

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО
Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 04/2025
«15» апреля 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А.
Алмазова» Минздрава России
Е.В. Шляхто
«28» апреля 2025 г.

**РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ
БЛОК 1. ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ)
ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ**

**АДАПТИРОВАННАЯ
ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
(для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья)**

**ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

31.08.14 ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

Уровень профессионального образования: Высшее образование - подготовка кадров
высшей квалификации

Квалификация: Врач – детский онколог
Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства образования и науки
Российской Федерации «25» августа 2014 г. № 1056

Санкт-Петербург
2025

СОДЕРЖАНИЕ

Блок 1. Дисциплины (модули)

Вариативная часть

1. Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней
2. Нутрициология в педиатрии
3. Основы онкопсихологии
4. Психологические аспекты медицинской реабилитации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО

Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 04/2025
«15» апреля 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А.
Алмазова» Минздрава России
Е.В. Шляхто
«28» апреля 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина

**ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ
БОЛЕЗНЕЙ**

(наименование дисциплины)

Уровень
профессионального
образования

**Высшее образование – подготовка кадров высшей
квалификации**

Специальность

31.08.14 Детская онкология
(код специальности и наименование)

Факультет

Лечебный факультет
(наименование факультета)

Кафедра

Кафедра детских болезней с клиникой
(наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Семестр	2
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
В том числе:	
Семинар-практикум	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	-
Общая трудоемкость дисциплины	72 час./ 2 зач. ед.

Санкт-Петербург
2025

Рабочая программа дисциплины «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1056 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- учебным планом по специальности 31.08.14 Детская онкология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Никитина Ирина Леоровна	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой детских болезней с клиникой, института медицинского образования Зав. НИЛ детской эндокринологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Косенкова Тамара Васильевна	д.м.н., профессор	Профессор кафедры детских болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры детских болезней с клиникой лечебного факультета «17» февраля 2025 г., протокол № 6.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «15» апреля 2025 г., протокол № 04/2025.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа дисциплины «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.14 Детская онкология, с учётом требований к квалификационным характеристикам ЕКСД и иных компонентов: оценочных и методических материалов, а также предусмотренных Федеральным законом №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» случаях в виде рабочих программ воспитания, календарного плана воспитательной работы и форм аттестации.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: подготовка специалистов, владеющих знаниями и умениями по вопросам организации вакцинопрофилактики, обладающих ключевыми компетенциями по проведению вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний в различных возрастных группах и у лиц с хронической патологией, а также по диагностике, лечению, профилактике поствакцинальных реакций и осложнений.

Задачи:

1. Углубление и совершенствование фундаментальных медицинских знаний, а также знаний смежных дисциплин для расширения и модернизации клинического мышления в вопросах изучения особенностей формирования иммунного ответа на различные вакцинные препараты при реализации календаря профилактических прививок у детей.
2. Реформирование знаний, умений в освоении новейших технологий и методик в клинической, лабораторной и инструментальной диагностике заболеваний и состояний, встречающихся в клинической практике врача – детского онколога при подготовке и проведении иммунизации детского населения.
3. Развитие и углубление способности врача – детского онколога к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умению провести дифференциально-диагностический поиск и оказать в полном объеме медицинскую помощь ребенку при подготовке и проведении иммунизации
4. Оптимизация и модернизация системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу – детскому онкологу ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии в условиях реализации программы иммунизации детского населения.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» относится к обязательной части Блока1, части формируемой участниками образовательных отношений учебного плана по специальности 31.08.14 Детская онкология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:

- «Патология»,
- «Обучающий симуляционный курс»

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

- «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональных компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	Знает: - порядки оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями; - методику сбора информации о состоянии здоровья, течении беременности и родов у матери ребенка, анамнезе жизни и заболевания ребенка; - методики оценки состояния здоровья ребенка; - этиологию и патогенез онкологических заболеваний у детей - медицинские показания и противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики у детей.	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: - проводить клинический осмотр ребенка; - интерпретировать данные клинического осмотра с оценкой общего состояния; - оценивать физическое развитие ребенка; - выявлять патологические состояния и нарушения жизненно важных функций. - обосновывать и планировать объем лабораторных и инструментальных исследований; - интерпретировать и анализировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. - трактовать результаты клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач диагностики и дифференциального диагноза заболеваний; - установить диагноз в соответствии с международной классификацией болезней.	
	Владеет: методикой установления диагноза в соответствии с международной классификацией болезней	
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знает: - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: - распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма -кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам, при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти; - обеспечивать свободную проходимость дыхательных путей; - обеспечивать проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ); - проводить непрямой массаж сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки; - проводить сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации - выбрать необходимую медикаментозную терапию при базовой реанимации; - работать в команде согласованно	

	- применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	
	Владеет: - навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - алгоритмом проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	
ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья детей, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знает: - систему охраны материнства и детства в РФ, основные директивные документы; - организацию лечебно-профилактической помощи женщинам и новорожденным; - организацию пренатальной охраны плода; - принципами врачебной деонтологии и медицинской этики. Умеет: - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача — детского онколога; - работать с медицинской документацией в условиях поликлиники, амбулатории и стационара в соответствии с нормативными требованиями; - проводить пропаганду здорового образа жизни; - организовать профилактическую работу по снижению заболеваемости детей; - организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и больными детьми, детьми из группы риска; - проводить профилактику обострений хронических заболеваний; - организовать санитарно-просветительную и медико-социальную работу. Владеет: медико-анатомическим понятийным аппаратом; - консолидирующими показателями, характеризующими степень развития экономики здравоохранения, методикой расчета показателей медицинской статистики	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	40	40

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Организация иммунопрофилактики в РФ. Педиатрическая служба при проведении иммунопрофилактики	-	2	2	4	1
Раздел 2. Формирование иммунитета у ребенка при вакцинации. Особенности иммунной системы ребенка в различные возрастные периоды	-	2	4	6	5
Раздел 3. Особенности течения вакцинального процесса при иммунизации детей. Течение вакцинального процесса у детей. Реакции и осложнения на введения вакцинных препаратов	1	4	6	11	6
Раздел 4. Иммунизация детей против инфекций календаря профилактических прививок и по эпидпоказаниям. Иммунизация детей с нарушением в состоянии здоровья.	3	12	20	35	20
Раздел 5. Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов	2	4	10	16	8
ИТОГО	6	24	42	72	40

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает до 80% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 50% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2						
Раздел 3. Особенности течения вакцинального процесса при иммунизации детей						
1	Тема 2.1. Течение вакцинального процесса у детей. Реакции и осложнения на введения вакцинных препаратов	1	1. Календарь профилактических прививок 2. Местные и общие реакции на введение вакцинных препаратов. 3. Осложнения при введении вакцинных препаратов (токсические, аллергические, неврологические)	ПК-10, ПК-7, ПК-2	мультимедийная аппаратура, интерактивная доска, презентации	KB https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=12
Раздел 4. Иммунизация детей против инфекций календаря профилактических прививок и по эпидпоказаниям						
2	Тема 4.1. Имунопрофилактика инфекционных заболеваний. Национального календаря профилактических прививок.	2	1. Иммунизация детей против гепатита В. 2. Иммунизация детей против туберкулеза. 3. Иммунизация детей против полиомиелита 4. Иммунизация детей против дифтерии, столбняка и коклюша 5. Иммунизация детей против кори 6. Иммунизация детей против эпидемического паротита. 7. Иммунизация детей против гемофильной инфекции. 8. Иммунизация детей против пневмококковой инфекции	ПК-10, ПК-7, ПК-2	мультимедийная аппаратура, интерактивная доска, презентации	KB https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=12
3	Тема 4.2. Иммунизация детей по эпидемическим показаниям	1	1. Иммунизация против менингококковой инфекции. 2. Иммунизация против ротавирусной инфекции 3. Иммунизация против ветряной оспы 4. Иммунизация против COVID-19 5. Иммунизация против гриппа	ПК-10, ПК-7, ПК-2.		KB https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=12
Раздел 5. Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов.						
4	Тема 5.1 Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов и тактика последующей иммунизации	2	1. Оказание помощи при развитии неврологических осложнений на введение вакцинных препаратов. 2. Оказание помощи при развитии реакций на введение БЦЖ-вакцины. 3. Оказание помощи при развитии аллергических осложнений на введение вакцинных препаратов. 4. Предупреждение развития реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов	ПК-10, ПК-7	мультимедийная аппаратура, интерактивная доска, презентации	KB https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=12
Всего за ПА		6				

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в %	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2							
Раздел 1. Организация иммунопрофилактики в РФ. Педиатрическая служба при проведении иммунопрофилактики.							
Тема 1.1	семинар-практикум	Педиатрическая служба при проведении иммунопрофилактики	2	80%	Законодательство Российской Федерации по охране детства, проведению иммунизации детского населения, перспективы его совершенствования. Проблемы вакцинопрофилактики в современных условиях. Практическая подготовка: Понятие эффективности иммунизации. Эпидемиологическая эффективность иммунизации. Иммунологическая эффективность иммунизации. Оценка качества вакцинации. Техника проведения прививок. Понятие холодовой цепи.	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, СЗ
Раздел 2. Формирование иммунитета у ребенка при вакцинации. Особенности иммунной системы ребенка в различные возрастные периоды.							
Тема 2.1	семинар-практикум	Особенности иммунной системы ребенка в различные возрастные периоды.	2	80%	Виды иммунопрофилактики. Вакцины и вакцинные препараты. Классификация вакцинных препаратов по количеству содержащихся в них антигенов. Состав вакцинных препаратов. Практическая подготовка: Введение вакцинных препаратов. Основные этапы иммунного ответа. Поствакцинальный иммунитет. Особенность формирования поствакцинального иммунитета в зависимости от вида вакцинного препарата	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, ТЗ
Раздел 3. Особенности течения вакцинального процесса при иммунизации детей. Течение вакцинального процесса у детей. Реакции и осложнения на введения вакцинных препаратов							
Тема 3.1	семинар-практикум	Течение вакцинального процесса у детей. Реакции и осложнения на введения вакцинных препаратов	4	80%	Календарь профилактических прививок. Течение вакцинального процесса. Особенности течения вакцинального периода при введении живых и инактивированных вакцин Реакции и осложнения на введение вакцинных препаратов. Местные и общие реакции на введение вакцинных препаратов. Токсические реакции на введение вакцинных препаратов.	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, ТЗ

					Практическая подготовка: Аллергические реакции на введение вакцинного препарата. Неврологические реакции на введение вакцинного препарата. Интеркуррентные заболевания в поствакцинальном периоде. Обострение соматических заболеваний в поствакцинальном периоде		
Раздел 4. Иммунизация детей против инфекций календаря профилактических прививок и по эпидпоказаниям. Иммунизация детей с нарушением в состоянии здоровья.							
Тема 4.1	семинар-практикум	Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний Национального календаря профилактических прививок.	4	80%	Национальный календарь профилактических прививок. Основные вакцинные препараты, используемые при иммунизации детей. Иммунизация детей против гепатита В. Иммунизация детей против туберкулеза. Иммунизация детей против полиомиелита. Иммунизация детей против дифтерии, столбняка и коклюша. Иммунизация детей против кори. Иммунизация детей против эпидемического паротита. Иммунизация детей против гемофильной инфекции. Иммунизация против гриппа. Иммунизация детей против пневмококковой инфекции. Практическая подготовка: Показания и противопоказания к введению основных вакцинных препаратов Национального календаря профилактических прививок. Сроки вакцинации и ревакцинации основных вакцин Национального календаря профилактических прививок. Способы введения вакцинных препаратов. Местные и общие обычные реакции на введение вакцин Национального календаря профилактических прививок	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ,ТЗ,СЗ
Тема 4.2	семинар-практикум	Иммунизация детей по эпидемическим показаниям	2	80%	Иммунизация против менингококковой инфекции. Иммунизация против ротавирусной инфекции. Иммунизация против клещевого энцефалита. Иммунизация против ветряной оспы. Иммунизация против COVID-19 Практическая подготовка: Показания и противопоказания к введению основных вакцинных препаратов по эпидемическим показаниям. Сроки вакцинации и ревакцинации основных вакцин по эпидемическим показаниям. Способы введения вакцинных препаратов. Местные и общие обычные реакции на введение вакцин.	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ,ТЗ,СЗ
Тема 4.3	семинар-практикум	Иммунизация детей с нарушением в состоянии здоровья	6	80%	Иммунизация детей с заболеваниями ЦНС Иммунизация детей с аллергическими заболеваниями Иммунизация детей с сахарным диабетом Иммунизация детей с	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ,ТЗ,СЗ

					иммунодефицитами Иммунизация детей с хроническими заболеваниями почек Иммунизация детей с онкологической патологией, гемобластомами и иммуносупрессивной терапией. Иммунизация детей с хроническими заболеваниями органов дыхания. Иммунизация детей с рекуррентной патологией. Иммунизация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Иммунизация недоношенных детей. Иммунизация детей с врожденными пороками Практическая подготовка: Показания и противопоказания к введению основных вакцинных препаратов у детей с нарушениями в состоянии здоровья. Сроки вакцинации и ревакцинации. Способы введения вакцинных препаратов. Местные и общие обычные реакции на введение вакцин. Подготовка ребенка с нарушением в состоянии здоровья к иммунизации		
Раздел 5. Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов							
Тема 5.1	семинар-практикум	Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов и тактика последующей иммунизации	4	80%	Оказание помощи при развитии реакций на введение вакцинных препаратов. Оказание помощи при развитии аллергических осложнений на введение вакцинных препаратов. Оказание помощи при развитии неврологических осложнений на введение вакцинных препаратов. Оказание помощи при развитии бронхоспазма или обострении бронхиальной астмы. Оказание помощи при развитии осложнений на введение БЦЖ-вакцины. Предупреждение поствакцинальных осложнений. Практическая подготовка: Сердечно-легочная реанимация. Группы препаратов, используемые при оказании помощи ребенку при развитии местных, общих реакций на введение вакцин. Группы препаратов, используемые при оказании помощи ребенку при развитии токсических, аллергических, неврологических реакций и осложнений. Догоняющая иммунизация. Продолжение иммунизации ребенку при развитии реакций или осложнений на введение вакцинного препарата	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ,ТЗ,СЗ
Всего за ПА в час.			24	19			

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи.*

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства * для текущего контроля
1.	Организация иммунопрофилактики в РФ. 1.1 Педиатрическая служба при проведении иммунопрофилактики	4	Законодательство Российской Федерации по охране детства, проведению иммунизации детского населения, перспективы его совершенствования. Проблемы вакцинопрофилактики в современных условиях. Понятие эффективности иммунизации. Оценка качества вакцинации. Техника проведения прививок	ПК-10, ПК-7, ПК-2.	КВ, СЗ
2.	Формирование иммунитета у ребенка при вакцинации 2.1. Особенности иммунной системы ребенка в различные возрастные периоды	4	Виды иммунопрофилактики. Вакцины и вакцинные препараты. Классификация вакцинных препаратов по количеству содержащихся в них антигенов. Состав вакцинных препаратов. Способы и пути введения вакцинных препаратов. Основные этапы формирования иммунного ответа при иммунизации. Поствакцинальный иммунитет	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, ТЗ
3.	Особенности течения вакцинального процесса при иммунизации детей 3.1. Течение вакцинального процесса у детей. Реакции и осложнения на введения вакцинных препаратов	6	Календарь профилактических прививок. Течение вакцинального процесса при иммунизации вакцинными препаратами. Местные и общие реакции на введение вакцинных препаратов. Токсические реакции на введение вакцинных препаратов. Аллергические реакции на введение вакцинного препарата. Неврологические реакции на введение вакцинного препарата. Интеркуррентные заболевания в поствакцинальном периоде. Обострение соматических заболеваний в поствакцинальном периоде	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, ТЗ
4.	Иммунизация детей против инфекций календаря профилактических прививок и по эпидпоказаниям. 4.1. Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний Национального календаря профилактических прививок	6	Иммунизация детей против гепатита В. Иммунизация детей против туберкулеза. Иммунизация детей против полиомиелита. Иммунизация детей против дифтерии, столбняка и коклюша. Иммунизация детей против кори. Иммунизация детей против эпидемического паротита. Иммунизация детей против гемофильной инфекции. Иммунизация против гриппа. Иммунизация детей против пневмококковой инфекции	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, ТЗ
5.	4.2. Иммунизация детей по эпидемическим показаниям	6	Иммунизация против менингококковой инфекции. Иммунизация против ротавирусной инфекции. Иммунизация против клещевого энцефалита. Иммунизация против ветряной оспы. Иммунизация против COVID-19. Вакцинные препараты, используемые при иммунизации детей по эпидпоказаниям	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, ТЗ

6.	4.3. Иммунизация детей с нарушением в состоянии здоровья	6	Иммунизация детей с заболеваниями ЦНС Иммунизация детей с аллергическими заболеваниями Иммунизация детей с сахарным диабетом Иммунизация детей с иммунодефицитами Иммунизация детей с хроническими заболеваниями почек Иммунизация детей с онкологической патологией, гемобластозами и иммуносупрессивной терапией Иммунизация детей с хроническими заболеваниями органов дыхания. Иммунизация детей с рекуррентной патологией. Иммунизация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Иммунизация недоношенных детей. Иммунизация детей с врожденными пороками	ПК-10, ПК-7, ПК-2	КВ, ТЗ
7.	Модуль 5. Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов. 5.1. Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов и тактика последующей иммунизации	10	Оказание помощи при развитии реакций на введение вакцинных препаратов Оказание помощи при развитии аллергических осложнений на введение вакцинных препаратов Оказание помощи при развитии неврологических осложнений на введение вакцинных препаратов Оказание помощи при развитии бронхоспазма или обострении бронхиальной астмы Оказание помощи при развитии осложнений на введение БЦЖ-вакцины Предупреждение поствакцинальных осложнений	ПК-10, ПК-7, ПК-2	
ВСЕГО:		42	Из них на практическую подготовку - 21 час		

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам при текущем контроле

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		ТЗ	КВ	СЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Организация иммунопрофилактики в РФ в период реформирования здравоохранения.	30	49	-

	Раздел 2. Формирование иммунитета у ребенка при вакцинации.	35	38	-
	Раздел 3 Особенности течения вакцинального процесса при иммунизации детей.	24	48	-
	Раздел 4 Иммунизация детей против инфекций календаря профилактических прививок и по эпидпоказаниям.	41	222	12
	Раздел 5. Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов.	40	85	10
ИТОГО		170	442	22

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ- ситуационные задачи, Д (доклады)

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	КВ, СЗ, ТЗ
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	КВ, СЗ, ТЗ
ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья детей, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	КВ, СЗ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Ситуационные задачи
Не зачтено	70% и менее	- ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.
Зачтено	Более 71%	ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции
ТЗ	При развитии аллергических реакций или осложнений на введение вакцинных препаратов в виде синдрома бронхиальной обструкции или приступа бронхиальной астмы применяются а) Бронходилататоры быстрого действия: сальбутамол (вентолин) с 18 месяцев – 0,5 мл (не разводить) на ингаляцию (небулайзер); дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) по 1-2 дозы каждый 3-4 часа (через спейсер). При необходимости в течение часа можно проингалировать 6 доз сальбутамола; фенотерол+ипратропия бромид (беродуал) -1-2 капли/кг массы тела на ингаляцию с физиологическим раствором (до 2-х мл) б) Бронходилататоры быстрого действия: сальбутамол (вентолин) с 18 месяцев – 1,5 мл (не разводить) на ингаляцию (небулайзер); дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) по 1-2 дозы каждый 3-4 часа (через спейсер). При необходимости в течение часа можно проингалировать 6 доз сальбутамола; фенотерол+ипратропия бромид (беродуал) -2 капли/кг массы тела на ингаляцию с физиологическим раствором (до 2-х мл) в) Бронходилататоры быстрого действия: сальбутамол (вентолин) с 18 месяцев – 2,5 мл (не разводить) на ингаляцию (небулайзер); дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) по 1-2 дозы каждый 3-4 часа (через спейсер). При необходимости в течение часа можно проингалировать 6 доз сальбутамола; фенотерол+ипратропия бромид (беродуал) -1-2 капли/кг массы тела на ингаляцию с физиологическим раствором (до 2-х мл) г) Бронходилататоры быстрого действия: сальбутамол (вентолин) с 18 месяцев – 0,25 мл (не разводить) на ингаляцию (небулайзер); дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) по 1-2 дозы каждый 3-4 часа (через спейсер). При необходимости в течение часа можно проингалировать 6 доз сальбутамола; фенотерол+ипратропия бромид (беродуал) -4 капли/кг массы тела на ингаляцию с физиологическим раствором (до 2-х мл)	ПК-7
КВ	Иммунологическая эффективность вакцинации.	ПК-10
СЗ	Больной Н., в возрасте 14 лет, 01.10.2013 госпитализирован в многопрофильную детскую больницу по скорой помощи с жалобами на головокружение, слабость, потерю сознания. Анамнез болезни: за час до поступления ребенка в стационар мальчику в школе сделана прививка. Через 10 мин после вакцинации у него появились головокружение, головная боль, слабость, тошнота, затем кашель, озноб. Жаловался на боль в грудной клетке и затрудненное дыхание. Потерял сознание, отмечены судорожные подергивания конечностей, АД снизилось до 70/20 мм рт.ст. Фельдшер школы ввел внутримышечно преднизолон. Вызвана Скорая помощь, врач которой ввел внутривенно преднизолон, кальция глюконат, диазепам (реланиум), внутривенно капельно раствор Рингера в дозе 400 мл. Состояние улучшилось, АД повысилось до 90/70 мм рт.ст., в сознании. Госпитализирован в реанимационное отделение детской больницы. В анамнезе — пищевая аллергия на белок куриного яйца в виде сыпи, отека Квинке. Объективный осмотр. Температура тела 36,4 °С, пульс 100/мин, ЧД 22/мин, АД 90/70 мм рт.ст. В сознании. На вопросы отвечает адекватно. Вялый, жалуется на головную боль, слабость. Кожные покровы чистые, свободные от сыпи, нормальной влажности. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими звук не изменен. При аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет.	ПК-7

	Поставьте диагноз. Оцените тактику ведения ребенка на догоспитальном этапе. Перечислите основные препараты на догоспитальном этапе для лечения анафилактического шока. Какова дальнейшая тактика по иммунизации ребенка Эталон ответа: Анафилактический шок. Тактика фельдшера и врача скорой помощи соответствовала диагнозу анафилактического шока. Основными препаратами для лечения анафилактического шока являются: Эпинефрин 150 мкг (0,15 мл) (в/м), повтор через 5 мин при отсутствии реакции. Гидрокортизон 50 мкг или дексаметазон 8 мг или преднизолон 15 мг в/м или медленно в/в Ребенку показано введение системных стероидов - Гидрокортизон 50 мкг или Дексаметазон из расчета 0,15 мг/кг массы тела на прием или Преднизолон из расчета 1-2 мг/кг массы тела на прием и антигистаминных препаратов – клемастин 0,1%-2 мл или хлоропирамина гидрохлорид 0,2%-1-2 мл в/м или в/в на 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе глюкозы. Дальнейшее введение иммунобиологических препаратов ребенку противопоказано	
--	---	--

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи.*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU» (www.medlib.ru)

СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)

ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

Основная литература:

1. Основы вакцинопрофилактики у детей: руководство для врачей / Д. Ю. Овсянников, О. В. Шамшева, Л. Г. Кузьменко, Т. Ю. Илларионова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463567.html>
2. Неонатология: в 2 т. Т. 1.: учебное пособие / Н. П. Шабалов и др. - 7-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457702.html>
3. Неонатология: в 2 т. Т. 2.: учебное пособие / Н. П. Шабалов и др. - 7-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457719.html>
4. Руководство участкового педиатра / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451656.html>
5. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгеров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465196.html>

Дополнительная литература:

1. Клиническая вакцинология / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434642.html>
2. Современные аспекты коклюша у детей / О. П. Попова, А. В. Горелов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.- Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439586.html>
3. Вакцины и вакцинация: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. В. Зверева, Р. М. Хайтова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428665.html>
4. Грипп и ОРВИ у детей / О. В. Шамшева — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443965.html>

5. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей: учебное пособие / Р. Х. Бегайдарова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431139.html>
6. Часто болеющие дети / Самсыгина Г. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445839.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы для обучающихся:

- Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022

7.2 Учебно-методические материалы для преподавателей:

