленты

Т2 ОПК-9.3.2 ПРИРОДНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ И ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ МОГУТ БЫТЬ

- А. Комары
- Б. Клещи
- В. *Грызуны
- Г. Водоплавающие птицы

Т3 ОПК-10.2.1 ВЫСОКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ «ЧИСЛО ОБСЛЕДОВАННЫХ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ» ПРИ НИЗКОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ТРЕБУЕТ АНАЛИЗА:

- А. Только лабораторного качества тест-систем
- Б. *Целесообразности и качества отбора контингентов для обследования
- В. Уровня образования медицинских сестер
- Г. Количества рабочих мест в промышленности

Т4 ОПК-10.2.2 ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КЛЕЩЕВЫМ ИНФЕКЦИЯМ НА ТЕРРИТОРИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПОКАЗАТЕЛЬ

- А. Число выявленных клещей в природных очагах
- Б. *Заболееваемость населения на 100 000 человек в сравнении с многолетним средним уровнем
- В. Количество проведенных акарицидных обработок
- Г. Число обращений за серопрфилактикой

Т5 ПК-1.3.1 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЛЕПТОСПИРОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ЛЮДЕЙ И:

- А. Миграцией перелетных птиц
- Б. *Эпизоотиями среди синантропных грызунов
- В. Качеством питьевой воды
- Г. Частотой посещения лесов местным населением

Т6 ПК-1.3.2 ПРИ ЭПИЗООТИИ ТУЛЯРЕМИИ СРЕДИ ЗАЙЦЕВ В ОХОТНИЧЬЕМ ХОЗЯЙСТВЕ, ПРИОРИТЕТНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. *Опрос и обследование охотников, членов их семей и лиц, занимающихся разделкой тушек
- Б. Массовая термометрия всего населения ближайшего населенного пункта
- В. Проверка качества мяса в местных магазинах
- Г. Назначение профилактического лечения всем жителям района

Т7 ПК-2.1.1 ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У РАБОЧИХ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЛЕСОЗАГОТОВКАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Выдача всем рабочим перчаток и респираторов
- Б. *Проведение дератизации на местах стоянок и в жилых помещениях
- В. Обязательная ежедневная сдача анализа мочи на белок
- Г. Вакцинация всей бригады перед началом сезона работ

Т8 ПК-2.1.2 ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ С КОЖНОЙ ФОРМОЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ НЕОБХОДИМО:

- А. Поместить пациента в общую палату инфекционного отделения
- Б. *Использование персоналом средств индивидуальной защиты
- В. Проведение ежедневной влажной уборки палаты с обычными моющими средствами
- Г. Назначение всем контактным медработникам профилактического курса антибиотиков

Т9 ПК-2.3.1 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИХОРАДКИ ЗИКА В БОЛЬНИЦЕ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЕЗИНСЕКЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Развешивание липких лент для мух в палатах
- Б. *Уничтожение мест выплода комаров рода *Aedes* на территории больницы
- В. Ежедневная обработка всех помещений больницы аэрозольными инсектицидами
- Г. Установка ультрафиолетовых ламп только в административных корпусах

Т10 ПК-2.3.2 ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ БРИГАД, РАБОТАЮЩИХ В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Выдача всем сотрудникам репеллентов и акарицидных костюмов
- Б. *Плановая вакцинация по стандартной или экстренной схеме с учетом сезона активности клещей
- В. Ежедневный прием противовирусных препаратов в полевой сезон
- Г. Обязательный осмотр друг друга на наличие присосавшихся клещей после каждого выезда

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 ОПК-9.3 В пяти сельских поселениях одного лесного района в конце августа - сентябре зарегистрировано 18 случаев заболевания людей с острой лихорадкой, головной и мышечной болью, геморрагическими проявлениями и признаками почечной недостаточности. Лабораторно у 12 пациентов подтвержден диагноз геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) - положительные результаты ИФА на антитела к хантавирусу. Все заболевшие - взрослые, занимались сельхозработами (уборка урожая, заготовка сена), работали на лесозаготовках или отдыхали на садовых участках. Лето было сухим и теплым, в лесах и на полях отмечена высокая численность мышевидных грызунов. Многие жители используют воду из нецентрализованных колодцев и родников.

Вопросы:

1. Какие основные компоненты эпидемиологического надзора за ГЛПС должны быть немедленно усилены в данной ситуации?
2. Какие природные (экологические) факторы, составляющие основу природного очага ГЛПС, необходимо оценить в первую очередь?
3. Какие социально-бытовые и профессиональные факторы в описанных поселениях способствовали реализации механизма передачи возбудителя?

