Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 27.12.2024 14:56:42
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
_____ Скурихина Ю.Е
«13» мая 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.16 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	31.05.03 Стоматология
Уровень подготовки	02 Здравоохранение
Направленность подготовки	
Сфера профессиональной деятельности	(в сфере оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	5 лет
Институт/кафедра	Факультет общественного здоровья/кафедра эпидемиологии и военной эпидемиологии

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 31.05.03 Стоматология, направленности 02 Здравоохранение в сфере оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях общепрофессиональной компетенции ОПК-13.

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	**Виды контроля**	**Оценочные средства***
		Форма
1	**Текущий контроль****	**Тесты**
		Вопросы для собеседования
		Ситуационные задачи
		Рефераты
		Слайд-презентации
		Доклады, сообщения
2	**Промежуточная аттестация****	**Тесты**
		Вопросы для собеседования

***Из набора видов оценочных средств оставить нужное**

****При идентичности оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации возможно оформление одним Приложением или одной ссылкой**

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме:

Тесты, вопросы для собеседования, ситуационные задачи, рефераты, слайд-презентации, доклады, сообщения.

Оценочные средства для текущего контроля.

<u>Вопросы для собеседования</u>

3.1.1. Перечень вопросов:

Тема 1-2.

1. Что определило необходимость выделения эпидемиологического метода в

самостоятельный метод? Для каких целей применяется эпидемиологический метод?

2. В чем заключается эволюция взглядов на эпидемиологический метод в отечественной науке?

3. Какова структура эпидемиологического метода? Чем определяется содержание разделов эпидемиологического метода? Метод это совокупность методик и приемов или методология познавательной деятельности?

4. Иногда эпидемиологический метод называют «условным понятием». Что это значит?

5. Кто считается «отцом» эпидемиологического метода? В чем заключается его основная заслуга?

6. Какие особенности использования эпидемиологического метода были характерны для России в конце XIX века?

7. Какие научные задачи позволяет решать эпидемиологический метод? Индуктивный путь (метод) познания.

8. Какие практические задачи позволяет решать эпидемиологический метод? Дедуктивный путь (метод) познания.

9. В чем заключается стратегия эпидемиологических исследований? Формирование научного мировоззрения.

10. Тактика использования эпидемиологического метода. Соответствие целей и задач эпидемиологического исследования его содержанию.

11. Этапы эпидемиологических исследований. Содержание и реализация.

12. Дайте определение целям, задачам и содержанию дескриптивных и аналитических эпидемиологических исследований.

13. По каким направлениям изучается заболеваемость (эпидемический процесс) в дескриптивных эпидемиологических исследованиях.

14. Что такое скрининговые и мониторинговые исследования? Приведите примеры использования дескриптивных эпидемиологических исследований в деятельности врача профилактического профиля.

15. Сформулируйте цели, задачи и виды скрининговых исследований. Как проводится оценка результатов? Какие статистические показатели используются? Какими показателями характеризуются скрининговые тесты?

16. В чем заключена сущность деления эпидемиологических исследований на наблюдательные и экспериментальные? Приведите примеры наблюдательных и экспериментальных исследований в медицине и эпидемиологии.

17. Дайте определение эпидемиологических исследований. Какие классификации эпидемиологических исследований существуют?

18. Что сближает эпидемиологические и клинические исследования? В чем заключается принципиальное отличие?

19. В чем заключается отличие продольных и поперечных исследований? Отличие ретроспективных и проспективных исследований?

20. От чего зависит достоверность эпидемиологических исследований? Как Вы понимаете эффективность эпидемиологических исследований?

Тема 3-4.

1. Понятие об эпидемиологии как общемедицинской науке. Цель и задачи

2. Понятие об эпидемиологии инфекционных заболеваний. Предмет и объект изучения

3. Эпидемиология неинфекционных заболеваний. Предмет и объект изучения

4. Учение об эпидемическом процессе. Эпидемический процесс как результат сопряженной эволюции паразита и хозяина.

5. Эпидемический процесс, определение понятия. Причины и условия развития

эпидемического процесса

6. Основные эпидемиологические понятия. Источник инфекции, механизм передачи инфекции, пути и факторы передачи инфекционного начала.

7. Механизм передачи инфекции. Характеристика механизма, пути и факторов передачи.

8. Понятие об эпидемическом очаге. Классификация эпидочагов. Работа врача-стоматолога в эпидочаге.

9. Противоэпидемическое обслуживание населения. Силы и средства. Цель, задачи. Роль стоматологической службы в системе противоэпидемического обслуживания населения.

10. Отличия инфекционного и эпидемического процесса.

Формы инфекционных заболеваний.

11. Паразитарная система. Теория саморегуляции паразитарных систем.

12. Профилактика и уровни ее организации. Профилактика стоматологической заболеваемости.

13. Характеристика группы инфекций с фекально-оральным механизмом передачи.

14. Характеристика группы инфекций с аэрозольным механизмом передачи.

15. Характеристика группы инфекций с трансимиссивным механизмом передачи.

16. Характеристика группы инфекций с артифициальным механизмом передачи.

17. Характеристика группы инфекций с вертикальным механизмом передачи.

18. Представлении о факторной обусловленности заболеваемости. Роль факторов окружающей среды в развитии заболеваний полости рта.

19. Триада Ендриховского-Шляхтенко в эпидемиологии заболеваний полости рта.

20. Социально-экологическая концепция Покровского в эпидемиологии заболеваний полости рта.

Тема 5-6.

1. Дайте определение эпидемиологических исследований. Какие классификации эпидемиологических исследований существуют?

2. Что сближает эпидемиологические и клинические исследования? В чем заключается принципиальное отличие?

3. В чем заключена сущность деления эпидемиологических исследований на наблюдательные и экспериментальные? Приведите примеры наблюдательных и экспериментальных исследований в медицине и эпидемиологии.

4. Дайте определение целям, задачам и содержанию дескриптивных и аналитических эпидемиологических исследований.

5. По каким направлениям изучается заболеваемость (эпидемический процесс) в дескриптивных эпидемиологических исследованиях.

6. Что такое скрининговые и мониторинговые исследования? Приведите примеры использования дескриптивных эпидемиологических исследований в деятельности врача профилактического профиля.

7. Сформулируйте цели, задачи и виды скрининговых исследований. Как проводится оценка результатов? Какие статистические показатели используются? Какими показателями характеризуются скрининговые тесты?

8. Какие виды аналитических эпидемиологических исследований Вы знаете?

9. В чем заключаются достоинства и недостатки аналитических эпидемиологических исследований «случай-контроль»?

10. Как оцениваются результаты исследования «случай-контроль»? Какие статистические показатели используются? Что такое «отношение шансов»?

11. В чем заключается отличие продольных и поперечных исследований? Отличие ретроспективных и проспективных исследований?

12. Какие особенности формирования опытной и контрольной группы существуют в исследованиях «случай-контроль»?

13. Охарактеризуйте когортные эпидемиологические исследования. Организация, осуществление исследования, учет результатов. Особенности формирования опытной и контрольной группы.

14. Понятие об относительном, абсолютном и атрибутивном риске. Как рассчитываются данные показатели? В каких исследованиях могут быть получены?

15. Дайте понятие о корреляционных и экологических исследованиях, их целях и задачах. В чем заключаются преимущества и недостатки корреляционных исследований? Как осуществляется учет результатов и оценка роли факторов риска?

16. От чего зависит достоверность эпидемиологических исследований? Как Вы понимаете эффективность эпидемиологических исследований?

17. Что такое случайная ошибка и какие методы исключения случайных ошибок существуют?

18. Что такое систематические ошибки? Какие виды смещений Вы знаете и как проводится их устранение?

19. Природа смешивающих факторов и методы устранения эффекта действия смешивающего фактора.

20. Какие виды экспериментальных исследований, осуществляемых в профилактической и клинической медицине, Вы знаете? В чем заключается их сходство и отличие?

Дескрипторы уровней освоения компетенции	
Ступени уровней освоения компетенции	**Отличительные признаки**
Пороговый	Воспроизводит термины, основные понятия
Продвинутый	Выявляет взаимосвязи между понятиями и событиями
Высокий	Предлагает расширенный объем информации

Ситуационные задачи

Тема 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ. ОБЩАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СТРУКТУРА, МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

РЕШИТЕ ПРЕДЛОЖЕННЫЕ ЗАДАЧИ:
Рекомендуется выполнить задания 1-10 с учетом соответствующей ориентировочной основы действий.

Задача 1
Используя рис. 2, проиллюстрируйте сравнительные экологические связи возбудителей антропонозов (А), зоонозов (3) и сапронозов (С) стрелками: (—> резервуарные); (- - - > случайные) связи.

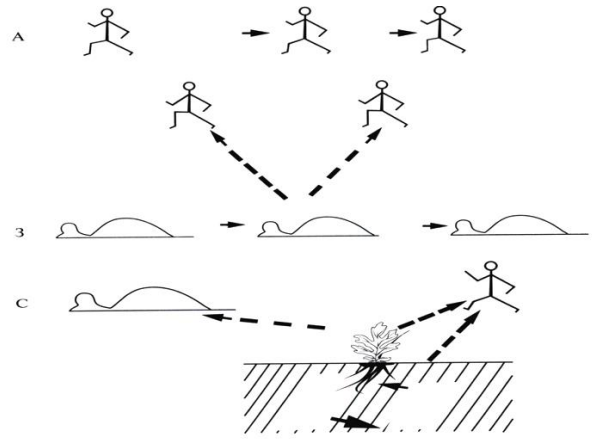


Рис. 2. Сравнительные экологические связи возбудителей антропонозов (А), зоонозов (З) и сапронозов (С).

Задача 2
Заполните табл. 2

Таблица 1

Эколого-эпидемиологическая характеристика антропонозов, зоонозов и сапронозов

Группы инфекции	Автономия возбудителя во внешней среде (есть, нет)	Резервуар возбудителя в природе	Источник возбудителя для человека	Тип эпидемического процесса (веерообразный, эстафетный)
Антропонозы				
Зоонозы				
Сапронозы				

Задача 3
Назовите достоинства и недостатки каждого из определений понятия «эпидемический процесс».

1. Эпидемический процесс — цепь следующих друг за другом специфических инфекционных состояний (больных, носителей).
2. Эпидемический процесс — ряд связанных между собой и возникающих один из другого эпидемических очагов.
3. Эпидемический процесс — процесс взаимодействия между человеческим коллективом и популяцией возбудителя.
4. Эпидемический процесс — взаимодействие трёх элементов: источника инфекции — механизма передачи — восприимчивого организма.
5. Эпидемический процесс — процесс возникновения и распространения инфекций среди людей.
6. Эпидемический процесс — процесс взаимодействия возбудителя-паразита и организма людей на популяционном уровне, проявляющийся при определённых социальных и природных условиях единичными и (или) множественными заболеваниями, а также бессимптомными формами инфекции.

Задача 4.
Внесите недостающую информацию в табл. 2

Таблица 2

Основная локализация возбудителя в организме человека и тип механизма передачи инфекции

Локализация возбудителя в	Слизистые оболочки	Кишечник	Кровь	Кожные покровы, наружные слизистые оболочки

организме	дыхательных путей			
Тип механизма передачи				
Факторы передачи				

Задача 5

В одной семье отмечено несколько случаев вирусного гепатита В. Какие из перечисленных предметов личной гигиены при использовании их несколькими членами семьи могут быть факторами передачи вирусного гепатита В?

а) зубные щетки;

б) бритвенные приборы;

в) маникюрные приборы;

г) мочалки;

д) расчески;

е) полотенца;

ж) столовые приборы.

Задача 6

Распределите перечисленные инфекции (грипп, ветряная оспа, иерсиниоз, псевдотуберкулёз, лептоспироз, краснуха, педикулёз, бруцеллёз, орнитоз, лихорадка Ку, столбняк, холера, легионеллёз, туляремия, бешенство, клещевые боррелиозы, гепатит С, коклюш, менингококковая инфекция, дифтерия, гепатит В, ВИЧ-инфекция) по степени их распространённости и по основному резервуару их возбудителя (эколого-пидемиологическая классификация), пользуясь табл. 4,5.Результаты представьте в табл. 3

Таблица 3

Характеристика групп инфекционных заболеваний по их распространённости и основному резервуару их возбудителя

Группы инфекций по распространённости в РФ, IV[1] /0000	Группы инфекций по резервуару их возбудителя					
	антро-понозы	зоонозы		сапронозы		
		домашних и синантропных животных	диких животных	почвенные	водные	зоофильные
Массовые (более 300)						
Широко распространённые от 100 до 300						
Распространённые от 50 до 100						
Распространённые от 10 до 50						

Малораспространённые от 1 до 10						
Редкие (менее 1)						

Таблица 4

Эколого-эпидемиологическая классификация инфекционных болезней человека (по Литвину В.Ю., Шляхову Э.Н., 1993)

Классы инфекционных болезней	Группы внутри классов	Основной резервуар возбудителя	Репрезентативные болезни
Антропонозы	Кишечныеинфекции, кровяные инфекции, респираторные инфекции,инфекции наружных покровов, инфекции с вертикальной передачей	Человек	Гепатиты А, В, С, полиомиелит, корь, грипп, краснуха, дифтерия, паротит, ветряная оспа, сыпной тиф, коклюш, менингококковая инфекция, сифилис, гонорея, туберкулёз и др.
Зоонозы	Домашних и синантропных животных	Теплокровные животные	Бруцеллёз, ящур, лихорадка Ку, орнитоз, содоку, трихофития и др.
	Диких животных (природно-очаговые)	Теплокровные животные	Туляремия, клещевые риккетсиозы, клещевые боррелиозы, арбовирусные инфекции, обезьянья оспа, бешенство, лихорадка Ласса, лихорадка Ку и др.
Сапронозы	Почвенные	Почвы	Столбняк, актиномикоз, гистоплазмоз, бластомикоз, кокцидиодоз и др.
	Водные	Водоёмы	Легионеллёзы, холера Эль-Тор и др.
	Зоофильные (сапрозоонозы)	Почвы (водоёмы) + теплокровные животные	Лептоспирозы (некоторые серотипы), псевдотуберкулёз, кишечный иерсиниоз и др.

Таблица 5

Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации в 2003 г.

Нозологические формы	**Показатель заболеваемости**	
	абс.	**на 100000 населения**
1	**2**	**3**
Брюшной тиф	184	0,1
Паратифы А, В, С	15	0,01
Бактерионосители брюшного тифа и паратифов	29	0,02
Другие сальмонеллёзные инфекции, в т.ч. вызванные: сальмонеллами группы В; сальмонеллами группы С; сальмонеллами группы D	48686 5601 2498 37051	33,9 3,9 1,7 25,8
Бактериальная дизентерия (шигеллёз) в т.ч. бактериологически подтверждённая; из них вызванная: шигеллами Зонне; шигеллами Флекснера	71382 53026 16666 35773	49,7 36,9 11,6 24,9
Бактерионосители дизентерии	2709	1,9

Острые кишечные инфекции, вызванные установленными бактериальными, вирусными возбудителями, а также пищевые токсикоинфек-ции установленной этиологии, в т.ч. вызванные: ротавирусами; кампилобактериями; энтеропатогенными кишечными палочками; *Yersinia enterocolitica*	127830 25111 391 16741 1978	89,1 17,5 0,3 11,7 1,4
Острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными возбудителями, пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии	426770	297,3
Острые вирусные гепатиты, в т.ч.: острый гепатит А; острый гепатит В; острый гепатит С	69548 40620 18681 7502	48,5 28,3 13,0 5,2
Хронические вирусные гепатиты (впервые установленные), в т. ч.: хронический гепатит В; хронический гепатит С	71715 21436 47478	50,0 14,9 33,1
Носительство возбудителя вирусного гепатита В	93943	65,4
Носительство возбудителя вирусного гепатита с	172 039	119,9
Острый паралитический полиомиелит, в т.ч.: вызванный диким вирусом; другой и неуточнённый; ассоциированный с вакциной	12 0 1 11	0,01 0,00 0,00 0,01
Острые вялые параличи	355	0,2
Дифтерия	655	0,5
Бактерионосители токсигенных штаммов дифтерии	783	0,5

Таблица 5. *Окончание*

1	2	3
Коклюш, в т.ч.: паракоклюш, бактериологически подтверждённый	12523 633	8,7 0,4
Скарлатина	37766	26,3
Ветряная оспа	564 560	393,4
Корь	3291	2,3
Краснуха	125 187	87,2
Паротит эпидемический	9191	6,4
Менингококковая инфекция, в т.ч. генерализованные формы	4323 3305	3,0-2,3
Столбняк	25	0,02
Туляремия	49	0,03
Сибирская язва	7	0,00
Бруцеллёз впервые выявленный	469	0,3
Геморрагические лихорадки, в т.ч. с почечным синдромом	6320 6244	4,4 4,3
Клещевой весенне- летний энцефалит	4770	3,3
Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)	8707	6,1
Псевдотуберкулёз	5785	4,0
Лептоспироз	730	0,5
Бешенство	13	0,01
Укусы, ослюнения, оцарапывания животными, в т.ч. дикими животными	445311 6190	310,3 4,3
Орнитоз (пситтакоз)	118	0,08
Риккетсиозы, в т.ч. эпидемический сыпной тиф; болезнь Брилля; лихорадка Ку; сибирский клещевой тиф	2121 1 10 119 1797	1,5 0,00 0,01 0,08 1,2
Педикулёз	267 028	186,0
Листериоз	61	0,04
Легионеллёз	18	0,01
Инфекционный мононуклеоз	11485	8,0
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	32083	22,3
Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной или неуточнённой локализации	28 709 726	20 003,2
Грипп	3 468 857	2416,9
Цитомегаловирусная инфекция	1134	0,8
Малярия впервые выявленная	533	0,4

Паразитоносители малярии	15	0,01
Поствакцинальные осложнения	285	0,2

Задача 7

Своеобразие варианта механизма передачи возбудителя определяет: а)клиническая форма болезни у источника инфекции б) активность источника инфекции в) иммунный статус источника инфекции г) видовая принадлежность источника инфекции д) локализация возбудителя в организме источника инфекции е) устойчивость возбудителя во внешней среде ж) патогенность и вирулентность возбудителя.

Дайте развернутый ответ с обоснованием правильного варианта.

Задача 8

Пользуясь приведённым описанием вспышки:

— назовите инфекцию;
— укажите, к какой эколого-эпидемиологической классификационной группе инфекционных болезней она относится;
— обоснуйте техногенную очаговость инфекции;
— назовите механизм заражения, источник инфекции и факторы передачи.

Впервые вспышка тяжёлых пневмоний была зарегистрирована в июне-августе 1976 г. в одном из штатов США. Всего зарегистрирован 221 случай заболевания, 34 — со смертельным исходом. Жертвами стали участники ежегодного конгресса одной из организаций США, проходившего в те же дни в отеле, а также другие лица, проживающие в том же отеле или побывавшие в нём и использовавшие душ и бытовые увлажнители воздуха. Первоначальные предположения о причинах вспышки были весьма разнообразны. Исследователи пытались прежде всего выявить токсические факторы или инфицирование известными возбудителями. Однако лишь через 5 мес выделили неизвестные бактерии из лёгочной ткани умершего. Сравнение сыворотки больных и здоровых людей доказало этиологическую роль выделенного микроорганизма.

Подобные вспышки регистрировались на всех континентах, выявлялись круглогодично, но пик заболеваемости приходился на летние и осенние месяцы.

Широкому распространению возбудителя, вызывающего подобные вспышки тяжёлых пневмоний, способствовали интенсивное загрязнение водоёмов, создание искусственных водохранилищ, различных технических систем, в частности кондиционеров, турбогенераторов, работа которых сопровождалась образованием водного аэрозоля, в промышленности, в быту, медицинских учреждениях. Экологические исследования показали, что размножение и распространение описываемых микроорганизмов значительно возрастали при ассоциации с сине-зелёными водорослями. (По материалам С.В. Прозоровского, В.И. Покровского. Будущее науки. — 1987. — Вып. 20. - С. 165.)

Это легионеллез, который относится к водным сапронозам. Распространение возбудителя связано с его накоплением в кондиционерах. Техногенная очаговость инфекции обоснована в самой задаче. Механизм передачи аэрозольный, а фактором передачи служит воздух.

Задача 9

Приведите примеры инфекций, подверженных воздействию различных экологических факторов, и внесите их в табл. 8.

Таблица 8. Экологические факторы и примеры инфекций, подверженных их воздействию

Экологические факторы	Болезни, подверженные их воздействию
Абиотические факторы: климатические; гидрологические ; почвенные	

Биотические факторы: иммунный статус хозяина; экология хозяев и переносчиков	

Задача 10

А. Дайте определение понятий «предпосылки» и «предвестники» ухудшения эпидемиологической ситуации.

Б. Перечислите основные социальные и природные предпосылки ухудшения эпидемиологической ситуации при:

а) кишечных инфекциях;

б) инфекциях дыхательных путей;

в) зоонозах.

В. Перечислите основные социальные и природные предвестники ухудшения эпидемиологической ситуации при:

а) кишечных инфекциях;

б) инфекциях дыхательных путей;

в) зоонозах.

Тема 2. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ МЕТОД КАК ИНСТРУМЕНТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДЕСКРИПТИВНЫЕ МЕТОДЫ.

1. **Ориентировочная основа действия (ООД) по проведению практического занятия (лабораторного, семинарского и т.д.).**

Рекомендуется выполнить задания 1-2 с учетом соответствующей ориентировочной основы действий.

Задание 1.