- Методические материалы по дисциплине «Вакцинопрофилактика» для специальности 31.08.14 Детская онкология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2025

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в сведениях о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы специалитета.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - размещение в местах доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:
 - возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ»

Специальность ординатуры:	31.08.14 Детская онкология
Квалификация:	Врач – детский онколог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ
БОЛЕЗНЕЙ»**

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие профессиональные компетенции:

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками

ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья детей, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате изучения дисциплины

Профессиональные компетенции:

Профессиональные компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	Знает: - порядки оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями; - методику сбора информации о состоянии здоровья, течении беременности и родов у матери ребенка, анамнезе жизни и заболевания ребенка; - методики оценки состояния здоровья ребенка; - этиологию и патогенез онкологических заболеваний у детей - медицинские показания и противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики у детей. Умеет: - проводить клинический осмотр ребенка; - интерпретировать данные клинического осмотра с оценкой общего состояния; - оценивать физическое развитие ребенка; - выявлять патологические состояния и нарушения жизненно важных функций. - обосновывать и планировать объем лабораторных и инструментальных исследований; - интерпретировать и анализировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. - трактовать результаты клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач диагностики и дифференциального диагноза заболеваний; - установить диагноз в соответствии с	Соблюдает алгоритм и последовательность мероприятий оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Демонстрирует владение практическими навыками осмотра, оценки состояния, назначения исследований и интерпретацию результатов с установкой диагноза.	КВ, ТЗ, СЗ

	международной классификацией болезней. Владеет: методикой установления диагноза в соответствии с международной классификацией болезней		
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знает: - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Умеет: - распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма - кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам, при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти; - обеспечивать свободную проходимость дыхательных путей; - обеспечивать проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ); - проводить непрямой массаж сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки; - проводить сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации - выбрать необходимую медикаментозную терапию при базовой реанимации; - работать в команде согласованно - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. Владеет: - навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - алгоритмом проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	Соблюдает алгоритм и последовательность мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации; последовательность оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам, при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти в соответствии с приказами, стандартами, методическим и федеральными клиническими рекомендациями, протоколами обследования	КВ, ТЗ, СЗ

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья детей, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знает: - систему охраны материнства и детства в РФ, основные директивные документы; - организацию лечебно-профилактической помощи женщинам и новорожденным; - организацию пренатальной охраны плода; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики	Правильность и полнота ответа по вопросам организации лечебно-профилактической помощи женщинам и новорожденным; принципам врачебной деонтологии и медицинской этики	КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача — детского онколога; - работать с медицинской документацией в условиях поликлиники, амбулатории и стационара в соответствии с нормативными требованиями; - проводить пропаганду здорового образа жизни; - организовать профилактическую работу по снижению заболеваемости детей; - организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и больными детьми, детьми из группы риска; - проводить профилактику обострений хронических заболеваний; - организовать санитарно-просветительную и медико-социальную работу. Владеет: медико-анатомическим понятийным аппаратом; - консолидирующими показателями, характеризующими степень развития	Организация и проведение профилактической, санитарно-просветительной и медико-социальной работы по снижению заболеваемости детей, диспансеризации, профилактике обострений хронических заболеваний, а также пропаганде здорового образа жизни в соответствии с приказами, нормативными требованиями, стандартами, методическими рекомендациями	

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

«Зачтено» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Ситуационные задачи
Не зачтено	70% и менее	- ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.
Зачтено	Более 71%	ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Тестовые задания и решение СЗ

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
Промежуточная аттестация № 1			
<i>1 этап</i>	Тестирование	ТЗ	ПК-2, ПК-7, ПК-10
<i>2 этап</i>	Собеседование	СЗ	ПК-2, ПК-7, ПК-10

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

Раздел 1. Организация иммунопрофилактики в РФ. Педиатрическая служба при проведении иммунопрофилактики

Контрольные вопросы

(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

1.	Организация работы участкового педиатра. Взаимодействие с другими специалистами в системе охраны здоровья детей и подростков.
2.	Права детей и подростков на охрану здоровья и получение информации о здоровье. Законодательство Российской Федерации в области охраны здоровья подростков
3.	Экономические основы медицинской помощи детям и подросткам. Взаимодействие детских поликлиник со страховыми компаниями.
4.	Платная помощь в детской поликлинике
5.	Функциональные обязанности участкового педиатра.
6.	Взаимодействие с другими специалистами в системе охраны здоровья детей и подростков.
7.	Паспорт участка.
8.	Правила ведения установленной первичной медицинской документации
9.	Экспертная оценка качества ведения медицинской документации
10.	Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство
11.	Оформление отказа от медицинского вмешательства и услуги
12.	Отчетность врача педиатра
13.	Иммунизация здоровых детей
14.	Цели и задачи стандартов (достижение единых требований к порядку профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями; унификации расчетов стоимости медицинской помощи, разработок программ обязательного медицинского страхования и тарифов на медицинские услуги и оптимизации системы взаиморасчетов между территориями за оказанную гражданам медицинскую помощь; контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском

	учреждении и на территории субъекта Российской Федерации в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью)
15.	Определения стандартизации - медицинская услуга, медицинская помощь, простая (неделимая) медицинская услуга, технология выполнения простой медицинской услуги, методика выполнения простой медицинской услуги, протокол ведения больного, модель пациента, нозологическая форма, синдром, клиническая ситуация
16.	Основные документы: протоколы ведения больных с различными заболеваниями, стандарты технологий выполнения: простых медицинских услуг, комплексных и сложных медицинских услуг, услуг медицинского сервиса, отдельных манипуляций, исследований и процедур, медицинских услуг, регламентированных Общероссийским классификатором услуг населению
17.	Основные принципы многофакторной оценки состояния здоровья
18.	Методика оценки показателей состояния здоровья детского населения
19.	Основные профессиональные обязанности и права медицинских работников
20.	Принципы и задачи медицинского страхования
21.	Формы организации поликлинической помощи детям
22.	Что такое иммунизация
23.	Национальный календарь профилактических прививок
24.	Основные законы РФ, определяющие иммунопрофилактику инфекционных заболеваний у детей
25.	История вакцинопрофилактики
26.	Антипрививочное движение: причины появления, методы борьбы с антиваксерами.
27.	Значение вакцинопрофилактики как массового мероприятия для предупреждения распространения инфекционных заболеваний
28.	Эффективность и безопасность вакцинации и вакцинопрофилактики
29.	Информирование населения о вакцинопрофилактике и ее безопасности
30.	Правовые основы вакцинопрофилактики: права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики
31.	Основные регламентирующие документы проведения иммунизации детского населения. Учетно-отчетные документы
32.	Информированное согласие на вакцинацию, оформление отказа от прививок
33.	Понятие эффективности иммунизации
34.	Иммунологическая эффективность иммунизации
35.	Эпидемиологическая эффективность иммунизации
36.	Экономическая эффективность иммунизации
37.	Национальный календарь прививок РФ
38.	Характеристика вакцин, входящих в Национальный календарь
39.	Заменяемость вакцин Национального календаря профилактических прививок
40.	Вакцинация при нарушении графика прививок
41.	Обеспечение безопасности иммунизации
42.	Хранение и транспортировка вакцинных препаратов
43.	Понятие холодовой цепи при транспортировке вакцинных препаратов
44.	Виды вакцин: классификация вакцинных антигенов, безопасность компонентов, входящих в состав вакцин.
45.	Характеристика основных вакцинных препаратов, используемых в педиатрической практике
46.	Способы получения вакцинных антигенов
47.	Виды антител, которые формируются в организме в зависимости от характера используемых вакцины
48.	Классификация вакцинных препаратов, применяемых в педиатрической практике
49.	Особенности живых и неживых вакцин

Тестовые задания
(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Тестовые задания	№	Ответы
1.	Этапы организации вакцинопрофилактики	1.	Учет прикрепленного детского населения; формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации;
		2.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц с использованием автоматизированной системы управления иммунизацией (АСУИ); обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка детей к вакцинации; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации
		3.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка детей к вакцинации; оформление медицинской документации;
2.	Кто проводит наблюдение за привитыми	1.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит медицинская сестра прививочного кабинета: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		2.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит врач педиатр участковый: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		3.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит патронажная медицинская сестра: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
3.	В каких документах регистрируются данные о профилактических прививках	1.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/у)
		2.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития новорожденного (форма № 097/у), Истории развития ребенка (форма

			№ 063/y), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/y)
		3.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/y), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87)
4.	Введение вакцинных препаратов в организм человека является	1.	Специфической иммунопрофилактикой
		2.	Неспецифической иммунопрофилактикой
		3.	Пассивной иммунопрофилактикой
5.	Внутрикожная инъекция может выполняться в	1.	Среднюю треть наружной поверхности плеча
		2.	Среднюю треть внутренней поверхности предплечья
		3.	подлопаточную область
6.	Инфекции, против которых разработаны вакцины	1.	Туберкулез, омфалит
		2.	Пиелонефрит, корь
		3.	Менингит, полиомиелит
7.	Невосприимчивость человека к инфекционным заболеваниям – это	1.	Иммунный ответ
		2.	Иммунопрофилактика
		3.	Иммунитет
8.	Луи Пастер создал вакцины против	1.	Сибирской язвы, куриной холеры, краснухи свиней, бешенства, оспы
		2.	Сибирской язвы, куриной холеры, краснухи свиней, бешенства
		3.	Сибирской язвы, куриной холеры, краснухи свиней, бешенства, чумы
9.	После рождения ребенка материнские антитела начинают разрушаться в его организме, начиная	1.	С 4-х месячного возраста
		2.	С 2-месячного возраста.
		3.	С 6-ти месячного возраста
10.	Специфическая иммунопрофилактика	1.	Направлена на создание искусственного иммунитета к конкретному инфекционному агенту
		2.	Направлена на повышение активности иммунной системы организма, стимуляцию защитных функций
		3.	Направлена на создание естественного иммунитета к конкретному инфекционному агенту.
11.	Неспецифическая иммунопрофилактика	1.	Направлена на создание искусственного иммунитета к конкретному инфекционному агенту
		2.	Направлена на повышение активности иммунной системы организма, стимуляцию защитных функций
		3.	Направлена на создание естественного иммунитета к конкретному инфекционному агенту.
12.	Специфическая иммунопрофилактика бывает	1.	Активная, пассивная
		2.	Пассивная
		3.	Активная
13.	Активная специфическая иммунопрофилактика возникает после	1.	Введения в организм вакцины или анатоксина
		2.	Введения в организм иммуноглобулинов и сывороток
		3.	Введения в организм только живых вакцин

14.	Пассивная специфическая иммунопрофилактика возникает после	1.	Введения в организм вакцины или анатоксина
		2.	Введения в организм иммуноглобулинов и сывороток
		3.	Введения в организм только живых вакцин
15.	Действие активной иммунизации	1.	Профилактическое
		2.	Экстренное профилактическое и лечебное
		3.	Лечебное
16.	Действие пассивной иммунизации	1.	Профилактическое
		2.	Экстренное профилактическое и лечебное
		3.	Лечебное
17.	На эффективность вакцинации влияют	1.	Свойства вакцин, особенности иммунного реагирования человека, факторы окружающей среды
		2.	Свойства вакцин, особенности иммунного реагирования человека
		3.	Особенности иммунного реагирования человека, факторы окружающей среды
18.	Оптимальная температура хранения вакцин	1.	+5+12° С
		2.	+2+8° С
		3.	+6+10° С
19.	"Холодовая цепь" – это	1.	Постоянно функционирующая система организационных и практических мероприятий, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения иммунобиологических препаратов на всех этапах пути их следования: от предприятия-изготовителя до места проведения вакцинации
		2.	Постоянно функционирующая система организационных и практических мероприятий, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения и транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов на всех этапах пути их следования: от предприятия - изготовителя до вакцинируемого
		3.	Постоянно функционирующая система организационных, обеспечивающая оптимальный температурный режим транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов на всех этапах пути их следования от предприятия-изготовителя до поликлиники
20.	Система «холодовой цепи» включает	1.	Специально обученный персонал, обеспечивающий эксплуатацию холодильного оборудования, правильное хранение и транспортировку вакцин; холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортировки вакцин в оптимальных температурных условиях (холодильники и морозильники, термоконтейнеры, сумки-холодильники, хладоэлементы); механизм контроля над соблюдением требуемых температурных условий на всех этапах хранения и транспортировки вакцин
		2.	специально обученный персонал, обеспечивающий эксплуатацию холодильного оборудования, правильное хранение и транспортировку вакцин; холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортировки вакцин в оптимальных температурных условиях (холодильники и морозильники, термоконтейнеры, сумки-холодильники, хладоэлементы)
		3.	холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортировки вакцин в оптимальных температурных условиях (холодильники и морозильники, термоконтейнеры, сумки-холодильники, хладоэлементы); механизм контроля над соблюдением требуемых температурных условий на всех этапах хранения и транспортировки вакцин

21.	Тест встряхивания (шейк – тест проводится)	1.	при подозрении на размораживание части ампул с адсорбированной вакциной (АКДС, вакцина против гепатита В).
		2.	при подозрении на замораживание части ампул с адсорбированной вакциной (АКДС, вакцина против гепатита В).
		3.	при подозрении на нарушение целостности части ампул с адсорбированной вакциной (АКДС, вакцина против гепатита В).
22.	Пути введения вакцин	1.	Ингаляционный, парентеральный, подкожный
		2.	Ингаляционный, парентеральный, энтеральный
		3.	Парентеральный, подкожный, внутримышечный
23.	Согласно Закону Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» обязательными являются следующие прививки	1.	Против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, гепатита В, кори, эпидемического паротита, краснухи, гриппа, пневмококковой инфекции
		2.	Против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, гепатита В, кори, эпидемического паротита, краснухи, гриппа.
		3.	Против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, гепатита В, кори, эпидемического паротита, краснухи, гриппа, менингококковой инфекции
24.	Прививки проводятся лишь при согласии вакцинируемого либо его законного представителя.	1.	Каждый гражданин имеет право отказаться от прививки себе или своему ребенку (за исключением прививок против особо опасных инфекций, проводимых по эпидемическим показаниям), что он должен зафиксировать письменно; при его отказе поставить подпись это делают как минимум два медработника.
		2.	Каждый гражданин имеет право отказаться от прививки себе или своему ребенку, что он должен зафиксировать письменно; при его отказе поставить подпись это делают как минимум два медработника и зав. педиатрическим отделением
		3.	Каждый гражданин имеет право отказаться от прививки себе или своему ребенку (за исключением прививок против особо опасных инфекций, проводимых по эпидемическим показаниям), что он должен зафиксировать письменно; при его отказе поставить подпись это делают как минимум два медработника, зав. педиатрическим отделением и врач-инфекционист
25.	Комбинированные вакцины позволяют	1.	Уменьшить количество инъекций, снизить антигенную нагрузку на ребенка, т.к. при их изготовлении не используются цельноклеточные антигены
		2.	Уменьшить количество инъекций, точнее и удобнее соблюдать календарь вакцинации, снизить антигенную нагрузку на ребенка, т.к. при их изготовлении не используются цельноклеточные антигены, выбрать способ введения вакцины.
		3.	Уменьшить количество инъекций, точнее и удобнее соблюдать календарь вакцинации, снизить антигенную нагрузку на ребенка, т.к. при их изготовлении не используются цельноклеточные антигены.
26.	Интервал между вакцинациями против коклюша	1.	1 мес
		2.	1,5 мес
		3.	3 мес
27.	В возрасте 1 года ребенка вакцинируют против	1.	Коклюша
		2.	Дифтерии
		3.	Кори
28.	Первая прививка здоровому ребенку после рождения	1.	Против гепатита В
		2.	БЦЖ
		3.	АКДС+полиомиелит

29.	Схема вакцинации здоровых детей против гепатита В	1.	0 – 3 - 6
		2.	0 – 1 - 6
		3.	0 – 3 – 12
30.	Специфическая профилактика туберкулеза проводится	1.	Иммуноглобулином специфическим противотуберкулезным
		2.	Вакциной БЦЖ
		3.	Туберкулином

Раздел 2. Формирование иммунитета у ребенка при вакцинации. Особенности иммунной системы ребенка в различные возрастные периоды

Контрольные вопросы (ПК-2, ПК-7, ПК-10)

1.	Национальный календарь прививок РФ
2.	Характеристика вакцин, входящих в Национальный календарь
3.	Заменяемость вакцин Национального календаря профилактических прививок
4.	Вакцинация при нарушении графика прививок
5.	Обеспечение безопасности иммунизации
6.	Хранение и транспортировка вакцинных препаратов
7.	Понятие холодовой цепи при транспортировке вакцинных препаратов
8.	Виды вакцин: классификация вакцинных антигенов, безопасность компонентов, входящих в состав вакцин.
9.	Характеристика основных вакцинных препаратов, используемых в педиатрической практике
10.	Способы получения вакцинных антигенов
11.	Виды антител, которые формируются в организме в зависимости от характера используемых вакцины
12.	Классификация вакцинных препаратов, применяемых в педиатрической практике
13.	Особенности живых и неживых вакцин
14.	Реакции на введение вакцинных препаратов
15.	Местные реакции на введение вакцинных препаратов
16.	Общие реакции на введение вакцинных препаратов
18.	Классификация осложнений на введение вакцинных препаратов
19.	Токсические реакции на введение вакцинных препаратов
20.	Аллергические реакции на введение вакцинных препаратов
21.	Анафилактические реакции на введение вакцинных препаратов
22.	Анафилактический шок на введение вакцинных препаратов
23.	Редкие реакции и осложнения на введение вакцинных препаратов
24.	Особенности иммунного ответа на различные вакцинные антигены
25.	Первичный и вторичный иммунный ответ при иммунизации ребенка
26.	Понятие логарифмической фазы иммунного ответа
27.	Понятие бустеризации, вакцинации и ревакцинации
28.	Состав вакцин. Основные компоненты, входящие в состав вакцин
29.	Понятия об адъювантах в вакцинных препаратах
30.	Консерванты в составе вакцин
31.	Иммунологические механизмы действия вакцин: иммунный ответ на инфекционный и вакцинный антиген
32.	Понятие о бустер-ответе и иммунной памяти, Т-зависимых и Т-независимых антигенах
33.	Иммунный ответ в возрастном аспекте
34.	Возможность одновременного иммунного ответа на несколько антигенов
35.	Виды антител, которые формируются в организме в зависимости от характера используемых вакцины
36.	Введение нескольких вакцин одновременно, комбинированные вакцины.
37.	Различия в иммунном ответе на живые и неживые вакцины.
38.	Особенности живых и неживых вакцин

Тестовые задания
(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Проверяемые компетенций	Ответы
1	Из каких этапов состоит процесс формирования иммунного ответа на введение вакцины	1. Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		2. Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		3. Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Синтез специфических антител
	Основные этапы иммунного ответа	1. Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
		2. Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
		3. Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgM за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
3.	Периоды образования антител в ответ на введение вакцины	1. <i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель

		2.	<i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
		3.	<i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
4.	Что такое вакцина	1.	<i>Вакцина</i> – иммунобиологический, но не лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
		2.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование неспецифического иммунного ответа к компонентам вакцины
		3.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
5.	Живые вакцины	1.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в организме привитого высоконапряженный и длительный неспецифический иммунитет
		2.	Живые вакцины - взвесь живых микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных, со сниженными иммуногенными свойствами, на которые в организме привитого формируется иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
		3.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в организме привитого высоконапряженный и длительный иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
6.	При иммунизации живыми вакцинами вакцинный штамм	1.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, поэтому способен в некоторых случаях выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц
		2.	Вакцинный штамм не размножается в организме хозяина
		3.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, но не способен выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц.
7.	Укажите	1.	создают клеточный иммунитет; трудно комбинировать с другими

	особенности живых вакцин		противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; в условиях комнатной температуры быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адьювантов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
		2.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; трудно комбинировать с другими противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термолабильны, хранятся при температуре 2-8° С. при нагревании (в условиях комнатной температуры) быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адьювантов; возможна реверсия и появление вакцинно-родственных штаммов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
		3.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; при нагревании в условиях комнатной температуры быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат; содержат адьюванты; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
8.	Укажите особенности неживых вакцин	1.	формируют преимущественно гуморальный иммунный ответ; содержат адьюванты для усиления иммунного ответа (адьюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		2.	формируют преимущественно клеточный иммунный ответ; не содержат адьюванты; требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; не могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		3.	формируют преимущественно клеточный и гуморальный иммунный ответ; не содержат адьюванты для усиления иммунного ответа (адьюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
9.	Перечислите особенности	1.	Инаktivированные (убитые) вакцины готовят из инаktivированных неvirulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием

	инактивированных вакцин		физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью
		2.	Инактивированные (убитые) вакцины готовят из инактивированных вирулентных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью.
		3.	Инактивированные (убитые) вакцины готовят из инактивированных невирулентных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более низкой реактогенностью
10.	Особенности субъединичных вакцин	1.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций живых микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		2.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, обогащены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		3.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
11.	Особенности анатоксинов	1.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что не позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания, однако защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются.
		2.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Формируют клеточный и гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания, однако не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются
		3.	Анатоксины - обезвреженные микробы. Формируют только гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, не потерявшие токсичность в результате воздействия формалином и сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания, не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются
12.	Характеристики а рекомбинантн	1.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном патогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.

	ых вакцин	2.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена
		3.	Рекомбинантные вакцины - цитокины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.
13.	Вспомогательными компонентами неживых вакцин являются	1.	Адьюванты, антибиотики, консерванты, стабилизаторы
		2.	Адьюванты, антибиотики, консерванты
		3.	Адьюванты, антибиотики, примеси
14.	Вспомогательными компонентами живых вакцин являются	1.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси, консерванты
		2.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси, адьюванты
		3.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси
15.	Пути введения вакцин	1.	Орально, внутрикожно, подкожно, внутримышечно
		2.	Орально, внутрикожно, подкожно, внутримышечно, внутривенно
		3.	Орально, подкожно, внутримышечно, внутривенно
16.	Что такое вакцинальная реакция	1.	Вакцинальные реакции – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся в поствакцинальном периоде у пациентов с отклонениями в состоянии здоровья
		2.	Вакцинальные реакции – это осложнения, возникающие с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
		3.	Вакцинальные реакции или нормальное течение вакцинального процесса – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
17.	При иммунизации живыми вакцинами к вакцинальному процессу относят	1.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны органов и систем, к которым имеется тропность возбудителя.
		2.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны центральной нервной системы
		3.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны лимфоидной системы
18.	Характерные сроки появления вакцинальных реакций	1.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80- 90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		2.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80- 90% случаев первые сутки; для живых вакцин - с 3 по 5-6 дни, с пиком проявлений с 4 по 6 день после прививки
		3.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80- 90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 10 по 14-21 день, с пиком проявлений с 12 по 16 дни после прививки
19.	Длительность вакцинального процесса	1.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 5-ти дней, а при использовании живых - в среднем 7-8 дней.
		2.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 3-5 дней.
		3.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 7-9 дней.
20.	Нормальная (обычная)	1.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте

	местная вакцинальная реакция		введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение несколько дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин.
		2.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 5 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение несколько дней (4-6 дней). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин.
		3.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата и только при использовании живых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение несколько дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин. Трактуются в практике как нормальные местные реакции
21.	Сильная местная реакция	1.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются при первичном введение препарата
		2.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 8 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются на повторное введение препарата
		3.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются на повторное введение препарата
22.	Общие вакцинальные реакции	1.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 38,5°C, умеренно выраженная интоксикация, сильные – лихорадка выше 38,6°C, выраженные проявления интоксикации
		2.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 39,5°C, умеренно выраженная интоксикация, сильные – лихорадка выше 39,6°C, выраженные проявления интоксикации
		3.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми – без повышения температуры, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры до 37,6°C, умеренно выраженная интоксикация, сильные – лихорадка выше 38°C, выраженные проявления интоксикации
23.	Токсические (чрезмерно сильные) вакцинальные реакции	1.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, в частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры > 39,5°C, нарушение сна, может

			быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 12-14 дни, т.е. их развитие соответствует разгару вакцинального процесса. Симптомы токсической реакции сохраняются несколько дней и ликвидируются к окончанию разгара вакцинального периода.
		2.	Чаще наблюдаются после иммунизации живыми вакцинами, в частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры $>38,5^{\circ}\text{C}$, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций - с 6 по 16-18 дни
		3.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры $>38^{\circ}\text{C}$, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 7-8 дни.
24.	Поствакцинальные осложнения	1.	Поствакцинальные осложнения – состояния, свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		2.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		3.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, но не имеющие очевидной или доказанной связи с прививкой
25.	Местные аллергические реакции	1.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		2.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения неживых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		3.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 5-ти см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
26.	Общие	1.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются

	аллергические реакции		высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, при введении живых вакцин – с 4 -5 по 14 дни (в периоде разгара вакцинации) и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
		2.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении только живых вакцин в первые 1-3 дня после прививки и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
		3.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
27.	Отек Квинке	1.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек эпидермиса и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		2.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		3.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
28.	Анафилактический шок	1.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 2 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения любой вакцины
		2.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 5-ти часов после введения любой вакцины
		3.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 12 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения живых вакцин
29.	Анафилактоидная реакция	1.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение часа после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек)
		2.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный

			ангионевротический отек) и желудочно-кишечного тракта (колика, рвота, диарея)
		3.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница)
30.	Неврологические поствакцинальные осложнения	1.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги
		2.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия), пронзительный крик
		3.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия)
31.	К вакцинассоциированным заболеваниям относятся	1.	Вакцин-ассоциированный энцефалит
		2.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
		3.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный серозный менингит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
32.	Редкие поствакцинальные осложнения	1.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена-Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
		2.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена-Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром,
		3.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена-Барре, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
33.	По предполагаемой причине развития выделяют следующие категории поствакцинальных осложнений	1.	1) обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу иммунизации; 5) совпавшее по времени - не связаны с вакциной или ее введением (совпадение по времени), (случайное заболевание или обострение фоновой патологии)
		2.	1) обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом

			препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины
		3.	1) обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства. Подобный дефект может оказать влияние на индивидуальную реакцию и, таким образом, увеличить риск развития побочного действия вакцины; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу иммунизации;
34.	Варианты проявления психогенных поствакцинальных реакций	1.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами</i>
		2.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами</i> ; <i>предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции
		3.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами</i> ; <i>предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции; <i>рвота</i> (у детей младшего возраста задержка дыхания и рвота – обычные симптомы перевозбуждения)
35.	Гражданин РФ		имеет право отказаться от прививок, не подписывая отказа от прививок
			имеет право отказаться от прививок за исключением прививок против особо опасных инфекций, проводимых по эпидемическим показаниям
			имеет право отказаться от прививок, подписав отказ

Раздел 3. Особенности течения вакцинального процесса при иммунизации детей.