Эталоны ответов:

1. Основные компоненты надзора: 1) Эпидемиологический - активное выявление и регистрация всех случаев, анализ по времени, месту и контингентам (особенно среди сельхозработников, дачников). 2) Эпизоотологический (зоологический) - мониторинг численности и инфицированности мышевидных грызунов (рыжие полевки, лесные мыши) - основных резервуаров хантавируса. 3) Экологический - оценка состояния лесных биотопов, сенокосов, складов, дачных массивов, где возможны контакты людей с грызунами и их выделениями. 4) Лабораторный - верификация диагноза у людей (ИФА, ПЦР) и исследование грызунов на носительство вируса.

2. Природные факторы: 1) Численность и инфицированность популяции мышевидных грызунов - определяет интенсивность эпизоотии и уровень вирусносительства в очаге. 2) Состояние кормовой базы грызунов (урожай семян хвойных, ягод) - влияет на их численность. 3) Погодные условия (теплое сухое лето) - способствуют активному размножению грызунов и их миграциям в поисках корма ближе к жилью человека. 4) Ландшафтные особенности (смешанные леса, поля, заброшенные сады) - типичные места обитания носителей.

3. Социально-профессиональные факторы: 1) Сельскохозяйственные и лесные работы (уборка урожая, заготовка сена, валка леса) в период высокой активности грызунов, ведущие к контакту с инфицированной пылью. 2) Проживание и отдых на дачах, в летних домиках, часто не защищенных от проникновения грызунов. 3) Использование воды из непроверенных колодцев и родников, которые могут быть загрязнены выделениями грызунов. 4) Неудовлетворительное санитарное состояние приусадебных участков, наличие свалок, скирд соломы.

С2 ОПК-10.2 По итогам эпидемического сезона в районе с активным природным очагом иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) проанализированы показатели деятельности амбулаторно-поликлинической службы. Доля пациентов с укусом клеща, получивших в первые 72 часа профилактическую антибиотикотерапию по утвержденному протоколу, составила 38%. Охват серологическим обследованием (ИФА) лиц с подозрением на ИКБ (при наличии клиники или положительного результата ПЦР клеща) составил 65%. За сезон зарегистрировано 98 случаев ИКБ, из них 42% были диагностированы на поздней стадии (артриты, нейроборрелиоз). Ваша задача – оценить эффективность медицинской помощи в рамках профилактики ИКБ.

Вопросы:

1. Назовите возможные причины низкого показателя охвата профилактической антибиотикотерапией.

2. Как низкий показатель охвата серологическим обследованием связан с риском поздней диагностики и неправильной тактикой ведения пациента?

3. О каких проблемах в работе первичного звена и взаимодействии со специалистами свидетельствует удельный вес поздней диагностики заболевания?

Эталоны ответов:

1. Причины: недостаточная информированность врачей (терапевтов, хирургов травмпунктов) о протоколах; отсутствие четких маршрутизации и ответственности; боязнь назначения антибиотиков без явных признаков болезни; низкая информированность пациентов о необходимости срочного обращения.

2. Недостаточный охват серодиагностикой (65%) означает, что у трети пациентов с подозрением диагноз не был подтвержден или опровергнут лабораторно. Это ведет к: 1) гиподиагностике - пропуску случаев, отсутствию лечения; 2) гипердиагностике - необоснованному назначению длительных курсов антибиотиков; 3) запоздалому началу лечения при отрицательном результате ПЦР клеща, но развивающейся клинике.

3. Высокая доля поздней диагностики (42%) указывает на системные сбои: низкую настороженность врачей в отношении стертых форм и мигрирующей эритемы; слабое взаимодействие терапевтов с неврологами, ревматологами, инфекционистами; отсутствие преемственности и отслеживания пациентов после укуса клеща.

С3 ПК-1.3 В сентябре в трех соседних сельских поселениях одного района за медицинской помощью обратились 8 человек со схожими симптомами: острое начало с высокой температурой, головной и мышечной болью, увеличением лимфатических узлов. Все заболевшие — взрослые мужчины, занимающиеся заготовкой сена и зерновых. При опросе выяснилось, что все они работали на полях, граничащих с лесополосой. Единичные случаи подобных заболеваний в районе регистрировались и ранее, но не более 1-2 за сезон.

Вопросы:

1. Какие методы активного и пассивного выявления заболеваний необходимо использовать?
2. На основании каких критериев вы можете заподозрить, что данная ситуация требует объявления как чрезвычайной ситуации (ЧС) санитарно-эпидемиологического характера?
3. Какой вид эпидемиологического анализа необходимо немедленно начать для интерпретации полученных первичных данных?