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний является одной из ведущих для здравоохранения большинства стран Мира. В таблице №2 представлены данные по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний населения условной развивающейся Африканской страны («Н»). В таблице №3 представлены данные по смертности от болезней сердца в условной развитой Европейской стране («Ф»).

Выполните задания и дайте ответы на вопросы.

1. Рассчитайте показатели смертности (на 100.000 населения).
2. Сравните показатели смертности в развитой и развивающейся стране. Объясните сходство или различие показателей.
3. Проведите стандартизацию показателей смертности (методом прямой стандартизации).
4. Сравните стандартизованные показатели.
5. Сформулируйте гипотезы о факторах риска.
6. Выделите и оцените наиболее значимые гипотезы.

7. Какие приемы формальной логики использовались при формулировании гипотез?

Таблица 2

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний совокупного населения и по отдельным возрастным группам развивающейся Африканской страны «Н».

Возраст	Учтенное население (N)	Число смертей (A)	Смертность (M)
До 15 лет	10.006.700	325	3,2
15-24	4.584.200	230	5,0
25-34	3.170.300	351	11,1
35-44	2.583.100	690	26,7
45-54	2.180.600	1.982	90,9
55-64	1.530.300	4.217	275,6
65-74	790.200	7.403	936,9
75 и старше	430.900	14.865	3.449,8
Всего	25.276.300	30.063	118,9

Таблица 3

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний совокупного населения и отдельных возрастных групп развитой Европейской страны «Ф».

Возраст	**Учтенное население (N)**	**Число смертей (A)**	**Смертность (M)**
До 15 лет	18.595.391	255	1,4
15-24	8.006.668	292	3,6
25-34	7.606.104	1.167	15,3
35-44	8.027.117	5.956	74,2
45-54	6.828.480	18.527	271,3
55-64	5.190.772	38.260	737,1
65-74	3.665.614	63.783	1.740,0
75 и старше	1.854.246	92.007	4.962,0

Всего	59.774.392	220.247	368,5

Таблица 4

Прямой метод стандартизации. Расчет стандартизованных показателей.

Возраст	СТАНДАРТ сумма населения двух стран	Ожидаемое число больных (А)	
		Для страны «Н» А «Н»	Для страны «Ф» А «Ф»
До 15 лет	28.602.091	915	400
15-24	12.590.868	630	453
25-34	10.776.404	1.196	1.649
35-44	10.610.217	2.833	7.873
45-54	9.009.080	8.189	24.442
55-64	6.721.072	18.523	49.541
65-74	4.455.814	41.747	77.531
75 и старше	2.285.146	78.833	113.389
Всего	85.050.692	152.866	275.278
Стандартизо-ванный пока-затель	100.000	179,7	323,7

Стандарт – сумма населения двух стран. С= N «Н» + N «Ф»

$$\text{Ожидаемое число больных} = \frac{\text{население х смертность}}{100.000963,*-}.$$

$$\text{Стандартизованный показатель} = \frac{\text{ожидаемое число больных х 100.000}}{\text{Стандарт}}.$$

Задание 3.

Девяностые годы XX века ознаменовались в России чрезмерным ростом заболеваемости социально-значимыми инфекциями, в том числе сифилисом и ВИЧ-инфекцией. В таблице №5 представлены данные по сифилису и ВИЧ-инфекции в одном из краев Дальневосточного региона России.

Рассчитайте необходимые для анализа статистические показатели. Какие это будут показатели: интенсивные, экстенсивные, соотношения, наглядности? Сделайте графическое изображение динамики заболеваемости по правилу золотого сечения.

Сформулируйте гипотезы о факторах риска заболеваемости сифилисом и ВИЧ-инфекцией. Какие приемы формальной логики были использованы для формулирования гипотез?

Таблица 5

Данные по выявлению случаев ВИЧ-инфекции и сифилиса в Н-м крае.

годы	Население N	Число обследованных на ВИЧ-инф.	Случаи ВИЧ-инфекции A	Сифилис A
1989	2.256.100	235.056	1	107
1990	2.281.100	390.444	0	125
1991	2.281.100	443.129	0	199
1992	2.299.600	512.074	3	877
1993	2.309.200	527.688	2	2.197
1994	2.286.900	547.229	1	4.445
1995	2.191.825	524.932	8	8.121
1996	2.173.731	416.259	9	8.712
1997	2.173.000	388.113	8	7.902
1998	2.208.174	472.041	20	6.916
1999	2.659.983	523.455	93	6.102
2000	2.197.838	668.211	1.135	4.066

<u>Ориентировочная основа действия при выполнении задания №1.</u>

1. Рассчитайте показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в развивающейся африканской стране «Н» (табл. 2) по формуле:

$$M = \frac{A}{N} \times K \text{, где } K = 100.000 .$$

Полученные результаты занесите в таблицу, оформленную в рабочей тетради (табл. 2).

2. Проанализируйте распределение показателей смертности в различных возрастных группах. Имеется ли статистическая (причинная) зависимость показателей смертности от возраста. Напишите вывод.
3. Рассчитайте показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в развитой европейской стране «Ф». Полученные результаты оформите в виде таблицы (табл. 3).
4. Проанализируйте распределение показателей смертности в разных возрастных группах. Напишите вывод.

1. Сравните общий показатель смертности (всего населения) в развитой и развивающейся стране. Напишите вывод.
2. Сформулируйте гипотезы о факторах риска, определивших сходство или различие сравниваемых показателей. Для этого выберите приемы формальной логики, позволяющие анализировать показатели. Все гипотезы запишите в тетрадь с обоснованием.
3. Оцените гипотезу о роли различия развитой и развивающейся страны по возрастной структуре населения. Используйте таблицы №2 и №3.
4. Рассчитайте стандартизованные показатели методом прямой стандартизации. Оформите таблицу №4 в тетради.

8.1. Рассчитайте стандарты по возрастам. Это сумма населения двух стран по каждому возрасту.

8.2. Рассчитайте ожидаемое число больных по формуле (приведена в задаче) для каждой возрастной группы в развитой и развивающейся стране на «стандартное» население. Все полученные данные в пунктах 8.1. и 8.2. являются техническими и для выводов не используются.

8.3. Рассчитайте стандарт для всего населения. Это сумма «стандартов по возрастам». Данные занесите в таблицу №4.

8.4. Рассчитайте ожидаемое число больных для всего стандартного населения в развитой и развивающейся стране. Это сумма ожидаемого числа больных по всем возрастам.

8.5. На основе данных пунктов 8.3. и 8.4. рассчитайте два стандартизованных показателя – для развитой и развивающейся страны. Формула представлена в задаче. Результаты заносятся в таблицу.

5. Сравните стандартизованные показатели. Сделайте вывод о роли возрастной структуры в различии показателя смертности в развитой и развивающейся стране. В соответствии с этим сделайте корректировку 6 пункта.
6. Оформите ответы на поставленные в задании вопросы.

<u>Ориентировочная основа действия при выполнении задания №2.</u>

1. Выберите статистический показатель для оценки распространенности ВИЧ-инфекции. Для этого подходят результаты скринингового исследования: инфицированность лиц, подвергшихся обследованию на ВИЧ-инфекцию.

$$\text{Инфицированность} = \frac{\text{случаи ВИЧ инфекции}}{\text{число обследованных}} \times 100.000\ (\text{‰}).$$

2. Результаты оформите в виде таблицы «Инфицированность ВИЧ-инфекцией обследованного населения». Название столбиков:

- годы
- население (N)

- число обследованных на ВИЧ-инфекцию
- удельный вес обследованных (Р)
- количество ВИЧ-инфицированных
- показатель инфицированности (%ооо).

Удельный вес обследованных рассчитывается по формуле:

$$P = \frac{\text{число обследованных}}{\text{население}} \times K \text{, где } K = 100.$$

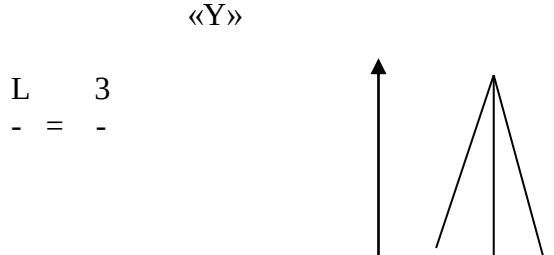
3. Постройте график «Результаты скрининга групп риска на инфицированность ВИЧ-инфекцией». По оси абсцисс – годы. По оси ординат – инфицированность. Для оформления графики используйте правило «золотого сечения» (приложение).
4. Выберите приемы формальной логики для анализа многолетней динамики. Сформулируйте гипотезы.
5. Изучите заболеваемость сифилисом. Для этого оформите таблицу «Заболеваемость сифилисом населения Н-го края с 1989 по 2000 год». Данные возьмите из таблицы №5. Название столбиков:

- годы,
- население края (N),
- количество больных (А),
- заболеваемость на 100.000 населения (I в %ооо).

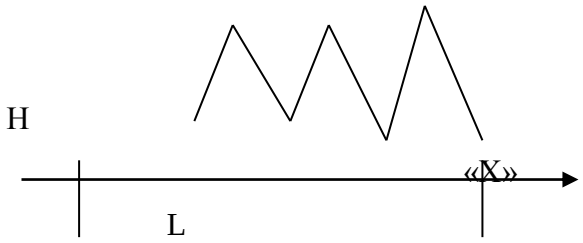
6. Сделайте графическое изображение. По оси абсцисс – годы. По оси ординат – заболеваемость. На плоскости графика – значение показателей заболеваемости. Для построения графика воспользуйтесь правилом «золотого сечения».
7. Выберите приемы формальной логики для анализа многолетней динамики. На основе знаний о факторах эпидемического процесса (социальных, природных и биологических) сформулируйте гипотезы, объясняющие динамику.
8. Сравните результаты по ВИЧ-инфекции и по сифилису. Сделайте коррекцию гипотез о факторах риска.
9. Ответьте на поставленные в задании вопросы.

Ориентировочная основа действия при построении многолетней динамики по правилу золотого сечения.

При построении многолетней динамики заболеваемости по правилу «золотого сечения» высота кривой (Н) относится к длине основания кривой заболеваемости (L), как 2 к 3 (рисунок).



Н 2



1. По оси «Х» отмечаются годы. Выберите произвольно интервал между двумя годами (и). Его величина определит размер графика.
2. Определите длину основания кривой заболеваемости (L).
   L = И х n , где И – величина интервала между двумя годами,
   n – количество лет.
3. По оси «Y» отмечается заболеваемость. Высота кривой заболеваемости от оси «Х» (Н), находится по формуле:

$$H = I \times \frac{2}{3}$$

4. Высота кривой заболеваемости (Н) должна соответствовать максимальной заболеваемости (I max). Н = I max. Максимальная заболеваемость это самый высокий показатель за рассматриваемые годы.
5. Для градуирования шкалы «Y» выберите шаг по заболеваемости (с). Это делается произвольно, в целях наглядности и удобства нанесения значений заболеваемости. Допустим I max = 6,2%ооо, тогда шаг может быть 1%ооо или 0,5%ооо.
6. Рассчитываем величину шага (с) в миллиметрах или сантиметрах (д). Округляем значение до приемлемого и удобного для использования.

$$Д = \frac{Н \times С}{I\ max}$$

7. Градуируем шкалу «Y» в соответствии со значениями С и Д.
8. Осуществляем построение графика многолетней динамики заболеваемости.

ТЕМА 3. АНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ. ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.

Задача 1.

Влияет ли наследственность на формирование рака молочной железы?

В данной задаче исследование типа «случай-контроль» используется для установления влияния наследственности на формирование рака молочной железы у женщин. Под наследственностью понимается наличие у родственников фактора риска (фактора риска

для обследуемых). В исследование взяты родственники первой степени родства (матери, сестры), а также второй степени родства (бабушки, тети). В качестве фактора риска предполагается рак молочной железы, а также другие злокачественные онкологические заболевания. Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты исследования «случай-контроль» по установлению роли наследственности в формировании рака молочной железы.

№	Фактор «риска» (наследственность)	«случай» рак молочной железы, 869 человек			«контроль» здоровые лица, 2.463 человека		
		A	P	q<0,05	A	P	q<0,05
1.	Рак молочной железы	96			140		
2.	Онкопатология: гениталий	79			139		
3.	желудка	132			394		
4.	кишечника	13			34		
5.	легких	35			145		
6.	кожи	3			10		

Задание:

- Проведите статистическую обработку данных: рассчитайте относительные показатели и их доверительные границы (P=95%). Для расчета доверительных границ воспользуйтесь приложением 1 к данной задаче.
- Сделайте графическое изображение полученных результатов.
- Ответьте на поставленные вопросы.
- Рассчитайте показатель «отношение шансов», если значения достоверно различаются. Для этого воспользуйтесь приложением 2. Значения занесите в таблицу 4.

Таблица 4

Оценка результатов исследования «случай-контроль» по показателю «отношение шансов».

№	Фактор «риска» (наследственность)	«случай» рак молочной железы	«контроль» здоровые лица	Отношение шансов
		P$\pm$2m	P$\pm$2m	OR
1.	Рак молочной железы			
2.	Онкопатология: гениталий			
3.	желудка			
4.	кишечника			
5.	легких			
6.	кожи			

Вопросы.

1. Какие относительные статистические показатели использованы в исследовании?

2. Для каких целей используются доверительные границы у статистических показателей?
3. Есть ли наследственная предрасположенность к формированию рака молочной железы? Сделайте обоснование Вашего мнения по результатам, полученным в исследовании.

Приложение 1.

Стандартная ошибка (м) рассчитывается по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{p\,q}{n}}, \text{ где}$$

p – характеризует частоту явления,

q= 1 – p , если p в %, то q = 100 – p,

n – число наблюдений.

Определение доверительных границ:

$$P^{max}_{min} = P \pm t\,m \text{ , где}$$

при вероятности 95% (q<0,05) используется коэффициент t = 1,96 или 2.

Приложение 2.

Расчет показателя «отношение шансов».

Для расчета показателя «отношение шансов» заполняется «латинский квадрат» или таблица четырех полей.

Если в таблицу заносятся относительные показатели (экстенсивные показатели), то дополнительной обработки не требуется. Если в таблицу заносятся абсолютные показатели, то при расчете показателя «отношение шансов» они должны переводиться в относительные показатели!

		Исследуемая группа	
		«случай» больные	**«контроль» здоровые**
Фактор риска	**присутствует**	A	B
	отсутствует	C	D

Показатель «отношение шансов» рассчитывается по формуле:

$$\mathbf{\frac{A}{}\ \frac{D}{}}$$

$$OR = \frac{A \quad D}{C \quad B}.$$

Где: **А** – больные с фактором риска или заболевшие из группы лиц с фактором риска.

В – здоровые с фактором риска или не заболевшие из группы лиц с фактором риска.

С – больные без фактора риска, или заболевшие из группы лиц без фактора риска.

Д – здоровые без фактора риска, или не заболевшие из группы лиц без фактора риска.

Задача 2.
Пример экологического исследования.
Изучение роли сывороточных липидов для формирования ишемической болезни сердца.

Считается что профиль сывороточных липидов, в том числе показатели сывороточного холестерина являются одним из факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС). Долгосрочные исследования показали, что с годами у индивидуумов проявляется тенденция к сохранению в прежнем виде (или с незначительными изменениями) позиции в отношении распределения холестерина сыворотки крови (как в детстве), характерного для сообщества в целом.

В таблице 9 представлены данные по содержанию общего холестерина (ммоль/л) у мальчиков 13 лет в ряде стран Европы в 70-е годы XX века и стандартизованные по возрасту показатели смертности у мужчин от ИБС в 90-е годы XX века (годовой показатель на 100.000 населения в возрасте 30-69 лет).

Задание:

- Рассчитайте коэффициент корреляции рангов (Спирмена). Методика дается в приложении.
- Ответьте на поставленные вопросы.

Вопросы.

1. Влияет ли показатель сывороточного холестерина на формирование ИБС? Ответ обоснуйте.
2. Можно ли оценить степень влияния уровня сывороточного холестерина на показатель смертности от ИБС?

Таблица 5

Данные для изучения роли сывороточного холестерина в формировании ишемической болезни сердца.

№№	страна	Общий холестерин ммоль/литр	Смертность %ооо
1.	Англия	4,6	318
2.	Венгрия	4,0	326
3.	ФРГ (ГДР)	4,8	179
4.	Голландия	4,4	214
5.	Греция	3,6	135
6.	Италия	3,7	136
7.	Норвегия	5,0	266

8.	Россия (СССР)	4,1	349
9.	Финляндия	5,1	390
10.	ФРГ	4,6	204
11.	Чехословакия	4,2	346
12.	Сербия (Югославия)	4,1	154

3. Какие приемы формальной логики положены в основу корреляции рангов Спирмена?
4. Является ли корреляционный анализ (экологические исследования) более доказательными, чем метод «случай-контроль».

Приложение.
Этапы расчета коэффициента корреляции рангов (Спирмена).

1. Расчет показателя осуществляется при заполнении макета таблицы (таблица 10).
2. Ранжирование стран по уровню холестерина. Номер присваивается в порядке убывания от максимального к минимальному (от 1 до 12).
3. Ранжирование стран по показателю смертности.
4. Рассчитывается разность рангов.
5. Рассчитывается квадрат разности и показатель – сумма квадратов разностей.
6. Рассчитывается коэффициент корреляции по формуле:

$$P = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n (n^2 - 1)}$$

Таблица 6

Расчет коэффициента корреляции рангов (Спирмена).

№№	Объект	Ранг		Разность d	Квадрат разности d^2
		По уровню холестерина	По смерт-ности		
1.	Англия				
2.	Венгрия				
3.	ФРГ (ГДР)				
4.	Голландия				
5.	Греция				
6.	Италия				
7.	Норвегия				
8.	Россия (СССР)				
9.	Финляндия				
10.	ФРГ				
11.	Чехословакия				
12.	Сербия (Югославия)				
	n=12				

7. Оценка коэффициента корреляции.

0 – 0,30 - слабая прямая связь,
- 0,30 – 0 - слабая обратная связь,
0,31 - 0,70 - средней силы прямая связь,
- 0,31 - -0,70 - средней силы обратная связь,

0,71 и выше – сильная прямая связь,
- 0,71 и ниже – сильная обратная связь.

Тема 4. МЕТОДЫ АНАЛИЗА ИНФОРМАЦИИ С УЧЕТОМ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. РАБОТА С СИСТЕМАТИЧЕСКИМИ ОБЗОРАМИ. МЕТААНАЛИЗ В СТОМАТОЛОГИИ.

Задача № 1
Метаанализ по методу Пито.

Рассмотрите данные метаанализа двух гипотетических контролируемых испытаний. С помощью метода Пито по результатам Кокрановских обзоров методом расчета суммарного соотношения шансов для качественных исходов (данные представлены в таблице 1) оцените значимость полученных результатов.

ЗАДАНИЕ:

Ориентировочная основа действий приведена в таблице 2.

Таблица 1

Данные двух испытаний терапевтического вмешательства

	Вмешательство	Плацебо	Всего
Исследование №1			
Умерли	18 (a)	30(в)	48 (g)
Выжили	100(c)	100(d)	200(h)
Всего	118(e)	130 (f)	248(n)
Отношение шансов=0,6			
Исследование №2			
Умерли	35	200	235
Выжили	130	500	630
Всего	165	700	865
Отношение шансов=0,67			

Таблица 2

Формулы для расчета суммарного отношения шансов по методу Пито и 95% доверительного интервала

Суммарное отношение шансов	$ОШ_p={}_e\sum^{(Oi-Ei)\backslash sum_variance}$
То же, поэтапный расчет	$\ln ОШ_p= \sum(Oi-Ei)\backslash sum_variance_i$
	$E_i=(e_i*g_i)/n_i$
	$Variance= (E_i*f_i*h_i)/n_i$
Доверительный интервал, 95%	$e^{Ln\ ОШ_t \pm 2/\sqrt{sum\text{-}variance}}$

Таблица 3

Расчеты суммарного отношения шансов и 95 % доверительного интервала по методу Пито применительно к данным таблицы 1.