Течение вакцинального процесса у детей. Реакции и осложнения на введения вакцинных препаратов

Контрольные вопросы (ПК-2, ПК-7, ПК-10)

1.	Реакции и осложнения в поствакцинальном периоде
2.	Местные реакции. Классификация
3.	Общие реакции на введение вакцинных препаратов. Классификация
4.	Токсические реакции
5.	Осложнения поствакцинального периода. Классификация.
6.	Аллергические реакции
7.	Неврологические реакции
8.	Заболевания в поствакцинальном периоде
9.	Редкие реакции поствакцинального периода
10.	Реакции на введения вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша

11	Осложнения на введения вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша
12	Реакции на введения вакцины против полиомиелита
13	Осложнения на введения вакцины против полиомиелита
14	Вакцинассоциированный полиомиелит
15	Реакции на введения вакцины против туберкулеза
16	Осложнения на введения вакцины против туберкулеза
18	Реакции на введения вакцины против вирусного гепатита В
19	Осложнения на введения вакцины против вирусного гепатита В
20	Реакции на введения вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи.
21	Осложнения на введения вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи.
22	Течение вакцинального периода при иммунизации против кори, эпидемического паротита, краснухи.
23	Реакции на введения вакцины против пневмококковой инфекции
24	Осложнения на введения вакцины против пневмококковой инфекции
25	Реакции на введения вакцины против менингококковой инфекции
26	Осложнения на введения вакцины против менингококковой инфекции
27	Реакции на введения вакцины против гриппа
28	Осложнения на введения вакцины против гриппа
29	Реакции на введения вакцины против COVID-19
30	Осложнения на введения вакцины против COVID-19
31	Осложнения на введения вакцины против ротавирусной инфекции
32	Осложнения на введения вакцины против гемофильной инфекции
33	Осложнения на введения вакцины против ветряной оспы
34	Реакции на введения вакцины против клещевого энцефалита
35	Осложнения на введения вакцины против клещевого энцефалита
36	Токсические реакции на введение вакцинных препаратов. Клиническая картина
37	Неврологические осложнения в поствакцинальном периоде. Судорожный синдром
38	Неврологические осложнения в поствакцинальном периоде. Мозговой крик
39	Неврологические осложнения в поствакцинальном периоде. Энцефалитическая реакция
40	Аллергические осложнения в поствакцинальном периоде. Отек Квинке
41	Аллергические осложнения в поствакцинальном периоде. Анафилактический шок
42	Реакции на введение вакцины против туберкулеза. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика
43	Дифференциальная диагностика поствакцинальных реакций и осложнений
44	Причины развития поствакцинальных реакций и осложнений
45	Мониторинг поствакцинальных реакций и осложнений
46	Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, подлежащие регистрации
47	Расследование поствакцинальных реакций и осложнений
48	Местные реакции на введение вакцинных препаратов. Классификация

Тестовые задания
(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Вопрос		Дистракторы
1.	Первичный иммунный ответ при вакцинации развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном и характеризуется	1.	ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG-антител
		2.	ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgA-антител
		3.	ранней продукцией IgA-антител и более поздним появлением IgG-антител
		4.	ранней продукцией IgA-антител и более поздним появлением IgM-антител
2.	Вторичный иммунный ответ при	1.	IgG
		2.	IgA

	иммунизации развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно класса	3.	IgG, IgM
		4	IgM
3.	Период экспоненциального роста (логарифмическая фаза) синтеза поствакцинальных антител характеризуется увеличением их количества в крови и продолжается в зависимости от вида антигена	1.	от 10-ти дней до 8-и недель
		2.	от 4-х дней до 4-х недель
		3.	от 4-х дней до 4-х месяцев
		4	от 4-х дней до 4-х лет
4.	При иммунизации живыми вирусными вакцинами иммунный ответ формируется	1.	за счет синтеза специфических IgG антител
		2.	не за счет синтеза специфических антител, а за формирования пула специфических эффекторных цитотоксических Т-лимфоцитов
		3.	за счет синтеза специфических IgM антител
		4	за счет синтеза специфических IgA антител
5.	При иммунизации анатоксинами синтезируются	1.	антитоксические антитела
		2.	нейтрализующие антитела
		3.	антитоксические и нейтрализующие антитела
		4	IgA антитела
6.	Полиомиелитная вакцина индуцирует развитие	1.	только гуморального иммунитета с синтезом IgG антител
		2.	только клеточного иммунитета с активацией Т- и В-лимфоцитов
		3.	только местного иммунитета с синтезом секреторных IgA антител
		4	не только гуморального, но и местного иммунитета, что сопровождается синтезом секреторных IgA антител
7.	Постоянные противопоказания при иммунизации АКДС вакциной	1.	прогрессирующие заболевания нервной системы. Афебрильные судороги в анамнезе. Чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины
		2.	тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды. Для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного яйца
		3.	первичное иммунодефицитное состояние. Иммуносупрессивные состояния. Злокачественные новообразования. Беременность
		4	прогрессирующие заболевания нервной системы. Афебрильные судороги в анамнезе. Чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины. Тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды. Для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного яйца
8.	Постоянные противопоказания при иммунизации живыми вакцинами	1.	прогрессирующие заболевания нервной системы. Афебрильные судороги в анамнезе. Чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины
		2.	тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды. Для

			вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного яйца
		3.	первичное иммунодефицитное состояние; иммуносупрессивные состояния; злокачественные новообразования; беременность
		4	прогрессирующие заболевания нервной системы; афебрильные судороги в анамнезе; чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины; тяжелые формы аллергических реакций на аминокликозиды; для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного яйца
9.	Характерные сроки появления общих обычных вакцинальных реакций для неживых вакцин	1.	1-3 дни после иммунизации, в 80- 90% случаев первые сутки
		2.	с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		3.	через 2 недели после введения вакцины
		4	на 7 сутки после введения вакцины
10.	Характерные сроки появления общих обычных вакцинальных реакций для живых вакцин	1.	1-3 дни после иммунизации, в 80- 90% случаев первые сутки
		2.	с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		3.	через 2 недели после введения вакцины
		4	на 7 сутки после введения вакцины
11.	Обычная местная вакцинальная реакция	1.	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 5 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-4 дня)
		2.	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-4 дня)
		3.	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 2 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-4 дня)
		4	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 10 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-4 дня)
12.	Обычная общая реакция средней силы	1.	подъем температуры от 38,6°С до 39,5°С, умеренно выраженная интоксикация
		2.	подъем температуры от 37,6°С до 38,5°С, умеренно выраженная интоксикация
		3.	подъем температуры от 36,6°С до 37,5°С, умеренно выраженная интоксикация
		4	подъем температуры от 37,6°С до 39,5°С, умеренно выраженная интоксикация
13.	Местные аллергические	1.	более 8 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата
		2.	более 10 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата

	реакции характеризуются появлением гиперемии и припухлости	3.	более 15 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата
		4	более 6 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата
14.	К общим аллергическим реакциям на введение вакцинного препарата можно отнести	1.	крапивница, отек Квинке, судороги
		2.	крапивница, отек Квинке, анафилактический шок, токсико-аллергические дерматиты (синдромы Стивенса-Джонсона, Лайела)
		3.	крапивница, отек Квинке, судороги, синдром бронхиальной обструкции
		4	крапивница, отек Квинке, судороги, синдром бронхиальной обструкции, различные кожные высыпания
15.	Фебрильные судороги в поствакцинальном периоде могут развиваться после введения	1.	АКДС вакцины
		2.	коревой вакцины
		3.	всех вакцин
		4	БЦЖ-вакцины
16.	Противопоказания к вакцинации БЦЖ-вакциной	1.	недоношенность, масса тела при рождении менее 2000 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования; генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
		2.	Недоношенность, масса тела при рождении менее 2200 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования; генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
		3.	недоношенность, масса тела при рождении менее 2500 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования; генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
		4	масса тела при рождении менее 2500 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования; генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
17.	На месте	1.	папулы, инфильтрата, пустулы, язвы размером 5-10 мм в диаметре

	внутрикожного введения вакцины БЦЖ последовательно развивается местная специфическая реакция в виде	2.	папулы, инфильтрата, язвы размером 5-10 мм в диаметре, пустулы
		3.	инфильтрата, пустулы, папулы, язвы размером 5-10 мм в диаметре
		4.	инфильтрата, папулы, пустулы, язвы размером 5-10 мм в диаметре
18.	Местные осложнения на введение БЦЖ-вакцины	1.	подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, язвы, остеит, келлоидный рубец, регионарный лимфаденит
		2.	подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, остеит, келлоидный рубец, регионарный лимфаденит
		3.	подкожные инфильтраты, язвы, остеит, келлоидный рубец, регионарный лимфаденит
		4.	подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, язвы, остеит, келлоидный рубец, регионарный лимфаденит
19.	Вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным	1.	в первые 48 ч жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
		2.	в первые 24 ч жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
		3.	в первые 72 ч жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
		4.	на 3 сутки жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
20.	Лица из группы риска, в силу профессиональных обязанностей имеющие постоянный контакт с кровью, должны ежегодно проходить обследование на содержание антител к HBsAg	1.	В случае снижения титра антител ниже 200 МЕ/л рекомендуется ревакцинация одной дозой вакцины
		2.	В случае снижения титра антител ниже 100 МЕ/л рекомендуется ревакцинация одной дозой вакцины
		3.	В случае снижения титра антител ниже 100 МЕ/л рекомендуется ревакцинация двумя дозами вакцины
		4.	В случае снижения титра антител ниже 500 МЕ/л рекомендуется ревакцинация одной дозой вакцины
21.	Противопоказания к введению вакцины ИМОВАК ПОЛИО .	1.	Аллергия к активному компоненту, к одному из вспомогательных веществ, входящих в состав вакцины, неомидину, стрептомицину или полимиксину В; аллергическая реакция на предшествующее введение вакцины Имовакс Полио; заболевание, сопровождающиеся лихорадкой, острое инфекционное или хроническое заболевание в стадии обострения
		2.	Аллергия к активному компоненту, к одному из вспомогательных веществ, входящих в состав вакцины, полимиксину В; аллергическая реакция на предшествующее введение вакцины Имовакс Полио; заболевание, сопровождающиеся лихорадкой
		3.	Аллергическая реакция на предшествующее введение вакцины Имовакс Полио; заболевание, сопровождающиеся лихорадкой, острое инфекционное или хроническое заболевание в стадии обострения

		4	Аллергия к активному компоненту, к одному из вспомогательных веществ, входящих в состав вакцины, неомидину, стрептомицину или полимиксину В
22.	АДС-М – анатоксин применяют	1.	для RV детей в возрасте 10-ти лет, подростков в 14 лет и взрослых каждые 10 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
		2.	для RV детей в возрасте 7-ми лет, подростков в 17 лет и взрослых каждые 5 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
		3.	для RV детей в возрасте 7-ми лет, подростков в 14 лет и взрослых каждые 10 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
		4.	для RV детей в возрасте 5-ти лет, подростков в 10 лет и взрослых каждые 10 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
23.	Постэкспозиционная профилактика дифтерии	1.	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 20 и более лет назад
		2.	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 5 и более лет назад
		3.	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 10 и более лет назад
		4.	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 15 и более лет назад
24.	При иммунизации живой аттенуированной вакциной против кори, краснухи, эпидемического паротита	1.	иммунитет к кори держится 5 лет; к паротиту - более 10 лет; к краснухе сохраняется более 10 лет
		2.	иммунитет к кори держится 25 лет; к паротиту - более 5 лет; к краснухе сохраняется более 10 лет
		3.	иммунитет к кори держится 5 лет; к паротиту - более 5 лет; к краснухе сохраняется более 20 лет
		4.	иммунитет к кори держится 25 лет; к паротиту - более 10 лет; к краснухе сохраняется более 20 лет

Раздел 4. Иммунизация детей против инфекций календаря профилактических прививок и по эпидпоказаниям. Иммунизация детей с нарушением в состоянии здоровья

Контрольные вопросы (ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Вопрос
1.	Иммунизация здоровых детей
2.	Иммунизация против дифтерии, столбняка, коклюша.
3.	Показания к вакцинации, ревакцинации против дифтерии, столбняка и коклюша
4.	Противопоказания к введению вакцин против дифтерии, столбняка и коклюша
5.	Иммунизация ребенка против дифтерии, столбняка и коклюша
6.	Реакции на введения вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша
7.	Осложнения на введения вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша
8.	Сроки вакцинации и ревакцинации против дифтерии, столбняка и коклюша
9	Иммунизация ребенка против дифтерии, столбняка и коклюша при нарушении календаря профилактических прививок
10	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против дифтерии, столбняка и коклюша
11	Иммунизация против полиомиелита
12	Показания к вакцинации, ревакцинации против полиомиелита
13	Противопоказания к введению вакцин против полиомиелита
14	Реакции на введения вакцины против полиомиелита
15	Осложнения на введения вакцины против полиомиелита
16	Сроки вакцинации и ревакцинации против полиомиелита
18	Иммунизация ребенка против полиомиелита при нарушении календаря профилактических прививок
19	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против полиомиелита
20	Вакцинассоциированный полиомиелит
21	Иммунизация против туберкулеза
22	Показания к вакцинации, ревакцинации против туберкулеза
23	Противопоказания к введению вакцин против туберкулеза
24	Реакции на введения вакцины против туберкулеза
25	Осложнения на введения вакцины против туберкулеза
26	Сроки вакцинации и ревакцинации против туберкулеза
27	Иммунизация ребенка против туберкулеза при нарушении календаря профилактических прививок
28	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против туберкулеза
29	Иммунизация против вирусного гепатита В
30	Показания к вакцинации, ревакцинации против вирусного гепатита В
31	Противопоказания к введению вакцин против вирусного гепатита В
32	Реакции на введения вакцины против вирусного гепатита В
33	Осложнения на введения вакцины против вирусного гепатита В
34	Сроки вакцинации и ревакцинации против вирусного гепатита В
35	Иммунизация ребенка против вирусного гепатита В при нарушении календаря профилактических прививок
36	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против вирусного гепатита В
37	Иммунизация против кори, эпидемического паротита, краснухи.
38	Показания к вакцинации, ревакцинации против кори, эпидемического паротита, краснухи.
39	Противопоказания к введению вакцин против кори, эпидемического паротита, краснухи.
40	Реакции на введения вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи.
41	Осложнения на введения вакцины против кори, эпидемического паротита, краснухи.
42	Сроки вакцинации и ревакцинации против кори, эпидемического паротита, краснухи.
43	Иммунизация ребенка против кори, эпидемического паротита, краснухи. при нарушении календаря профилактических прививок
44	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против кори, эпидемического паротита, краснухи.
45	Течение вакцинального периода при иммунизации против кори, эпидемического паротита, краснухи.
46	Иммунизация против пневмококковой инфекции
47	Показания к вакцинации, ревакцинации против пневмококковой инфекции

48	Противопоказания к введению вакцин против пневмококковой инфекции
49	Реакции на введения вакцины против пневмококковой инфекции
50	Осложнения на введения вакцины против пневмококковой инфекции
51	Сроки вакцинации и ревакцинации против пневмококковой инфекции
52	Иммунизация ребенка против пневмококковой инфекции при нарушении календаря профилактических прививок
53	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против пневмококковой инфекции
54	Иммунизация против менингококковой инфекции
55	Показания к вакцинации, ревакцинации против менингококковой инфекции
56	Противопоказания к введению вакцин против менингококковой инфекции
57	Реакции на введения вакцины против менингококковой инфекции
58	Осложнения на введения вакцины против менингококковой инфекции
59	Сроки вакцинации и ревакцинации против менингококковой инфекции
60	Иммунизация ребенка против менингококковой инфекции при нарушении календаря профилактических прививок
61	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против менингококковой инфекции
62	Иммунизация против гриппа
63	Показания к вакцинации, ревакцинации против гриппа
64	Противопоказания к введению вакцин против гриппа
65	Реакции на введения вакцины против гриппа
66	Осложнения на введения вакцины против гриппа
67	Сроки вакцинации и ревакцинации против гриппа
68	Иммунизация ребенка против гриппа при нарушении календаря профилактических прививок
69	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против гриппа
70	Иммунизация против COVID-19
71	Показания к вакцинации, ревакцинации против COVID-19
72	Противопоказания к введению вакцин против COVID-19
73	Реакции на введения вакцины против COVID-19
74	Осложнения на введения вакцины против COVID-19
75	Сроки вакцинации и ревакцинации против COVID-19
76	Иммунизация ребенка против COVID-19 при нарушении календаря профилактических прививок
77	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против COVID-19
78	Иммунизация против ротавирусной инфекции
79	Показания к вакцинации, ревакцинации против ротавирусной инфекции
80	Противопоказания к введению вакцин против ротавирусной инфекции
81	Реакции на введения вакцины против ротавирусной инфекции
82	Осложнения на введения вакцины против ротавирусной инфекции
83	Сроки вакцинации и ревакцинации против ротавирусной инфекции
84	Иммунизация ребенка против ротавирусной инфекции при нарушении календаря профилактических прививок
85	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против ротавирусной инфекции
86	Иммунизация против гемофильной инфекции
87	Показания к вакцинации, ревакцинации против гемофильной инфекции
88	Противопоказания к введению вакцин против гемофильной инфекции
89	Реакции на введения вакцины против гемофильной инфекции
90	Осложнения на введения вакцины против гемофильной инфекции
91	Сроки вакцинации и ревакцинации против гемофильной инфекции
92	Иммунизация ребенка против гемофильной инфекции при нарушении календаря профилактических прививок
93	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против гемофильной инфекции
94	Иммунизация против ветряной оспы
95	Показания к вакцинации, ревакцинации против ветряной оспы
96	Противопоказания к введению вакцин против ветряной оспы

97	Реакции на введения вакцины против ветряной оспы
98	Осложнения на введения вакцины против ветряной оспы
99	Сроки вакцинации и ревакцинации против ветряной оспы
100	Иммунизация ребенка против ветряной оспы при нарушении календаря профилактических прививок
101	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против ветряной оспы
102	Иммунизация против клещевого энцефалита
103	Показания к вакцинации, ревакцинации против клещевого энцефалита
104	Противопоказания к введению вакцин против клещевого энцефалита
105	Реакции на введения вакцины против клещевого энцефалита
106	Осложнения на введения вакцины против клещевого энцефалита
107	Сроки вакцинации и ревакцинации против клещевого энцефалита
108	Иммунизация ребенка против клещевого энцефалита при нарушении календаря профилактических прививок
109	Виды вакцинных препаратов, используемых при иммунизации против клещевого энцефалита
110	Вакцинация часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией)
111	Показания, противопоказания к иммунизации часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией)
112	Подготовка часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией) к иммунизации
113	Необходимые обследования перед иммунизацией часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией)
114	Необходимые осмотры специалистов часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией) перед иммунизацией
115	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией)
116	Особенности течения поствакцинального периода часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией)
117	Иммунизация часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией) при нарушении календаря профилактических прививок
118	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации часто и длительно болеющих детей (с рекуррентной патологией)
119	Вакцинация детей с заболеваниями органов дыхания
120	Необходимые обследования перед иммунизацией ребенка с заболеваниями органов дыхания
121	Необходимые осмотры специалистов ребенка с заболеваниями органов дыхания перед иммунизацией
122	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с заболеваниями органов дыхания
123	Показания и противопоказания к иммунизации детей с заболеваниями органов дыхания
124	Особенности течения поствакцинального периода у детей с заболеваниями органов дыхания
125	Иммунизация детей с заболеваниями органов дыхания при нарушении календаря профилактических прививок
126	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с заболеваниями органов дыхания
127	Вакцинация детей с сахарным диабетом
128	Показания, противопоказания к иммунизации детей с сахарным диабетом
129	Подготовка ребенка с сахарным диабетом к иммунизации
130	Необходимые обследования перед иммунизацией ребенка с сахарным диабетом
131	Необходимые осмотры специалистов ребенка с сахарным диабетом перед иммунизацией
132	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с сахарным диабетом
133	Особенности течения поствакцинального периода у детей с сахарным диабетом
134	Иммунизация детей с сахарным диабетом при нарушении календаря профилактических прививок
135	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с сахарным диабетом
136	Вакцинация детей с заболеваниями почек
137	Показания, противопоказания к иммунизации детей с заболеваниями почек

138	Подготовка ребенка с заболеваниями почек к иммунизации
139	Необходимые обследования перед иммунизацией ребенка с заболеваниями почек
140	Необходимые осмотры специалистов ребенка с заболеваниями почек перед иммунизацией
141	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с заболеваниями почек
142	Особенности течения поствакцинального периода у детей с заболеваниями почек
143	Иммунизация детей с заболеваниями почек при нарушении календаря профилактических прививок
144	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с заболеваниями почек
145	Вакцинация детей с онкологическими заболеваниями
146	Показания, противопоказания к иммунизации детей с онкологическими заболеваниями
146	Подготовка ребенка с онкологическими заболеваниями к иммунизации
148	Необходимые обследования перед иммунизацией ребенка с онкологическими заболеваниями
149	Необходимые осмотры специалистов ребенка с онкологическими заболеваниями перед иммунизацией
150	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с онкологическими заболеваниями
151	Особенности течения поствакцинального периода у детей с онкологическими заболеваниями
152	Иммунизация детей с онкологическими заболеваниями при нарушении календаря профилактических прививок
153	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с онкологическими заболеваниями
154	Особенности формирования иммунитета на вакцинные препараты у детей после пересадки костного мозга
155	Вакцинация детей с врожденными пороками сердца
156	Показания, противопоказания к иммунизации детей с врожденными пороками сердца
157	Подготовка ребенка с врожденными пороками сердца к иммунизации
158	Необходимые обследования перед иммунизацией ребенка с врожденными пороками сердца
159	Необходимые осмотры специалистов ребенка с врожденными пороками сердца перед иммунизацией
160	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с врожденными пороками сердца
161	Особенности течения поствакцинального периода у детей с врожденными пороками сердца
162	Иммунизация детей с врожденными пороками сердца при нарушении календаря профилактических прививок
163	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с врожденными пороками сердца
164	Особенности формирования иммунитета на вакцинные препараты у детей с врожденными пороками сердца
165	Иммунизация детей с заболеваниями ЦНС
166	Показания, противопоказания к иммунизации детей с заболеваниями ЦНС
167	Подготовка ребенка с заболеваниями ЦНС к иммунизации
168	Необходимые обследования перед иммунизацией ребенка с заболеваниями ЦНС
169	Необходимые осмотры специалистов ребенка с заболеваниями ЦНС перед иммунизацией
170	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с заболеваниями ЦНС
171	Показания и противопоказания к иммунизации детей с заболеваниями ЦНС
172	Особенности течения поствакцинального периода у детей с заболеваниями ЦНС
173	Иммунизация детей с заболеваниями ЦНС при нарушении календаря профилактических прививок
174	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с заболеваниями ЦНС
175	Иммунизация детей с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия)
176	Показания, противопоказания к иммунизации детей с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия)
177	Подготовка ребенка с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз,