Эталоны ответов:

1. Первоочередные действия и методы выявления: пассивное - усилить оповещение всех ФАПов, амбулаторий и ЦРБ о клинических критериях (симптомокомплекс) с требованием немедленной регистрации и извещения (ф. 058/у) о всех подозрительных случаях, активное - подворные обходы, целевой опрос.

2. Критерии для подозрения на ЧС: групповая заболеваемость (8 случаев против обычных 1-2), единый предполагаемый источник и фактор заражения (работа на полях у леса), угроза распространения на другие группы населения и территории. Основанием является возникновение эпидемической вспышки в ранее благополучной местности.

3. Необходимо начать оперативный эпидемиологический анализ: рассчитать показатель заболеваемости среди контингента риска, построить эпидемическую кривую для установления типа вспышки, нанести все случаи на карту, определить их связь с конкретными полями и лесополосой, охарактеризовать больных по возрасту, полу, профессии, конкретным выполняемым работам для выявления общего фактора риска.

С4 ПК-2.1 В детском саду в первой декаде декабря зарегистрирована групповая заболеваемость ветряной оспой. За 10 дней переболело 22 ребенка из разных групп, в основном в возрасте 4-5 лет. Трое детей госпитализированы с осложнениями (вторичная пиодермия). Случаи заболевания продолжают выявляться. В саду есть несколько детей с ослабленным иммунитетом, не привитых против ветряной оспы.

Вопросы:

1. Какие экстренные противоэпидемические мероприятия должны быть проведены в эпидемическом очаге для локализации вспышки и защиты не болевших детей?
2. Назовите основные направления долгосрочной профилактики ветряной оспы в организованных детских коллективах.
3. Какие дополнительные меры по обеспечению эпидемиологической безопасности должны быть внедрены в детском стационаре для предотвращения заноса и распространения инфекции?

Эталоны ответов:

1. Экстренные мероприятия в очаге: карантин на 21 день с момента изоляции последнего заболевшего, экстренная вакцинация контактных в первые 72-96 часов после контакта с больным, прекращение приема новых детей, немедленная изоляция и отстранение от посещения детей с первыми признаками заболевания, запрет на проведение массовых мероприятий. Перевод детей из группы риска на домашний режим или в изолированную дежурную группу.

2. Направления долгосрочной профилактики: А) Специфическая профилактика (плановая вакцинация). Б) Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в ДООУ, своевременная изоляция источника инфекции. В) Санитарное просвещение родителей о важности вакцинации и раннем обращении за медицинской помощью.

3. Меры безопасности в детском стационаре: обязательная госпитализация в мельцеровский бокс или отдельную палату боксированного типа в инфекционном отделении, строгое соблюдение противоэпидемического режима, текущая дезинфекция в палате.

С5 ПК-2.3 В стоматологической поликлинике при расследовании случая острого вирусного гепатита В у пациента выявлено, что за месяц до заболевания ему проводилось лечение кариеса. При проверке установлено, что в кабинете используется автоклав устаревшей модели, а журнал контроля стерилизации заполняется нерегулярно. В поликлинике нет централизованного стерилизационного отделения.

Вопросы:

1. Какую немедленную экспертизу стерилизационного оборудования и процессов вы должны организовать?
2. Опишите этапы стерилизации для многоцветных стоматологических инструментов.
3. Какие мероприятия по иммунопрофилактике необходимо провести в отношении персонала данного кабинета и пациентов, проходивших лечение в период риска?

Эталоны ответов:

1. Необходимо провести контроль работы автоклава с помощью химических и биологических индикаторов для проверки достижения необходимых параметров (температура, давление, время). Проверить журналы учета циклов стерилизации и технического обслуживания аппарата. Оценить соблюдение алгоритмов предстерилизационной очистки инструментов.

2. Этапы: 1) Дезинфекция погружением в раствор сразу после использования. 2) Механическая мойка и предстерилизационная очистка. 3) Промывание. 4) Стерилизация в паровом автоклаве (режим 132°C, 2 атмосферы, 20 мин) с контролем индикаторами. 5) Хранение в стерильных условиях.

3. Для персонала: проверить статус вакцинации против ВГВ, непривитых срочно иммунизировать по схеме 0-1-6 месяцев. Для пациентов: составить список и пригласить всех пациентов, лечившихся в кабинете за последние 3-6 месяцев, для обследования на маркеры ВГВ (HBsAg, anti-HBc) и консультации инфекциониста о возможности экстренной специфической профилактики (вакцина + иммуноглобулин).