Ожидаемая частота $E_i=(e_i*g_i)/n_i$ для исследования №1	118*48/248=22,8
для исследования №2	165*235/865=44,8
Разность наблюдаемой и ожидаемой частот для исследования №1 (O_1-E_1)	18-22,8=-4,8
для исследования №2(O_2-E_2)	35-44,8=-9,8

Дисперсия для разности наблюдаемой и ожидаемой частот $(E_i*f_i*h_i)/n_{i*}(ni-1)$ для исследования №1	(22,8*130*200)\(248*247)=9,7
для исследования №2	(44,8*700*630)\(865*864)=26,4
Сумма разностей наблюдаемых и ожидаемых частот ∑(Oi-Ei)	-4,8+-9,8=-14,6
Суммарная дисперсия $sum_variance_i$	9,7+26,4=36,1
Логарифм ОШр	-14,6\36,1=-0,4
Суммарное отношение ОШр=$e^{-0,4}$	0,67
95% доверительный интервал верхняя граница =$e^{-0,67+0,33}$	0,71
Нижняя граница =$e^{-0,67-0,33}$	0,36

Задача №2
Метаанализ программ профилактики кариеса среди детей

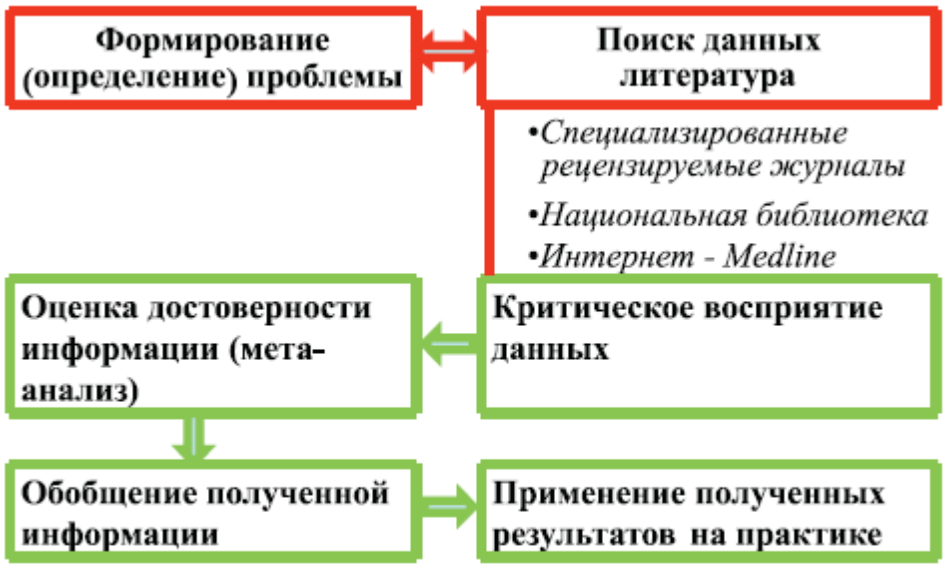


Рис. 1. Алгоритм использования принципов доказательной стоматологии

Первичная профилактика кариеса зубов у детей все еще, на первое десятилетие XXI века, остается актуальной проблемой. Особенно это относится к Европейской части бывшего СССР. Парадоксально, но факт, что имеющийся опыт стран Западной Европы, в которых в течение последних 20-25 лет наблюдалось фантастическое снижение интенсивности кариозной болезни среди детей, в странах Восточной Европы практически не используется. Налицо консерватизм большинства стоматологов, неприемлющих опыт «чужеродной» системы стоматологической помощи.

При этом нередко можно слышать ссылки на разные экономические условия, культуру, традиции и т.д. Разумеется, факторы риска кариозной болезни – это не только известные нарушения гомеостаза системы «слюна-зубной налет - зуб», но и многие опосредованные факторы, в их числе образование, социальный статус, образ жизни и др. [6] Иначе, достаточно сложно объяснить огромную разницу интенсивности кариеса зубов (по индексу КПУ) у детей в разных странах мира (рис. 1). Однако, главное, на наш взгляд, это легко прослеживаемые взаимосвязи уровня КПУ с практической реализацией коммунальных программ профилактики. Так, в странах, где такие программы имеются (США и многие страны Европы)

интенсивность кариеса зубов у детей низкая. В странах, где коммунальных программ профилактики нет – уровень КПУ высокий (Чили, Перу и др.). В этой ситуации определенной загадкой остаются страны, в которых программ профилактики нет, а заболеваемость кариесом низкая (Венесуэла, Гватемала и др.). Уместны ссылки на особенности диеты, наличие фторидов в окружающей среде, но не на «фатальную» неизбежность высокого уровня кариозной болезни в странах СНГ. Потому что условия, в которых живут люди в этих странах примерно одинаковые с другими странами Европы, где кариес зубов у детей фактически ликвидирован (Дания, Швейцария, Великобритания и др.).

ЗАДАНИЕ:

1) найти публикации: Weitz A, Mariñanco MI, Villa A. Reduction of caries in rural school-children exposed to fluoride through a milk-fluoridation programme in Araucania, Chile. Community Dent Health. 2007 Sep;24(3):186-91. и Pakhomov GN, Ivanova K, Moller IJ, Vrabcheva M. Dental caries-reducing effects of a milk fluoridation project in Bulgaria. J Public Health Dent. 1995 Fall;55(4):234-7.

2) оформить заключение в виде мета-анализа по результатам данных публикаций, обосновать необходимость профилактических мероприятий в отношении кариеса у детей.

1. Использование витамина D и его аналогов для предотвращения переломов, связанных с остеопорозом в период инволюции и постменопаузы [5]

Исполнитель. Кокрановская группа по изучению травм опорно-двигательного аппарата. Обзор существенно дополнен 12 ноября 2000 г.
Включено 21 клиническое исследование (КИ), из которых 20 - РКИ (15 606 участников в возрасте от 50 до 106 лет).
Основные результаты. Почти все оценки лечения основаны на единичных исследованиях. Назначение витамина D отдельно, без добавления кальция, не сопровождалось снижением частоты переломов бедренной кости [относительный риск (ОР) 1,20; 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,83 до 1,75)] или других переломов вне позвоночника. Применение витамина D3 с добавками кальция у людей, живущих в домах престарелых, сопровождалось сокращением частоты переломов бедренной кости (ОР 0,74; 95% ДИ от 0,60 до 0,91).
У более молодых участников амбулаторных КИ влияние витамина D на переломы бедра осталось неясным (ОР 0,36; 95% ДИ от 0,01 до 8,78), хотя отмечалось статистически значимое общее снижение частоты внепозвоночных переломов (ОР 0,46; 95% ДИ от 0,23 до 0,90).
Кальцитриол сокращал частоту деформаций позвоночника (ОР 0,49; 95% ДИ от 0,25 до 0,95), причем на третьем году лечения он снижал частоту повторных деформаций позвоночника лучше, чем препараты кальция (ОР 0,28; 95% ДИ от 0,15 до 0,52). Кальцитриол уменьшал частоту внепозвопозончных переломов в единичном небольшом исследовании у пожилых людей, у которых подвижность была ограничена неврологическим заболеванием (ОР 0,12; 95% ДИ 0,02; 0,95).
При сравнении витамина D и его аналогов друг с другом как без добавок, так и с добавками кальция статистически значимых различий не было получено.
Выводы. *Витамин D с добавками кальция снижает риск переломов у некоторых категорий пожилых людей. Однако остается неясным, может ли витамин D без добавок кальция уменьшать частоту переломов. Несмотря на то, что риск побочного действия витамина D невысок, людям, страдающим некоторыми заболеваниями почек или паращитовидных желез, его назначать не следует. Схемы лечения существенно различаются по стоимости. В настоящее время проводятся большие РКИ, которые дадут более точное представление о программах использования добавок витамина D на уровне местных территориальных образований.*

2. Лечение фторидом остеопороза, связанного с постменопаузой [6]

Исполнитель. Кокрановская группа по изучению травм опорно-двигательного аппарата. Обзор существенно дополнен 30 августа 2000 г.
Включено 11 РКИ (1429 участников). Исключено 19 работ.
Основные результаты. Обнаружена более высокая минеральная плотность костной ткани (МПК) поясничного отдела позвоночника в группе больных, подвергавшихся лечению, по сравнению с контрольной группой. Взвешенная разность средних (ВРС) составила 8,1% (95% ДИ от 7,15 до 9,09) после двух лет лечения и 16,1% (95% ДИ от 14,65 до 17,5) после четырех лет лечения.
ОР новых переломов позвоночника статистически значимо не различался в течение двух лет - 0,87 (95% ДИ от 0,51 до 1,46) и четырех лет - 0,9 (95% ДИ от 0,71 до 1,14).
ОР внепозвоночных переломов также статистически значимо не различался и составил за два года 1,2 (95% ДИ 0,68; 2,1), но возрастал за четыре года в группе, где проводилось лечение, - 1,85 (95% ДИ от 1,36 до 2,5), особенно при приеме больших доз препарата и применении таких лекарственных форм, в которых высвобождение действующего вещества не было замедленным.
ОР побочных действий статистически значимо не различался за два года - 2,18 (95% ДИ от 0,86 до 1,21), но возрастал при четырехлетнем курсе лечения - 2,18 (95% ДИ от 1,69 до 4,57), особенно при приеме больших доз фторида и применении таких лекарственных форм, в которых высвобождение действующего вещества не было замедленным.
Частота выбывания из исследования и частота отказов от лечения статистически значимо не различалась ни за два, ни за четыре года лечения.
Выводы. *Несмотря на то, что фторид способен повышать МПК, это никак не сказалось на частоте переломов позвоночника (это относится как к монофторфосфату, так и к натрия фториду). При увеличении дозы фторида риск внепозвоночных переломов возрастал, равно как и риск побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, без увеличения частоты переломов позвоночника. Учитывая, что другие виды лечения, такие как использование эстрогенов, ралоксифена и бифосфонатов, уменьшают частоту переломов позвоночника, применение фторида при остеопорозе не является терапией первого выбора, если речь идет о профилактике переломов.*

3. Применение этидроната для лечения и профилактики остеопороза, связанного с постменопаузой [3]

Исполнитель. Кокрановская группа по изучению заболеваний опорно-двигательного аппарата. Обзор существенно дополнен 25 марта 2001 г.
Включено 13 РКИ (1010 участников). Исключено15 работ.
Основные результаты. Полученные данные свидетельствуют о сокращении частоты переломов позвоночника с суммарным ОР 0,60 (95% ДИ от 0,41 до 0,88). Действия на частоту внепозвоночных переломов не было выявлено - суммарный ОР 1,00 (95% ДИ от 0,68 до 1,42).
После трех лет лечения этидронат повышал МПК в поясничном отделе позвоночника по сравнению с контролем на 4,27% (95% ДИ от 2,66 до 5,88), в области шейки бедренной кости - на 2,19% (95% ДИ от 0,43 до 3,95) и в целом - на 0,97% (95% ДИ 0,39; 1,55). Через четыре года лечения действие было еще более выраженным, хотя число катамнестически прослеженных больных было значительно меньшим.
Выводы. *Этидронат увеличивает МПК в поясничном отделе позвоночника и в области шейки бедренной кости, снижает частоту переломов позвоночника, но не влияет на частоту внепозвоночных переломов. Этидронат относится к первому поколению бифосфонатов и является одним из нескольких лечебных средств, предотвращающих разрежение костной ткани и переломы у женщин с остеопорозом в период менопаузы.*

4. Применение кальция и витамина D при остеопорозе, вызванном кортикостероидами [8]

Исполнитель. Кокрановская группа по изучению заболеваний опорно-двигательного аппарата. Обзор существенно дополнен 30 ноября 1997 г.
Включено 5 РКИ (274 участника). Исключено 3 работы.
Основные результаты. Анализ проводился в течение двух лет после начала лечения кальцием и витамином D. Обнаружено статистически значимое различие между группами вмешательства и контроля в МПК в поясничном отделе позвоночника (ВРС 2,6% при 95% ДИ от 0,7 до 4,5) и в костях конечностей (ВРС 2,5% при 95% ДИ от 0,6 до 4,4). Другие показатели исходов (такие как костная масса шейки бедра, частота переломов, биохимические маркеры костной резорбции) статистически значимо не различались. Побочные действия включали главным образом запор (кальций) и гиперкальциемию (кальцитриол).
Выводы. *Проведенный мета-анализ показал клинически и статистически значимую способность витамина D и кальция предотвращать утрату костной массы в поясничном отделе позвоночника и костях предплечья у больных, лечившихся кортикостероидами. Учитывая невысокую токсичность и низкую стоимость данной комбинации, все больные, у которых начинают терапию кортикостероидами, должны также получать профилактическое лечение кальцием и витамином D. Нет никаких доказательных данных, что кальцитриол более эффективен, чем колекальциферол, но формально такого сравнения в этом анализе не проводилось.*

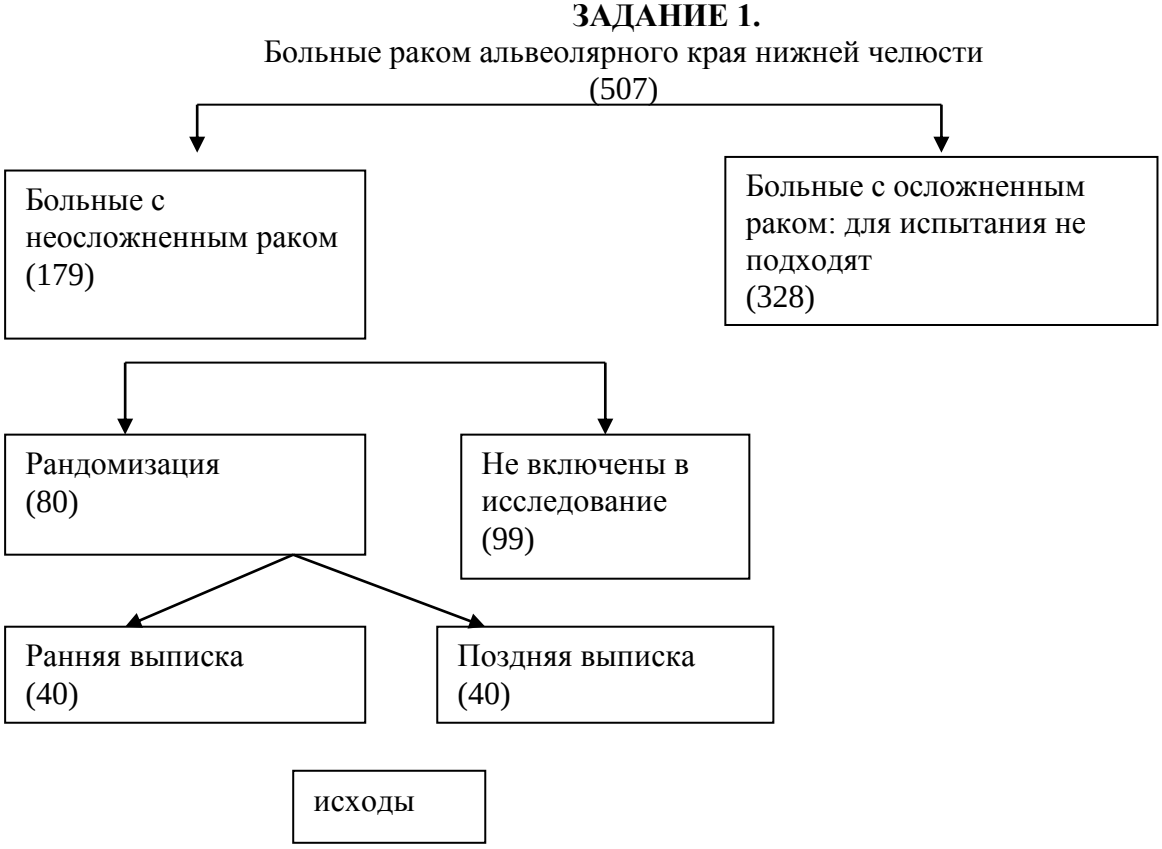
5. Применение кальцитонина для профилактики и лечения остеопороза, вызванного кортикостероидами [4]

Исполнитель. Кокрановская группа по изучению заболеваний опорно-двигательного аппарата. Обзор существенно дополнен 27 октября 1999 г.
Включено 9 РКИ (441 участник). Исключено 3 работы.
Основные результаты. Кальцитонин оказался более эффективен, чем плацебо, в сохранении МПК в поясничном отделе позвоночника после 6 и 12 мес терапии. Значения ВРС составляли соответственно 2,8% (95% ДИ от 1,4 до 4,3) и 3,2% (95% ДИ от 0,3 до 6,1). Через 24 мес МПК в поясничном отделе позвоночника статистически значимо не отличалась в сравниваемых группах - ВРС 4,5% (95% ДИ от 0,6 до 9,5).
МПК в дистальном отделе лучевой кости после 6 мес лечения была выше в группе пациентов, получавших кальцитонин, но в области шейки бедренной кости в сравниваемых группах она не различалась. ОР переломов также статистически значимо не различался в группах сравнения: значения его составили 0,71 (95% ДИ от 0,26 до 1,89) для позвоночных переломов и 0,52 (95% ДИ от 0,14 до 1,96) для внепозвоночных переломов.
КИ с участием пациентов, получавших кортикостероиды свыше 3 мес с лечебной целью (эти КИ были низкого методологического качества), показали бЧльший эффект кальцитонина в сохранении МПК позвоночника, чем КИ, посвященные профилактике. Значимого различия в эффекте разных доз (50-100 МЕ по сравнению с 200-400 МЕ) не отмечено. Однако подкожно вводимый кальцитонин существенно эффективнее предохранял от утраты массы костной ткани. Частота выбывания участников исследования из-за побочных действий препарата (как правило, тошнота и покраснение лица) была выше в группе применения кальцитонина, ОР 3,19 (95% ДИ от 0,66 до 15,47).
Выводы. *Кальцитонин по сравнению с плацебо способен сохранять костную массу в поясничном отделе позвоночника на первом году лечения кортикостероидами, но не влияет на область шейки бедра. Защитный эффект препарата может быть большим при лечении больных, которые получали кортикостероиды свыше 3 мес. Вопрос о способности кальцитонина предотвращать переломы при остеопорозе, вызванном кортикостероидами, остается открытым*

Тема 5. МЕТОДЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НЕИНФЕКЦИОННОЙ

ПАТОЛОГИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

ЗАДАНИЕ 1.



0	0	смерть
6	10	Повторная госпитализация
0	5	Рецидив
3	8	Больные со регионарными метастазами

Задание

1. **Изучите представленную схему и составьте ее заголовок.**

Ответ:

Дизайн исследования исходов ранней и поздней выписки при неосложненном раке альвеолярного края нижней челюсти

2. **Укажите, какими терминами следует обозначить дизайн данного исследования и объясните основные его этапы.**

Ответ:

Дизайн данного исследования следует обозначить, как клиническое рандомизированное исследование исходов ранней и поздней выписки при неосложненном раке альвеолярного края нижней челюсти..

Этапы исследования:

- Составление программы и планов исследования. Определение объекта исследования: больные с альвеолярным раком края нижней челюсти. Для формирования исследуемой группы берутся все больные с альвеолярным раком края нижней челюсти из которых выделяются лица с неосложненным и осложненным раком.

Группа больных с неосложненным раком исследуется на соответствие критериям включения или исключения, для устранения случайных и систематических ошибок, для достижения достоверности.

В рассматриваемом исследовании критериям включения больных раком края нижней челюсти соответствовало 80 пациентов.

Этап формирования опытной и контрольной группы. В настоящем исследовании применялся метод рандомизации. Сформирована группа «ранней выписки» (40 пациентов) и группа «поздней выписки» (40 пациентов).

Этап учета исходов исследования.

Этап статистической обработки результатов.

Формулирование выводов исследования.

3. **Укажите, какой или какие показатели (величины, коэффициенты) рассчитываются при такой организации исследования и расшифруйте их эпидемиологический смысл.**

Ответ:

При такой организации исследования рассчитываются статистические показатели, характеризующие исходы рака нижней челюсти после лечения при ранней и поздней выписке.

- Удельный вес повторной госпитализации при ранней выписке (Р1):

$$P1 = \frac{6}{40} \cdot 100\% = 15\%$$

- Удельный вес повторной госпитализации при поздней выписке (Р2):

$$P2 = \frac{10}{40} \cdot 100\% = 25\%$$

Кроме того, для показателей рассчитывается средняя ошибка (м) и доверительные границы Р+2м (Р=95%). Возможет расчет критерия Стьюдента.

$$M1 = \sqrt{\frac{p\,q}{n}} = \sqrt{\frac{15 \times 85}{40}} = 6,3$$

$$M2 = \sqrt{\frac{p\,q}{n}} = \sqrt{\frac{25 \times 75}{40}} = 6,8$$

$$P1+2м1 = 15+12,6\%$$

$$P2+2м2 = 25+13,6\%$$

- Удельный вес повторных инфарктов при поздней выписке, средняя ошибка и доверительные границы:

$$P3 = \frac{5}{40} \cdot 100\% = 12,5\%$$

$$M3 = \sqrt{\frac{p\,q}{n}} = \sqrt{\frac{12,5 \times 87,5}{40}} = 5,2\%$$

$$P3+2м3 = 12,5+5,2\%$$

- Удельный вес больных раком нижней челюсти при ранней выписке, средняя ошибка и доверительные границы (очевидно исследователи изучали пациентов с раком без регионарных метастазов или она была у всех пациентов?!):

$$P4 = \frac{3}{40} \cdot 100\% = 7{,}5\%$$

$$M4 = \sqrt{\frac{p\,q}{n}} = \sqrt{\frac{7{,}5 \times 92{,}5}{40}} = 4{,}2\%$$

$$P4+2м4 = 7{,}5+8{,}4\%$$

- Удельный вес больных с метастзами, средняя ошибка и доверительные границы (очевидно исследователи изучали пациентов с раком без метастазов или они была у всех пациентов?!):

$$P5 = \frac{8}{40} \cdot 100\% = 20\%$$

$$M5 = \sqrt{\frac{p\,q}{n}} = \sqrt{\frac{20 \times 80}{40}} = 6{,}3\%$$

$$P5+2м5 = 20+12{,}6\%$$

Эпидемиологический смысл полученного результата клинического испытания ранней и поздней выписки заключается в том, что ранняя выписка более целесообразна, по исходам заболевания. Однако, достоверность по альтернативному распределению не высока, незначительно ниже 95% (q=0,05).

4. **Объясните, что означают термины «внутренняя и внешняя достоверность» данных эпидемиологического исследования и можно ли результаты этого исследования экстраполировать на всех больных инфарктом миокарда.**

Ответ:

Внутренняя достоверность эпидемиологического исследования достигается исключением случайных и систематических ошибок и наличием контрольной группы. Реализуется это при правильной и корректной организации исследования при осуществлении подбора пациентов для испытания и рандомизацией. Несомненно, ошибки могут быть связаны с ведением пациентов в постоперационный период, лечением которое они получают. Поздняя выписка – это еще и комплекс лечебных мероприятий.