	пищевая аллергия) к иммунизации
178	Необходимые обследования перед иммунизацией ребенка с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия)
179	Необходимые осмотры специалистов ребенка с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия) перед иммунизацией
180	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия)
181	Показания и противопоказания к иммунизации детей с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия)
182	Особенности течения поствакцинального периода у детей с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия)
183	Иммунизация детей с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия) при нарушении календаря профилактических прививок
184	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с аллергопатологией (бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, пищевая аллергия)
185	Иммунизация недоношенных детей
186	Показания, противопоказания к иммунизации недоношенных детей
187	Подготовка недоношенных детей к иммунизации
188	Необходимые обследования перед иммунизацией недоношенных детей
189	Необходимые осмотры специалистов недоношенных детей перед иммунизацией
190	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации недоношенных детей
191	Показания и противопоказания к иммунизации недоношенных детей
192	Особенности течения поствакцинального периода недоношенных детей
193	Иммунизация недоношенных детей при нарушении календаря профилактических прививок
194	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации недоношенных детей
195	Иммунизация детей с сердечно-сосудистой патологией
196	Показания, противопоказания к иммунизации детей с сердечно-сосудистой патологией
197	Подготовка детей с сердечно-сосудистой патологией к иммунизации
198	Необходимые обследования перед иммунизацией детей с сердечно-сосудистой патологией
199	Необходимые осмотры специалистов детей с сердечно-сосудистой патологией перед иммунизацией
200	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с сердечно-сосудистой патологией
201	Особенности течения поствакцинального периода у детей с сердечно-сосудистой патологией
202	Иммунизация детей с сердечно-сосудистой патологией при нарушении календаря профилактических прививок
203	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с сердечно-сосудистой патологией
204	Иммунизация детей с иммунодефицитами
205	Показания, противопоказания к иммунизации детей с иммунодефицитами
206	Подготовка детей с иммунодефицитами к иммунизации
207	Необходимые обследования детей с иммунодефицитами перед иммунизацией
208	Необходимые осмотры специалистов детей с иммунодефицитами перед иммунизацией
209	Вакцинные препараты, применяемые при иммунизации детей с иммунодефицитами
210	Особенности течения поствакцинального периода у детей с иммунодефицитами
211	Иммунизация детей с иммунодефицитами при нарушении календаря профилактических прививок
212	Реакции и осложнения поствакцинального периода при иммунизации детей с иммунодефицитами
213	Сбор анамнеза перед иммунизацией ребенка
214	Осмотр (физикальное обследование) ребенка перед иммунизацией
215	Обследование (лабораторно-инструментальное) ребенка перед иммунизацией
216	Дифференциальная диагностика поствакцинальных реакций и осложнений
217	Причины развития поствакцинальных реакций и осложнений
218	Профилактика поствакцинальных реакций и осложнений

219	Мониторинг поствакцинальных реакций и осложнений
220	Расследование поствакцинальных реакций и осложнений
221	Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, подлежащие регистрации
222	Иммунизация детей при развитии реакции на предыдущее введение вакцинного препарата

Тестовые задания
(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Вопрос	Дистракторы
1.	Сроки возникновения энцефалической реакции	1. Первые сутки после вакцинации
		2. Первые трое суток после иммунизации
		3. Первые 5 суток после иммунизации
		4. Первые 7 дней после иммунизации
2.	Острый вялый паралич может быть вызван введением вакцины против инфекции:	1. Краснуха
		2. Полиомиелит
		3. Вирусный гепатит В
		4. АКДС
3.	Чаще всего температурные реакции возникают после введения:	1. Анатоксинов
		2. Бесклеточных (ацеллюлярных) вакцин
		3. При введении любой вакцины
		4. Цельноклеточных (целлюлярных) вакцин
4.	Чаще всего анафилактический шок развивается при:	1. Повторном введении антигена
		2. Первом введении антигена
		3. При введении живых вакцин
		4. При введении анатоксина
5.	После перенесенного инфекционного заболевания возникает	1. пассивный поствакцинный иммунитет
		2. постинфекционный иммунитет
		3. активный поствакцинальный иммунитет
		4. естественный врождённый иммунитет
6.	При введении иммуноглобулинов возникает	1. активный поствакцинальный иммунитет
		2. пассивный поствакцинальный иммунитет
		3. естественный врождённый иммунитет
		4. постинфекционный иммунитет
7.	При введении вакцин возникает	1. активный поствакцинальный иммунитет
		2. пассивный поствакцинальный иммунитет
		3. естественный врождённый иммунитет
		4. постинфекционный иммунитет
8.	В вакцинные препараты включают адъювант с целью	1. повышения стабильности
		2. повышения иммуногенности
		3. уменьшения реактогенности
		4. уменьшения безвредности
9.	Способ введения вакцины БЦЖ	1. подкожно
		2. внутрикожно
		3. внутримышечно
		4. внутривенно
10.	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции проводится в	1. 6 месяцев
		2. 3 месяца
		3. 2 месяца
		4. 1 месяц
11.	Проба Манту здоровому ребенку впервые проводится в возрасте	1. 1 месяц
		2. 12 месяцев
		3. 6 месяцев
		4. 18 месяцев

12.	Сроки проведения ревакцинации БЦЖ-вакциной после отрицательного результата реакции Манту	1.	не позднее, чем через 2 месяца
		2.	не позднее, чем через 1 месяц
		3.	не позднее, чем через 2 недели
		4.	не позднее, чем 3 дня – 2 недели
13.	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции здоровому ребенку проводится в возрасте	1.	3-х месяцев
		2.	4,5 месяцев
		3.	2 месяцев
		4.	1 месяца
14.	Первая вакцинация против вирусного гепатита В проводится	1.	новорожденным на 3-7 день жизни
		2.	в возрасте 1 месяца
		3.	новорожденным в первые 24 часа жизни
		4.	в возрасте 3 месяцев
15.	Вакцина против вирусного гепатита В это	1.	Рекомбинантная вакцина
		2.	анатоксин
		3.	Убитая вакцина
		4.	Живая вакцина
16.	Сроки вакцинации АКДС здоровым детям	1.	2; 3 и 4 месяца
		2.	3; 4 и 5 месяцев
		3.	3; 4, 5 и 6 месяцев
		4.	1; 2 и 3 месяца
17.	Реактогенность АКДС вакцины зависит от	1.	столбнячного компонента
		2.	всех компонентов
		3.	коклюшного компонента
		4.	дифтерийного компонента
18.	Для второй ревакцинации против дифтерии здоровому ребенку вводят	1.	АКДС – вакцину
		2.	АД-М – анатоксин
		3.	АДС-М – анатоксин
		4.	АДС – анатоксин
19.	При введении АКДС-вакцины развивается иммунитет	1.	антимикробный (к дифтерии, коклюшу и столбняку)
		2.	антитоксический (к дифтерии, столбняку и коклюшу)
		3.	антитоксический и антимикробный (к дифтерии и столбняку)
		4.	антитоксический (к дифтерии и столбняку) и антимикробный (к коклюшу)
20.	Первичную вакцинацию от дифтерии детям старше 6-ти лет проводят	1.	АД-анатоксином
		2.	АДС-М анатоксином
		3.	АДС анатоксином
		4.	АКДС вакциной
21.	Живая полиомиелитная вакцина вводится	1.	в\м в ягодичу
		2.	в\м в бедро
		3.	per os
		4.	п\к под лопатку
22.	В очаге кори экстренной вакцинации живой коревой вакциной подлежат	1.	ребенок в возрасте 3 лет, 3 дня назад имевший контакт с больным, корью не болел, привит
		2.	здоровый ребенок в возрасте 14 лет, 2 дня назад имевший контакт с больным, болел корью в 2 месяца
		3.	ребенок в возрасте 9 месяцев, страдающий атопическим дерматитом в стадии обострения, 2 дня назад имевший контакт с больным
		4.	взрослый 22 лет, 2 дня назад имевший контакт с больным, корью не болел и не привит
23.	Для иммунизации против эпидемического паротита используют	1.	Для вакцинации используется живая паротитная вакцина
		2.	Для вакцинации используется паротитный анатоксин
		3.	Для вакцинации используется инактивированная паротитная

			вакцина
		4.	Для вакцинации используется убитая паротитная вакцина
24.	Паротитная вакцина вводится	1.	Вакцину вводят подкожно в объеме 0,5 мл под лопатку или в область плеча
		2.	Вакцину вводят внутримышечно в ягодицу в объеме 0,5 мл
		3.	Вакцину вводят внутрикожно в левое плечо в объеме 0,5 мл
		4.	Вакцину вводят per os в объеме 0,5 мл
25.	Ревакцинация паротитной вакциной	1.	не проводится
		2.	проводится в возрасте 6 лет
		3.	проводится в возрасте 1 года
		4.	проводится в возрасте 2 лет
26.	Провести прививку ребенку вакциной, привезенной из-за рубежа, если наставление к вакцине отсутствует	1.	можно, предварительно изучив характеристику вакцины по этикетке
		2.	можно, если вакцина есть в перечне зарубежных вакцинных препаратов, зарегистрированных в РФ
		3.	нельзя
		4.	можно по согласованию с ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»
27.	К проведению прививок допускается	1.	любой медицинский работник
		2.	врач-педиатр
		3.	фельдшер
		4.	специально обученный по этому разделу медицинский персонал
28.	Федеральный закон «Об иммунопрофилактике» гарантирует	1.	Доступность для граждан профилактических прививок
		2.	Социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений
		3.	Государственный контроль качества, эффективности МИБП
		4.	Профилактические прививки по эпидемиологическим показаниям, решение о проведении которых принимает глава администрации лечебного учреждения
29.	Вакцины, доза которых при введении составляет 0,5 мл	1.	ЖПВ
		2.	БЦЖ
		3.	АКДС
		4.	ОПВ
30.	Патологическая прививочная реакция должна регистрироваться в следующих документах	1.	В паспорте участка, в прививочной карте ребенка
		2.	В экстренном извещении, в прививочной карте ребенка
		3.	В прививочной карте ребенка, в паспорте участка
		4.	В журнале сестринских назначений, в амбулаторной карте
31.	Неврологические поствакцинальные осложнения включают	1.	Анафилактический шок
		2.	Судорожный синдром
		3.	Отек Квинке
		4.	Артрит
32.	К поствакцинальным аллергическим осложнениям относят	1.	Коллаптоидное состояние
		2.	Афебрильные судороги
		3.	Гиперемию, небольшой инфильтрат на месте введения вакцинного препарата
		4.	Анафилактический шок
33.	Является ли противопоказанием к проведению последующей иммунизации АКДС вакциной наличие гиперемии (инфильтрата)	1.	Да
		2.	Нет
		3.	Не является при введении вакцины в другой участок тела
		4.	Не является, если использовать другую вакцину

	более 8 см в месте введения вакцины и повышение температуры 40 градусов и выше		
34.	При развитии сильной реакции или осложнения на предыдущую дозу вакцины дальнейшую иммунизацию проводят	1.	Другим препаратом
		2.	Тем же препаратом, но под наблюдением врача
		3.	Тем же препаратом, но под наблюдением врача в стационаре
		4.	Тем же препаратом на фоне назначения антигистаминных препаратов
35.	После иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец. Будет ли это противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза	1.	Да
		2.	Нет
		3.	Нет, при использовании 0,5 дозы
		4.	Нет, при проведении прививки в условиях стационара
36.	Дети с атопическим дерматитом в период обострения подлежат активной иммунизации в поликлинике в обычные сроки	1.	Да
		2.	Нет
		3.	Да, но с предварительной подготовкой
		4.	Да, в условиях стационара
37.	У ребенка, вакцинированного дважды (V1+V2) против дифтерии, коклюша и столбняка с момента последней прививки прошло более года (по медицинским показаниям). Ваши дальнейшие действия	1.	Начать ревакцинировать (R1)
		2.	Начать вакцинацию снова (V1)
		3.	В кратчайшие сроки продолжить вакцинацию (V3)
		4.	Больше не прививать
38.	Как проводится профилактическая прививка, если у ребенка обострилось течение хронического заболевания?	1.	Прививка проводится после окончания обострения, нормализации температуры и клинических показателей
		2.	Прививку провести через 1 месяц после нормализации температуры и окончания обострения
		3.	Прививку проводят через 2 недели после окончания обострения
		4.	Прививку в этих случаях можно проводить по плану
39.	Группа туристов выезжает в район, неблагополучный по заболеваемости брюшным тифом и туляремией. До отъезда остается 2 недели. Рекомендуются	1.	Ввести оба препарата одновременно
		2.	Ввести вакцину против брюшного тифа, через месяц – вакцину против туляремии
		3.	Ввести вакцину против туляремии, через месяц – вакцину против брюшного тифа
		4.	Не прививать
40.	У пострадавшей М. 20 лет ожог кисти правой руки II степени. Против столбняка привита, последняя прививка проведена в 16 лет. В настоящее время	1.	Провести ревакцинацию против столбняка
		2.	Прививки не проводить, провести хирургическую обработку раны
		3.	Не прививать
		4.	Ввести противостолбнячную сыворотку

	беременность 8 недель. Что следует сделать		
41.	Экстренную профилактику столбняка ребенку, пострадавшему в уличной катастрофе, если отсутствуют сведения о ранее проведенных прививках, следует проводить	1. 2. 3. 4.	АКДС-вакциной АС-анатоксином + ПСС (или ПСЧИ) АДС-М-анатоксином Противостолбнячным иммуноглобулином

Ситуационные задачи
(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Задача	Эталон ответа
1.	Ребёнку 6 месяцев. Рождён от III беременности, протекавшей с угрозой прерывания при сроке 3-месяца, гестозом, сахарным диабетом беременных. Роды стремительные, тугое обвитие пуповины вокруг шеи 2 раза. Закричал после отсасывания слизи из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. Вакцинация против ВГВ и БЦЖ сделаны в роддоме. В 3 месяца при очередном посещении поликлиники ребенку сделана VI АКДС + VI полиомиелит. В первые и вторые сутки после иммунизации у ребенка отмечалось повышение температуры тела до 38,6°, вялость, беспокойство, плохой аппетит. В месте введения вакцин появилась гиперемия диаметром 4 см и припухлость. Участковым врачом педиатром назначены жаропонижающие препараты. V2 АКДС + V2 полиомиелит сделаны ребенку в 6-ти месячном возрасте. На 2-е сутки после прививки появилось резкое беспокойство, рвота, повышение температуры до 39,7°. Со слов мамы, в первые сутки после иммунизации отмечался монотонный крик ребёнка более 2 часов. Поставьте диагноз. Назначьте необходимую терапию. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	
2.	У ребёнка 1,5 лет, после проведенной V2 АКДС – вакцинации (до этого медотвод по медицинским показаниям), к концу первых суток повысилась температура тела до 40,0°C. Ребёнок стал вялым, капризным. В месте введения вакцины - гиперемия и инфильтрат до 5 см в диаметре. Поставьте диагноз. Назначьте необходимую терапию. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	
3.	Ребенок родился от 1-й срочной беременности, протекавшей с токсикозом I и II половины, с оценкой по шкале Апгар 9 баллов, от HBs Ag + позитивной матери. Когда следует начинать иммунопрофилактику ребенка и против какого заболевания? По какой схеме следует вакцинировать ребенка?	
4.	Ребенок 6-ти месяцев, неделю назад переболел ОРВИ. При посещении поликлиники врач принял решение о проведении иммунизации пациента. После введения АКДС – вакцины ребенок стал резко беспокойным, затем появились одышка, резкая бледность лица и синюшность конечностей, отмечалась двукратная рвота. Через	

	3 минуты после манипуляции потерял сознание, АД -50/20 мм рт.ст. Поставьте диагноз. Назначьте необходимую терапию. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	
5.	Ребенок в возрасте 1 месяц, в роддоме не прививался против туберкулеза в связи с наличием временных медицинских противопоказаний. В настоящее время здоров. Какова тактика участкового педиатра в отношении вакцинации ребенка в условиях поликлиники? Необходимо ли провести реакцию Манту?	
6.	Данил В., 3 мес. Не привит. В родильном доме не был вакцинирован БЦЖ так как не было в наличии вакцины. От вакцинации против гепатита В - отказ. В данный момент вакцину БЦЖ получили в поликлинике по месту жительства ребёнка. Тактика поведения участкового педиатра в отношении данного ребёнка. Следует начать вакцинацию против туберкулёза или коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, НВ, гепатита В? Можно ли одномоментно привить БЦЖ и АКДС?	
7.	Миша Д., 6 лет 4 месяца. Страдает атопической бронхиальной астмой, период медикаментозной ремиссии. Вакцинирован против туберкулёза в роддоме, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, гепатита В, Нib в 3, 4,5 и 18 мес. Корь, краснуха, паротит - не вакцинирован. Нуждается ли данный ребёнок в вакцинации против кори, краснухи, паротита? Можно ли ему делать прививку сейчас?	
8.	Диме М., посещающему детский сад, планировалась вакцинация против кори, краснухи и паротита, которую педиатр решила отменить. В группе Димы карантин по ветряной оспе. Шесть месяцев назад мальчик получил переливание в/в иммуноглобулина по поводу тромбоцитопенической пурпуры. Почему была отменена плановая вакцинация в данном случае? Через какой период можно будет вакцинировать мальчика против кори, краснухи и паротита?	
9.	Ребёнок Настя Л. 1 год 1 мес. Четыре месяца назад, во время лечения острой кишечной инфекции в стационаре, после введения амикацина отмечалась аллергическая реакция в виде сыпи как «после ожога крапивой». Часть элементов достигала гигантских размеров, сливалась, сопровождалась сильным зудом. После проведенного лечения состояние ребёнка улучшилось, и он был выписан под наблюдение семейного врача. Какое патологическое состояние развилось у ребёнка после введения амикацина? Должен ли это учитывать врач при вакцинации ребёнка?	—
10.	У ребёнка 6-ти месяцев, получившего 2 недели назад вакцинацию против полиомиелита, после незначительных катаральных явлений, отмечается слабость и нарушение движений правой нижней	

	конечности. Поставьте диагноз. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	
11.	Мама ребёнка, часто и длительно болеющего острыми респираторными заболеваниями, сомневается в необходимости вакцинации. Ребёнок обследован у иммунолога - исключён иммунодефицит, хронической патологии дыхательной системы не выявлено. Являются ли частые острые респираторные заболевания противопоказанием к проведению вакцинации?	
12.	Участковый врач педиатр пришел на вызов к ребенку 2-х лет, Мать мальчика жалуется на повышение температуры до 37,3° С и появление припухлости около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной слюнной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются. Поставьте диагноз. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС? Какова возможная причина выявленных изменений у ребенка? Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от других прививок? Показана ли госпитализация данного ребенка? Может ли данный ребенок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?	

Раздел 5. Оказание медицинской помощи детям при развитии поствакцинальных реакций и осложнений на введение вакцинных препаратов

Контрольные вопросы (ПК-2, ПК-7, ПК-10)

1.	Показания к вакцинации
2.	Противопоказания к вакцинации
3.	Классификация реакций на введение вакцинных препаратов
4.	Местные реакции на введение вакцинных препаратов
5.	Общие реакции на введение вакцинных препаратов
6.	Причины развития осложнений на введение вакцинных препаратов
7.	Аллергические реакции на введение вакцинных препаратов
8.	Неврологические реакции на введение вакцинных препаратов
9.	Токсические реакции на введение вакцинных препаратов
10.	Постоянные и временные противопоказания к иммунизации
11.	Степени стеноза гортани и их клиническая характеристика
12.	Клинические и лабораторные признаки гиперкапнии и гипоксии
13.	Классификация ДН по степени тяжести
14.	Методы лабораторной и инструментальной диагностики острого обструктивного ларингита
15.	Классификация бронхолитических препаратов, применяемых в педиатрической практике для купирования обострения (приступа) бронхиальной астмы
16.	Способ доставки лекарственных препаратов при обострении (приступе) бронхиальной астмы у ребенка

17.	Место комбинированных бронхолитических препаратов в терапии обострения БА
18.	Клиническая картина приступа бронхиальной астмы в детском возрасте/ Механизмы развития обострения (приступа) бронхиальной астмы у детей
19.	Оказание помощи ребенку при приступе бронхиальной астмы в поствакцинальном периоде
20.	Лекарственные препараты, применяемые для оказания помощи ребенку при развитии приступа бронхиальной астмы в поствакцинальном периоде
21.	Диагностика и дифференциальная диагностика обострения (приступа) бронхиальной астмы
22.	Степени тяжести острого обструктивного ларингита (стеноза) гортани
23.	Клиническая картина острого обструктивного ларингита
24.	Основные подходы к терапии острого обструктивного ларингита (стеноза) гортани
25.	Неотложные мероприятия при острой надпочечниковой недостаточности
26.	Местные реакции на введение вакцинных препаратов. Классификация
27.	Оказание помощи ребенку при развитии местной реакции на введение вакцинного препарата
28.	Клиническая картина токсических реакций на введение вакцинных препаратов.
29.	Оказание помощи ребенку при развитии токсической реакции на введение вакцинного препарата
30.	Неврологические осложнения в поствакцинальном периоде. Судорожный синдром
31.	Виды судорог
32.	Фебрильные судороги
33.	Афебрильные судороги
34.	Судорожный статус
35.	Оказание помощи ребенку с судорожным синдромом
36.	Основные лекарственные препараты, применяемые для купирования судорожного синдрома в поствакцинальном периоде
37.	Неврологические осложнения в поствакцинальном периоде. Мозговой крик
38.	Неврологические осложнения в поствакцинальном периоде. Энцефалитическая реакция
39.	Оказание помощи ребенку при развитии энцефалитической реакции в поствакцинальном периоде
40.	Аллергические осложнения в поствакцинальном периоде. Крапивница
41.	Виды крапивницы. Классификация
42.	Клиническая картина крапивницы
43.	Оказание помощи ребенку с крапивницей
44.	Основные лекарственные препараты, применяемые для оказания помощи ребенку с крапивницей
45.	Аллергические осложнения в поствакцинальном периоде. Отек Квинке
46.	Клиническая картина отека Квинке
47.	Оказание помощи ребенку с отеком Квинке
48.	Основные лекарственные препараты, применяемые для оказания помощи ребенку с отеком Квинке
49.	Аллергические осложнения в поствакцинальном периоде. Анафилактический шок
50.	Клиническая картина анафилактического шока на введение вакцинного препарата
51.	Оказание помощи ребенку с анафилактическим шоком
52.	Основные лекарственные препараты, применяемые для оказания помощи ребенку с анафилактическим шоком
53.	Реакции на введение вакцины против туберкулеза. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика
54.	Лечение местных и общих реакций на введение вакцины против туберкулеза
55.	Гипертермический синдром в поствакцинальном периоде
56.	Механизм развития лихорадки в поствакцинальном периоде
57.	Гипертермический синдром в педиатрической практике. Классификация.
58.	«Красная» и «белая» гипертермия. Врачебная тактика в зависимости от вида гипертермии
59.	Основные подходы к терапии гипертермического синдрома в поствакцинальном периоде
60.	Физические методы охлаждения
61.	Основные лекарственные препараты, применяемые для купирования гипертермии в