Внешняя достоверность определяет соответствие полученного результата генеральной совокупности больных раком. В данном случае говорить о внешней достоверности мы не можем. Нам даже не известна характеристика лечебного учреждения, особенности контингента и получаемого лечения. В задаче не приводятся и составляющие такого интегрального фактора, как поздняя госпитализация.

ЗАДАНИЕ 2.

Число новых случаев контактного стоматита (КГ) в Москве среди женщин 20-69 лет в зависимости от наличия или отсутствия лекарственной аллергии (ЛГ)

группы	Новые случаи КС		всего
	есть	нет	
Основная группа – ЛАГ есть	64	79	143

Контрольная группа – ЛАГ нет	219	815	1034
всего	283	894	1177

Примечание: различие в частоте новых случаев КС в опытной и контрольной группе достоверно ($p \leq 0,05$).

Задание

1. **Укажите возможные недостатки (упущения) в названии таблицы. Назовите тип представленной таблицы. Укажите, какими терминами следует обозначить дизайн данного исследования.**

Ответ

Вызывает возражение в названии таблицы словосочетание «число новых случаев контактного стоматита». Рассматривается заболеваемость или инцидентность контактным стоматитом в группах лиц с наличием и отсутствием лекарственной аллергии. Вызывает возражение и словосочетание «в Москве среди женщин 20-69 лет». Поскольку исследуемая группа может не отражать характеристики «женщин 20-69 лет, проживающих в Москве» по способу формирования.

Тип представленной таблицы соответствует «латинскому квадрату» или «четырехпольной таблице».

Дизайн данного исследования можно обозначить терминами эпидемиологическое исследование, аналитическое исследование, когортное исследование.

2. **Определите цель этого исследования.**
   Ответ

   Целью аналитического когортного исследования является оценка роли фактора риска, лекарственной аллергии, в формировании контактного стоматита.

3. **Укажите, какие показатели (величины, коэффициенты) позволяют рассчитать данные этой таблицы и расшифруйте их эпидемиологический смысл.**

Ответ

Основой для получения показателей «риска» по изучаемому фактору являются

интенсивные показатели – заболеваемость или инцидентность.

- Заболеваемость в группе лиц с лекарственной аллергией:

$$I = \frac{A}{N} \times 100\% = \frac{64}{143} \times 100\% = 44,8\%$$

- Заболеваемость в группе лиц без лекарственной аллергии:

$$I = \frac{A}{N} \times 100\% = \frac{219}{1034} \times 100\% = 21,2\%$$

- Относительный риск (RR) (формирования контактного стоматита у лиц с рассматриваемым фактором риска):

$$RR = \frac{I(f+)}{I(f-)} = \frac{44,8\%}{21,2\%} = 2,1$$

- Абсолютный риск (AR) или атрибутивный, или дополнительный (формирования контактного стоматита при наличии фактора риска):

AR = I(f+) – I(f-) = 44,8% - 21,2% = 23,6%

- Атрибутивный индекс:

$$AI = \frac{I(f+) - I(f-)}{I(f+)} \times 100\% = \frac{44,8 - 21,2}{44,8} \times 100\% = 52,7\%$$

Эпидемиологический смысл показателей: когортное исследование позволило не только утверждать, что рассматриваемый фактор является фактором риска по заболеваемости (оценить гипотезу о факторе), но и сделать количественную оценку вклада рассматриваемого фактора в заболеваемость.

Абсолютный риск показывает вклад фактора в заболеваемость в интенсивном показателе.

Атрибутивный индекс показывает долю фактора в заболеваемости – 53% заболеваемости приходится на наличие лекарственной аллергии.

Относительный риск – отвлеченный показатель (во сколько раз). Он дает ориентировочную оценку. Желательно использовать в комплексе с показателем заболеваемости.

4. **Объясните, что означают термины «внутренняя и внешняя достоверность данных эпидемиологического исследования» и можно ли результаты этого исследования экстраполировать на всех женщин 20-69 лет.**

Ответ

Внутренняя достоверность достигается исключением случайных и систематических ошибок. Случайные ошибки – часто исключаются величиной исследуемой группы. В настоящем случае достоверность была достигнута не совсем корректно: значительным увеличением контрольной группы.

Кроме того, для исключения систематических ошибок, при большом коридоре по возрасту исследуемых (от 20 до 69 лет) необходимо полное сходство по возрастной структуре в опытной и контрольной группе. Достигается это либо стратификацией, либо уравнением, либо парной выборкой.

Внешняя достоверность достигается наличием стандарта, позволяющего добиться сходства исследуемой группы с генеральной совокупностью по значимым признакам (женщины 20-69 лет). В нашем случае нет оснований для утверждения, что исследуемые женщины соответствуют женщинам 20-69 лет по Москве. В задаче ни чего не сказано как проводился отбор лиц для исследования. Возможно, характеристики исследуемой группы не отражают общие данные по Москве.

Тема 6. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ

МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ И ЧС.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ И ПРИ ЧС.

Задача 1.
Амбулатория медицинского пункта, оказывающая неотложную стоматологическую помощь расположена на территории природного очага чумы. Среди грызунов отмечена эпизоотия чумы. В соседнем полку единичные случаи чумы.

Задача 2.
Подвижный отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП), оказывающий стоматологическую помощь, прибыл в очаг клещевого энцефалита (КЭ). Находится в нем в течение 2 недель. Среди личного состава и местного населения больных КЭ нет.

Задача 3.
10 января 8 МСП взял штурмом пункт К; у 20% личного состава обнаружен педикулез. Среди населения пункта К – групповое заболевание сыпным тифом Помывка личного состава проведена 12 дней назад.

Задача 4.
Отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП) с целью оказания медицинской стоматологической помощи прибыл на территорию природного очага чумы летом. Больных чумой среди населения нет. Личный состав привит против чумы 2 месяца назад. Численность грызунов не велика, эпизоотии нет.

Задача 5.
При организации амбулатории для оказания неотложной стоматологической помощи обнаружено, что личному составу полка не хватает воды для бытовых нужд. Много мух. Госпитализировано 2 больных шигеллезами (случаи между собой не связаны). Среди местного населения групповые заболевания дизентерией с тенденцией к распространению

Задача 6.
Полк прибыл на территорию, на которой противник применил БО; результатов индикации нет. Среди личного состава полка 1 больной дизентерией. Данных об инфекционной заболеваемости в районе расположения нет.

Задача 7.
При лечении кариеса в амбулатории К среди личного состава корабля единичные случаи гриппа. На соседних кораблях и среди населения – вспышка гриппа.

Задача 8.
Корабль, выполняя боевое задание, оказался в зоне бактериального заражения, что было обнаружено через 24 часа после прибытия корабля на военно-морскую базу. Результатов индикации нет. В районе базирования БО не применялось. Личной состав корабля после рейса общался с населением в районе базирования.

Задача 9.
До 60% пациентов, находящихся в госпитале в отделении челюстно-лицевой хирургии поражено пищевой токсикоинфекцией. Среди местного населения подобных заболеваний нет.

Задача 10.
За последнюю неделю с корабля II ранга госпитализировано 8 больных дизентерией, все из команды (25 человек) работавших на строительстве берегового объекта. В районе

базирования среди населения регистрируются единичные случаи заболевания ОКИ, в том числе и шигеллезами.

Задача 11.

Среди личного состава, госпитализированного в отделение челюстно-лицеовй хирургии, за последние 3 дня 6 человек заболело ОРЗ. В соседних населенных пунктах зарегистрированы вспышки ОРЗ неизвестной этиологии

Задача 12.

Прибывший на корабль I ранга из местной командировки матрос заболел бубонной чумой. Плотность грызунов высока. От грызунов выделены штаммы возбудителей чумы

Ориентировочная основа действий для решения ситуационных задач

Оценка санитарно-эпидемиологической обстановки
а) на корабле, части;
б) в районе расположения воинской части, дислокации корабля

Перечень противоэпидемических мероприятий указать в следующем порядке:

1 Организационные мероприятия

1.1. Доклад о санитарно-эпидемиологическом состоянии командиру и вышестоящему медицинскому начальнику.

1.2. О санитарно-эпидемиологическом состоянии объявляется приказом командующего флотом, флотилией, фронтом, армией.

1.3. Руководство противоэпидемическими мероприятиями осуществляет:

- НМС корабля, части;
- НМС дивизии, флагманский врач;
- НМС армии.

2. Режимно-ограничительные мероприятия, порядок их введения.

1.1. Усиленное медицинское наблюдение.
1.2. Обсервация.
1.3. Карантин.

2. Усиление противоэпидемических мероприятий.

2.1. Увеличение перечня мероприятий, их кратности, изменение сроков.
2.2. Увеличение числа коек в изоляторе, развертывание изоляторов для больных ООИ, подозрительных на ООИ, контактных с больными ООИ.
2.3. Уточнение порядка эвакуации и госпитализации больных ООИ.

3. Проведение специальных мероприятий.

3.1. Дезинфекция.
3.2. Дезинсекция.
3.3. Дератизация.

Указать способы, средства, методику.

3.4. Экстренная профилактика.

4. Плановые мероприятия.

При благополучном санитарно-эпидемиологическом состоянии выполняются противоэпидемические мероприятия в соответствии с планом.

ПРИМЕРНЫЙ ЭТАЛОН К РЕШЕНИЮ ЗАДАЧИ №12.

Оценка санитарно-эпидемиологического состояния:

- на корабле – неблагополучное;
- в районе базирования – чрезвычайное.

1. Организационные мероприятия:

- доклад о неблагополучном санитарно-эпидемиологическом состоянии командиру

корабля и флагманскому врачу;

- о неблагополучном санитарно-эпидемиологическом состоянии объявляется приказом командира соединения (флагмана).

2. Режимно-ограничительные мероприятия:

В соответствии с распоряжением флагмана, командир корабля вводит режим обсервации с выполнением соответствующих противоэпидемических мероприятий.

3. Усиление противоэпидемических мероприятий

- увеличение числа коек в изоляторе;
- уточнение порядка эвакуации больных

4. Проведение специальных мероприятий:

- дератизация с одновременной дезинсекцией. Способ физический. Метод – отлов грызунов живоловками, сбор их в хлопчатобумажные пакеты, помещение в емкость, усыпление эфиром или хлороформом с последующим уничтожением (сжиганием).
- экстренная профилактика личного состава против чумы. Средства по степени убывающей эффективности: - доксициклин;
  - рифампицин;
  - сульфатон;
  - тетрациклин.

Пример экстренной профилактики доксициклином:

Способ – внутрь; разовая доза 0,2 г.

Кратность в сутки – 1 раз.

Продолжительность курса 7 дней.

Средняя доза на курс – 0,2 г*7 = 1,4.

3.1.4. Примерная тематика рефератов:

1. Национальный календарь профилактических прививок. Организация прививочного дела.
2. Корь, краснуха. Общая характеристика группы воздушно-капельных инфекций.
3. Аллергические заболевания в стоматологической практике
4. Вирусные инфекции дыхательных путей
5. Распространенность аномалий и самостоятельных заболеваний языка.
6. Факторы риска развития изменений слизистой оболочки рта при дерматозах
7. Эпидемиология токсических поражений ротовой полости
8. Эпидемиология доброкачественных новообразований ротовой полости
9. Эпидемиология кандидозной инфекции ротовой полости: распространенность, факторы риска
10. Эпидемиология фузоспирохетоза: факторы риска
11. Эпидемиология осложнений имплантации зубов
12. Инфекционные заболевания ротовой полости при протезировании различными материалами: анализ современного состояния проблемы

3.1.5. Темы для слайд-презентаций.

1. Вакцинопрофилактика в работе врача-стоматолога.
2. Инфекции с гемоконтактным механизмом передачи.
3. Гепатиты в структуре ИСМП.
4. Методы дезинфекции в стоматологии.

5. Химические средства дезинфекции в стоматологии.
6. Эпидемиологические исследования в стоматологии
7. Вирусные инфекции дыхательных путей.
8. Бактериальные инфекции дыхательных путей.
9. Эпидемиологические аспекты онкопатологии в стоматологии.
10.Эпидемиология грибковых инфекций в стоматологии.

3.1.6. Темы для докладов, сообщений.

1. Чрезвычайные ситуации. Противоэпидемические мероприятия в ЧС.
2. Общая характеристика инфекций с гемоконтактным механизмом передачи.
3. Эпидемиология и профилактика парентеральных вирусных гепатитов
4. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции
5. Эпидемиология и профилактика парентеральных вирусных гепатитов
6. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции
7. Понятие о внутрибольничных инфекций. Причины и условия их возникновения в стационарах различного профиля.
8. Причины возникновения ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля.
9. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.
10. Профилактика профессиональных заражений медицинских работников

3.1.7. Темы для эссе.

1. Эпидемиологические исследования в стоматологии.
2. Анализ мета-анализов и систематических обзоров в стоматологии.
3. Современные направления исследований в стоматологии.
4. Антибиотикорезистентность в стоматологии
5. Профессиональные заражения в стоматологии.
6. Факторы профессионального риска заражения в стоматологии
7. ВИЧ-инфекция в стоматологии
8. организация профилактических программ обследования в стоматологии
9. Распространение стоматологической патологии в России.
10. Распространение стоматологической патологии в мире.

3.2. Тестовые задания

Компетенция и ее наименование: ОПК-13

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

ТЕМА 1.

Задания для контроля уровня сформированности компетенций в учебное время.

1. Понятие "эпидемической конституции мест и лет" для объяснения

развития эпидемий в разных местах и в разное время предложил:

1) врач античной древности Клавдий Гален
2) врач древней Греции Гиппократ
3) таджикский врач средневековья Авиценна

2. Термин "эпидемический процесс" ввел в эпидемиологию:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

3. Теорию механизма передачи инфекции разработал:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

4. Автор теории природной очаговости трансмиссивных болезней человека:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

5. Теорию саморегуляции паразитарных систем разработал:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

6. Спорадической заболеваемостью называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

7. Эндемией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость

3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

8. Энзоотией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

9. Эпидемией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

10. Эпизоотией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

11. Необычно широкое (континентальное или глобальное) распространение на высоком уровне инфекционных заболеваний называется:

1) пандемией
2) эндемией
3) энзоотией
4) эпизоотией
5) эпидемией

12. К антропонозам относятся:

1) грипп
2) малярия
3) сальмонеллез
4) столбняк
5) туляремия
6) шигеллез
7) ВИЧ-инфекция

13. К зоонозам относятся:

1) грипп
2) малярия
3) сальмонеллез
4) столбняк
5) туляремия

6) шигеллез
7) ВИЧ-инфекция

14. К сапронозам относятся:

1) грипп
2) малярия
3) сальмонеллез
4) столбняк
5) туляремия

15.Основой перспективного планирования противоэпидемических мероприятий служат результаты:

1) ретроспективного эпидемиологического анализа
2) оперативного эпидемиологического анализа
3) обследования эпидемических очагов

16.Сроки начала и окончания, а также выраженность сезонного подъема заболеваемости определяются по результатам:

1) анализа многолетней динамики заболеваемости
2) анализа годовой динамики заболеваемости
3) анализа заболеваемости в социально-возрастных группах населения

17.Цикличность эпидемического процесса выявляется и оценивается по результатам:

1) анализа многолетней динамики заболеваемости
2) анализа годовой динамики заболеваемости
3) анализа заболеваемости в социально-возрастных группах населения

18.Показатели уровня заболеваемости внутрибольничными инфекциями относятся к:

1) интенсивным показателям
2) экстенсивным показателям
3) показателям наглядности

19.Показатели структуры заболеваемости внутрибольничными инфекциями относятся к:

1) интенсивным показателям
2) экстенсивным показателям
3) показателям наглядности

20.Оперативный (текущий) анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями в лечебно-профилактическом учреждении должен проводиться:

1) по данным ежедневной регистрации ВБИ
2) по данным еженедельного учета заболеваемости ВБИ
3) по данным ежемесячного учета заболеваемости ВБИ

21.Эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний проводится в целях:

1) выявления источников инфекции, больных и бактерионосителей
2) определения цикличности эпидемического процесса
3) определения границ эпидемического очага
4) выявления круга лиц, подвергшихся риску заражения
5) определения начала сезонного подъема заболеваемости
6) определения путей передачи возбудителя
7) выбора мероприятий по ликвидации очага

22.Территория инфекционного стационара, расположенного в составе многопрофильной больницы:

1) должна иметь общее с больницей ограждение
2) должна иметь ограждение по периметру участка
3) должна быть разделена на “чистую” и “грязную” зоны полосой зеленых насаждений

23.Транспорт, доставивший инфекционного больного:

1) подвергается обеззараживанию владельцем транспорта
2) подвергается обеззараживанию персоналом больницы на специально отведенной площадке
3) может не обеззараживаться по усмотрению врача-инфекциониста

24.Приемное отделение инфекционного стационара должно иметь:

1) изолированный смотровой кабинет
2) не менее двух смотровых кабинетов с общим наружным входом
3) не менее двух смотровых кабинетов с самостоятельным наружным входом

25.Медицинский персонал при входе в бокс к инфекционному больному обязан:

1) во всех случаях надевать 4-слойную маску из марли
2) надевать второй халат, при выходе снимать его, мыть и дезинфицировать руки
3) вытирать ноги о коврик, смоченный дезинфицирующим раствором

26.Смена халатов и колпаков в инфекционном стационаре должна производиться:

1) ежедневно
2) не реже 1 раза в неделю
3) не реже 2 раз в неделю
4) при загрязнении выделениями больных - немедленно

27.Раздачу пищи инфекционным больным производят:

1) буфетчицы
2) дежурные медсестры отделения
3) технический персонал

ОТВЕТЫ:

1	2	**10**	3	**19**	2
2	3	**11**	1	**20**	1
3	3	**12**	1,2,6,7	**21**	1,3,4,6,7
4	6	**13**	3,5	**22**	2,3
5	2	**14**	4	**23**	2
6	2	**15**	1	**24**	3,2
7	4	**16**	2	**25**	3
8	5	**17**	1	**26**	3,4
9	1	**18**	1	**27**	1,2

Задания для самоконтроля подготовки к практическому занятию (тесты и эталоны).

1. **Общие закономерности возникновения и распространения болезней человека изучает**

А) эпидемиология, как общемедицинская наук
В) эпидемиология инфекционных заболеваний
Б) эпидемиология неинфекционных заболеваний
Г) эпидемиология болезней недостаточности питания

2. **Инфекционные болезни животных, к которым восприимчив человек называются**

А) антропонозы
Б) зоонозы

3. **Факторы передачи – это**

А) эволюционно выработанный механизм, обеспечивающий паразиту смену биологического хозяина
Б) элементы внешней среды, которые обеспечивают перенос возбудителя из одного организма в другой
В) элементы внешней среды, которые обеспечивают перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки

4. **Механизм передачи – это**

А) эволюционного сложившийся способ передачи заразного начала из одного биологической хозяина в другой
Б) элементы внешней среды, обеспечивающие перенос возбудителя из одного организма в другой

5. **К путям передачи относят**

А) фекально-оральный
Б) контактный
В) воздушно-капельный
Г) пищевой
Д) контактно-бытовой

6. **Из перечисленных категорий источников инфекции наибольшее эпидемиологическое значение в эпидемическом распространении имеют**

А) больные инфекционным заболеванием с манифестной (клинически выраженной) формой болезни
Б) трванзиторные носители возбудителей инфекционных заболеваний

7. В фазе резервации эпидемического процесса (отсутствие или единичные случаи заболеваний) доля вирулентных штаммов микроба

А) низкая
Б) высокая
В) нарастающая
Г) снижающаяся

8. Самым первым и важнейшим мероприятием, направленным на ликвидацию эпидемического очага является

А) выявление инфекционных больных
Б) госпитализация (изоляция) инфекционных больных
В) проведение дезинфекционных мероприятий
Г) лабораторное обследование лиц, бывших в контакте с инфекционным больным

9. К биологическим иммунным препаратам, создающим активный искусственный иммунитет относятся

А) вакцины
Б) анатоксины
В) сыворотки
Г) иммуноглобулины

10. Поствакцинальная реакция на прививку – это

А) физиологический процесс
Б) патологический процесс

11. При регистрации у привитого постпрививочной реакции

А) можно продолжать прививки
Б) нельзя продолжать прививки
В) следует разобраться в характере проявления постпрививочной реакции

12. Имеется коробка с АКДС вакциной, срок годности которой истек один день назад. Ваше решение

А) можно использовать
Б) использовать нельзя

13. Согласно национального календаря профилактических прививок РФ к обязательным прививкам относятся

А) прививка против клещевого энцефалита
Б) прививка против туберкулеза
В) прививка против дифтерии
Г) прививка против сыпного тифа

14. Дезинфекция – это

А) уничтожение (удаление) любых микроорганизмов на объектах внешней среды, которые могут послужить факторами передачи заразного начала
Б) уничтожение возбудителей инфекционных болезней в различных источниках инфекции
В) уничтожение патогенных микроорганизмов на различных предметах и в организмах животных и членистоногих

15. Текущая дезинфекция в эпидемическом очаге организуется

А) врачом эпидемиологом ФГУЗ
Б) участковым терапевтом (педиатром)
В) специалистом дезинфекционной станции (отдела)

16. **Борьбу с переносчиками инфекционных заболеваний осуществляют путем проведения**

А) дезинфекции
Б) дезинсекции
В) дератизации
Г) изоляции больного

17. Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения (ИМН) проводится с целью

А) дезинфекции
Б) удаления белковых загрязнений
В) удаления жировых загрязнений
Г) удаления лекарственных препаратов

18. К внутрибольничным инфекциям (ВБИ) относят

А) инфицирование пациентов в стационаре
Б) инфицирование пациентов в поликлинике
В) инфицирование медицинских работников при оказании медицинской помощи в условиях ЛПУ
Г) инфицирование пациента вне стационара или поликлиники

19. **Для кишечных инфекций характерна**

А) зимне-весенняя сезонность
Б) весенне-летняя сезонность
В) летне-осенняя сезонность

20. Контингентами риска при заражении инфекциями, передающимися гемоконтактным путем являются

А) наркоманы
Б) медицинские работники
В) проститутки
Г) дети первых месяцев жизни

21. **У больного терапевтического отделения на 10 день пребывания в стационаре появился жидкий стул (4-5 раз), при бактериологическом обследовании была выявлена шигелла Зонне. Где могло произойти заражение?**

А) до поступления больного в стационар
Б) в стационаре
В) как до поступления в стационар, так и в стационаре

22. Эпидемиологические исследования проводят на следующих условиях

А) на уровне очагов единичных заболеваний
Б) на уровне очагов групповых заболеваний
В) на уровне отдельных групп населения (популяции)
Г) на всех вышеперечисленных

23. Для инфекций, передающихся воздушно-капельным путем характерна

А) осенне-зимняя сезонность
Б) весенне-летняя
В) летне-осенняя сезонность
Г) зимне-весенняя

24. К заболеваниям с природной очаговостью относятся

А) клещевой энцефалит
Б) клещевой беррелиоз (болезнь Лайма)

В) брюшной тиф
Г) туляремия
Д) дифтерия

25. **Грызуны могут быть источниками инфекции при**
А) чуме
Б) псевдотуберкулезе
В) дизентерии
Г) кори

ОТВЕТЫ:
Вариант 1

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	А	14	А
2	Б	15	Б
3	В	16	Б
4	А	17	Б,В,Г
5	В,Г,Д	18	А,Б,В
6	А	19	В
7	А	20	А,Б,В
8	Б	21	Б
9	А,Б	22	Г
10	А	23	А,Г
11	В	24	А,Г,Б
12	Б	25	А,Б
13	Б,В		

ТЕМА 2.