	поствакцинальном периоде
62.	Сердечно-лёгочная реанимация
63.	Методы клинического обследования больного и диагностика неотложных состояний на догоспитальном этапе.
64.	Расспрос больного (жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни).
65.	Физические методы исследования: правила осмотра больного, оценка сознания, положения больного, телосложение, осмотр лица, глаз, рта, шеи, носа, кожи. Принципы определения пульса, измерения АД, определения типа дыхания, подсчета ЧСС
66.	Терминальное состояние. Стадии. Клиническая диагностика. Критерии оценки тяжести состояния больного.
67.	Внезапная остановка сердца. Причины. Клиническая картина. Методы терапии острой сердечно-сосудистой недостаточности на догоспитальном этапе.
68.	Острая сосудистая недостаточность. Нарушение сердечного ритма. Признаки угрожающего состояния при них и показания к проведению мероприятий первой помощи.
69.	Клиническая фармакология средств, применяемых при острой сердечно-сосудистой недостаточности
70.	Показания к госпитализации, условия транспортировки ребенка при развитии неотложного состояния
71.	Приемы сердечно-легочной реанимации (этапы, правила проведения, критерии эффективности)
72.	Методы терапии острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе.
73.	Внезапная остановка и декомпенсация дыхания, отек легкого, острая обструкция верхних дыхательных путей, первая врачебная помощь при инородных телах трахеи и бронхов.
74.	Диагностика, клиника и экстренная терапия дыхательной недостаточности при синдроме острой бронхиальной обструкции.
75.	Клиническая фармакология средств, применяемых при острой дыхательной недостаточности
76.	Сбор анамнеза перед иммунизацией ребенка
77.	Осмотр (физикальное обследование) ребенка перед иммунизацией
78.	Обследование (лабораторно-инструментальное) ребенка перед иммунизацией
79.	Дифференциальная диагностика поствакцинальных реакций и осложнений
80.	Причины развития поствакцинальных реакций и осложнений
81.	Профилактика поствакцинальных реакций и осложнений
82.	Мониторинг поствакцинальных реакций и осложнений
83.	Расследование поствакцинальных реакций и осложнений
84.	Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, подлежащие регистрации
85.	Иммунизация детей при развитии реакции на предыдущее введение вакцинного препарата

Тестовые задания
(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Вопрос	№	Дистракторы
1	Из каких этапов состоит процесс формирования иммунного ответа на введение вакцины	1.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		2.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием

			плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		3.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Синтез специфических антител
2.	Основные этапы иммунного ответа	1.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
		2.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
		3.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgM за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
3.	Периоды образования антител в ответ на введение вакцины	1.	<i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель
		2.	<i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
		3.	<i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза)

			характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
4.	Перечислите инфекции, прививки против которых являются обязательным и в Национальном календаре профилактических прививок	1.	туберкулеза, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции типа В, гриппа.
		2.	туберкулеза, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции типа В, пневмококковой инфекции
		3.	туберкулеза, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции типа В, пневмококковой инфекции, гриппа.
5.	Перечислите инфекции, прививки против которых проводятся по эпидемическим показаниям	1.	гепатит типа А, пневмококковая инфекция, бруцеллез, клещевой энцефалит, лептоспироз, бешенство, ветряная оспа, туляремия, чума
		2.	гепатит типа А, пневмококковая инфекция, бруцеллез, клещевой энцефалит, ветряная оспа, туляремия, чума, сибирская язва, COVID-19
		3.	гепатит типа А, пневмококковая инфекция, бруцеллез, клещевой энцефалит, лептоспироз, бешенство, ветряная оспа, туляремия, чума, сибирская язва, COVID-19
6.	Что такое вакцина	1.	<i>Вакцина</i> – иммунобиологический, но не лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
		2.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование неспецифического иммунного ответа к компонентам вакцины
		3.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
7.	Особенности живых вакцин	1.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в организме привитого высоконапряженный и длительный неспецифический иммунитет
		2.	Живые вакцины - взвесь живых микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных, со сниженными иммуногенными свойствами, на которые в организме привитого формируется иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
		3.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в

			организме привитого высоконапряженный и длительный иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
8.	При иммунизации живыми вакцинами вакцинный штамм	1.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, поэтому способен в некоторых случаях выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц
		2.	Вакцинный штамм не размножается в организме хозяина
		3.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, но не способен выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц.
9.	Укажите особенности живых вакцин	1.	создают клеточный иммунитет; трудно комбинировать с другими противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; в условиях комнатной температуры быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адъювантов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
		2.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; трудно комбинировать с другими противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термолабильны, хранятся при температуре 2-8° С. при нагревании (в условиях комнатной температуры) быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адъювантов; возможна реверсия и появление вакцинно-родственных штаммов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
		3.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; при нагревании в условиях комнатной температуры быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат; содержат адъюванты; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
10.	Укажите особенности неживых вакцин	1.	формируют преимущественно гуморальный иммунный ответ; содержат адъюванты для усиления иммунного ответа (адъюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		2.	формируют преимущественно клеточный иммунный ответ; не содержат адъюванты; требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; не могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		3.	формируют преимущественно клеточный и гуморальный иммунный

			ответ; не содержат адъюванты для усиления иммунного ответа (адъюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
11.	Перечислите особенности инаktivированных вакцин	1.	Инаktivированные (убитые) вакцины готовят из инаktivированных неvirulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью
		2.	Инаktivированные (убитые) вакцины готовят из инаktivированных virulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью.
		3.	Инаktivированные (убитые) вакцины готовят из инаktivированных неvirulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более низкой реактогенностью
12.	Особенности субъединичных вакцин	1.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций живых микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		2.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, обогащены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		3.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
13.	Особенности анатоксинов	1.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что не позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания, однако защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются.
		2.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Формируют клеточный и гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет,

			что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания; однако не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются
		3.	Анатоксины - обезвреженные микробы. Формируют только гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания, не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются.
14.	Характеристики рекомбинантных вакцин	1.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном патогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.
		2.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена
		3.	Рекомбинантные вакцины - цитокины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.
15.	Перечислите особенности полисахаридных вакцин	1.	Полисахаридные вакцины (пневмококковая, менингококковая и ХИБ) содержат полисахариды клеточной стенки микроорганизма, которые определяют его иммуногенность. Полисахариды в силу своей антигенной структуры являются В-зависимым антигеном и практически не распознаются иммунной системой детей до 2-х лет. Полисахаридные вакцины с помощью белков – конъюгатов, сшивающих полисахариды между собой, переводят в Т-зависимые антигены, что позволяет их применять практически с рождения
		2.	Полисахаридные вакцины (пневмококковая, менингококковая и ХИБ) содержат клеточную стенку микроорганизма, что определяет ее иммуногенность. Полисахаридные вакцины с помощью белков – конъюгатов, сшивающих полисахариды между собой, переводят в Т-зависимые антигены, что позволяет их применять практически с рождения
		3.	Полисахаридные вакцины (пневмококковая, менингококковая и ХИБ) содержат полисахариды клеточной стенки микроорганизма, которые определяют его иммуногенность.
16.	Вспомогательными компонентами неживых вакцин являются	1.	Адьюванты, антибиотики, консерванты, стабилизаторы Адьюванты, антибиотики, консерванты Адьюванты, антибиотики, примеси
17.	Вспомогательными компонентами живых вакцин являются	2.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси, консерванты Антибиотики, стабилизаторы, примеси, адьюванты Антибиотики, стабилизаторы, примеси
18.	Пути введения	3.	Орально, внутривенно, подкожно, внутримышечно

	вакцин		Орально, внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутривенно Орально, подкожно, внутримышечно, внутривенно
19.	Этапы организации вакцинопрофилактики	1.	Учет прикрепленного детского населения, формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации;
		2.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц с использованием автоматизированной системы управления иммунизацией (АСУИ); обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка детей к вакцинации; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации
		3.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка детей к вакцинации; оформление медицинской документации;
20.	Кто проводит наблюдение за привитыми	1.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит медицинская сестра прививочного кабинета: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		2.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит врач педиатр участковый: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		3.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит патронажная медицинская сестра: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
21.	В каких документах регистрируются данные о профилактических прививках	1.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/у)
		2.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития новорожденного (форма № 097/у), Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/у)

		3.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87))
22.	Что такое вакцинальная реакция	1.	Вакцинальные реакции – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся в поствакцинальном периоде у пациентов с отклонениями в состоянии здоровья
		2.	Вакцинальные реакции – это осложнения, возникающие с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
		3.	Вакцинальные реакции или нормальное течение вакцинального процесса – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
23.	При иммунизации живыми вакцинами к вакцинальному процессу относят	1.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны органов и систем, к которым имеется тропность возбудителя.
		2.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны центральной нервной системы
		3.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны лимфоидной системы
24.	Характерны сроки появления вакцинальных реакций	1.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		2.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки; для живых вакцин - с 3 по 5-6 дни, с пиком проявлений с 4 по 6 день после прививки
		3.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 10 по 14-21 день, с пиком проявлений с 12 по 16 дни после прививки
25.	Длительность вакцинального процесса	1.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 5-ти дней, а при использовании живых - в среднем 7-8 дней.
		2.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 3-5 дней.
		3.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 7-9 дней.
26.	Нормальная (обычная) местная вакцинальная реакция	1.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин.
		2.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 5 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (4-6 дней). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин.
		3.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения

			препарата и только при использовании живых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение несколько дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин. Трактуются в практике как нормальные местные реакции
27.	Сильная местная реакция	1.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются при первичном введение препарата
		2.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 8 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются на повторное введение препарата
		3.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются на повторное введение препарата
28.	Общие вакцинальные реакции	1.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 38,5°C, умеренно выраженная интоксикация; сильные – лихорадка выше 38,6°C, выраженные проявления интоксикации
		2.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 39,5°C, умеренно выраженная интоксикация; сильные – лихорадка выше 39,6°C, выраженные проявления интоксикации
		3.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми – без повышения температуры, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры до 37,6°C, умеренно выраженная интоксикация; сильные – лихорадка выше 38°C, выраженные проявления интоксикации
29.	Токсические (чрезмерно сильные) вакцинальные реакции	1.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, в частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры > 39,5°C, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 12-14 дни, т.е. их развитие соответствует разгару вакцинального процесса. Симптомы токсической реакции сохраняются несколько дней и ликвидируются к окончанию разгара вакцинального периода.
		2.	Чаще наблюдаются после иммунизации живыми вакцинами, в частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем

			температуры >38,5°C, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций - с 6 по 16-18 дни
		3.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры >38°C, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 7-8 дни.
30.	Поствакцинальные осложнения	1.	Поствакцинальные осложнения – состояния, свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		2.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		3.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, но не имеющие очевидной или доказанной связи с прививкой
31.	Местные аллергические реакции	1.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		2.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения неживых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		3.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 5-ти см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
32.	Общие аллергические реакции	1.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, при введении живых вакцин – с 4 -5 по 14 дни (в периоде разгара вакцинации) и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
		2.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении только живых вакцин в первые 1-3 дня после прививки и развиваются наиболее часто по IgE

			зависимому типу
		3.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
33.	Отек Квинке	1.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек эпидермиса и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		2.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		3.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
34.	Анафилактический шок	1.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 2 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения любой вакцины
		2.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 5-ти часов после введения введения любой вакцины
		3.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 12 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения живых вакцин
35.	Анафилактоидная реакция	1.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение часа после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек)
		2.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек) и желудочно-кишечного тракта (колика, рвота, диарея)
		3.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется

			острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница)
36.	Неврологические поствакцинальные осложнения	1.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги
		2.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия), пронзительный крик
		3.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия)
37.	К вакцинассоциированным заболеваниям относятся	1.	Вакцин-ассоциированный энцефалит
		2.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
		3.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный серозный менингит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
38.	Редкие поствакцинальные осложнения	1.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: синдром Гийена-Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
		2.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: синдром Гийена-Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром,
		3.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: синдром Гийена-Барре, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
39.	По предполагаемой причине развития выделяют следующие категории поствакцинальных осложнений	1.	обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу иммунизации; 5) совпавшее по времени - не связаны с вакциной или ее введением (совпадение по времени), (случайное заболевание или обострение фоновой патологии)
		2.	обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины -

			связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины
		3.	обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства. Подобный дефект может оказать влияние на индивидуальную реакцию и, таким образом, увеличить риск развития побочного действия вакцины; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу иммунизации;
40.	Варианты проявления психогенных поствакцинальных реакций	1.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами</i>
		2.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами; предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции
		3.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами; предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции; <i>рвота</i> (у детей младшего возраста задержка дыхания и рвота – обычные симптомы перевозбуждения)

Ситуационные задачи (ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Задача	Эталон ответа
1.	У ребенка 3-х лет в момент введения АКДС-вакцины появилось удушье, выраженный акроцианоз, холодный липкий пот, тошнота, головокружение, потеря сознания. Пульс нитевидный, АД - 60/30 мм рт.ст. Из анамнеза известно, что ребенок страдал атопическим дерматитом и бронхиальной астмой, сенсibilизация к пищевым (белок коровьего молока, куриное яйцо), бытовым (домашняя пыль) средней степени выраженности. В момент осмотра перед проведением прививки заболевания были в ремиссии, температура тела 36,5° Поставьте диагноз. Алгоритм оказания неотложной помощи. Как профилактировать развитие данного состояния	
2.	Ребенок 8 лет укушен на дачном участке клещом. При исследовании насекомого у него обнаружен вирус клещевого	

	энцефалита. После укуса прошло 3 суток. При осмотре ребенка в поликлинике отклонений в состоянии здоровья не выявлено. Мальчик страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, период медикаментозной ремиссии. Перечислите действия врача в отношении ребенка Если ребенка можно прививать, укажите показания и противопоказания к введению вакцины.	
3.	Пятимесячному ребенку с отягощенным биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит (инактивированная вакцина) + пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенес без реакций и осложнений. На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 2 см. Поставьте диагноз. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка? Тактика врача-педиатра участкового при дальнейшей иммунизации ребенка.	
4.	Девочке 6-ти месяцев с неотягощенным анамнезом проведена вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела. Предыдущую вакцинацию в возрасте трех месяцев перенесла хорошо. Но в возрасте 4,5 месяцев заболела ОРВИ, поэтому проведение второй вакцинации было сдвинуто на месяц. На 2-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,7°, беспокойство ребенка, отказ от еды, сегодня девочка стала вялой, капризной. В месте введения вакцины АКДС (вводилась в средней трети правого бедра) появилась гиперемия, захватывающая всю переднюю поверхность бедра с переходом на голень; уплотнение, инфильтрация тканей размером более 3-х см. При осмотре состояние ребенка ближе к средней степени тяжести, девочка капризная, температура тела 38,5°(после жаропонижающих - парацетамола, который мать давала 3 часа назад), кожные покровы горячие, сухие, видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное, в легких при сравнительной перкуссии легочный звук, аускультативно дыхание пуэрильное, ЧДД - 48 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 132 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край ровный, безболезненный, селезенка не пальпируется, стул 1 раз в день, мочеиспускание безболезненное, не учащено.	

	Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия следует назначить ребенку. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр респотребнадзора Какова дальнейшая тактика иммунизации ребенка	
5.	Ребенок Ваня, 12 месяцев. На приеме в поликлинике. В анамнезе атопический дерматит распространенный, симптомы которого отмечались в первом полугодии жизни. На фоне ОРВИ в возрасте 8-ми месяцев диагностирован острый обструктивный ларингит, стеноз гортани I степени. Лечился дома. При осмотре ребенка в поликлинике атопический дерматит, период ремиссии. Разрешено введение вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи. В процедурном кабинете через 15 минут после введения вакцины у ребенка появилось затруднение дыхания, инспираторная одышка, осиплость голоса, лающий кашель, выраженный отёк языка, пятнистая сыпь по всему телу, интенсивность которой нарастала, некоторые элементы сливались между собой. Артериальное давление в норме. Поставьте диагноз. Алгоритм оказания неотложной помощи.	
6.	Девочка 2-х лет. Через 5 минут после введения АКДС-вакцины (3V, индивидуальный график профилактических прививок) появились уртикарные высыпания вначале на лице, затем по всему телу, зуд в ротовой полости и на коже, осиплость голоса, сухой навязчивый кашель, затрудненное шумное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Из анамнеза известно, что с 2-х месяцев у ребенка отмечались явления атопического дерматита; гастроинтестинальные симптомы пищевой аллергии на белок коровьего молока; медикаментозная аллергия на полусинтетические пенициллины - крапивница. У матери – лекарственная аллергия на антибиотики, бронхиальная астма. У бабушки по материнской линии – аллергический ринит. При осмотре состояние тяжелое, стридорозное дыхание, инспираторная одышка, осиплость голоса, температура тела 36,5 °С. Слизистая оболочка зева отечная, рыхлая. На коже распространенные уртикарные элементы. Перкуторно над легкими коробочный оттенок легочного звука, ЧД – 38 в минуту. В легких дыхание ослабленное, масса сухих свистящих хрипов. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 100 в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Поставьте диагноз. Назначьте терапию. Какова дальнейшая тактика иммунизации ребенка	
7.	Через 4 минуты после введения противостолбнячной сыворотки у Маши С. 4-х лет появилась слабость, чувство сдавления в груди, ощущение нехватки воздуха, мучительный кашель, чувство страха. Затем появилась резкая бледность с цианозом, затруднённое дыхание. Данное состояние развилось впервые Поставьте диагноз. Назначьте терапию. Какова дальнейшая тактика иммунизации ребенка	
8.	Больной Н., в возрасте 14 лет, 01.10.2013 госпитализирован в многопрофильную детскую больницу по скорой помощи с жалобами на головокружение, слабость, потерю сознания. Анамнез болезни: за час до поступления ребенка в стационар мальчику в школе сделана прививка. Через 10 мин	

	после вакцинации у него появились головокружение, головная боль, слабость, тошнота, затем кашель, озноб. Жаловался на боль в грудной клетке и затрудненное дыхание. Потерял сознание, отмечены судорожные подергивания конечностей, АД снизилось до 70/20 мм рт.ст. Фельдшер школы ввел внутримышечно преднизолон. Вызвана Скорая помощь, врач которой ввел внутривенно преднизолон, кальция глюконат, диазепам (реланиум), внутривенно капельно раствор Рингера в дозе 400 мл. Состояние улучшилось, АД повысилось до 90/70 мм рт.ст., в сознании. Госпитализирован в реанимационное отделение детской больницы. В анамнезе — пищевая аллергия на белок куриного яйца в виде сыпи, отека Квинке. Объективный осмотр. Температура тела 36,4 °С, пульс 100/мин, ЧД 22/мин, АД 90/70 мм рт.ст. В сознании. На вопросы отвечает адекватно. Вялый, жалуется на головную боль, слабость. Кожные покровы чистые, свободные от сыпи, нормальной влажности. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими звук не изменен. При аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Поставьте диагноз. Оцените тактику ведения ребенка на догоспитальном этапе. Перечислите основные препараты на догоспитальном этапе для лечения анафилактического шока. Какова дальнейшая тактика по иммунизации ребенка	
9.	Мальчику 6-ти лет в детском саду была сделана ревакцинация против кори. Вечером на 8-ой день после ревакцинации повысилась температура до 37,5° С, появился кашель и заложенность носа. Был вызван участковый педиатр, который диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 6-й день от начала заболевания ОРВИ ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан в детский сад. На 12-й день после ревакцинации вновь повысилась температура до 38,5°С, вновь появилась заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь по всему телу. Вновь вызван врач педиатр. При осмотре состояние ребенка ближе к удовлетворительному, умеренно выражены симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые. На неизменной коже лица, туловища, конечностей – не сливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. отежные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год. Аллергоанамнез – пищевая аллергия на белок коровьего молока в виде гастроинтестинальных и кожных симптомов. Поставьте диагноз. Оцените возможность дальнейшей иммунизации ребенка. Назначьте необходимую терапию	

10.	Ребенок Маша, 2-х лет. На приеме в поликлинике. Состояние при осмотре удовлетворительное. Соматических и инфекционных заболеваний нет. Температура тела 36,4 °С. Ребенок привит только против туберкулеза и вирусного гепатита В в роддоме, затем не прививался (по желанию матери). После длительной разъяснительной работы с родителями последние приняли решение начать иммунизацию ребенка. С каких вакцин нужно начинать прививки ребенку. Можно ли вводить сразу все пропущенные вакцины	
-----	---	--

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Тестовые задания	№	Дистракторы
1.	Этапы организации вакцинопрофилактики	1.	Учет прикрепленного детского населения, формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации;
		2.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц с использованием автоматизированной системы управления иммунизацией (АСУИ); обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка детей к вакцинации; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации
		3.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка детей к вакцинации; оформление медицинской документации;
2.	Кто проводит наблюдение за привитыми	1.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит медицинская сестра прививочного кабинета: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		2.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит врач педиатр участковый: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		3.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит патронажная медицинская сестра: после введения

			инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
3.	В каких документах регистрируются данные о профилактических прививках	1.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/у)
		2.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития новорожденного (форма № 097/у), Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/у)
		3.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87)
4.	Введение вакцинных препаратов в организм человека является	1.	Специфической иммунопрофилактикой
		2.	Неспецифической иммунопрофилактикой
		3.	Пассивной иммунопрофилактикой
5.	Внутрикожная инъекция может выполняться в	1.	Среднюю треть наружной поверхности плеча
		2.	Среднюю треть внутренней поверхности предплечья
		3.	подлопаточную область
6.	Инфекции, против которых разработаны вакцины	1.	Туберкулез, омфалит
		2.	Пиелонефрит, корь
		3.	Менингит, полиомиелит
7.	Невосприимчивость человека к инфекционным заболеваниям – это	1.	Иммунный ответ
		2.	Иммунопрофилактика
		3.	Иммунитет
8.	Луи Пастер создал вакцины против	1.	Сибирской язвы, куриной холеры, краснухи свиней, бешенства, оспы
		2.	Сибирской язвы, куриной холеры, краснухи свиней, бешенства
		3.	Сибирской язвы, куриной холеры, краснухи свиней, бешенства, чумы
9.	После рождения ребенка материнские антитела начинают разрушаться в его организме, начиная	1.	С 4-х месячного возраста
		2.	С 2-месячного возраста.
		3.	С 6-ти месячного возраста
10.	Специфическая иммунопрофилактика	1.	Направлена на создание искусственного иммунитета к конкретному инфекционному агенту
		2.	Направлена на повышение активности иммунной системы организма, стимуляцию защитных функций

		3.	Направлена на создание естественного иммунитета к конкретному инфекционному агенту.
11.	Неспецифическая иммунопрофилактика	1.	Направлена на создание искусственного иммунитета к конкретному инфекционному агенту
		2.	Направлена на повышение активности иммунной системы организма, стимуляцию защитных функций
		3.	Направлена на создание естественного иммунитета к конкретному инфекционному агенту.
12.	Специфическая иммунопрофилактика бывает	1.	Активная, пассивная
		2.	Пассивная
		3.	Активная
13.	Активная специфическая иммунопрофилактика возникает после	1.	Введения в организм вакцины или анатоксина
		2.	Введения в организм иммуноглобулинов и сывороток
		3.	Введения в организм только живых вакцин
14.	Пассивная специфическая иммунопрофилактика возникает после	1.	Введения в организм вакцины или анатоксина
		2.	Введения в организм иммуноглобулинов и сывороток
		3.	Введения в организм только живых вакцин
15.	Действие активной иммунизации	1.	Профилактическое
		2.	Экстренное профилактическое и лечебное
		3.	Лечебное
16.	Действие пассивной иммунизации	1.	Профилактическое
		2.	Экстренное профилактическое и лечебное
		3.	Лечебное
17.	На эффективность вакцинации влияют	1.	Свойства вакцин, особенности иммунного реагирования человека, факторы окружающей среды
		2.	Свойства вакцин, особенности иммунного реагирования человека
		3.	Особенности иммунного реагирования человека, факторы окружающей среды
18.	Оптимальная температура хранения вакцин	1.	+5+12° С
		2.	+2+8° С
		3.	+6+10° С
19.	"Холодовая цепь" – это	1.	Постоянно функционирующая система организационных и практических мероприятий, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения иммунобиологических препаратов на всех этапах пути их следования: от предприятия-изготовителя до места проведения вакцинации
		2.	Постоянно функционирующая система организационных и практических мероприятий, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения и транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов на всех этапах пути их следования: от предприятия - изготовителя до вакцинируемого
		3.	Постоянно функционирующая система организационных, обеспечивающая оптимальный температурный режим транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов на всех этапах пути их следования от предприятия-изготовителя до поликлиники
20.	Система «холодовой цепи» включает	1.	Специально обученный персонал, обеспечивающий эксплуатацию холодильного оборудования, правильное хранение и транспортировку вакцин; холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортировки вакцин в оптимальных температурных условиях (холодильники и морозильники, термоконтейнеры, сумки-холодильники, хладоэлементы); механизм контроля над соблюдением требуемых температурных условий на всех этапах хранения и транспортировки

			вакцин
		2.	специально обученный персонал, обеспечивающий эксплуатацию холодильного оборудования, правильное хранение и транспортировку вакцин; холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортировки вакцин в оптимальных температурных условиях (холодильники и морозильники, термоконтейнеры, сумки-холодильники, хладоэлементы)
		3.	холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортировки вакцин в оптимальных температурных условиях (холодильники и морозильники, термоконтейнеры, сумки-холодильники, хладоэлементы); механизм контроля над соблюдением требуемых температурных условий на всех этапах хранения и транспортировки вакцин
21.	Тест встряхивания (шейк – тест проводится)	1.	при подозрении на размораживание части ампул с адсорбированной вакциной (АКДС, вакцина против гепатита В).
		2.	при подозрении на замораживание части ампул с адсорбированной вакциной (АКДС, вакцина против гепатита В).
		3.	при подозрении на нарушение целостности части ампул с адсорбированной вакциной (АКДС, вакцина против гепатита В).
22.	Пути введения вакцин	1.	Ингаляционный, парентеральный, подкожный
		2.	Ингаляционный, парентеральный, энтеральный
		3.	Парентеральный, подкожный, внутримышечный
23.	Согласно Закону Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» обязательными являются следующие прививки	1.	Против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, гепатита В, кори, эпидемического паротита, краснухи, гриппа, пневмококковой инфекции
		2.	Против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, гепатита В, кори, эпидемического паротита, краснухи, гриппа.
		3.	Против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, гепатита В, кори, эпидемического паротита, краснухи, гриппа, менингококковой инфекции
24.	Прививки проводятся лишь при согласии вакцинируемого либо его законного представителя.	1.	Каждый гражданин имеет право отказаться от прививки себе или своему ребенку (за исключением прививок против особо опасных инфекций, проводимых по эпидемическим показаниям), что он должен зафиксировать письменно; при его отказе поставить подпись это делают как минимум два медработника.
		2.	Каждый гражданин имеет право отказаться от прививки себе или своему ребенку, что он должен зафиксировать письменно; при его отказе поставить подпись это делают как минимум два медработника и зав. педиатрическим отделением
		3.	Каждый гражданин имеет право отказаться от прививки себе или своему ребенку (за исключением прививок против особо опасных инфекций, проводимых по эпидемическим показаниям), что он должен зафиксировать письменно; при его отказе поставить подпись это делают как минимум два медработника, зав. педиатрическим отделением и врач-инфекционист
25.	Комбинированные вакцины позволяют	1.	Уменьшить количество инъекций, снизить антигенную нагрузку на ребенка, т.к. при их изготовлении не используются цельноклеточные антигены
		2.	Уменьшить количество инъекций, точнее и удобнее соблюдать календарь вакцинации, снизить антигенную нагрузку на ребенка, т.к. при их изготовлении не используются цельноклеточные антигены, выбрать способ введения вакцины.