Задания для контроля уровня сформированности компетенций в учебное время.

1. Исследование , проводимое по годовым отчетам стоматологической поликлиники для оценки структуры заболеваемости, называется:

А_когортным

Б.поперечным

В.ретроспективным *

Г.перспективным

Д.продольным

2. . **К экспериментальным эпидемиологическим исследованиям относят:**

А.исследование "случай—контроль"

Б. когортное исследование

В.полевое испытание *

Г.скрининговое исследование

Д.рандомизированные контролируемые клинические исследования *

3. Массовые скрининговые исследования предусматривают:

А.обследование всех пациентов, обратившихся за медицинской помощью

Б.одномоментное использование различных скрининговых тестов

В.охват всего населения *

Г.обследование групп риска

Д.обследование всех пациентов, находящихся на лечении в стационаре

4. Дескриптивные эпидемиологические исследования позволяют … (выберите правильные ответы (один или больше).

А. Оценить гипотезы о факторах риска.

Б. Оценить проблемы профилактики.

В. Сформулировать гипотезы о факторах риска.

Г. Доказать гипотезы о факторах риска.

Д. Дать описание заболеваемости в пространстве, времени, по группам населения.

5.Эпидемиологический метод используется для изучения… Выберите правильные ответы (один или больше):

А. Заболеваемости.

Б. Причин болезни, этиологии.

В. Микроорганизмов.

Г. Больных и постановки клинического диагноза.

Д. Санитарного состояния объектов.

6.Родоначальником эпидемиологического метода считают…

А. Громашевского Л.В.

Б. Голдбергера Д.

В. Коха Р.

Г. Эрисмана Ф.

Д. Сноу Д.

7. В России конца 19 века дескриптивные эпидемиологические исследования получили развитие в трудах… Выберите правильные ответы.

А. Земских врачей.

Б. Заболотного Д.

В. Сеченова И.М.

Г. «Острове Сахалине» А.П. Чехова.

Д. Шингарева А.И.

8. Установите соответствие разделов эпидемиологического метода их целям, задачам и предназначению.

раздел	содержание
А. Дескриптивные исследования	1. Формирование научного мировоззрения.
Б. Эпидемиологические эксперименты	2. Формулирование гипотез о факторах риска
В. Аналитическая эпидемиология	3. Оценка гипотез о факторах риска

Г. Математическое моделирование	4. Доказательство гипотез.
Д. Логическое моделирование	5. Проверка гипотез.

9. В дескрипитивных эпидемиологических исследованиях изучается распределение заболеваемости… Выберите правильные ответы.

А. В группах лиц с фактором риска и без.

Б. По территориям.

В. Во времени.

Г. В когортах с профилактическими мероприятиями и без.

Д. По группам населения.

10. При изучении распределения заболеваемости по территориям (городам, районам) следует использовать следующие статистические показатели….

А. Абсолютные

Б. Экстенсивные.

В. Интенсивные.

Г. Наглядности.

Д. Стандартизованные.

11. При изучении распределения заболеваемости во времени в многолетней динамике можно использовать следующие статистические показатели…

А. Экстенсивные.

Б. Средние.

В. Стандартизованные.

Г. Интенсивные.

Д. Наглядности.

12. Определите последовательность приемов формальной логики по возрастанию степени надежности их использования для формулирования умозаключений.

А. Сходства-отличия.

Б. Сходства.

В. Различия.

Г. Сопутствующих изменений.

Д. Остатков.

13. Какие приемы формальной логики используются в дескриптивных эпидемиологических исследованиях

А. Аналогии.

Б. Сходства-отличия.

В. Согласования.

Г. Сопутствующих изменений.

Д. Остатков.

14. Скрининг – это одномоментное обследование населения с целью.. Выберите правильные ответы (один или более)

А. Доказательства гипотез о факторах риска заболеваемости.

Б. Моделирования эпидемического процесса.

В. Выявления истинной распространенности какой либо болезни.

Г. Оценки эффективности противоэпидемических мероприятий.

Д. Изучения распространенности факторов или для характеристики населения.

15. Установите соответствие вида скринингового исследщования его содержанию.

Вид скринингового исследования	содержание
А. Поисковый (оппортунистический)	1. По изучению одной нозоформы
Б. Монопрофильный	2. На протяжении длительного времени
В. Массовый	3. Среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью
Г. Селективный (целенаправленный)	4. В группах населения, подвергшихся воздействию фактора риска
Д. Многостадийный	5. Обследование всего населения

16. Для характеристики скринингового теста используют следующие показатели… Выберите правильные ответы.

А. Абсолютный риск.

Б. Достоверность теста.

В. Специфичность теста.

Г. Отношение шансов.

Д. Чувствительность теста.

Е. Атрибутивный риск.

17. К дескриптивным эпидемиологическим исследованиям отностяся следующие виды деятельности…

А. Оценка проблем профилактики.

Б. Когортные эпидемиологические исследования.

В. Корреляционный анализ.

Г. Изучение заболеваемости в пространстве, времени, по группам населения.

Д. Рандомизированные испытания.

18. Какие приемы формальной логики используются в дескриптивных исследованиях…

А. Сходство.

Б. Сходство-отличие.

В. Сопутствующих изменений.

Г. Остатков.

Д. Аналогии.

19. К наблюдательным эпидемиологическим исследованиям относятся…

А. Дескриптивные.

Б. Эксперименты.

В. Случай-контроль.

Г. Когортные.

Д. Испытания.

20. Эффективность дескриптивного исследования определяется…

А. Возможностями для формулирования гипотез.

Б. Установлением распространенности болезни и характеристикой заболеваемости.

В. Оценкой эффективности противоэпидемических мероприятий.

Г. Доказательством этиологии болезни.

Д. Моделированием эпидемического процесса.

21. Английский врач Персивалл Потт установил в 1775 году, что рак мошонки особенно часто наблюдается у трубочистов. Это исследование можно классифицировать как…

А. Эпидемиологическое моделирование.

Б. Дескриптивное эпидемиологическое исследование.

В. Аналитическое эпидемиологическое исследование.

Г. Когортное исследование.

Д. Дескриптивное эпидемиологическое наблюдение.

22. Дескрипитивные эпидемиологические исследования бывают…

А. Продольными.

Б. Ретроспективными.

В. Аналитическими.

Г. Поперечными.

Д. Экспериментальными.

Е. Оперативными.

23. В первой половине 20 века врачи обратили внимание, что рак легкого значительно чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Чтобы сформулировать гипотезу о факторах риска можно использовать приемы формальной логики…

А. Сопутствующих изменений.

Б. Остатков.

В. Отличия.

Г. Сходства.

Д. Сходства-отличия.

24. К основным этапам эпидемиологических исследований относят..

А. Оценка проблемы, формулирование целей и задач.

Б. Организация исследования.

В. Осуществление исследования.

Г. Анализ результатов.

Д. Планирование противоэпидемических мероприятий.

25. **К этапу оценки проблем, формулирования целей и задач эпидемиологического исследования относят следующие действия…**

А. Составление рабочей гипотезы.

Б. Составление программы исследования.

В. Обоснование актуальности проблемы.

Г. Составление плана исследования.

ОТВЕТЫ:

1	В	**9**	**б, в, д**	**1717 17**	А, Г	**25**	б, в.
2	В	**10**	**в, д.**	**18**	А, В, Д.	**26**	
3	В	**11**	**б, г, д**	**19**	А, В, Г.	**27**	
4	**б, в, д.**	**12**	**б, в, г, д, а**	**20**	А, Б	**28**	
5	**а, б.**	**13**	**а, г**	**21**	Д		
6	д	**14**	В, Д	**22**	А, Б, Г, Е.		
7	**а, г, д.**	**15**	а – 3, б – 1, в – 5, г – 4, д – 2.	**23**	В, Г		
8	**а – 2, б – 4, в – 3, г – 5, д – 1.**	**16**	Б, В, Д.	**24**	а, б, в, г.		

Задания для самоконтроля подготовки к практическому занятию (тесты и эталоны).

1. **Каким ученым было осуществлено эпидемиологическое изучение холеры, предвосхитившее структуру эпидемиологического метода и методологию доказательства? Выберите один правильный ответ.**

а. В. Баддом

б. Д. Сноу

в. М. Петтенкофером

г. И. Мечниковым

д. М. Гринвудом.

2. Эпидемиологическим методом называют принципы и методики…

Выберите наиболее точное продолжение предложения или утверждения.

а. Изучение причин болезней и заболеваемости на популяционном уровне.

б. Изучение элементов внешней среды и их влияние на здоровье населения.

в. Изучение микроорганизмов, факторов патогенности и инфекционных процессов.

г. Постановку клинического диагноза и выбор тактики лечения больного.

д. Изучение эпидемического процесса при инфекционных болезнях.

3. Установите соответствие раздела эпидемиологического метода его задачам и содержанию.

1. Дескриптивная эпидемиология	А. Оценка роли факторов риска, эффективности профилактических и лечебных мероприятий, доказательство гипотез.
2. Математическое моделирование	Б. Оценка проблем профилактики, формулирование гипотез о факторах риска.
3. Экспериментальная эпидемиология	В. Обоснование и оценка гипотез о факторах риска.
4. Аналитическая эпидемиология	Г. Моделирование эпидемического процесса на животных, установление причинных связей.
5. Экспериментальная эпизоотология	Д. Создание модели эпидемического процесса, проверка гипотез, систематизация знаний.

4.**Установите соответствие приемов формальной логики и степени доказательности при их использовании.**

1. сходство	А. высокая
2. сопутствующие изменения	Б. от средней до высокой
3. сходство-отличие	В. средняя
4. остатков	Г. максимальная
5. отличие	Д. низкая

5.Установите последовательность этапов эпидемиологических исследований.

а. Математическое моделирование.

б. Экспериментальная эпидемиология.

в. Дескриптивная эпидемиология.

г. Логическое моделирование.

д. Аналитическая эпидемиология.

6.Кем были осуществлены эпидемиологические исследования по изучению причин рака легкого в США и Англии в середине XX века? Выберите один правильный ответ.

а. М. Гринвудом.

б. Мак Маном.

в. Д. Сноу.

г. Д. Голдбергером.

д. Доллом и Хиллом.

7.Установите соответствие приемам формальной логики – области их применения при планировании или осуществлении исследований (эпидемиологической диагностики).

1. сходство и отличие	А. Экологические исследования
2. сходство-отличие	Б. Когортные исследования
3. сопутствующие изменения	В. Неконтролируемые эксперименты
4. остатков	Г. Эпидемиологическая диагностика
5. аналогии	Д. Дескриптивные исследования

8.Установите последовательность этапов эпидемиологического исследования.

А. Моделирование результатов.

Б. Осуществление исследования.

В. Планирование исследования.

Г. Статистическая обработка и анализ результатов.

Д. Организация исследования.

9.Какие виды эпидемиологических исследований преимущественно проводились земскими врачами в России в конце XIX – начале XX века?

А. Экспериментальная эпизоотология.

Б. Аналитические исследования.

В. Экспериментальные исследования.

Г. Дескриптивные исследования.

Д. Моделирование эпидемического процесса.

10.Выберите соответствующие виду познавательной деятельности формы их реализации.

1. Эпидемиологические исследования 2. Эпидемиологическая диагностика	А. Обследование эпидемического очага. Б. Контролируемое рандомизированное испытание. В. Дескриптивное исследование. Г. РЭА. Д. Исследование «случай-контроль». Е. Санитарно-эпидемиологическая разведка. Ж. Когортное исследование. З. Естественный эксперимент. И. Расследование вспышки. К. Оценка эпидемической обстановки.

ОТВЕТЫ:

1	б	**9**	г
2	а	**10**	1 – б, в, д, ж, з 2 – а, г, е, и, к.
3	1-б,2-д, 3-а,4-в,5-г	**11**	
4	1-д, 2-а, 3-г, 4-б, 5-в	**12**	
5	в, д, б, а, г.	**13**	
6	д	**14**	
7	1-д, 2-б,3-а,4-в,5-г	**15**	
8	в, д, б, г, а.	**16**	

ТЕМА 3.

Задания для контроля уровня сформированности компетенций в учебное время.

1. **Какие пункты из триады Коха имеют отношение к аналитической медицине.**

А. Выделение чистой культуры микроорганизма и изучение его свойств.

Б. Выделение патогенного микроорганизма от больных и здоровых лиц.

В. Введение культуры патогенного микроорганизма добровольцам.

2. **Кто из ученых впервые осуществил аналитические эпидемиологические исследования?**

А. Р. Кох.

Б. М. Петтенкофер.

В. Д. Сноу.

Г. В.А. Башенин.

Д. Л.В. Громашевский.

3. **Какие из перечисленных исследований имеют отношение к аналитической эпидемиологии?**

А. Анализ многолетней динамики заболеваемости.

Б. Исследования «случай-контроль».

В. Когортные исследования.

Г. Экологические исследования.

Д. Контролируемый эксперимент.

4. **В исследованиях «случай-контроль» используются следующие статистические показатели…**

А. Экстенсивные.

Б. Интенсивные.

В. Соотношения.

Г. Наглядности.

Д. Абсолютные.

5. **Какие из приведенных ниже показателей можно рассчитать в эпидемиологическом исследовании «случай-контроль»?**

А. Атрибутивный риск.

Б. Относительный риск.

В. Отношение шансов.

Г. Коэффициент корреляции.

Д. Абсолютный риск.

6. **Какие из приведенных ниже показателей можно рассчитать в когортном исследовании?**

А. Атрибутивный риск.

Б. Относительный риск.

В. Отношение шансов.

Г. Коэффициент корреляции.

Д. Абсолютный риск.

7. **Какие статистические показатели рассчитываются в когортных эпидемиологических исследованиях?**

А. Экстенсивные.

Б. Интенсивные.

В. Соотношения.

Г. Наглядности.

Д. Средние величины.

8. **Какие отличительные особенности характерны для исследований «случай-контроль»?**

А. Высокая степень доказательности.

Б. Ориентировочные результаты.

В. Большая продолжительность исследования.

Г. Быстрота проведения исследования.

Д. Дороговизна исследования.

Е. Экономичность исследования.

9. Какие отличительные особенности характерны для когортного эпидемиологического исследования.

А. Высокая степень доказательности.

Б. Ориентировочные результаты.

В. Большая продолжительность исследования.

Г. Быстрота проведения исследования.

Д. Дороговизна исследования.

Е. Экономичность исследования.

10. Для оценки результатов экологических исследований рассчитывают…

А. Отношение шансов.

Б. Коэффициент корреляции.

В. темп прироста

Г. атрибутивный риск.

Д. Абсолютный риск.

11. В ходе полевых испытаний вакцин определяют:

А. популяционный добавочный риск

Б. иммунологическая активность

В. Атрибутивный риск

Г. Коэффициент защищенности

Д. индекс эффективности

12. Добавочный (аттрибутивный) риск- это показатель, который рассчитывается как:

А. разность показателей заболеваемости среди лиц, подвергшихся и не подвергшихся воздействию фактора риска.

Б. Доля заболевших в группе лиц, не подвергшихся воздействию фактора риска

В. Отношения показателя заболеваемости конкретной болезнью в группе людей, подврегшихся воздействию фактора риска, к показателю заболеваемости той же болезнью в равноценной группе людей, но не подврегшихся воздействию фактора риска

Г. Показатель заболеваемости в группе лиц, подвергшихся воздействию фактора риска

13. Методы устранения смешивающих эффектов на стадии планирования клинического исследования:

А.многофакторный статистический анализ

Б. рандомизация

В.стратификация

Г.рестрикция

Д. подбор групп

14. Методы устранения смешивающих эффектиов на стадии анализа материалов клинического исследования:

А. статистичесое моделирование

Б. рандомизация

В. Стратификация

Г.рестрикция

Д.подбор групп

15. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении

А) диспансеризации населения

Б) эпидемиологического стоматологического обследования

В) профилактических осмотров

Г) профилактических мероприятий

16. ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование один раз в

А) 2 года

Б) 3 года

В) 5 лет

Г) 10 лет

17. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ в одном районе рекомендуется осматривать группы населения одного и того же возраста в количестве человек не менее

А) 20

Б) 30

В) 50

Г) 500

18. Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании проводится в период

А) подготовительный

Б) обследования

В) анализа результатов

Г) планирования программы профилактики

19. При калибровке специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании населения, совпадение результатов обследования должно быть не менее (%)

А) 95

Б) 85

В) 50

Г) 30

20. Методика эпидемиологического стоматологического обследования по ВОЗ предусматривает обследование детей в возрасте (лет)

А) 3, 6, 9

Б) 6, 9,12

В) 6, 12,15

Г) 9, 12,15

21. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ обследуют взрослое население в возрасте (лет)

А) 18-25

Б) 25-30

В) 35-44

Г) 50-65

22. Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется

А) распространенностью стоматологического заболевания

Б) интенсивностью стоматологического заболевания

В) уровнем стоматологической помощи населению

Г) качеством стоматологической помощи населению

23. Распространенность кариесы зубов выражается в

А) абсолютных единицах

Б) процентах.

В) относительных единицах

Г) коэффициентах

24. Интенсивность кариесы зубов пациента выражается

А) суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума

Б) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума

В) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

Г) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов

25. Документом для регистрации данных эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ является

А) медицинская карта стоматологического больного

Б) карта для оценки стоматологического статуса (ВОЗ)

В) листок учета проведения профилактических мероприятий

Г) специальной документации не существует

Эталоны ответов.

№ ответа	ответ	№ ответа	ответ	№ ответа	ответ
1	**Б**	**10**	**Б,в**	**19**	**Б**
2	**В**	**11**	**В**	**20**	**В**
3	**Б,в,г**	**12**	**А**	**21**	**В**
4	**А(д)**	**13**	**Б,г,д**	**22**	**А**
5	**В**	**14**	**А,в**	**23**	**Б**
6	**А,б,д**	**15**	**Б**	**24**	**А**
7	**б**	**16**	**В**	**25**	**А**
8	**Б,г,е**	**17**	**В**		
9	**А,в,д**	**18**	**А**		

Задания для самоконтроля подготовки к практическому занятию (тесты и эталоны).

1. Относительный риск – это показатель, который рассчитывается как…

А. Удельный вес лиц с патологическим состоянием среди населения.

Б. Разность заболеваемости в группе лиц с фактором риска и без фактора риска.

В. Доля заболеваемости, связанная с действием фактора риска.

Г. Отношение заболеваемости в группе с фактором риска к заболеваемости в равноценной группе без фактора.

Д. Отношение числа больных к совокупному населению, помноженное на коэффициент.

2. Абсолютный риск – это показатель, который рассчитывается как …

А. Отношение абсолютного количества больных к численности населения, помноженное на коэффициент.
Б. Отношение заболеваемости в группе с фактором риска к заболеваемости аналогичной группы без фактора риска.
В. Доля лиц среди населения, имеющая фактор риска.
Г. Разность показателя заболеваемости в группе лиц с фактором риска и заболеваемости в равноценной группе без фактора риска.

3. Наблюдательные эпидемиологические исследования отличаются от экспериментальных тем, что …

А. В экспериментальных исследованиях происходит вмешательство в структуру или функционирование объекта, эпидемического процесса.
Б. В экспериментальных исследованиях используется лабораторная техника, а в наблюдательных – не используется.
В. Экспериментальные исследования бывают проспективными, а наблюдательные – только ретроспективными.
Г. В экспериментальных исследованиях пользуются экстенсивными показателями, а в наблюдательных – интенсивными.

4. У 150 больных с болезнью «Н» предполагаемый фактор риска (F) встречается (удельный вес больных с фактором риска):

Предполагаемый фактор риска	Удельный вес (%)
F1	10
F2	30
F3	50
F4	90

4.1. Дайте характеристику исследования.

А. Данное исследование является поперечным, на распространенность факторов риска среди обследованных.
Б. Это аналитическое исследование.
В. Это исследование «случай-контроль», используемое для обоснования наиболее вероятного фактора риска.
Г. Это когортное эпидемиологическое исследование.

4.2. Дайте оценку результатам исследования.

А. Факторами риска являются все изучаемые факторы.
Б. Фактором риска является фактор F4.
В. Фактором риска является фактор F1.
Г. Данные не позволяют сделать вывод о факторах риска.

5. Представлены результаты наблюдения (5 лет) за группой лиц, подверженных действию предполагаемого фактора «F» при болезни «S».

	Заболеваемость болезнью «S» в ‰.				
годы	1	2	3	4	5
Группа наблюдения (здоровые лица, 60.000)	1	3	5	8	10

А. Доказано что F является фактором риска, поскольку отмечается рост заболеваемости.
Б. Не доказано, поскольку нельзя рассчитать достоверность.
В. Не доказано, поскольку отсутствует контрольная группа.
Г. Доказано, поскольку достоверно отличается заболеваемость первого и последнего года.

6. Представлены результаты когортного исследования (5 лет) по оценке влияния фактора F1 на формирование болезни «Д».

А. Окончательный вывод делать рано, так как мал период наблюдения.

Б. Поскольку в группе без фактора F1 отмечается заболеваемость с тенденцией к росту, F1 не является фактором риска.

В. Доказано, что F1 является фактором риска болезни «Д».

Г. Поскольку исследуемые группы отличаются по численности, оценить степень влияния F1 невозможно.

		Заболеваемость болезнью «Д» в %оо.
годы		1 2 3 4 5
Здоровые (3.100)	F1(+)	1 3 7 12 16
Здоровые (1.700)	F1(-)	0 0 1 4 6
		Различия достоверны

7. Удельный вес гипотетического фактора «F» при болезни «Е».

группа	численность	Удельный вес (%)	достоверность
Больные «Е»	150	42	
Здоровые от «Е»	300	24	P<0,05

А. Доказано, что F является значимым фактором риска болезни «Е», поскольку данные различаются с достоверностью более 95%.

Б. Не доказано, что F является фактором риска, поскольку численность групп мала и различается в два раза.

В. Вывод о том, что F является фактором риска болезни «Е» является ориентировочным, степень влияния следует проверить в когортном исследовании.

Г. Вывод о том, что F фактором риска является ориентировочным, окончательный вывод можно сделать значительно увеличив исследуемые группы.

8. Удельный вес встречаемости предполагаемых факторов риска F1 и F2 при болезни «Р».

группа	численность	Удельный вес F1 (%)	Удельный вес F2 (%)
Больные Р	90	44	48
Не больные Р	63	31	11
достоверность		<95%	>95%

А. Доказано, что F1 и F2 являются факторами риска болезни «Р».

Б. Доказано, что F2 является основным фактором риска болезни «Р».

В. F2 является фактором риска болезни «Р». Степень его влияния следует изучить в когортном исследовании.

Г. Предположительно F1 является фактором риска болезни «Р».

<u>Укажите все правильные ответы.</u>

9. **В городе В. в апреле 2002** года специалисты краевого кардиологического центра изучали распространенность ревмокардита среди школьников старших классов. Обследовано 25% лиц данной группы. Как можно охарактеризовать проведенную работу?

А. Она не является эпидемиологическим исследованием, поскольку в ней изучалась частота возникновения ревмокардита.

Б. Она не является эпидемиологическим исследованием, поскольку ревмокардит не является инфекционным заболеванием.
В. Ее можно назвать эпидемиологическим скринингом.
Г. Ее можно назвать наблюдательным эпидемиологическим исследованием.

10. Согласно приказу департамента здравоохранения администрации П-го края для изучения привитости (иммунитета) против дифтерии, столбняка и коклюша предусмотрено ежегодное серологическое обследование пяти возрастных групп. Можно ли эту работу считать эпидемиологическим исследованием?

А. Нет, поскольку изучается не заболеваемость, а состояние иммунитета здоровых лиц.
Б. Нет, поскольку исследования регламентируются приказом.
В. Да, это эпидемиологический скрининг.
Г. Да, это эпидемиологический мониторинг.
Д. Да, это выборочное эпидемиологическое исследование.

11. Преимуществами когортных эпидемиологических исследований являются…

А. Возможность оценки роли фактора по абсолютному и относительному риску.
Б. Высокая вероятность получения достоверных результатов и устранения потенциальных ошибок.
В. Относительно небольшие затраты, легкость организации и осуществления, небольшое число обследуемых.
Г. Короткий отрезок времени для осуществления исследования.

12. Преимуществами эпидемиологических исследований тапа «случай-контроль» является…

А. Возможность оценки роли фактора по «абсолютному риску».
Б. Высокая достоверность, большие группы обследуемых лиц.
В. Относительно небольшие затраты.
Г. Относительно небольшое время исследования.

13. К основным этапам эпидемиологических исследований относят…

А. Оценка проблемы, формулирование целей и задач.
Б. Организация исследования.
В. Осуществление исследования.
Г. Анализ результатов.
Д. Планирование противоэпидемических мероприятий.

14. К этапу оценки проблем, формулирования целей и задач эпидемиологического исследования относят следующие действия…

А. Составление рабочей гипотезы.
Б. Составление программы исследования.
В. Обоснование актуальности проблемы.
Г. Составление плана исследования.

ОТВЕТЫ:

№ ответа	ответ	№ ответа	ответ

1	**Г**	**10**	**Г,д**
2	**Г**	**11**	**А,б**
3	**А**	**12**	**В,г**
4	4.1.-а. 4.2.-г.	**13**	**А,б,в,г**
5	**в**	**14**	**Б.в**
6	**в**	**15**	
7	**в**	**16**	
8	**в**	**17**	
9	**В,г**	**18**	

ТЕМА 4.

Задания для контроля уровня сформированности компетенций в учебное время.

1. **Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении**
1) диспансеризации населения
2) эпидемиологического стоматологического обследования
3) профилактических осмотров
4) профилактических мероприятий

2. ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование один раз В

1) 2 года
2) 3 года
3) 5 лет
4) 10 лет

3. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ в одном районе рекомендуется осматривать группы населения одного и того же возраста в количестве человек не менее
1) 20
2) 30
3) 50
4) 500

4. Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании проводится в период
1) подготовительный
2) обследования
3) анализа результатов
4) планирования программы профилактики

5. При калибровке специалиство, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследования должно быть не менее (%)
1) 95
2) 85
3) 50
4) 30

6. Методика эпидемиологического стоматологического обследования по ВОЗ предусматривает обследование детей в возрасте (лет)
1) 3, 6, 9
2) 6, 9,12
3) 6, 12,15
4) 9, 12,15

7. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ обследуют взрослое население в возрасте (лет)
1) 18-25
2) 25-30
3) 35-44
4) 50-65

8. Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание , к общему числу обследованных называется
1) распространенностью стоматологического заболевания
2) интенсивностью стоматологического заболевания
3) уровнем стоматологической помощи населению
4) качеством стоматологической помощи населению

9. Распространенность кариеса зубов выражается в
1) абсолютных единицах
2) процентах.
3) относительных единицах
4) коэффициентах

10. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается в
1) суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
2) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
3) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума
4) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов

11. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья - это
1) стоматологическое просвещение
2) первичная профилактика стоматологических заболеваний
3) ситуационный анализ
4) профессиональная гигиена

12. Активным методом стоматологического просвещения является
1) издание научно-популярной литературы
2) проведение выставок средств гигиены полости рта
3) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

4) издание рекламных буклетов средств гигиены полости рта

13. Методы стоматологического просвещения, предрасполагающие заинтересованное участие населения и наличие обратной связи являются
1) активными
2) пассивными
3) индивидуальными
4) групповыми

14. Анкетирование дает возможность оценить
1) уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний
2) качество оказания стоматологической помощи населению
3) уровень стоматологического здоровья населения
4) качество работы фирм-производителей средств гигиены полости рта

15. К пассивным формам стоматологического просвещения относится
1) проведение «урока здоровья» в школе
2) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
3) лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей дискуссией
4) телевизионная реклама

16. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике ВОЗ состояние тканей пародонта оценивается с помощью индекса
1) PMA
2) PHP
3) CPI
4) OHI-S

17. CPI – это индекс
1) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
2) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
3) эффективности гигиены полости рта
4) интенсивности кариеса зубов

18. Ключевой возрастной группой для оценки сосояния постоянных зубов в популяции является возраст (лет)
1) 6
2) 12
3) 15
4) 35-44

19. Ключевой возрастной группой для оценки состояния ьканей пародонта в популяции является возраст (лет)
1) 6
2) 12
3) 15
4) 35-44

20. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения проводят специалисты
1) врачи-стоматологи
2) стоматологические медицинские сестры
3) врачи-эпидемиологи
4) санитарные врачи

21. При проведении эпидемиологического обследования населения по методике ВОЗ используют набор инструментов
1) зеркало, стоматологический зонд, пинцет
2) зеркало, пародонтальный зонд, пинцет
3) стоматологический зонд, пинцет, экскаватор
4) зеркало, стоматологический зонд, пародонтальный зонд

22. Документом для регистрации данных эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ является
1) медицинская карта стоматологического больного
2) карта для оценки стоматологического статуса (ВОЗ)
3) листок учета проведения профилактических мероприятий
4) специальной документации не существует

23. Источником фосфатидов является
1) натуральные соки
2) рафинированное подсолнечное масло
3) нерафинированное подсолнечное масло
4) животные белки

24. Всемирная организация здравоохранения – это
1) специальное агентство ООН, состоящее из 193 государств-членов, основная функция которого лежит в решении международных проблем
2) специальное агентство ЮНЕСКО
3) специальное агентство МОТ, основная функция которого лежит в решении международных проблем
4) специальное агентство ЮНИСЕФ

25. Всемирная организация здравоохранения основана в
1) 1935 г.
2) 1970 г.
3) 1948 г.
4) 2003 г.

ОТВЕТЫ:

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	
1	2	7	3	13	1	19	3	25	3
2	3	8	1	14	1	20	1		
3	3	9	2	15	4	21	2		
4	1	10	1	16	3	22	2		
5	2	11	1	17	2	23	3		
6	3	12	3	18	2	24	1		

Задания для самоконтроля подготовки к практическому занятию (тесты и эталоны).

1.Развитие доказательной стоматологии обусловлено :
1) значительное влияние средств массовой информации и доступность информации о положительном опыте программ профилактики кариеса на коммунальном уровне;
2) «агрессивная» рекламная политика фирм и перераспределение их «целевой» аудитории с профессионалов на людей, принимающих решение о покупке средств профилактики;
3) постоянное увеличение объема научной информации, нередко с противоположными результатами;
4) уменьшение авторитета медицинского персонала
5) все перечисленное

2. Пассивным методом стоматологического просвещения:
ЯВЛЯЕТСЯ
1) проведение бесед, лекций, докладов
2) издание научно-популярной литературы
3) проведение «урока здоровья» в школе
4) беседа с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме

3. Критерии отбора статей, посвященных лечебному или профилактического вмешательству:•
1)рандомизированное клиническое испытание
2) прослеживание по крайней мере на всем периоде исследования по крайней мере 80% включенных пациентов
3)использование конечных точек (исходов) имеющих важное клиническое значение
4)все перечисленное
•

4. Критерии отбора статей о диагностических методах:
1)четкое определение групп сравнения, минимум одна из которых не должна иметь рассматриваемого заболевания
2) существование объективного «золотого» стандарта теста или другого общепринятого в клинической практике стандарта, с результатами которого сопоставляются данные изучаемого метода
3)отсутствие у исследователей, интерпретирующих результаты теста, информации о данных, полученных при помощи других методов
4) все перечисленное

5. **Критерии отбора статей по изучению прогноза заболевания:**
1) Организация исходной когорты, состоящей из людей, у которых в настоящее время в момент включения отсутствуют признаки заболевания, служащие конечными точками (исходами) исследования.
2) Организация исходной когорты, состоящей из людей, у которых в настоящее время в момент включения имеются признаки заболевания, служащие конечными точками (исходами) исследования.
3) существование объективного «золотого» стандарта теста или другого общепринятого в клинической практике стандарта, с результатами которого сопоставляются данные изучаемого метода

4) четкое определение групп сравнения, минимум одна из которых не должна иметь рассматриваемого заболевания

6. Критерии отбора статей по изучению прогноза заболевания:
1) Организация исходной когорты, состоящей из людей, у которых в настоящее время в момент включения отсутствуют признаки заболевания, служащие конечными точками (исходами) исследования.
2) прослеживание по крайней мере 80% первоначально включенных пациентов на протяжении всего периода исследования (до запланированных конечных точек наблюдения-исходов).
3) адекватность анализа результатов плану исследования
4)все перечисленное

7. Критерии отбор обзоров литературы:
1) четко сформулированная цель обзора
2) подробное описание источников и методов поиска литературы
3) четко сформулированные критерии отбора статей для обзора
4) все перечисленное

8.Критерии отбора статей о причинно-следственных связях, этиологии и патогенезе :
1) четкое определение групп риска и контроля, подобранных для сравнения
2) оценка слепым методом исходов и факторов риска для каждой из групп
3) четко сформулированння цель
4) подробное описание источников и методов поиска литературы

9. Недостатки параллельного дизайна исследования по сравнению с поперечным
1)большее число пациентов
2) большая вариабельность данных, так как пациенты могли получать разную терапию
3) отсутствует влияние предшествующей терапии
4) параллельное исследование можно закончить быстрее, так как в группе будет всего один период лечения

10. **Преимущества параллельного исследования перед продольным:**
1) можно закончить быстрее
2) качество данных паралелльного исследования более устойчиво к нарушениям протокола (пропуски визитов, выбывания из исследования)
3) отсутствует влияние предшествующей терапии
4) параллельное исследование можно закончить быстрее, так как в группе будет всего один период лечения

11. Преимущества параллельного исследования перед продольным:
1) отсутствует влияние предшествующей терапии
2) параллельное исследование можно закончить быстрее, так как в группе будет всего один период лечения
3)отсутствует влияние предшествующей терапии
4) только при обследовании пациентов со стабильным длительным течением заболевания

12. В качестве контроля могут быть:
1) плацебо
2) другое активное лечение
3) группа без лечения
4) все перечисленное

13. В ходе 1 фазы испытаний исследуют:
1) фармакокинетику, биодоступность
2) краткосрочную безопасность
3) стоимость
4) органолептические свойства

14. **Структура исследования должна включать:**
1) наличие контрольной группы
2) критерии отбора (включения и исключе ния)
3) рандомизация
4) все перечисленное

15. Структура исследования должна включать:
1) рандомизация
2) оценку стоимости
3) оценку воспроизводимости
4) оценку безопасности

16. Представление результатов:
1) информация о побочных эффектах и осложнениях
2) информация о числе больных, выбывщих в ходе лечения
3) адекватный статистический анализ
4) все перечисленное

17. Скринингом называется:
1) массовое обследование лиц не считающих себя больными
2) обследование лиц, подверженных действию какого-либо фактора
3) обследование лиц, обратившихся за медицинской помощью
4) ничего из вышеперечисленного

18. При внедрении новых препаратов в формуляры больницы необходимо оценить:
1) структуру заболеваемости
2) наличие информации о лекарственных средствах
3) перечень закупленных и использованных в прошлом году лекарственных средств
4) все вышеперечисленное

19. **Критерии включения статей в метаанализ**
1) с четкими принципами включения и исключения больных
2) наличие информации о лекарственных средствах
3) перечень закупленных и использованных в прошлом году лекарственных средств
4) все вышеперечисленное

20. **Критерии включения статей в метаанализ**
1) с четкими принципами включения и исключения больных
2) место проведения исследовании
3) перечень закупленных и использованных в прошлом году лекарственных средств
4) все вышеперечисленное

21. **Критерии включения статей в метаанализ**:
1) с четкими принципами включения и исключения больных

2) место проведения исследовании
3) продолжительность
4) все перечисленное

22. Критерии включения статей в метаанализ
1) клинические исходы и критерии их оценки
2) основные характеристики больных, включенных в исследование, дополнительное лечение и наличие сопутствующих заболеваний
3) отклонения от протокола заболевания (если имелись)
4) все перечисленное

23. Критерии включения статей в метаанализ
1) диагностические критерии заболевания, включенные в метаанализ
2) структуру заболеваемости
3) наличие информации о лекарственных средствах
4) перечень закупленных и использованных в прошлом году лекарственных средств

24.Систематические обзор
1) посвящен одному вопросу
2) источники обширны, стратегия поиска изложена
3) строгие критические методы оценки
4) количественное обобщение данных (метаанализ)

25. Литературные обзоры:
1) не всегда указан принцип отбора данных
2) различны методы оценки данных
3) иногда научно-обоснованы выводы
4) стратегия может быть ошибочной

ОТВЕТЫ:

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	
1	5	**7**	4	**13**	1	19	1	**25**	1,2,3.,4
2	2	**8**	1,2	**14**	4	20	1,2		
3	4	**9**	1,2	**15**	1	21	4		
4	4	**10**	1,2	**16**	4	22	4		
5	1	**11**	3,4	**17**	4	23	4		
6	4	**12**	4	**18**	4	24	1,2,3.,4		

ТЕМА 5.

Задания для контроля уровня сформированности компетенций в учебное время.

1. Если задачей исследования является оценка распространенности заболевания, то дизайном исследования будут:
А. Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни
Б.когортное
В. Случай-контроль
Г. Описание случаев
Д.Описание серии случаев

2. Если задачей исследования является оценка заболеваемости, то дизайном исследования будут:
А. Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни
Б.когортное
В. Случай-контроль
Г. Описание случаев

3. Если задачей исследования является оценка факторов риска возникновения заболевания, то дизайном исследования являются:
А. Когортные исследования. Исследования "случай - контроль"
Б. Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни
В. Случай-контроль
Г. Описание случаев

4. Если задачей исследования является оценка влияния на людей факторов окружающей среды, изучение причинно-следственных отношений в популяции, то дизайном исследования являются:
А. Экологические исследования популяции
Б. Описание случая, серии случаев
В. Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни
Г. Когортные исследования. Исследования "случай - контроль"

5. Если задачей исследования является привлечение внимания к необычному течению заболевания, результату лечения, то дизайном исследования являются:
А. Описание случая, серии случаев
Б.Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни
В. Когортные исследования. Исследования "случай - контроль"
Г. Описание случаев

6. Описание результатов текущей клинической практики исследуется через дизайн исследования:
А. случай-контроль
Б. Обсервационное ("до и после")
В.описание случая
Г. когортное исследования

7. Если задачей исследования является испытание нового метода лечения, то дизайном исследования будут являться:
А. Клиническое испытание I фазы ("до и после")
Б. Контролируемое проспективное. Рандомизированное (открытое, слепое, двойное слепое). Контролируемое ретроспективное. Контролируемое проспективное + ретроспективное (смешанный дизайн)
В. Обсервационное ("до и после")
Г.описание случая

8. Если задачей исследования является сравнение двух методов лечения текущей клинической практики, то дизайном исследования будут являться:
А. Контролируемое проспективное. Рандомизированное (открытое, слепое, двойное слепое). Контролируемое ретроспективное. Контролируемое проспективное + ретроспективное (смешанный дизайн)

Б. Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни
В. Когортные исследования. Исследования "случай - контроль"
Г. Описание случаев

9. Если задачей исследования является сравнение нового и традиционного метода лечения, то дизайном исследования являются:
А. Клинические испытания II-IV фаз (контролируемое проспективное или рандомизированное)
Б. Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни
В. Когортные исследования. Исследования "случай - контроль"
Г. Описание случаев

10. В одномоментном исследовании всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни, статистическими методами исследовния являются:
А. Оценка доли, вычисление относительных показателей
Б. Оценка доли, вычисление динамических рядов, относительных показателей
В. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
Г. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов

11. В оценке распространенности заболевания, основными статистическими методами являются:
А. Оценка доли, вычисление относительных показателей
Б. Оценка доли, вычисление динамических рядов, относительных показателей
В. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
Г. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов

12. В когортном исследовании основными статистическими методами являются:
А. Оценка доли, вычисление относительных показателей
Б. Оценка доли, вычисление динамических рядов, относительных показателей
В. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
Г. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов

13. При оценке заболеваемости основными статистическими методами являются:
А. Оценка доли, вычисление относительных показателей
Б. Оценка доли, вычисление динамических рядов, относительных показателей
В. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
Г. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов

14. В экологических исследования, основными статистическими методами являются:
А. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов
Б. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
В. Оценка доли, вычисление относительных показателей
Г. Оценка доли, вычисление динамических рядов, относительных показателей

15. При оценке влияния на людей факторов окружающей среды, изучение причинно-следственных отношений в популяции, основными статистическими методами являются:
А. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов
Б. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
В. Оценка доли, вычисление относительных показателей
Г. Оценка доли, вычисление динамических рядов, относительных показателей

16. Описание результатов текущей клинической практики- статистическими методами являются:
А. Среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий Мак-Нимара (качественные данные)
Б.Среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента. Критерий Мак-Нимара
В.Критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий χ^2 или z (качественные признаки). Критерий Каплана-Маерса (выживаемость)
Г.КритерийСтьюдента.Критерийχ^2. Критерий Каплана-Маерса

17. Сравнение нового и традиционного метода лечения, основными статистическими методами являются:
А**.** Критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий χ^2 или z (качественные признаки). Критерий Каплана-Маерса (выживаемость)
Г.КритерийСтьюдента.Критерийχ^2. Критерий Каплана-Маерса
Б. Среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий Мак-Нимара (качественные данные)
В. Среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента. Критерий Мак-Нимара
Г. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов

18. Сравнение двух методов лечения текущей клинической практики, основными статистическими методами исследования являются:
А. Критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий χ^2 или z (качественные признаки). Критерий Каплана-Маерса (выживаемость)
Б. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
В. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов

Г. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов

19. При клиническом испытании I фазы ("до и после"), основными статистическими методами исследования являются:

А. Критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий χ^2 или z (качественные признаки). Критерий Каплана-Маерса (выживаемость)
Б. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
В. Среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий Мак-Нимара (качественные данные)
Г. Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов

20. Такие статистические величины исследования как среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий Мак-Нимара (качественные данные), используются при:
А. Обсервационное ("до и после")
Б. случай-контроль
В. Когортное исследование
Г. Экологические исследования популяции

21. Какие из приведенных ниже показателей можно рассчитать в эпидемиологическом исследовании «случай-контроль»?