		3.	Уменьшить количество инъекций, точнее и удобнее соблюдать календарь вакцинации, снизить антигенную нагрузку на ребенка, т.к. при их изготовлении не используются цельноклеточные антигены.
26.	Интервал между вакцинациями против коклюша	1.	1 мес
		2.	1,5 мес
		3.	3 мес
27.	В возрасте 1 года ребенка вакцинируют против	1.	Коклюша
		2.	Дифтерии
		3.	Кори
28.	Первая прививка здоровому ребенку после рождения	1.	Против гепатита В
		2.	БЦЖ
		3.	АКДС+полиомиелит
29.	Схема вакцинации здоровых детей против гепатита В	1.	0 – 3 - 6
		2.	0 – 1 - 6
		3.	0 – 3 – 12
30.	Специфическая профилактика туберкулеза проводится	1.	Иммуноглобулином специфическим противотуберкулезным
		2.	Вакциной БЦЖ
		3.	Туберкулином
31	Из каких этапов состоит процесс формирования иммунного ответа на введение вакцины	1.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		2.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		3.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Синтез специфических антител
	32. Основные этапы иммунного ответа	1.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.

		2.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
		3.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgM за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
33.	Периоды образования антител в ответ на введение вакцины	1.	<i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель
		2.	<i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
		3.	<i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
34.	Что такое вакцина	1.	<i>Вакцина</i> – иммунобиологический, но не лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
		2.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование неспецифического иммунного ответа к компонентам вакцины

		3.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
35.	Живые вакцины	1.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в организме привитого высоконапряженный и длительный неспецифический иммунитет
		2.	Живые вакцины - взвесь живых микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных, со сниженными иммуногенными свойствами, на которые в организме привитого формируется иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
		3.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в организме привитого высоконапряженный и длительный иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
36.	При иммунизации живыми вакцинами вакцинный штамм	1.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, поэтому способен в некоторых случаях выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц
		2.	Вакцинный штамм не размножается в организме хозяина
		3.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, но не способен выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц.
37.	Укажите особенности живых вакцин	1.	создают клеточный иммунитет; трудно комбинировать с другими противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; в условиях комнатной температуры быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адъювантов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
		2.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; трудно комбинировать с другими противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термолабильны, хранятся при температуре 2-8° С. при нагревании (в условиях комнатной температуры) быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адъювантов; возможна реверсия и появление вакцинно-родственных штаммов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
		3.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; при нагревании в условиях комнатной температуры быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат; содержат адъюванты; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и

			состояниями и беременным женщинам
38.	Укажите особенности неживых вакцин	1.	формируют преимущественно гуморальный иммунный ответ; содержат адъюванты для усиления иммунного ответа (адъюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		2.	формируют преимущественно клеточный иммунный ответ; не содержат адъюванты; требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; не могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		3.	формируют преимущественно клеточный и гуморальный иммунный ответ; не содержат адъюванты для усиления иммунного ответа (адъюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
39.	Перечислите особенности инаktivированных вакцин	1.	Инаktivированные (убитые) вакцины готовят из инаktivированных неvirulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью
		2.	Инаktivированные (убитые) вакцины готовят из инаktivированных virulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью.
		3.	Инаktivированные (убитые) вакцины готовят из инаktivированных неvirulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инаktivации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более низкой реактогенностью
40.	Особенности	1.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций живых

	субъединичных вакцин		микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		2.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, обогащены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		3.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
41.	Особенности анатоксинов	1.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что не позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания, однако защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются.
		2.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Формируют клеточный и гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания, однако не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются
		3.	Анатоксины - обезвреженные микробы. Формируют только гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, не потерявшие токсичность в результате воздействия формалином и сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания; не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются
42.	Характеристика рекомбинантных вакцин	1.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном патогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.
		2.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена
		3.	Рекомбинантные вакцины - цитокины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.
43.	Вспомогательными компонентами неживых вакцин являются	1.	Адьюванты, антибиотики, консерванты, стабилизаторы
		2.	Адьюванты, антибиотики, консерванты
		3.	Адьюванты, антибиотики, примеси

44.	Вспомогательными компонентами живых вакцин являются	1.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси, консерванты
		2.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси, адъюванты
		3.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси
45.	Пути введения вакцин	1.	Орально, внутрикожно, подкожно, внутримышечно
		2.	Орально, внутрикожно, подкожно, внутримышечно, внутривенно
		3.	Орально, подкожно, внутримышечно, внутривенно
46.	Что такое вакцинальная реакция	1.	Вакцинальные реакции – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся в поствакцинальном периоде у пациентов с отклонениями в состоянии здоровья
		2.	Вакцинальные реакции – это осложнения, возникающие с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
		3.	Вакцинальные реакции или нормальное течение вакцинального процесса – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
47.	При иммунизации живыми вакцинами к вакцинальному процессу относят	1.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны органов и систем, к которым имеется тропность возбудителя.
		2.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны центральной нервной системы
		3.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны лимфоидной системы
48.	Характерные сроки появления вакцинальных реакций	1.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		2.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки, для живых вакцин - с 3 по 5-6 дни, с пиком проявлений с 4 по 6 день после прививки
		3.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 10 по 14-21 день, с пиком проявлений с 12 по 16 дни после прививки
49.	Длительность вакцинального процесса	1.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 5-ти дней, а при использовании живых - в среднем 7-8 дней.
		2.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 3-5 дней.
		3.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 7-9 дней.
50.	Нормальная (обычная) местная вакцинальная реакция	1.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин.
		2.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 5 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (4-6 дней). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных

			вакцин.
		3.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата и только при использовании живых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин. Трактуются в практике как нормальные местные реакции
51.	Сильная местная реакция	1.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются при первичном введение препарата
		2.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 8 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются на повторное введение препарата
		3.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются на повторное введение препарата
52.	Общие вакцинальные реакции	1.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 38,5°C, умеренно выраженная интоксикация, сильные – лихорадка выше 38,6°C, выраженные проявления интоксикации
		2.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 39,5°C, умеренно выраженная интоксикация, сильные – лихорадка выше 39,6°C, выраженные проявления интоксикации
		3.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми – без повышения температуры, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры до 37,6°C, умеренно выраженная интоксикация, сильные – лихорадка выше 38°C, выраженные проявления интоксикации
53.	Токсические (чрезмерно сильные) вакцинальные реакции	1.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, в частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры > 39,5°C, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 12-14 дни, т.е. их развитие соответствует разгару вакцинального процесса. Симптомы токсической реакции сохраняются несколько дней и ликвидируются к окончанию разгара вакцинального периода.
		2.	Чаще наблюдаются после иммунизации живыми вакцинами, в

			частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры $>38,5^{\circ}\text{C}$, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций - с 6 по 16-18 дни
		3.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры $>38^{\circ}\text{C}$, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 7-8 дни.
54.	Поствакцинальные осложнения	1.	Поствакцинальные осложнения – состояния, свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		2.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		3.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, но не имеющие очевидной или доказанной связи с прививкой
55.	Местные аллергические реакции	1.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		2.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения неживых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		3.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 5-ти см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
56.	Общие аллергические реакции	1.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, при введении живых вакцин – с 4 -

			5 по 14 дни (в периоде разгара вакцинации) и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
		2.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении только живых вакцин в первые 1-3 дня после прививки и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
		3.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
57.	Отек Квинке	1.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек эпидермиса и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		2.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		3.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
58.	Анафилактический шок	1.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 2 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения любой вакцины
		2.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 5-ти часов после введения введения любой вакцины
		3.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 12 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения живых вакцин
59.	Анафилактоидная реакция	1.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение часа после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек)
		2.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по

			времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек) и желудочно-кишечного тракта (колика, рвота, диарея)
		3.	Анафилактическая реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница)
60.	Неврологические поствакцинальные осложнения	1.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги
		2.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия), пронзительный крик
		3.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия)
61.	К вакцинассоциированным заболеваниям относятся	1.	Вакцин-ассоциированный энцефалит
		2.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
		3.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный серозный менингит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
62.	Редкие поствакцинальные осложнения	1.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена-Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
		2.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена-Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром,
		3.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена-Барре, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
63.	По предполагаемой причине развития выделяют следующие категории поствакцинальных осложнений	1.	1) обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу

			иммунизации; 5) совпавшее по времени - не связаны с вакциной или ее введением (совпадение по времени), (случайное заболевание или обострение фоновой патологии)
		2.	1) обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины
		3.	1) обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства. Подобный дефект может оказать влияние на индивидуальную реакцию и, таким образом, увеличить риск развития побочного действия вакцины; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу иммунизации;
64.	Варианты проявления психогенных поствакцинальных реакций	1.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциального диагноза с анафилаксией); <i>обморок с судорогами</i>
		2.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциального диагноза с анафилаксией); <i>обморок с судорогами; предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции
		3.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциального диагноза с анафилаксией); <i>обморок с судорогами; предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции; <i>рвота</i> (у детей младшего возраста задержка дыхания и рвота – обычные симптомы перевозбуждения)
65.	Гражданин РФ		имеет право отказаться от прививок, не подписывая отказа от прививок
			имеет право отказаться от прививок за исключением прививок против особо опасных инфекций, проводимых по эпидемическим показаниям
			имеет право отказаться от прививок, подписав отказ

66.	Первичный иммунный ответ при вакцинации развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном и характеризуется	1.	ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител
		2.	ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgA- антител
		3.	ранней продукцией IgA-антител и более поздним появлением IgG-антител
		4.	ранней продукцией IgA-антител и более поздним появлением IgM- антител
67.	Вторичный иммунный ответ при иммунизации развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно класса	1.	IgG
		2.	IgA
		3.	IgG, IgM
		4	IgM
68.	Период экспоненциального роста (логарифмическая фаза) синтеза поствакцинальных антител характеризуется увеличением их количества в крови и продолжается в зависимости от вида антигена	1.	от 10-ти дней до 8-и недель
		2.	от 4-х дней до 4-х недель
		3.	от 4-х дней до 4-х месяцев
		4	от 4-х дней до 4-х лет
69.	При иммунизации живыми вирусными вакцинами иммунный ответ формируется	1.	за счет синтеза специфических IgG антител
		2.	не за счет синтеза специфических антител, а за формирования пула специфических эффекторных цитотоксических Т-лимфоцитов
		3.	за счет синтеза специфических IgM антител
		4	за счет синтеза специфических IgA антител
70.	При иммунизации анатоксинами синтезируются	1.	антитоксические антитела
		2.	нейтрализующие антитела
		3.	антитоксические и нейтрализующие антитела
		4	IgA антитела
71.	Полиомиелитная вакцина индуцирует развитие	1.	только гуморального иммунитета с синтезом IgG антител
		2.	только клеточного иммунитета с активацией Т- и В-лимфоцитов
		3.	только местного иммунитета с синтезом секреторных IgA антител
		4	не только гуморального, но и местного иммунитета, что сопровождается синтезом секреторных IgA антител
72.	Постоянные противопоказания при иммунизации АКДС вакциной	1.	прогрессирующие заболевания нервной системы. Афебрильные судороги в анамнезе. Чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины
		2.	тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды. Для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного

			яйца
		3.	первичное иммунодефицитное состояние. Иммуносупрессивные состояния. Злокачественные новообразования. Беременность
		4	прогрессирующие заболевания нервной системы. Афебрильные судороги в анамнезе. Чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины. Тяжелые формы аллергических реакций на аминокликозиды. Для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного яйца
73.	Постоянные противопоказания при иммунизации живыми вакцинами	1.	прогрессирующие заболевания нервной системы. Афебрильные судороги в анамнезе. Чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины
		2.	тяжелые формы аллергических реакций на аминокликозиды. Для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного яйца
		3.	первичное иммунодефицитное состояние; иммуносупрессивные состояния; злокачественные новообразования; беременность
		4	прогрессирующие заболевания нервной системы; афебрильные судороги в анамнезе; чрезмерно сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины; тяжелые формы аллергических реакций на аминокликозиды; для вакцин зарубежного производства, приготовленных на куриных эмбрионах: тяжелая аллергическая реакция на белок куриного яйца
74.	Характерные сроки появления общих обычных вакцинальных реакций для неживых вакцин	1.	1-3 дни после иммунизации, в 80- 90% случаев первые сутки
		2.	с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		3.	через 2 недели после введения вакцины
		4	на 7 сутки после введения вакцины
75.	Характерные сроки появления общих обычных вакцинальных реакций для живых вакцин	1.	1-3 дни после иммунизации, в 80- 90% случаев первые сутки
		2.	с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		3.	через 2 недели после введения вакцины
		4	на 7 сутки после введения вакцины
76.	Обычная местная вакцинальная реакция	1.	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 5 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-4 дня)
		2.	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-4 дня)
		3.	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 2 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-4 дня)
		4	уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 10 см в

			диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение несколько дней (1-4 дня)
77.	Обычная общая реакция средней силы	1.	подъем температуры от 38,6°C до 39,5°C, умеренно выраженная интоксикация
		2.	подъем температуры от 37,6°C до 38,5°C, умеренно выраженная интоксикация
		3.	подъем температуры от 36,6°C до 37,5°C, умеренно выраженная интоксикация
		4.	подъем температуры от 37,6°C до 39,5°C, умеренно выраженная интоксикация
78.	Местные аллергические реакции характеризуются появлением гиперемии и припухлости	1.	более 8 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата
		2.	более 10 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата
		3.	более 15 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата
		4.	более 6 см в диаметре в месте введения вакцинного препарата
79.	К общим аллергическим реакциям на введение вакцинного препарата можно отнести	1.	крапивница, отек Квинке, судороги
		2.	крапивница, отек Квинке, анафилактический шок, токсико-аллергические дерматиты (синдромы Стивенса-Джонсона, Лайела)
		3.	крапивница, отек Квинке, судороги, синдром бронхиальной обструкции
		4.	крапивница, отек Квинке, судороги, синдром бронхиальной обструкции, различные кожные высыпания
80.	Фебрильные судороги в поствакцинальном периоде могут развиваться после введения	1.	АКДС вакцины
		2.	коревой вакцины
		3.	всех вакцин
		4.	БЦЖ-вакцины
81.	Противопоказания к вакцинации БЦЖ-вакциной	1.	недоношенность, масса тела при рождении менее 2000 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования, генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
		2.	Недоношенность, масса тела при рождении менее 2200 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования, генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
		3.	недоношенность, масса тела при рождении менее 2500 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и

			родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования, генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
		4	масса тела при рождении менее 2500 гр; внутриутробная гипотрофия III-IV степени; острые заболевания и обострение хронических заболеваний; детям, рожденным матерями, необследованными на ВИЧ во время беременности и родов, а также детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, не получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; иммунодефицитное состояние (первичное); злокачественные новообразования, генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье
82.	На месте внутрикожного введения вакцины БЦЖ последовательно развивается местная специфическая реакция в виде	1.	папулы, инфильтрата, пустулы, язвы размером 5-10 мм в диаметре
		2.	папулы, инфильтрата, язвы размером 5-10 мм в диаметре, пустулы
		3.	инфильтрата, пустулы, папулы, язвы размером 5-10 мм в диаметре
		4	инфильтрата, папулы, пустулы, язвы размером 5-10 мм в диаметре
83.	Местные осложнения на введение БЦЖ-вакцины	1.	подкожные инфильтраты; холодные абсцессы; язвы; остейт; келлоидный рубец; регионарный лимфаденит
		2.	подкожные инфильтраты; холодные абсцессы; остейт; келлоидный рубец; регионарный лимфаденит
		3.	подкожные инфильтраты; язвы; остейт; келлоидный рубец; регионарный лимфаденит
		4	подкожные инфильтраты; холодные абсцессы; язвы; остейт; келлоидный рубец; регионарный лимфаденит
84.	Вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным	1.	в первые 48 ч жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
		2.	в первые 24 ч жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
		3.	в первые 72 ч жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
		4	на 3 сутки жизни ребенка. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группе риска, вакцинируют по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 мес после первой прививки, 3 доза - через 6 мес от начала иммунизации)
85.	Лица из группы риска, в силу профессиональных обязанностей имеющие	1.	В случае снижения титра антител ниже 200 МЕ/л рекомендуется ревакцинация одной дозой вакцины
		2.	В случае снижения титра антител ниже 100 МЕ/л рекомендуется ревакцинация одной дозой вакцины
		3.	В случае снижения титра антител ниже 100 МЕ/л рекомендуется

	постоянный контакт с кровью, должны ежегодно проходить обследование на содержание антител к HBsAg		ревакцинация двумя дозами вакцины
		4	В случае снижения титра антител ниже 500 МЕ/л рекомендуется ревакцинация одной дозой вакцины
86.	Противопоказания к введению вакцины ИМОВАК ПОЛИО	1.	Аллергия к активному компоненту, к одному из вспомогательных веществ, входящих в состав вакцины, неомидину, стрептомицину или полимиксину В; аллергическая реакция на предшествующее введение вакцины Имовакс Полио; заболевание, сопровождающиеся лихорадкой, острое инфекционное или хроническое заболевание в стадии обострения
		2.	Аллергия к активному компоненту, к одному из вспомогательных веществ, входящих в состав вакцины, полимиксину В; аллергическая реакция на предшествующее введение вакцины Имовакс Полио; заболевание, сопровождающиеся лихорадкой
		3.	Аллергическая реакция на предшествующее введение вакцины Имовакс Полио; заболевание, сопровождающиеся лихорадкой, острое инфекционное или хроническое заболевание в стадии обострения
		4	Аллергия к активному компоненту, к одному из вспомогательных веществ, входящих в состав вакцины, неомидину, стрептомицину или полимиксину В
87.	АДС-М – анатоксин применяют	1.	для RV детей в возрасте 10-ти лет, подростков в 14 лет и взрослых каждые 10 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
		2.	для RV детей в возрасте 7-ми лет, подростков в 17 лет и взрослых каждые 5 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
		3.	для RV детей в возрасте 7-ми лет, подростков в 14 лет и взрослых каждые 10 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
		4.	для RV детей в возрасте 5-ти лет, подростков в 10 лет и взрослых каждые 10 лет, а также для вакцинации ранее непривитых детей старше 7-ми лет (проводят 2 прививки с интервалом в 30-45 дней. Первая RV через 6-9 месяцев, вторая - через 5 лет. Далее каждые 10 лет)
88.	Постэкспозиционная профилактика дифтерии	1.	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 20 и более лет назад
		2.	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 5 и более лет назад
		3.	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 10 и более лет назад

		4	немедленной вакцинации при тесном контакте с больным подлежат непривитые против дифтерии лица, а также дети и подростки, у которых наступил срок очередной RV и взрослые, привитые, согласно документации, 15 и более лет назад
89.	При иммунизации живой аттенуированной вакциной против кори, краснухи, эпидемического паротита	1.	иммунитет к кори держится 5 лет; к паротиту - более 10 лет; к краснухе сохраняется более 10 лет
		2.	иммунитет к кори держится 25 лет; к паротиту - более 5 лет; к краснухе сохраняется более 10 лет
		3.	иммунитет к кори держится 5 лет; к паротиту - более 5 лет; к краснухе сохраняется более 20 лет
		4.	иммунитет к кори держится 25 лет; к паротиту - более 10 лет; к краснухе сохраняется более 20 лет
90.	Сроки возникновения энцефалической реакции	1.	Первые сутки после вакцинации
		2.	Первые трое суток после иммунизации
		3.	Первые 5 суток после иммунизации
		4.	Первые 7 дней после иммунизации
91.	Острый вялый паралич может быть вызван введением вакцины против инфекции:	1.	Краснуха
		2.	Полиомиелит
		3.	Вирусный гепатит В
		4.	АКДС
92.	Чаще всего температурные реакции возникают после введения:	1.	Анатоксинов
		2.	Бесклеточных (ацеллюлярных) вакцин
		3.	При введении любой вакцины
		4.	Цельноклеточных (целлюлярных) вакцин
93.	Чаще всего анафилактический шок развивается при:	1.	Повторном введении антигена
		2.	Первом введении антигена
		3.	При введении живых вакцин
		4.	При введении анатоксина
94.	После перенесенного инфекционного заболевания возникает	1.	пассивный поствакцинный иммунитет
		2.	постинфекционный иммунитет
		3.	активный поствакцинальный иммунитет
		4.	естественный врожденный иммунитет
95.	При введении иммуноглобулино в возникает	1.	активный поствакцинальный иммунитет
		2.	пассивный поствакцинальный иммунитет
		3.	естественный врожденный иммунитет
		4.	постинфекционный иммунитет
96.	При введении вакцин возникает	1.	активный поствакцинальный иммунитет
		2.	пассивный поствакцинальный иммунитет
		3.	естественный врожденный иммунитет
		4.	постинфекционный иммунитет
97.	В вакцинные препараты включают адъювант с целью	1.	повышения стабильности
		2.	повышения иммуногенности
		3.	уменьшения реактогенности
		4.	уменьшения безвредности
98.	Способ введения вакцины БЦЖ	1.	подкожно
		2.	внутрикожно