А. Атрибутивный риск.

Б. Относительный риск.

В. Отношение шансов.

Г. Коэффициент корреляции.

Д. Абсолютный риск.

22. Какие из приведенных ниже показателей можно рассчитать в когортном исследовании?

А. Атрибутивный риск.

Б. Относительный риск.

В. Отношение шансов.

Г. Коэффициент корреляции.

Д. Абсолютный риск.

23. Какие статистические показатели рассчитываются в когортных эпидемиологических исследованиях?

А. Экстенсивные.

Б. Интенсивные.

В. Соотношения.

Г. Наглядности.

Д. Средние величины.

24. Какие отличительные особенности характерны для исследований «случай-контроль»?

А. Высокая степень доказательности.

Б. Ориентировочные результаты.

В. Большая продолжительность исследования.

Г. Быстрота проведения исследования.

Д. Дороговизна исследования.

Е. Экономичность исследования.

25. Какие отличительные особенности характерны для когортного эпидемиологического исследования.

А. Высокая степень доказательности.

Б. Ориентировочные результаты.

В. Большая продолжительность исследования.

Г. Быстрота проведения исследования.

Д. Дороговизна исследования.

Е. Экономичность исследования.

26. Для оценки результатов экологических исследований рассчитывают…

А. Отношение шансов.

Б. Коэффициент корреляции.

В. темп прироста

Г. атрибутивный риск.

Д. Абсолютный риск.

ОТВЕТЫ:

№ ответа		№ ответа		№ ответа		№ ответа	
1	а	8	а	15	а	22	а, б, д.
2	б	9	а	16	а	23	б.
3	а	10	а	17	а	24	б, г, е.
4	а	11	а	18	а	25	а, в, д.
5	а	12	б	19	а	26	б, в.
6	б	13	б	20	а		
7	а	14	а	21	в		

Задания для самоконтроля подготовки к практическому занятию (тесты и эталоны).

1. Доказательная медицина основана на:
А доказательствах
Б экспериментальных методах
В факторах риска
Г демографических показателях
Д миграции населения

2. Клиническая эпидемиология – это наука, разрабатывающая методы:
А клинических исследований
Б генетических исследований
В физических исследований
Г экологических исследований
Д химических исследований

3. Клиническая эпидемиология с эпидемиологической позиции – это раздел медицины использующие:
А эпидемиологические методы
Б физические методы
В химические методы
Г медицинскую помощь населению

4. Эпидемиологический надзор – это система:
А медицинской помощи
Б противоэпидемических мероприятий в очагах
В слежение, анализ и прогнозирование эпидемического процесса
Г противоэпидемической защиты населения

5. Укажите цель эпидемиологического надзора:
А регистрация и учет инфекционных заболеваний
Б проведение противоэпидемических мероприятий в очаге
В эпидемическое обследование очагов инфекционных заболеваний
Г своевременное выявление изменений в течение эпидемического процесса
Д прогнозирование эпидемической ситуации

6. Укажите задачи эпидемического надзора:
А своевременное выявление изменений в течение эпидемического процесса
Б прогнозирование эпидемической ситуации
В регистрация и учет инфекционных заболеваний
Г обследование эпидемических очагов
Д медицинская помощь населению

7. Выберите основные документы для получения эпидемиологической информации:
А истории развития ребенка
Б журнал учета инфекционных заболеваний
В истории болезни
Г карты эпидемического обследования очага инфекционного заболевания
Д амбулаторные карты

8. В УГСЭН поступает информация о:
А случаях инфекционных заболеваний
Б смертности в результате инфекционных заболеваний
В случаях временной нетрудоспособности
Г числе случаев инвалидности
Д случаях соматической заболеваемости

9. К прямым признакам развития эпидемического процесса относится:
А наблюдение за эпидемиологически значимыми объектами
Б анализ бактериологических исследований
В слежение за социальными явлениями, активизирующими эпидемический процесс
Г эпидемиологическое обследование эпидемических очагов

10. Прогностическая ценность зависит от:
А чувствительности и специфичности метода диагностики
Б факторов риска
В миграции населения
Г демографических данных
Д инвалидности

11. В России официальная статистика при отражении состояния здоровья населения используют...
А. кумулятивный показатель заболеваемости
Б. данные ВОЗ
В. результаты скрининговых исследований
Г. результаты анкетирования
Д. абсолютный показатель

12. Под показателем превалентности (распространенности) понимают...
А. показатель заболеваемости, характеризующий риск заболевания у лиц, контактировавших с инфекционным больным
Б. показатель заболеваемости, используемый для оценки риска заболеть хроническими инфекциями (например, туберкулезом)
В. показатель заболеваемости, учитывающий все случаи какого-либо заболевания независимо от времени его возникновения
Г. отражает риск лиц, относящихся к одной профессиональной группе, заболеть определенной болезнью

5. показатель заболеваемости, учитывающий все случаи какого-либо заболевания на определенной территории в определенный момент времени

13. Под показателем (кумулятивной) заболеваемости (инциндентности) понимают...
А. показатель заболеваемости, учитывающий все случаи какого-либо заболевания независимо от времени его возникновения
Б отражает риск лиц, относящихся к одной профессиональной группе, заболеть определенной болезнью
В. учитывает новые случаи заболевания за определенный отрезок времени на данной территории
Г. отражает риск заболеть определенной болезнью в какой-либо группе населения
Д. показатель заболеваемости, используемый для оценки риска заболеть хроническими инфекциями (например, туберкулезом)

14. Эпидемиологические исследования наблюдательные отличаются от экспериментальных тем, что…
А. исследуемая и контрольная группы должны быть одной численности
Б. могут быть только проспективными
В. предусматривают вмешательство в естественный ход событий
Г. основываются только на результатах обследования эпидемических очагов
Д. не предусматривают вмешательство в естественный ход событий

15.Под вспышками инфекционных заболеваний понимают...
А. сезонный подъем заболеваемости
Б. подъем заболеваемости через каждые 5 лет
В. микст – инфекции
Г. подъёмы заболеваемости, возникающие вне ритмических колебаний
Д. подъем заболеваемости через каждые 3 года

16. При когортном эпидемиологическом исследовании из популяции отбирают две или несколько групп людей...
А. изначально не имеющих изучаемого заболевания
Б. одного возраста
В. одного пола
Г. одного возраста и пола
Д. проживающих на одной территории

18.При эпидемиологическом исследовании типа «случай - контроль» из популяции отбираются лица...
А. изначально не имеющих изучаемого заболевания
Б. одного возраста
В. имеющие изучаемое заболевание
Г. произвольно
Д. одного пола и возраста

19. Под скрининговыми исследованиями понимают...
А. распределение заболеваний по этиологии
Б. распределение заболеваний по клиническим вариантам
В. распределение заболеваний в соответствии с классификацией
Г. массовое обследование для выявления скрыто протекающих заболеваний или других состояний
Д. массовое обследование для выявления любых заболеваний

20. В экспонированные группы включены...
А. лица, прошедшие медицинские осмотры
Б. лица, прошедшие скрининговые исследования
В. лица, подверженные действию изучаемого фактора
Г. контрольная группа
Д. лица, работающие в медицинских учреждениях

21. Под фактором риска понимают...
А. мешающие факторы (конфаундеры), искажающие результаты исследований
Б. факторы, способствующие развитию заболеваний
В. систематические ошибки в исследованиях
Г. случайные ошибки в исследованиях
Д. фактора, способствующие возникновению ошибок при анализе полученных результатов

22.Под понятием доказательная медицина понимают...
А. доказательства, представляемые пациенту для объяснения назначенного лечения
Б. подбор объяснений по поводу неблагоприятного исхода лечения
В. медицинскую практика по применению методов лечения, полезность которых доказана доброкачественных исследованиях
Г. паталогоанатомические заключения, представляемые в суд
Д. результаты диагностических анализов, подтверждающих диагноз

23.К целям эпидемиологических исследований относят...
А. проверка безвредности нового лекарственного средства
Б. проверка эффективности нового лекарственного средства
В. проверка информативности нового диагностического теста
Г. всё перечисленное верно
Д. ни одно из вышеперечисленных неверно

24.Под клинической эпидемиологией понимают...
А. расследование случаев инфекционной заболеваемости в стационаре
Б. противоэпидемические мероприятия в стационаре
В. раздел медицины, основанный на строго доказанных научных фактах
Г. наука о методах лечения в условиях стационара
Д. наука о методах профилактики инфекционных заболеваний в стационаре

25.Изучение болезней наукой эпидемиология происходит…
А. на организменном уровне
Б. на популяционном уровне
В. на клеточном уровне
Г. на тканевом уровне
Д. на молекулярном уровне

26. Классическая эпидемиология изучает…
А. эпидемический процесс
Б. заболеваемость неинфекционными болезнями
В. любые массовые явления в населении
Г. состояние здоровья населения
Д. микроклимат территорий

ОТВЕТЫ:

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса
1	А	7	Г	13	В	19	В	25 Б
2	А	8	А	14	Д	20	Б	26 А

3	А	9	Г	15	Г	21	В	
4	В	10	А	16	Д	22	В	
5	Б	11	А	17	В	23	Г	
6	А,Г	12	В	18	Г	24	В	

ТЕМА 6.

Задания для контроля уровня сформированности компетенций в учебное время.

1. Перечислите обязанности начальника медицинской службы корабля, части по противоэпидемической защите личного состава при возникновении инфекционных заболеваний

А) проведение мед. обследований, мед. осмотров л/с
Б) проведение специфической профилактики инфекционных заболеваний
В) контроль за выполнением санитарно-гигиенических мероприятий
Г) изоляция выявленных больных инфекционными заболеваниями в изоляторе
Д) организация дезинфекционных мероприятий
Е) проведение экстренной профилактики среди л/с, подвергшегося риску заражения
Ж) организация усиленного медицинского наблюдения за л/с

2. Какие виды медицинской помощи оказываются инфекционным больным на кораблях и в частях ВС РФ

А) доврачебная
Б) врачебная
В) специализированная
Г) все перечисленное верно

3. Где оказывается вр
ачебная медицинская помощь инфекционным больнымА) ПМП корабля
Б) МПП части
В) ВМИГ (военно- морской инфекционный госпиталь)
Г) инфекционное отделение ВМГ
Д) военно-полевой инфекционный госпиталь (ВПИГ)
Е) ВМГ ООИ

4. Текущая дезинфекция на кораблях и в частях ВС РФ проводится

А) в изоляторах кораблей (частей)
Б) в лазаретах кораблей (частей)
В) в любом помещении корабля (части), где находился больной инфекционным заболеванием

5. Плановые прививки л/с ВС РФ в военное время в период мобилизации проводят против следующих инфекционных заболеваний

А) клещевого энцефалита
Б) бешенства
В) ботулизма
Г) чумы
Д) натуральной оспы
Е) бруцеллеза

6. При каком из быстрых методов иммунизации, применяемых в ВС РФ, возможна высокая сенсибилизация организма

А) пероральный
Б) энтеральный

В) аэрозольный
Г) струйный

7. Комплексная иммунизация л/ с ВС РФ предусматривает
А) применение антигенных компонентов против разных инфекционных болезней в одном препарате
Б) раздельное одновременное применение разных иммунологических препаратов, разрешенных ГВМУ

8. Специальная экстренная профилактика среди л/с корабля, части проводится
А) при сложных ранениях военнослужащих
Б) в очаге бактериологического заражения до проведения индикации БС
В) в очаге бактериологического заражения после установления вида примененного возбудителя в качестве БС

9. Какие прививки в ВС РФ являются обязательными (плановыми) в мирное время в соответствии с перечнем ГВМУ
А) против дифтерии, столбняка
Б) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, клещевого энцефалита
В) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, менингококковой инфекции
Г) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, менингококковой инфекции, туляремии

10. Какие прививки в воинских частях, расположенных на территории природного очага клещевого энцефалита, являются обязательными (плановыми) в мирное время в соответствии с перечнем ГВМУ
А) против дифтерии, столбняка, клещевого энцефалита
Б) против дифтерии, столбняка, гриппа, клещевого энцефалита
В) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, чумы, клещевого энцефалита
Г) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, менингококковой инфекции, туляремии, клещевого энцефалита

11. При специфической индикации БС обнаружен токсин ботулизма, если
А) все мыши погибли - как подопытные (получившие исследуемый материал), так и контрольные (получившие исследуемый материал с антистафилоккковой сывороткой)
Б) подопытные мыши погибли, а контрольные, получившие исследуемый материал с антиботулинистической сывороткой живы

12. Кто организует санитарно-эпидемиологическую разведку (СЭР) на корабле, в части, в соединении
А) командир корабля, части, соединения
Б) начальник медицинской службы корабля, части, соединения
В) командующий армией, фронтом, флотом, флотилией
Г) главный эпидемиолог флота

13. Требования, предъявляемые к возбудителям инфекционных заболеваний, обеспечивающие эффективность их действия в качестве БС
А) высокая вирулентность
Б) устойчивость во внешней среде
В) наличие доступных и эффективных методов их применения
Г) короткий инкубационный период
Д) все перечисленное верно

14. Какие из перечисленных задач выполняет группа радиационно-химической и бактериологической разведки (РЗБ)

А) определение ориентировочных границ очага бактериального заражения
Б) отбор проб в очаге бактериологического заражения
В) определение вида примененного противником БС
Г) проведение в очаге бактериального заражения дезинфекционных мероприятий

15. Санитарно-эпидемиологическая разведка выполняется только
А) силами медицинской службы ВС РФ
Б) химической службой ВС РФ
В) инженерной службой ВС РФ

16. Плановые прививки л/с ВС РФ в военное время в период мобилизации проводят против следующих инфекционных заболеваний
А) клещевого энцефалита
Б) бешенства
В) ботулизма
Г) чумы
Д) натуральной оспы
Е) бруцеллеза

17. При каком из быстрых методов иммунизации, применяемых в ВС РФ, возможна высокая сенсибилизация организма
А) пероральный
Б) энтеральный
В) аэрозольный
Г) струйный

18. Комплексная иммунизация л/ с ВС РФ предусматривает
А) применение антигенных компонентов против разных инфекционных болезней в одном препарате
Б) раздельное одновременное применение разных иммунологических препаратов, разрешенных ГВМУ

19. Специальная экстренная профилактика среди л/с корабля, части проводится
А) при сложных ранениях военнослужащих
Б) в очаге бактериологического заражения до проведения индикации БС
В) в очаге бактериологического заражения после установления вида примененного возбудителя в качестве БС

20. Какие прививки в ВС РФ являются обязательными (плановыми) в мирное время в соответствии с перечнем ГВМУ
А) против дифтерии, столбняка
Б) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, клещевого энцефалита
В) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, менингококковой инфекции
Г) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, менингококковой инфекции, туляремии

21. Какие прививки в воинских частях, расположенных на территории природного очага клещевого энцефалита, являются обязательными (плановыми) в мирное время в соответствии с перечнем ГВМУ
А) против дифтерии, столбняка, клещевого энцефалита
Б) против дифтерии, столбняка, гриппа, клещевого энцефалита
В) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, чумы, клещевого энцефалита
Г) против дифтерии, столбняка, туберкулеза, гриппа, менингококковой инфекции, туляремии, клещевого энцефалита

22 При специфической индикации БС обнаружен токсин ботулизма, если
А) все мыши погибли - как подопытные (получившие исследуемый материал), так и контрольные (получившие исследуемый материал с антистафилоккковой сывороткой)
Б) подопытные мыши погибли, а контрольные, получившие исследуемый материал с антиботулинистической сывороткой живы

23. Кто организует санитарно-эпидемиологическую разведку (СЭР) на корабле, в части, в соединении
А) командир корабля, части, соединения
Б) начальник медицинской службы корабля, части, соединения
В) командующий армией, фронтом, флотом, флотилией
Г) главный эпидемиолог флота

24. Требования, предъявляемые к возбудителям инфекционных заболеваний, обеспечивающие эффективность их действия в качестве БС
А) высокая вирулентность
Б) устойчивость во внешней среде
В) наличие доступных и эффективных методов их применения
Г) короткий инкубационный период
Д) все перечисленное верно

25. Какие из перечисленных задач выполняет группа радиационно-химической и бактериологической разведки (РЗБ)
А) определение ориентировочных границ очага бактериального заражения
Б) отбор проб в очаге бактериологического заражения
В) определение вида примененного противником БС
Г) проведение в очаге бактериального заражения дезинфекционных мероприятий

26. Санитарно-эпидемиологическая разведка выполняется только
А) силами медицинской службы ВС РФ
Б) химической службой ВС РФ
В) инженерной службой ВС РФ

Эталоны ответов:

№ теста	ответ	№ теста	ответ
1	Г,Д,Е,Ж	16	Б
2	А,Б	17	В
3	В,Г,Д,Е	18	Б,Г
4	А	19	А
5	В,Г,Д	20	А,В,Г
6	В	21	Е
7	Б	22	Б,Е
8	В	23	В,Г,Д
9	А	24	А
10	А	25	Б
11	Б	26	Д
12	Б		
13	Д		
14	А,Б		
15	А		

Задания для самоконтроля подготовки к практическому занятию (тесты и эталоны).

1. Какое из перечисленных требований к санитарно-эпидемиологической разведке (СЭР) не регламентировано в ВС РФ
А) неотложность
Б) эшелонированность
В) преемственность
Г) достоверность
Д) действенность
Е) своевременность

2. Личному составу ВС РФ в соответствии с перечнем ГВМУ регламентированы плановые (обязательные) профилактические прививки против следующих инфекционных заболеваний
А) дифтерия
Б) столбняк
В) клещевой энцефалит
Г) чума
Д) туляремия
Е) туберкулез
Ж) желтая лихорадка
З) гриппа

3. По требованию ВОЗ личный состав ВС РФ прививают против
А) дифтерии
Б) столбняка
В) клещевого энцефалита
Г) чумы
Д) туляремии
Е) туберкулеза
Ж) желтой лихорадки
З) гриппа
К) холеры

4. Перечень плановых профилактических прививок личному составу ВС РФ регламентируется
А) министром обороны
Б) командующими флотами
В) главным военно-медицинским управлением министерства обороны (ГВМУ МО)
Г) начальниками медицинской службы кораблей и частей
Д) командирами кораблей, частей

5. Приказы о проведении профилактических прививок личному составу корабля, части издаются
А) министром обороны
Б) командующими флотами
В) главным военно-медицинским управлением министерства обороны (ГВМУ МО)
Г) начальниками медицинской службы кораблей и частей
Д) командирами кораблей, частей

6. Перечислите задачи инфекционного госпиталя особо-опасных инфекций в мирное время
А) раннее выявление больных в воинских частях (кораблях)

Б) эвакуация больных ООИ «на себя» и дезинфекция транспорта
В) прием, сортировка, санитарная обработка больных, размещение, сбор эпидемиологического анамнеза, лечение
Г) оповещение командиров частей, кораблей о поступлении инфекционных больных, изменении диагноза
Д) соблюдение обычного противоэпидемического режима
Е) соблюдение строго противоэпидемического режима

7. Какие из перечисленных режимно-ограничительных мероприятий могут быть введены на кораблях в период дальних походов
А) усиленное медицинское наблюдение
Б) обсервация
В) карантин
Г) все виды

8. Из указанных методов специфической индикации БС для обнаружения токсинов используется
А) МФА (метод флюоресцирующих антител)
Б) реакция непрямой агглютинации (РПГА)
В) реакция связывания комплемента
Г) биологическая проба
Д) иммуноферментный анализ

9. Общая экстренная профилактика инфекционных болезней среди личного состава корабля, части проводится
А) при выявлении массовых заболеваний ОРВИ
Б) при сложных ранениях военнослужащих
В) в очаге бактериологического заражения до проведения специфической индикации БС
Г) в очаге бактериологического заражения после установления вида БС
Д) при выявлении на корабле, в части случаев гриппа, брюшного тифа, менингококковой инфекции и других контагиозных заболеваний

10. Защита кораблей, частей и соединений от биологического оружия (БО) является функциональной обязанностью
А) командиров кораблей, частей соединений
Б) начальников медицинской службы кораблей, частей и соединений
В) начальников химической службы кораблей (частей)
Г) начальников инженерной службы кораблей (частей)

11. Какие из перечисленных подразделений предназначены для обеспечения барьерных мероприятий
А) санитарно-контрольные пункты (СКП)
Б) военно-морские госпитали ООИ
В) медицинская служба корабля, части
Г) изоляторы запасных тыловых частей
Д) изоляторы пунктов формирования частей и соединений
Е) изоляционно-пропускные пункты (ИЗО)

12. Какие дезинфектанты относятся к основным табельным средствам дезинфекции на подводных лодках
А) перекись водорода
Б) двутретьосновная соль гипохлорита кальция
В) спирты
Г) кислоты

Д) щелочи

13. Санитарно-эпидемиологическое состояние корабля, части считается неустойчивым, если

А) среди личного состава нет инфекционных заболеваний за исключением спорадических случаев заболеваний, характерных для данной местности; отсутствует возможность заноса инфекции и отсутствуют условия распространения инфекционных заболеваний; на территории (акватории) не применялось БО

Б) среди личного состава возникают отдельные не регистрируемые ранее инфекционные заболевания; или наблюдается незначительное превышение уровня спорадической заболеваемости; или возникают групповые заболевания без тенденции к распространению; или имеются условия для распространения отдельных инфекционных заболеваний в случае их заноса

В) появление инфекционных заболеваний с тенденцией к распространению; или возникновение единичных случаев особо-опасных инфекции (ООИ); или в случае применения противником БО, но результатов индикации нет

Г) при развитии эпидемии; при появлении повторных случаев заболеваний ООИ; или при применении БО и есть результаты специфической индикации БС.

14. Какой вид режимно-ограничительных мероприятий вводится при неблагополучной эпидемиологической обстановке

А) усиленное медицинское наблюдение

Б) обсервация

В) карантин

15. Перечислите обязанности начальника медицинской службы корабля, части по противоэпидемической защите личного состава в повседневных условиях

А) проведение мед. обследований, мед. осмотров л/с

Б) проведение специфической профилактики инфекционных заболеваний

В) контроль за выполнением санитарно-гигиенических мероприятий

Г) изоляция выявленных больных инфекционными заболеваниями в изоляторе

Д) организация дезинфекционных мероприятий

Е) проведение экстренной профилактики среди л/с, подвергшегося риску заражения

Ж) организация усиленного медицинского наблюдения за л/с

16. Термином "декретированная" группа населения обозначается…

А) группа лиц, в отношении которых противоэпидемические мероприятия проводят особым образом

Б) группа населения, имеющая наибольший интенсивный показатель заболеваемости

В) группа населения, среди которой отмечается наибольшее число заболеваний

Г) коллектив, в котором зарегистрирован хотя бы один случай "особо опасной" инфекции

Д) группа населения, имеющая наименьший интенсивный показатель заболеваемости

17. Сезонные подъемы характерны для…

А) абсолютно всех инфекционных заболеваний

Б) всех неинфекционных заболеваний

В) всех болезней, независимо от их происхождения

Г) большинства инфекционных заболеваний

Д) для паразитарных заболеваний

18. Условия, необходимые для существования природного очага…

А) циркуляция возбудителя в популяции животных

Б) биоценотические связи между возбудителями, переносчиками и популяцией восприимчивых животных

В) возможность инфицирования кровососущими членистоногими
Г) трансовариальная передача возбудителя у кровососущих членистоногих
Д) наличие восприимчивого населения

19.Ликвидация той или иной инфекционной болезни в глобальном масштабе означает…
А) отсутствие заболеваний
Б) отсутствие условий для реализации механизмов передачи
В) отсутствие носительства
Г) ликвидацию возбудителя как биологического вида
Д) наличие небольшого количества лиц с транзиторным бактерионосительством

20.Для определения времени возможного заражения необходимо прежде всего знать дату…
А) заболевания
Б) обращения за медицинской помощью
В) госпитализации
Г) дезинфекции
Д) дератизации

21.Какие мероприятия при антропонозах направлено на источник инфекции...
А) активное выявление заболевших и госпитализация больных
Б) дезинфекция нательного и постельного белья
В) проведение истребительных мероприятий, направленных на сокращение численности грызунов
Г) исследование объектов окружающей среды на контаминированность возбудителями инфекции.
Д) дезинсекционные мероприятия

22.Мероприятие при антропонозах направленное на разрыв механизма передачи...
А) выявление и изоляция больного
Б) выявление лиц, контактировавших с больным
В) проведение экстренной профилактики лицам, контактировавшим с больным
Г) дезинфекция квартиры и личных вещей больного и проведение мероприятий, направленных на сокращение численности переносчиков.
Д) плановая иммунизация

23.Медицинское наблюдение в эпидемическом очаге устанавливают...
А) только за лицами, ухаживающими за больным на дому

Б) за всеми лицами, которые находились в контакте с больным

В) только за членами семьи, проживающими в коммунальной квартире

Г) только за маленькими детьми, проживающими вместе с заболевшим

Д) только за лицами, чья профессиональная деятельность связана с высокой степенью риска распространения инфекционного заболевания.

24.К инфекциям, управляемым санитарно-гигиеническими мероприятиями относятся…
А) брюшной тиф
Б) гепатит В
В) коклюш
Г) дифтерия
Д) гепатит С

25.Средство управления эпидемическим процессом аэрозольных инфекций…
А) изоляционные мероприятия
Б) дезинфекционные мероприятия
В) иммунопрофилактика
Г) санитарно-гигиенические мероприятия
Д) гигиеническое воспитание населения

26.Под эффективностью противоэпидемических мероприятий следует понимать…
А) соответствие своевременности и полноты выполнения мероприятий нормативным требованиям
Б) соответствие используемых средств национальным (международным) стандартам
В) предотвращение морального ущерба
Г) достижение необходимого результата за счет реализованного мероприятия
Д) гигиеническое воспитание населения

27.Критерием оценки качества противоэпидемических мероприятий является…
А) соответствие их проведения нормативным документам
Б) снижение заболеваемости совокупного населения
В) снижение тяжести течения инфекционных заболеваний
Г) снижение заболеваемости в отдельных группах населения
Д) снижение заболеваемости

№ теста	ответ	№ теста	ответ
1	А	16	А
2	А,Б	17	Г
3	Г,Ж,К	18	Б
4	В	19	Г
5	Д	20	А
6	Б,В,Г,Е	21	А
7	Г	22	Г
8	Г	23	Б
9	В	24	А
10	А	25	В
11	А,Б,Г,Д,Е	26	Г
12	А,Б,В	27	А
13	Б		
14	Б		
15	А,Б,В		

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде **зачета.**

Примерные вопросы для собеседования к итоговому занятию и промежуточной аттестации

1. Понятие об эпидемиологии как общемедицинской науке. Цель и задачи
2. Понятие об эпидемиологии инфекционных заболеваний. Предмет и объект изучения
3. Эпидемиология неинфекционных заболеваний. Предмет и объект изучения
4. Учение об эпидемическом процессе. Эпидемический процесс как результат сопряженной эволюции паразита и хозяина.
5. Эпидемический процесс, определение понятия. Причины и условия развития эпидемического процесса
6. Основные эпидемиологические понятия. Источник инфекции, механизм передачи инфекции, пути и факторы передачи инфекционного начала.
7. Противоэпидемическое обслуживание населения. Силы и средства. Цель, задачи. Роль стоматологической службы в системе противоэпидеми-ческого обслуживания населения.
8. Чрезвычайные ситуации. Противоэпидемические мероприятия в ЧС.
9. Общая характеристика инфекций с гемоконтактным механизмом передачи.
10. Эпидемиология и профилактика парентеральных вирусных гепатитов
11. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции
12. Понятие о внутрибольничных инфекций. Причины и условия их возникновения в стационарах различного профиля.
13. Причины возникновения ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля.
14. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.
15. Профилактика профессиональных заражений медицинских работников стоматологических учреждений инфекциями, передающимися гемоконтактным путем.
16. Правила работы с больными или подозрительными на ВИЧ-инфекцию и парентеральные вирусные гепатиты.
17. Дезинфекция. Определение понятия. Виды и способы дезинфекции.
18. Значение проведения дезинфекционных мероприятий в учреждениях стоматологического профиля
19. Объекты, подлежащие дезинфекции в стоматологии
20. Стерилизация медицинского инструментария и его значение в профилактике заражений инфекционными заболеваниями.
21. Понятие об антропонозах. Больной человек - источник инфекции. За

разительность больного в равные периоды болезни.

22. Понятие о зоонозах. Эпизоотический процесс при зоонозах. Механик передачи при зоонозах. Значение отдельных видов животных, как ис¬точников инфекции для человека. Энзоотии. Эпизоотии.
23. Теория саморегуляции паразитарных систем. Основные положения теории.
24. Теория природной очаговости Е.Н. Павловского. Основные положения.
25. Проявления эпидемического процесса. Эндемическая, экзотическая

заболеваемость. Эпидемии, вспышки, пандемии.

26. Классификация инфекционных болезней на основе соответствия механизма передачи м локализации возбудителя.

27. Понятие о восприимчивости и невосприимчивости популяции, Факторы определяющие восприимчивость популяции. Контагиозный индекс. Понятие о популяционном иммунитете.

28. Формы невосприимчивости к инфекционным заболеваниям.

29. Иммунопрофилактика - важнейшее звено в системе против противоэпидемических мероприятий. Проблемы и перспективы иммунопрофилактики.

30. Принципы организации планирования профилактических прививок. Прививочный календарь.

31. Роль лечебно-профилактических учреждений в организации и проведении профилактических прививок. Карта проф. прививок ребенка.

32. Виды биологических препаратов, применяемых для активной и пассивное иммунизации. Ассоциированные вакцины. Комплексная и комбинированная иммунизация.

33. Поствакцинальные реакции. Осложнения их причины и профилактика.

34. Противоэпидемические мероприятия. Определение. Группы п/э мероприятий по признаку направленности действий на эпид.процесс. Комплексность п/э мероприятий и принцип ведущего звена в профилактике инфекционных болезней.

35. Понятие об эпидемическом очаге. Пространственные и временные границы эпидочага. Мероприятия в эпидочаге.

36. Дезинфекция. Виды дезинфекции. Организация, проведение. Способы и методы дезинфекции. Стерилизация.

37. Дезинсекция. Виды дезинсекции. Организация и доведение. Способы и методы дезинсекции.

38. Дератизация, виды дератизации. Способы и методы.

39. Роль врачей лечебного профиля в организации ЭН за инфекционными заболеваниями. Основные направления п/э работы на врачебном участке.

40. Кабинет инфекционных заболеваний. Основные задачи кабинета. Направления работы врача инфекциониста.

41. Понятие о госпитальных инфекциях. Этиологическая характеристика госпитальных инфекций. Причины возникновения и распространения госпитальных инфекций.

42. Госпитальные инфекции. Определение понятия, основные направления профилактики госпитальных инфекций.

43. Кишечные инфекции. Классификация острых кишечных бактериальных диарейных инфекций на основе эколого-филогенетической близости. Механизм развития эпид.процесса при кишечных антропонозах.

44. Этиология и эпидемиологические особенности вирусных гепатитов

45. Общая характеристика группы капельных инфекций. Механизм раза и проявления эпидемического процесса при капельных инфекциях. Основные направления профилактики.
46.Эпидемиологический надзор при зоонозах. Клещевой энцефалит. Геморрагические лихорадки. Эпидемиологический надзор.

Тесты для промежуточной аттестации по дисциплине

1. Понятие "эпидемической конституции мест и лет" для объяснения развития эпидемий в разных местах и в разное время предложил:

1) врач античной древности Клавдий Гален
2) врач древней Греции Гиппократ
3) таджикский врач средневековья Авиценна

2. Термин "эпидемический процесс" ввел в эпидемиологию:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

3. Теорию механизма передачи инфекции разработал:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

4. Автор теории природной очаговости трансмиссивных болезней человека:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

5. Теорию саморегуляции паразитарных систем разработал:

1) В.А.Башенин
2) В.Д.Беляков
3) Л.В.Громашевский
4) Д.К.Заболотный
5) И.И.Елкин
6) Е.Н.Павловский

6. Спорадической заболеваемостью называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

7. Эндемией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

8. Энзоотией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

9. Эпидемией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

10. Эпизоотией называется:

1) распространение массовых заболеваний среди людей
2) единичная, разрозненная заболеваемость
3) распространение массовых заболеваний среди грызунов
4) заболеваемость людей, свойственная данной местности
5) заболеваемость животных, свойственная данной местности

11. Необычно широкое (континентальное или глобальное) распространение на высоком уровне инфекционных заболеваний называется:

1) пандемией
2) эндемией
3) энзоотией
4) эпизоотией
5) эпидемией

12. К антропонозам относятся:

1) грипп
2) малярия
3) сальмонеллез
4) столбняк
5) туляремия
6) шигеллез
7) ВИЧ-инфекция

13. К зоонозам относятся:

1) грипп
2) малярия
3) сальмонеллез
4) столбняк
5) туляремия
6) шигеллез
7) ВИЧ-инфекция

14. К сапронозам относятся:

1) грипп

2) малярия
3) сальмонеллез
4) столбняк
5) туляремия

15.Основой перспективного планирования противоэпидемических мероприятий служат результаты:

1) ретроспективного эпидемиологического анализа
2) оперативного эпидемиологического анализа
3) обследования эпидемических очагов

16.Сроки начала и окончания, а также выраженность сезонного подъема заболеваемости определяются по результатам:

1) анализа многолетней динамики заболеваемости
2) анализа годовой динамики заболеваемости
3) анализа заболеваемости в социально-возрастных группах населения

17.Цикличность эпидемического процесса выявляется и оценивается по результатам:

1) анализа многолетней динамики заболеваемости
2) анализа годовой динамики заболеваемости
3) анализа заболеваемости в социально-возрастных группах населения

18.Показатели уровня заболеваемости внутрибольничными инфекциями относятся к:

1) интенсивным показателям
2) экстенсивным показателям
3) показателям наглядности

19.Показатели структуры заболеваемости внутрибольничными инфекциями относятся к:

1) интенсивным показателям
2) экстенсивным показателям
3) показателям наглядности

20.Оперативный (текущий) анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями в лечебно-профилактическом учреждении должен проводиться:

1) по данным ежедневной регистрации ВБИ
2) по данным еженедельного учета заболеваемости ВБИ
3) по данным ежемесячного учета заболеваемости ВБИ

21.Эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний проводится в целях:

1) выявления источников инфекции, больных и бактерионосителей
2) определения цикличности эпидемического процесса
3) определения границ эпидемического очага

4) выявления круга лиц, подвергшихся риску заражения
5) определения начала сезонного подъема заболеваемости
6) определения путей передачи возбудителя
7) выбора мероприятий по ликвидации очага

22.Территория инфекционного стационара, расположенного в составе многопрофильной больницы:

1) должна иметь общее с больницей ограждение
2) должна иметь ограждение по периметру участка
3) должна быть разделена на "чистую" и "грязную" зоны полосой зеленых насаждений

23.Транспорт, доставивший инфекционного больного:

1) подвергается обеззараживанию владельцем транспорта
2) подвергается обеззараживанию персоналом больницы на специально отведенной площадке
3) может не обеззараживаться по усмотрению врача-инфекциониста

24.Приемное отделение инфекционного стационара должно иметь:

1) изолированный смотровой кабинет
2) не менее двух смотровых кабинетов с общим наружным входом
3) не менее двух смотровых кабинетов с самостоятельным наружным входом

25.Медицинский персонал при входе в бокс к инфекционному больному обязан:

1) во всех случаях надевать 4-слойную маску из марли
2) надевать второй халат, при выходе снимать его, мыть и дезинфицировать руки
3) вытирать ноги о коврик, смоченный дезинфицирующим раствором

26.Смена халатов и колпаков в инфекционном стационаре должна производиться:

1) ежедневно
2) не реже 1 раза в неделю
3) не реже 2 раз в неделю
4) при загрязнении выделениями больных - немедленно

27.Раздачу пищи инфекционным больным производят:

1) буфетчицы
2) дежурные медсестры отделения
3) технический персонал

28. **Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении**
1) диспансеризации населения
2) эпидемиологического стоматологического обследования
3) профилактических осмотров
4) профилактических мероприятий

29. ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое

обследование один раз В

1) 2 года
2) 3 года
3) 5 лет
4) 10 лет

30. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ в одном районе рекомендуется осматривать группы населения одного и того же возраста в количестве человек не менее
1) 20
2) 30
3) 50
4) 500

31. Калибровка специалистов, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследовании проводится в период
1) подготовительный
2) обследования
3) анализа результатов
4) планирования программы профилактики

32. При калибровке специалиство, участвующих в эпидемиологическом стоматологическом обследования должно быть не менее (%)
1) 95
2) 85
3) 50
4) 30

33. Методика эпидемиологического стоматологического обследования по ВОЗ предусматривает обследование детей в возрасте (лет)
1) 3, 6, 9
2) 6, 9,12
3) 6, 12,15
4) 9, 12,15

34. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ обследуют взрослое население в возрасте (лет)
1) 18-25
2) 25-30
3) 35-44
4) 50-65

35. Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание , к общему числу обследованных называется
1) распространенностью стоматологического заболевания
2) интенсивностью стоматологического заболевания
3) уровнем стоматологической помощи населению
4) качеством стоматологической помощи населению

36. Распространенность кариеса зубов выражается в
1) абсолютных единицах
2) процентах.
3) относительных единицах

4) коэффициентах

37. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается в
1) суммой кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
2) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
3) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума
4) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов в группе индивидуумов

38. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья - это
1) стоматологическое просвещение
2) первичная профилактика стоматологических заболеваний
3) ситуационный анализ
4) профессиональная гигиена

39. Активным методом стоматологического просвещения является
1) издание научно-популярной литературы
2) проведение выставок средств гигиены полости рта
3) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
4) издание рекламных буклетов средств гигиены полости рта

40. Методы стоматологического просвещения, предрасполагающие заинтересованное участие населения и наличие обратной связи являются
1) активными
2) пассивными
3) индивидуальными
4) групповыми

41. Анкетирование дает возможность оценить
1) уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний
2) качество оказания стоматологической помощи населению
3) уровень стоматологического здоровья населения
4) качество работы фирм-производителей средств гигиены полости рта

42. К пассивным формам стоматологического просвещения относится
1) проведение «урока здоровья» в школе
2) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада
3) лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей дискуссией
4) телевизионная реклама

43. При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике ВОЗ состояние тканей пародонта оценивается с помощью индекса
1) PMA
2) PHP
3) CPI
4) OHI-S

44. CPI – это индекс
1) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта
2) коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ
3) эффективности гигиены полости рта
4) интенсивности кариеса зубов

45. Ключевой возрастной группой для оценки сосояния постоянных зубов в популяции является возраст (лет)
1) 6
2) 12
3) 15
4) 35-44

46. Ключевой возрастной группой для оценки состояния ьканей пародонта в популяции является возраст (лет)
1) 6
2) 12
3) 15
4) 35-44

47. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения проводят специалисты
1) врачи-стоматологи
2) стоматологические медицинские сестры
3) врачи-эпидемиологи
4) санитарные врачи

48. При проведении эпидемиологического обследования населения по методике ВОЗ используют набор инструментов
1) зеркало, стоматологический зонд, пинцет
2) зеркало, пародонтальный зонд, пинцет
3) стоматологический зонд, пинцет, экскаватор
4) зеркало, стоматологический зонд, пародонтальный зонд

49. Документом для регистрации данных эпидемиологического стоматологического обследования по методике ВОЗ является
1) медицинская карта стоматологического больного
2) карта для оценки стоматологического статуса (ВОЗ)
3) листок учета проведения профилактических мероприятий
4) специальной документации не существует

50. Источником фосфатидов является
1) натуральные соки
2) рафинированное подсолнечное масло

3) нерафинированное подсолнечное масло
4) животные белки

51. Всемирная организация здравоохранения – это
1) специальное агентство ООН, состоящее из 193 государств-членов, основная функция которого лежит в решении международных проблем
2) специальное агентство ЮНЕСКО
3) специальное агентство МОТ, основная функция которого лежит в решении международных проблем
4) специальное агентство ЮНИСЕФ

ОТВЕТЫ:

1	2	**15**	1	**29**	3	**43**	3
2	3	**16**	2	**30**	3	**44**	2
3	3	**17**	1	**31**	1	**45**	2
4	6	**18**	1	**32**	2	**46**	3
5	2	**19**	2	**33**	3	**47**	1
6	2	**20**	1,3,4, 6,7	**34**	3	**48**	2
7	4	**21**	2	**35**	1	**49**	2
8	5	**22**	2,3	**36**	2	**50**	3
9	1	**23**	2	**37**	1	**51**	1
10	3	**24**	2,3	**38**	1		
11	1	**25**	3	**39**	3		
12	1,2,6, 7	**26**	3,4	**40**	1		
13	3,5	**27**	1,2	**41**	1		
14	4	**28**	2	**42**	4		

5. Критерии оценивания результатов обучения

Зачет

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины Б1.О.16 Эпидемиология, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.

Приложение 1

Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка_____

К	ОПК-13	Способен решать задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медикобиологической терминологии, информационнокоммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности	
Ф	A/06.7	A/06.7 проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящихся в распоряжении медицинского учреждения	
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Выбор испытательной лаборатории (центра), аккредитованной в установленном порядке.	2 балла	-2 балл
2.	Изучение представленных документов и материалов на предмет наличия факторов, представляющих потенциальную опасность	1 балл	-1 балла
3.	Оценка информации о санитарно-эпидемиологической обстановке	1 балла	-1 балл
4.	Обоснование нормативной документацией	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее% выполнения