		3.	внутримышечно
		4.	внутривенно
99.	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции проводится в	1.	6 месяцев
		2.	3 месяца
		3.	2 месяца
		4.	1 месяц
100.	Проба Манту здоровому ребенку впервые проводится в возрасте	1.	1 месяц
		2.	12 месяцев
		3.	6 месяцев
		4.	18 месяцев
101.	Сроки проведения ревакцинации БЦЖ-вакциной после отрицательного результата реакции Манту	1.	не позднее, чем через 2 месяца
		2.	не позднее, чем через 1 месяц
		3.	не позднее, чем через 2 недели
		4.	не позднее, чем 3 дня – 2 недели
102.	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции здоровому ребенку проводится в возрасте	1.	3-х месяцев
		2.	4,5 месяцев
		3.	2 месяцев
		4.	1 месяца
103.	Первая вакцинация против вирусного гепатита В проводится	1.	новорожденным на 3-7 день жизни
		2.	в возрасте 1 месяца
		3.	новорожденным в первые 24 часа жизни
		4.	в возрасте 3 месяцев
104.	Вакцина против вирусного гепатита В это	1.	Рекомбинантная вакцина
		2.	анатоксин
		3.	Убитая вакцина
		4.	Живая вакцина
105.	Сроки вакцинации АКДС здоровым детям	1.	2; 3 и 4 месяца
		2.	3; 4 и 5 месяцев
		3.	3; 4, 5 и 6 месяцев
		4.	1; 2 и 3 месяца
106.	Реактогенность АКДС вакцины зависит от	1.	столбнячного компонента
		2.	всех компонентов
		3.	коклюшного компонента
		4.	дифтерийного компонента
107.	Для второй ревакцинации против дифтерии здоровому ребенку вводят	1.	АКДС – вакцину
		2.	АД-М – анатоксин
		3.	АДС-М – анатоксин
		4.	АДС – анатоксин
108.	При введении АКДС-вакцины развивается иммунитет	1.	антимикробный (к дифтерии, коклюшу и столбняку)
		2.	антитоксический (к дифтерии, столбняку и коклюшу)
		3.	антитоксический и антимикробный (к дифтерии и столбняку)
		4.	антитоксический (к дифтерии и столбняку) и антимикробный (к коклюшу)

109.	Первичную вакцинацию от дифтерии детям старше 6-ти лет проводят	1.	АД-анатоксином
		2.	АДС-М анатоксином
		3.	АДС анатоксином
		4.	АКДС вакциной
110.	Живая полиомиелитная вакцина вводится	1.	в\м в ягодицу
		2.	в\м в бедро
		3.	per os
		4.	п\к под лопатку
111.	В очаге кори экстренной вакцинации живой коревой вакциной подлежат	1.	ребенок в возрасте 3 лет, 3 дня назад имевший контакт с больным, корью не болел, привит
		2.	здоровый ребенок в возрасте 14 лет, 2 дня назад имевший контакт с больным, болел корью в 2 месяца
		3.	ребенок в возрасте 9 месяцев, страдающий атопическим дерматитом в стадии обострения, 2 дня назад имевший контакт с больным
		4.	взрослый 22 лет, 2 дня назад имевший контакт с больным, корью не болел и не привит
112.	Для иммунизации против эпидемического паротита используют	1.	Для вакцинации используется живая паротитная вакцина
		2.	Для вакцинации используется паротитный анатоксин
		3.	Для вакцинации используется инактивированная паротитная вакцина
		4.	Для вакцинации используется убитая паротитная вакцина
113.	Паротитная вакцина вводится	1.	Вакцину вводят подкожно в объеме 0,5 мл под лопатку или в область плеча
		2.	Вакцину вводят внутримышечно в ягодицу в объеме 0,5 мл
		3.	Вакцину вводят внутрикожно в левое плечо в объеме 0,5 мл
		4.	Вакцину вводят per os в объеме 0,5 мл
114.	Ревакцинация паротитной вакциной	1.	не проводится
		2.	проводится в возрасте 6 лет
		3.	проводится в возрасте 1 года
		4.	проводится в возрасте 2 лет
115.	Провести прививку ребенку вакциной, привезенной из-за рубежа, если наставление к вакцине отсутствует	1.	можно, предварительно изучив характеристику вакцины по этикетке
		2.	можно, если вакцина есть в перечне зарубежных вакцинных препаратов, зарегистрированных в РФ
		3.	нельзя
		4.	можно по согласованию с ФГ УЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»
116.	К проведению прививок допускается	1.	любой медицинский работник
		2.	врач-педиатр
		3.	фельдшер
		4.	специально обученный по этому разделу медицинский персонал
117.	Федеральный закон «Об иммунопрофилактике» гарантирует	1.	Доступность для граждан профилактических прививок
		2.	Социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений
		3.	Государственный контроль качества, эффективности МИБП
		4.	Профилактические прививки по эпидемиологическим показаниям, решение о проведении которых принимает глава администрации лечебного учреждения
118.	Вакцины, доза которых при введении	1.	ЖПВ
		2.	БЦЖ
		3.	АКДС

	составляет 0,5 мл	4.	ОПВ
119.	Патологическая прививочная реакция должна регистрироваться в следующих документах	1.	В паспорте участка, в прививочной карте ребенка
		2.	В экстренном извещении, в прививочной карте ребенка
		3.	В прививочной карте ребенка, в паспорте участка
		4.	В журнале сестринских назначений, в амбулаторной карте
120.	Неврологические поствакцинальные осложнения включают	1.	Анафилактический шок
		2.	Судорожный синдром
		3.	Отек Квинке
		4.	Артрит
121.	К поствакцинальным аллергическим осложнениям относят	1.	Коллаптоидное состояние
		2.	Афебрильные судороги
		3.	Гиперемию, небольшой инфильтрат на месте введения вакцинного препарата
		4.	Анафилактический шок
122.	Является ли противопоказанием к проведению последующей иммунизации АКДС вакциной наличие гиперемии (инфильтрата) более 8 см в месте введения вакцины и повышение температуры 40 градусов и выше	1.	Да
		2.	Нет
		3.	Не является при введении вакцины в другой участок тела
		4.	Не является, если использовать другую вакцину
123.	При развитии сильной реакции или осложнения на предыдущую дозу вакцины дальнейшую иммунизацию проводят	1.	Другим препаратом
		2.	Тем же препаратом, но под наблюдением врача
		3.	Тем же препаратом, но под наблюдением врача в стационаре
		4.	Тем же препаратом на фоне назначения антигистаминных препаратов
124.	После иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец. Будет ли это противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза	1.	Да
		2.	Нет
		3.	Нет, при использовании 0,5 дозы
		4.	Нет, при проведении прививки в условиях стационара
125.	Дети с атопическим дерматитом в период обострения	1.	Да
		2.	Нет
		3.	Да, но с предварительной подготовкой
		4.	Да, в условиях стационара

	подлежат активной иммунизации в поликлинике в обычные сроки		
126.	У ребенка, вакцинированного дважды (V1+V2) против дифтерии, коклюша и столбняка с момента последней прививки прошло более года (по медицинским показаниям). Ваши дальнейшие действия	1.	Начать ревакцинировать (R1)
		2.	Начать вакцинацию снова (V1)
		3.	В кратчайшие сроки продолжить вакцинацию (V3)
		4.	Больше не прививать
127.	Как проводится профилактическая прививка, если у ребенка обострилось течение хронического заболевания?	1.	Прививка проводится после окончания обострения, нормализации температуры и клинических показателей
		2.	Прививку провести через 1 месяц после нормализации температуры и окончания обострения
		3.	Прививку проводят через 2 недели после окончания обострения
		4.	Прививку в этих случаях можно проводить по плану
128.	Группа туристов выезжает в район, неблагополучный по заболеваемости брюшным тифом и туляремией. До отъезда остается 2 недели. Рекомендуются	1.	Ввести оба препарата одновременно
		2.	Ввести вакцину против брюшного тифа, через месяц – вакцину против туляремии
		3.	Ввести вакцину против туляремии, через месяц – вакцину против брюшного тифа
		4.	Не прививать
129.	У пострадавшей М. 20 лет ожог кисти правой руки II степени. Против столбняка привита, последняя прививка проведена в 16 лет. В настоящее время беременность 8 недель. Что следует сделать	1.	Провести ревакцинацию против столбняка
		2.	Прививки не проводить, провести хирургическую обработку раны
		3.	Не прививать
		4.	Ввести противостолбнячную сыворотку
130.	Экстренную профилактику столбняка ребенку, пострадавшему в уличной катаст-	1.	АКДС-вакциной
		2.	АС-анатоксином + ПСС (или ПСЧИ)
		3.	АДС-М-анатоксином
		4.	Противостолбнячным иммуноглобулином

	рофе, если отсутствуют сведения о ранее проведенных прививках, следует проводить		
131	Из каких этапов состоит процесс формирования иммунного ответа на введение вакцины	1.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		2.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Активация, дифференцировка В-клеток с образованием плазматических клеток и В-лимфоцитов памяти; Синтез специфических антител
		3.	Захват макрофагами антигена вакцины, их процессинг и представление эпитопов антигенов вакцины на поверхности мембраны АПК в комплексе с молекулами МНС класса I или II класса; Распознавание эпитопов вакцинных антигенов Т- и В-лимфоцитами, активация, дифференцировка и пролиферация Т-лимфоцитов, появление регуляторных (Th1 и Th2) эффекторных (цитотоксических) Т-лимфоцитов и Т-клеток памяти; Синтез специфических антител
5.	132.Основные этапы иммунного ответа	1.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
		2.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgG за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.
		3.	Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы ребенка с тем или иным антигеном. Он характеризуется ранней продукцией IgM-антител и более поздним появлением IgG- антител. Вторичный иммунный ответ – развивается при повторном контакте с антигеном и характеризуется быстрым нарастанием и интенсивным синтезом антител преимущественно IgM за счет вступления в реакцию В – и Т-лимфоцитов памяти.

133.	Периоды образования антител в ответ на введение вакцины	1.	<i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель
		2.	<i>Латентный период</i> – период между поступлением антигена в организм и появления антител в крови, длится от нескольких суток до 2-х недель в зависимости от природы антигена, формы введения, дозы антигена, особенностей иммунной системы прививаемого. <i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
		3.	<i>Период экспоненциального роста</i> (логарифмическая фаза) характеризуется увеличением количества антител в крови и продолжается в зависимости от вида антигена от 4-х дней до 4-х недель. <i>Период снижения</i> – наступает после достижения максимального уровня антител в крови. Вначале снижение антител происходит быстро, затем медленно – в течение нескольких лет и даже десятилетий. Продолжительность периода снижения зависит от свойств и количества антител, от соотношения скорости их синтеза и распада антител
134.	Перечислите инфекции, прививки против которых являются обязательными в Национальном календаре профилактических прививок	1.	туберкулеза, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции типа В, гриппа.
		2.	туберкулеза, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции типа В, пневмококковой инфекции
		3.	туберкулеза, вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции типа В, пневмококковой инфекции, гриппа.
135.	Перечислите инфекции, прививки против которых проводятся по эпидемическим показаниям	1.	гепатит типа А, пневмококковая инфекция, бруцеллез, клещевой энцефалит, лептоспироз, бешенство, ветряная оспа, туляремия, чума
		2.	гепатит типа А, пневмококковая инфекция, бруцеллез, клещевой энцефалит, ветряная оспа, туляремия, чума, сибирская язва, COVID-19
		3.	гепатит типа А, пневмококковая инфекция, бруцеллез, клещевой энцефалит, лептоспироз, бешенство, ветряная оспа, туляремия, чума, сибирская язва, COVID-19
136.	Что такое вакцина	1.	<i>Вакцина</i> – иммунобиологический, но не лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины,

			вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
		2.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование неспецифического иммунного ответа к компонентам вакцины
		3.	<i>Вакцина</i> - иммунобиологический лекарственный препарат, содержащий компоненты, включая микробные токсины, вызывающие при введении человеку формирование активного специфического иммунного ответа к компонентам вакцины
137.	Особенности живых вакцин	1.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в организме привитого высоконапряженный и длительный неспецифический иммунитет
		2.	Живые вакцины - взвесь живых микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных, со сниженными иммуногенными свойствами, на которые в организме привитого формируется иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
		3.	Живые вакцины - взвесь живых аттенуированных микроорганизмов (бактерий, вирусов) или близкородственных возбудителей, ослабленных до степени, исключающей возникновение заболевания, но полностью сохранившие иммуногенные свойства и формируют в организме привитого высоконапряженный и длительный иммунитет, который сопоставим с постинфекционным (специфический гуморальный, клеточный, секреторный)
138.	При иммунизации живыми вакцинами вакцинный штамм	1.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, поэтому способен в некоторых случаях выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц
		2.	Вакцинный штамм не размножается в организме хозяина
		3.	Вакцинный штамм размножается в организме хозяина, но не способен выделяться от привитого и инфицировать окружающих лиц.
139.	Укажите особенности живых вакцин	1.	создают клеточный иммунитет; трудно комбинировать с другими противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; в условиях комнатной температуры быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адъювантов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
		2.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; трудно комбинировать с другими противовирусными вакцинами, т.к. возможна интерференция вирусов и одна из вакцин становится неэффективной; термолабильны, хранятся при температуре 2-8° С. при нагревании (в условиях комнатной температуры) быстро инактивируются; содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат, не содержат адъювантов; возможна реверсия и появление вакцинно-родственных штаммов; противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и

			состояниями и беременным женщинам
		3.	создают клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет; термостабильны, хранятся при температуре 2-8° С; при нагревании в условиях комнатной температуры быстро инактивируются, содержат незначительное количество антибиотиков и белков среды, на которой выращивался субстрат; содержат адъюванты, противопоказаны детям с иммунодефицитными заболеваниями и состояниями и беременным женщинам
140.	Укажите особенности неживых вакцин	1.	формируют преимущественно гуморальный иммунный ответ; содержат адъюванты для усиления иммунного ответа (адъюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		2.	формируют преимущественно клеточный иммунный ответ; не содержат адъюванты; требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; не могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
		3.	формируют преимущественно клеточный и гуморальный иммунный ответ; не содержат адъюванты для усиления иммунного ответа (адъюванты являются стимуляторами антиген-представляющих клеток); требуют обязательного повторного введения (ревакцинация); многодозовые флаконы содержат консервант; хранятся при температуре 2-8° С, некоторые могут довольно длительно находиться при комнатной температуре, однако, при температуре менее 0°С замерзают и увеличивают свою реактогенность; могут быть использованы у лиц с иммунодефицитными состояниями и при необходимости у беременных; не требуют предварительного иммунологического обследования пациента перед введением
141.	Перечислите особенности инактивированных вакцин	1.	Инактивированные (убитые) вакцины готовят из инактивированных неvirulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инактивации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью
		2.	Инактивированные (убитые) вакцины готовят из инактивированных virulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инактивации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более высокой реактогенностью.

		3.	Инактивированные (убитые) вакцины готовят из инактивированных неvirulentных штаммов бактерий и вирусов, убитых воздействием физических или химических факторов. Для инактивации возбудителей применяют нагревание, обработку ультразвуком, ультрафиолетовым облучением, спиртом и т.д. Цельноклеточные убитые вакцины обладают относительно более низкой реактогенностью
142.	Особенности субъединичных вакцин	1.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций живых микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		2.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, обогащены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
		3.	Субъединичные вакцины состоят из антигенных фракций убитых микроорганизмов, лишены липидов (гриппозная вакцина). Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию
143.	Особенности анатоксинов	1.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что не позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания; однако защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются.
		2.	Анатоксины - обезвреженные экзотоксины микробов. Формируют клеточный и гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания; однако не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются
		3.	Анатоксины - обезвреженные микробы. Формируют только гуморальный иммунитет. Представляют собой бактериальные токсины, потерявшие токсичность в результате воздействия формалином, но сохранившие антигенные свойства. При введении анатоксинов вырабатывается антитоксический иммунитет, что позволяет предотвратить бактерионосительство и локализованные формы заболевания; не защищает от тяжелых форм и летальных исходов. Анатоксины адсорбируют на гидроокиси алюминия. Они легко дозируются и комбинируются.
144.	Характеристика рекомбинантных вакцин	1.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном патогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.

		2.	Рекомбинантные вакцины - генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена
		3.	Рекомбинантные вакцины - цитокины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов-векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена.
145.	Перечислите особенности полисахаридных вакцин	1.	Полисахаридные вакцины (пневмококковая, менингококковая и ХИБ) содержат полисахариды клеточной стенки микроорганизма, которые определяют его иммуногенность. Полисахариды в силу своей антигенной структуры являются В-зависимым антигеном и практически не распознаются иммунной системой детей до 2-х лет. Полисахаридные вакцины с помощью белков – конъюгатов, сшивающих полисахариды между собой, переводят в Т-зависимые антигены, что позволяет их применять практически с рождения
		2.	Полисахаридные вакцины (пневмококковая, менингококковая и ХИБ) содержат клеточную стенку микроорганизма, что определяет ее иммуногенность. Полисахаридные вакцины с помощью белков – конъюгатов, сшивающих полисахариды между собой, переводят в Т-зависимые антигены, что позволяет их применять практически с рождения
		3.	Полисахаридные вакцины (пневмококковая, менингококковая и ХИБ) содержат полисахариды клеточной стенки микроорганизма, которые определяют его иммуногенность.
146.	Вспомогательным и компонентами неживых вакцин являются	1.	Адьюванты, антибиотики, консерванты, стабилизаторы Адьюванты, антибиотики, консерванты Адьюванты, антибиотики, примеси
147.	Вспомогательным и компонентами живых вакцин являются	2.	Антибиотики, стабилизаторы, примеси, консерванты Антибиотики, стабилизаторы, примеси, адьюванты Антибиотики, стабилизаторы, примеси
148.	Пути введения вакцин	3.	Орально, внутрикожно, подкожно, внутримышечно Орально, внутрикожно, подкожно, внутримышечно, внутривенно Орально, подкожно, внутримышечно, внутривенно
149.	Этапы организации вакцинопрофилактики	1.	Учет прикрепленного детского населения; формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации;
		2.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц с использованием автоматизированной системы управления иммунизацией (АСУИ); обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка детей к вакцинации; обеспечение и проведение безопасной иммунизации детей; соблюдение «холодовой» цепи; оформление медицинской документации
		3.	Учет прикрепленного детского населения 2 раза в год (весна-осень); формирование прививочной картотеки (форма 063-у); планирование профилактических прививок на следующий год, квартал, месяц; обеспечение учета и отчетности в сфере вакцинопрофилактики; отбор детей на вакцинацию; подготовка

			детей к вакцинации; оформление медицинской документации;
150.	Кто проводит наблюдение за привитыми	1.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит медицинская сестра прививочного кабинета: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		2.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит врач педиатр участковый: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
		3.	Динамическое наблюдение за привитым ребенком проводит патронажная медицинская сестра: после введения инактивированных вакцин - в течение первых 3 дней, после введения живых вакцин – дополнительно еще на 5-й и 10-й день; на следующий день после АКДС или АДС; на 2-й и 7-й день после прививки против полиомиелита; через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после вакцинации БЦЖ. Результаты патронажей регистрируются в ф. 112/у
151.	В каких документах регистрируются данные о профилактических прививках	1.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/у)
		2.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития новорожденного (форма № 097/у), Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87), Истории болезни стационарного больного (форма № 003/у)
		3.	Профилактические прививки подлежат регистрации во всех необходимых учетных формах в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики, а именно в Истории развития ребенка (форма № 063/у), Сертификате профилактических прививок (форма № (025-87)
152.	Что такое вакцинальная реакция	1.	Вакцинальные реакции – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся в поствакцинальном периоде у пациентов с отклонениями в состоянии здоровья
		2.	Вакцинальные реакции – это осложнения, возникающие с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
		3.	Вакцинальные реакции или нормальное течение вакцинального процесса – это закономерные клинические и лабораторные изменения, развивающиеся с определенным постоянством после введения той или иной вакцины.
153.	При иммунизации живыми вакцинами к вакцинальному	1.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны органов и систем, к которым имеется тропность возбудителя.
		2.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу

	процессу относят		относят симптомы со стороны центральной нервной системы
		3.	У детей, привитых живыми вакцинами, к вакцинальному процессу относят симптомы со стороны лимфоидной системы
154.	Характерны сроки появления вакцинальных реакций	1.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 по 11 дни после прививки
		2.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки; для живых вакцин - с 3 по 5-6 дни, с пиком проявлений с 4 по 6 день после прививки
		3.	Для неживых вакцин это первые 1-3 дня после иммунизации, в 80-90% случаев первые сутки, а для живых вакцин - с 10 по 14-21 день, с пиком проявлений с 12 по 16 дни после прививки
155.	Длительность вакцинального процесса	1.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 5-ти дней, а при использовании живых - в среднем 7-8 дней.
		2.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 3-5 дней.
		3.	Все проявления вакцинального процесса кратковременны и при введении неживых вакцин длятся не более 3-х дней, а при использовании живых - в среднем 7-9 дней.
156.	Нормальная (обычная) местная вакцинальная реакция	1.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин.
		2.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 5 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата, как при использовании живых, так и неживых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (4-6 дней). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин.
		3.	Местная вакцинальная реакция – уплотнение тканей, гиперемия, не превышающая 8 см в диаметре, иногда легкая болезненность в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата и только при использовании живых вакцин, обусловлены, в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение нескольких дней (1-3 дня). Боль, отек, покраснение - возникают при применении адсорбированных вакцин. Трактуются в практике как нормальные местные реакции
157.	Сильная местная реакция	1.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются при первичном введении препарата
		2.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 8 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте введения чаще развиваются на повторное введение препарата
		3.	Сильная местная реакция - гиперемия, отек, индурация размером 5 см и более, иногда отек выходит за пределы ближайшего сустава, распространяется на всю конечность. Реакции в месте

			введения чаще развиваются на повторное введение препарата
158.	Общие вакцинальные реакции	1.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 38,5°C, умеренно выраженная интоксикация; сильные – лихорадка выше 38,6°C, выраженные проявления интоксикации
		2.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми - появление субфебрильной температуры до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры от 37,6°C до 39,5°C, умеренно выраженная интоксикация; сильные – лихорадка выше 39,6°C, выраженные проявления интоксикации
		3.	Проявляются повышением температуры, кратковременной интоксикацией (недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита) и могут быть слабыми – без повышения температуры, при отсутствии симптомов интоксикации; средней силы - подъем температуры до 37,6°C, умеренно выраженная интоксикация; сильные – лихорадка выше 38°C, выраженные проявления интоксикации
159.	Токсические (чрезмерно сильные) вакцинальные реакции	1.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, в частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры > 39,5°C, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 12-14 дни, т.е. их развитие соответствует разгару вакцинального процесса. Симптомы токсической реакции сохраняются несколько дней и ликвидируются к окончанию разгара вакцинального периода.
		2.	Чаще наблюдаются после иммунизации живыми вакцинами, в частности - АКДС, значительно реже - после введения анатоксинов, полисахаридных и рекомбинантных вакцин. Токсические реакции характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры > 38,5°C, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций - с 6 по 16-18 дни
		3.	Чаще наблюдаются после иммунизации убитыми вакцинами, характеризуются появлением выраженного нарушения общего состояния, интоксикацией, отмечается вялость или беспокойство ребенка, потеря аппетита, наиболее частый симптом - подъем температуры > 38°C, нарушение сна, может быть рвота. Клинические проявления токсической реакции могут сохраняться 1-3 дня. Сроки возникновения токсических реакций соответствуют срокам возникновения обычных реакций - с 4-6 по 7-8 дни.
160.	Поствакцинальны	1.	Поствакцинальные осложнения – состояния, свойственные

	е осложнения		обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		2.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, имеют очевидную или доказанную связь с прививкой
		3.	Поствакцинальные осложнения – состояния, не свойственные обычному течению вакцинального процесса, которые возникают вследствие проведения прививки, но не имеющие очевидной или доказанной связи с прививкой
161.	Местные аллергические реакции	1.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		2.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения неживых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 8 см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
		3.	Местные аллергические реакции регистрируются наиболее часто после введения живых вакцин, содержащих в качестве сорбента гидроксид алюминия (АКДС, АаКДС, анатоксины и др), характеризуются появлением гиперемии и припухлости более 5-ти см в диаметре в месте введения вакцинального препарата. Срок появления местных аллергических реакций, как при использовании неживых вакцин, так и живых приходится на первые 1-3 дня после иммунизации.
162.	Общие аллергические реакции	1.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, при введении живых вакцин – с 4 -5 по 14 дни (в периоде разгара вакцинации) и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
		2.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении только живых вакцин в первые 1-3 дня после прививки и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
		3.	Наиболее частыми проявлениями общих аллергических реакций являются высыпания на коже - крапивница, различные сыпи, отек Квинке, которые появляются при введении неживых вакцин в первые 1-3 дня после прививки, и развиваются наиболее часто по IgE зависимому типу
163.	Отек Квинке	1.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек эпидермиса и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса,

			лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		2.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы и подкожно-жировой клетчатки. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
		3.	Отек Квинке (гигантская крапивница, ангионевротический отек) – это отек глубоких слоев дермы. У 50% пациентов крапивница сочетается с отеком Квинке. Отек Квинке может локализоваться на лице, в полости рта, поражать дыхательную систему, что проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, приступами кашля, удушья, вплоть до асфиксии
164.	Анафилактический шок	1.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 2 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения любой вакцины
		2.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 5-ти часов после введения вакцины
		3.	Анафилактический шок (острая реакция гиперчувствительности немедленного типа, опосредованная IgE) - генерализованная форма шока - имеет период предвестников, разгара и выхода из шока и обычно развивается в течение от 3-30 мин и до 12 часов после введения вакцинного препарата, при молниеносной форме возникает сразу (или через несколько минут) после введения живых вакцин
165.	Анафилактоидная реакция	1.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение часа после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек)
		2.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница, отек Квинке или генерализованный ангионевротический отек) и желудочно-кишечного тракта (колика, рвота, диарея)
		3.	Анафилактоидная реакция - сходна с шоком, но более отсрочена по времени (развивается в течение 12 часов после прививки), проявляется острой декомпенсацией кровообращения, острой ДН в результате обструкции. Дополнительные клинические проявления - поражение кожи (распространенная крапивница)
166.	Неврологические поствакцинальные осложнения	1.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги
		2.	Наиболее частым проявлением неврологических поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия), пронзительный крик
		3.	Наиболее частым проявлением неврологических

			поствакцинальных осложнений являются судороги, энцефалическая реакция (энцефалопатия)
167.	К вакцинассоциированным заболеваниям относятся	1.	Вакцин-ассоциированный энцефалит
		2.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
		3.	Вакцин-ассоциированный энцефалит, вакцин-ассоциированный серозный менингит, вакцин-ассоциированный полиомиелит
168.	Редкие поствакцинальные осложнения	1.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена–Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
		2.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена–Барре, синдром Миллера Фишера, гипотензивно-гипореспонсивный синдром,
		3.	Редкие поствакцинальные осложнения имеют доказанную или очевидную связь с вакцинацией, но не могут быть отнесены к основным группам представленных выше поствакцинальных осложнений. К ним относятся: миндром Гийена–Барре, тромбоцитопеническая пурпура, артриты, артралгия, инвагинация кишечника
169.	По предполагаемой причине развития выделяют следующие категории поствакцинальных осложнений	1.	обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу иммунизации; 5) совпавшее по времени - не связаны с вакциной или ее введением (совпадение по времени), (случайное заболевание или обострение фоновой патологии)
		2.	обусловленные действием вакцины - связаны с природой препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины
		3.	обусловленные действием вакцины - связаны с природой

			препарата, т.е. свойствами вакцины (при условии, что вакцина была надлежащим образом изготовлена, с ней правильно обращались и правильно применяли), и индивидуальной реакцией привитого (например, развитие анафилактического шока, вакциноассоциированного заболевания и т.п.); 2) обусловленные нарушением качества вакцины - связанные с дефектом препарата (или устройства для его введения), возникшими в процессе производства. Подобный дефект может оказать влияние на индивидуальную реакцию и, таким образом, увеличить риск развития побочного действия вакцины; 3) обусловленные ошибками при проведении иммунизации - возникшие в результате ошибки медицинских работников при проведении иммунизации, в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины; 4) психологические - обусловлены страхом, беспокойством по поводу иммунизации;
170.	Варианты проявления психогенных поствакцинальных реакций	1.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами</i>
		2.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами; предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции
		3.	Выделяют <i>синкопальное состояние</i> (обморок), потеря сознания - как правило, наблюдается у подростков и молодых взрослых (требуется дифференциальный диагноз с анафилаксией); <i>обморок с судорогами; предобморочные состояния</i> (головокружение, покалывание вокруг рта и в кистях рук) за счет гипервентиляции; <i>рвота</i> (у детей младшего возраста задержка дыхания и рвота – обычные симптомы перевозбуждения)

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ПК-2, ПК-7, ПК-10)

№	Постановка задачи	Ответ
1.	У ребенка 3-х лет в момент введения АКДС-вакцины появилось удушье, выраженный акроцианоз, холодный липкий пот, тошнота, головокружение, потеря сознания. Пульс нитевидный, АД - 60/30 мм рт.ст. Из анамнеза известно, что ребенок страдал атопическим дерматитом и бронхиальной астмой, сенсibilизация к пищевым (белок коровьего молока, куриное яйцо), бытовым (домашняя пыль) средней степени выраженности. В момент осмотра перед проведением прививки заболевания были в ремиссии, температура тела 36,5° Поставьте диагноз. Алгоритм оказания неотложной помощи. Как профилактировать развитие данного состояния	
2.	Ребенок 8 лет укушен на дачном участке клещом. При исследовании насекомого у него обнаружен вирус клещевого энцефалита. После укуса прошло 3 суток. При осмотре ребенка в поликлинике отклонений в состоянии здоровья не выявлено. Мальчик страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, период медикаментозной ремиссии.	

	Перечислите действия врача в отношении ребенка Если ребенка можно прививать, укажите показания и противопоказания к введению вакцины.	
3.	Пятимесячному ребенку с отягощенным биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит (инактивированная вакцина) + пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенес без реакций и осложнений. На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 2 см. Поставьте диагноз. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка? Тактика врача-педиатра участкового при дальнейшей иммунизации ребенка.	
4.	Девочке 6-ти месяцев с неотягощенным анамнезом проведена вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела. Предыдущую вакцинацию в возрасте трех месяцев перенесла хорошо. Но в возрасте 4,5 месяцев заболела ОРВИ, поэтому проведение второй вакцинации было сдвинуто на месяц. На 2-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,7°, беспокойство ребенка, отказ от еды, сегодня девочка стала вялой, капризной. В месте введения вакцины АКДС (вводилась в средней трети правого бедра) появилась гиперемия, захватывающая всю переднюю поверхность бедра с переходом на голень; уплотнение, инфильтрация тканей размером более 3-х см. При осмотре состояние ребенка ближе к средней степени тяжести, девочка капризная, температура тела 38,5°(после жаропонижающих - парацетамола, который мать давала 3 часа назад), кожные покровы горячие, сухие, видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное, в легких при сравнительной перкуссии легочный звук, аускультативно дыхание пуэрильное, ЧДД - 48 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 132 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край ровный, безболезненный, селезенка не пальпируется, стул 1 раз в день, мочеиспускание безболезненное, не учащено. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия следует назначить ребенку.	

	Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр респотребнадзора Какова дальнейшая тактика иммунизации ребенка	
5.	Ребенок Ваня, 12 месяцев. На приеме в поликлинике. В анамнезе атопический дерматит распространенный, симптомы которого отмечались в первом полугодии жизни. На фоне ОРВИ в возрасте 8-ми месяцев диагностирован острый обструктивный ларингит, стеноз гортани I степени. Лечился дома. При осмотре ребенка в поликлинике атопический дерматит, период ремиссии. Разрешено введение вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи. В процедурном кабинете через 15 минут после введения вакцины у ребенка появилось затруднение дыхания, инспираторная одышка, осиплость голоса, лающий кашель, выраженный отёк языка, пятнистая сыпь по всему телу, интенсивность которой нарастала, некоторые элементы сливались между собой. Артериальное давление в норме. Поставьте диагноз. Алгоритм оказания неотложной помощи.	
6.	Девочка 2-х лет. Через 5 минут после введения АКДС-вакцины (3V, индивидуальный график профилактических прививок) появились уртикарные высыпания вначале на лице, затем по всему телу, зуд в ротовой полости и на коже, осиплость голоса, сухой навязчивый кашель, затрудненное шумное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Из анамнеза известно, что с 2-х месяцев у ребенка отмечались явления атопического дерматита; гастроинтестинальные симптомы пищевой аллергии на белок коровьего молока; медикаментозная аллергия на полусинтетические пенициллины - крапивница. У матери – лекарственная аллергия на антибиотики, бронхиальная астма. У бабушки по материнской линии – аллергический ринит. При осмотре состояние тяжелое, стридорозное дыхание, инспираторная одышка, осиплость голоса, температура тела 36,5 °С. Слизистая оболочка зева отечная, рыхлая. На коже распространенные уртикарные элементы. Перкуторно над легкими коробочный оттенок легочного звука, ЧД – 38 в минуту. В легких дыхание ослабленное, масса сухих свистящих хрипов. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 100 в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Поставьте диагноз. Назначьте терапию. Какова дальнейшая тактика иммунизации ребенка	
7.	Через 4 минуты после введения противостолбнячной сыворотки у Маши С. 4-х лет появилась слабость, чувство сдавления в груди, ощущение нехватки воздуха, мучительный кашель, чувство страха. Затем появилась резкая бледность с цианозом, затруднённое дыхание. Данное состояние развилось впервые Поставьте диагноз. Назначьте терапию. Какова дальнейшая тактика иммунизации ребенка	
8.	Больной Н., в возрасте 14 лет, 01.10.2013 госпитализирован в многопрофильную детскую больницу по скорой помощи с жалобами на головокружение, слабость, потерю сознания. Анамнез болезни: за час до поступления	

	ребенка в стационар мальчику в школе сделана прививка. Через 10 мин после вакцинации у него появились головокружение, головная боль, слабость, тошнота, затем кашель, озноб. Жаловался на боль в грудной клетке и затрудненное дыхание. Потерял сознание, отмечены судорожные подергивания конечностей, АД снизилось до 70/20 мм рт.ст. Фельдшер школы ввел внутримышечно преднизолон. Вызвана Скорая помощь, врач которой ввел внутривенно преднизолон, кальция глюконат, диазепам (реланиум), внутривенно капельно раствор Рингера в дозе 400 мл. Состояние улучшилось, АД повысилось до 90/70 мм рт.ст., в сознании. Госпитализирован в реанимационное отделение детской больницы. В анамнезе — пищевая аллергия на белок куриного яйца в виде сыпи, отека Квинке. Объективный осмотр. Температура тела 36,4 °С, пульс 100/мин, ЧД 22/мин, АД 90/70 мм рт.ст. В сознании. На вопросы отвечает адекватно. Вялый, жалуется на головную боль, слабость. Кожные покровы чистые, свободные от сыпи, нормальной влажности. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими звук не изменен. При аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Поставьте диагноз. Оцените тактику ведения ребенка на догоспитальном этапе. Перечислите основные препараты на догоспитальном этапе для лечения анафилактического шока. Какова дальнейшая тактика по иммунизации ребенка	
9.	Мальчику 6-ти лет в детском саду была сделана ревакцинация против кори. Вечером на 8-ой день после ревакцинации повысилась температура до 37,5° С, появился кашель и заложенность носа. Был вызван участковый педиатр, который диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 6-й день от начала заболевания ОРВИ ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан в детский сад. На 12-й день после ревакцинации вновь повысилась температура до 38,5°С, вновь появилась заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь по всему телу. Вновь вызван врач педиатр. При осмотре состояние ребенка ближе к удовлетворительному, умеренно выражены симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые. На неизменной коже лица, туловища, конечностей – не сливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. отежные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год. Аллергоанамнез – пищевая аллергия на белок коровьего молока в виде гастроинтестинальных и кожных симптомов. Поставьте диагноз. Оцените возможность дальнейшей иммунизации ребенка. Назначьте необходимую терапию	
10.	Ребенок Маша, 2-х лет. На приеме в поликлинике. Состояние при осмотре удовлетворительное. Соматических и инфекционных	

	заболеваний нет. Температура тела 36,4 °С. Ребенок привит только против туберкулеза и вирусного гепатита В в роддоме, затем не прививался (по желанию матери). После длительной разъяснительной работы с родителями последние приняли решение начать иммунизацию ребенка. С каких вакцин нужно начинать прививки ребенку. Можно ли вводить сразу все пропущенные вакцины	
11.	Ребёнку 6 месяцев. Рождён от III беременности, протекавшей с угрозой прерывания при сроке 3-месяца, гестозом, сахарным диабетом беременных. Роды стремительные, тугое обвитие пуповины вокруг шеи 2 раза. Закричал после отсасывания слизи из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. Вакцинация против ВГВ и БЦЖ сделаны в роддоме. В 3 месяца при очередном посещении поликлиники ребенку сделана VI АКДС + VI полиомиелит. В первые и вторые сутки после иммунизации у ребенка отмечалось повышение температуры тела до 38,6°, вялость, беспокойство, плохой аппетит. В месте введения вакцин появилась гиперемия диаметром 4 см и припухлость. Участковым врачом педиатром назначены жаропонижающие препараты. V2 АКДС + V2 полиомиелит сделаны ребенку в 6-ти месячном возрасте. На 2-е сутки после прививки появилось резкое беспокойство, рвота, повышение температуры до 39,7°. Со слов мамы, в первые сутки после иммунизации отмечался монотонный крик ребёнка более 2 часов. Поставьте диагноз. Назначьте необходимую терапию. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	
12.	У ребёнка 1,5 лет, после проведенной V2 АКДС – вакцинации (до этого медотвод по медицинским показаниям), к концу первых суток повысилась температура тела до 40,0°С. Ребёнок стал вялым, капризным. В месте введения вакцины - гиперемия и инфильтрат до 5 см в диаметре. Поставьте диагноз. Назначьте необходимую терапию. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	
13.	Ребенок родился от 1-й срочной беременности, протекавшей с токсикозом I и II половины, с оценкой по шкале Апгар 9 баллов, от HBs Ag + позитивной матери. Когда следует начинать иммунопрофилактику ребенка и против какого заболевания? По какой схеме следует вакцинировать ребенка?	
14.	Ребенок 6-ти месяцев, неделю назад переболел ОРВИ. При посещении поликлиники врач принял решение о проведении иммунизации пациента. После введения АКДС – вакцины ребенок стал резко беспокойным, затем появились одышка, резкая бледность лица и синюшность конечностей, отмечалась двукратная рвота. Через 3 минуты после манипуляции потерял сознание, АД -50/20 мм рт.ст. Поставьте диагноз. Назначьте необходимую терапию. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	
15.	Ребенок в возрасте 1 месяц, в роддоме не прививался против туберкулеза в связи с наличием временных медицинских противопоказаний. В настоящее время здоров.	

	Какова тактика участкового педиатра в отношении вакцинации ребенка в условиях поликлиники? Необходимо ли провести реакцию Манту?	
16.	Данил В., 3 мес. Не привит. В родильном доме не был вакцинирован БЦЖ так как не было в наличии вакцины. От вакцинации против гепатита В - отказ. В данный момент вакцину БЦЖ получили в поликлинике по месту жительства ребёнка. Тактика поведения участкового педиатра в отношении данного ребёнка. Следует начать вакцинацию против туберкулёза или коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, НВ, гепатита В? Можно ли одновременно привить БЦЖ и АКДС?	
17.	Миша Д., 6 лет 4 месяца. Страдает атопической бронхиальной астмой, период медикаментозной ремиссии. Вакцинирован против туберкулёза в роддоме, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, гепатита В, Нib в 3, 4,5 и 18 мес. Корь, краснуха, паротит - не вакцинирован. Нуждается ли данный ребёнок в вакцинации против кори, краснухи, паротита? Можно ли ему делать прививку сейчас?	
18.	Диме М., посещающему детский сад, планировалась вакцинация против кори, краснухи и паротита, которую педиатр решила отменить. В группе Димы карантин по ветряной оспе. Шесть месяцев назад мальчик получил переливание в/в иммуноглобулина по поводу тромбоцитопенической пурпур. Почему была отменена плановая вакцинация в данном случае? Через какой период можно будет вакцинировать мальчика против кори, краснухи и паротита?	
19.	Ребёнок Настя Л. 1 год 1 мес. Четыре месяца назад, во время лечения острой кишечной инфекции в стационаре, после введения амикацина отмечалась аллергическая реакция в виде сыпи как «после ожога крапивой». Часть элементов достигала гигантских размеров, сливалась, сопровождалась сильным зудом. После проведенного лечения состояние ребёнка улучшилось, и он был выписан под наблюдение семейного врача. Какое патологическое состояние развилось у ребёнка после введения амикацина? Должен ли это учитывать врач при вакцинации ребёнка?	—
20.	У ребёнка 6-ти месяцев, получившего 2 недели назад вакцинацию против полиомиелита, после незначительных катаральных явлений, отмечается слабость и нарушение движений правой нижней конечности. Поставьте диагноз. Разработайте дальнейший график иммунизации ребенка	

21.	Мама ребёнка, часто и длительно болеющего острыми респираторными заболеваниями, сомневается в необходимости вакцинации. Ребёнок обследован у иммунолога - исключён иммунодефицит, хронической патологии дыхательной системы не выявлено. Являются ли частые острые респираторные заболевания противопоказанием к проведению вакцинации?	
22.	Участковый врач педиатр пришел на вызов к ребенку 2-х лет, Мать мальчика жалуется на повышение температуры до 37,3° С и появление припухлости около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной слюнной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются. Поставьте диагноз. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС? Какова возможная причина выявленных изменений у ребенка? Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от других прививок? Показана ли госпитализация данного ребенка? Может ли данный ребенок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?	

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО

Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 04/2025
«15» апреля 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Шляхто
«28» апреля 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина

НУТРИЦИОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ

(наименование дисциплины)

Уровень
профессионального
образования

**Высшее образование – подготовка кадров высшей
квалификации**

Специальность

31.08.14 Детская онкология

(код специальности и наименование)

Факультет

Лечебный факультет

(наименование факультета)

Кафедра

Кафедра детских болезней с клиникой

(наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Семестр	2
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
В том числе:	
Семинар-практикум	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	-
Общая трудоемкость дисциплины	72 час./ 2 зач. ед.

Санкт-Петербург
2025

Рабочая программа дисциплины «Нутрициология в педиатрии» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1056 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- учебным планом по специальности 31.08.14 Детская онкология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Никитина Ирина Леоровна	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой детских болезней с клиникой, института медицинского образования Зав. НИЛ детской эндокринологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Леонова Ирина Александровна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры детских болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Плаксына Анна Олеговна	-	Ассистент кафедры детских болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа «Нутрициология в педиатрии» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры детских болезней с клиникой лечебного факультета «17» февраля 2025г., протокол № 6.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «15» апреля 2024 г., протокол № 04/2025.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа дисциплины «Нутрициология в педиатрии» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.14 Детская онкология, с учётом требований к квалификационным характеристикам ЕКСД и иных компонентов: оценочных и методических материалов, а также предусмотренных Федеральным законом №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» случаях в виде рабочих программ воспитания, календарного плана воспитательной работы и форм аттестации.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование у обучающихся универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций; овладение знаниями и умениями в диагностике нарушений нутриционного статуса, коррекции питания; усовершенствование знаний и практических навыков по диетологии и нутрициологии детского возраста, необходимых для оказания квалифицированной медицинской помощи детям в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта

Задачи:

1. Формирование способности осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий;
2. Формирование способности реализовать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;
3. Приобретение навыков применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи детям, а также проводить обследования детей с целью установления диагноза;
4. Приобретение навыков оценки морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме ребенка для решения профессиональных задач;
5. Приобретение навыков назначения питания детям и осуществления контроля его эффективности и безопасности;
6. Освоение и приобретение навыков обследования ребенка с целью установления диагноза;
7. Освоение и приобретение навыков контроля эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни;
8. Приобретение навыков ведения медицинской документации

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Нутрициология в педиатрии» относится к обязательной части Блока 1, части формируемой участниками образовательных отношений учебного плана по специальности 31.08.14 Детская онкология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:

- «Патология»
- Общественное здоровье и здравоохранение
- «Педагогика»

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

- «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции

Код и наименование профессиональных компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы и приёмы сбора, переработки, преобразования профессиональной медицинской информации; - главные этапы развития педиатрии, предмет и задачи дисциплины, связь с другими медико-биологическими и медицинскими дисциплинами; основные понятия, используемые в педиатрии; - анатомофизиологические особенности детского организма, закономерности его развития и влияние внешней среды.	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - собирать и анализировать информацию, полученную от ребенка и/или его законных представителей; - анализировать полученную информацию и делать на её основе умозаключения; - охарактеризовать этапы становления педиатрии как науки и ее роль на современном этапе, связь с другими медико-биологическими и медицинскими дисциплинами - на основании полученной информации вырабатывает стратегию действий решения проблемы, формулирует гипотезу, предполагает конечный результат	

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональных компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	Знает: Знает: правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: оформить и заполнить медицинскую документацию, в том числе в электронном виде	
ПК-5 Готовность к определению пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической	Знает: - анатомо-физиологические особенности органов и систем, методику оценки физического и психомоторного развития детей раннего возраста; - параметры морфофункционального и физиологического состояния и патологических процессов в организме детей; - алгоритм клиничко-лабораторной и функциональной диагностики; - нормативы клиничко-лабораторных и функциональных показателей; - показания к назначению лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом диагноза, возраста и клинической картины, критерии эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения - показания для назначения лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины;	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в том числе при взаимодействии с врачами-специалистами Умеет: - оценивать состояние органов и систем, физическое и психомоторное развитие; - разрабатывать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в том числе при взаимодействии с врачами-специалистами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций, протоколов и стандартов медицинской помощи; - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия с учетом диагноза, возраста и клинической картины, оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. - назначить лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - организовать персонализированный план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины.	
ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	Знает: - нормативную законодательную базу в области лечения детей, профессиональные клинические рекомендации, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам лечения патологии детского возраста - правила и методику проведения физикального обследования пациента; - фармакодинамику, фармакокинетику, показания и противопоказания к назначению, основные механизмы действия, клинические эффекты лекарственных препаратов и иных веществ, применяемых в педиатрии; - показания и противопоказания к использованию современных медицинских технологий, медицинских изделий, лекарственных препаратов, инструментальных, функциональных и лабораторных методов обследования в педиатрии; - нежелательные реакции наиболее распространенных лекарственных средств, применяемых у детей, их выявление, способы профилактики и коррекции. - методы общего клинического обследования ребенка - интерпретацию результатов наиболее распространенных методов инструментальной, лабораторной и функциональной диагностики; - принципы формулировки предварительного диагноза и клинического диагноза в педиатрии согласно МКБ; - порядок направления пациента на консультацию к врачам-специалистам с целью установления диагноза при наличии медицинских показаний, порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); - показания для лабораторного и инструментального обследования, порядок направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний. Умеет: - проводить полное физикальное обследование пациента; - направить пациента на консультацию к врачам-специалистам с целью установления диагноза при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - установить предварительный диагноз и составить план обследования пациента с учетом действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) - разработать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в том числе при взаимодействии с врачами-специалистами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций, протоколов и стандартов медицинской помощи; - применять лекарственные препараты и иные вещества и их комбинаций при лечении детей патологических состояний детского возраста; - оценивать возможность токсического действия лекарственных средств и способы терапии отравлений лек. средствами - применить современные медицинские технологии, специализированное оборудование, медицинские изделия, лекарственные препараты в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, с позиции доказательной медицины в педиатрии.	
--	--	--

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		30	30
Из них:			
Занятия лекционного типа		6	6
Занятия семинарского типа		24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		42	42
Промежуточная аттестация – зачет		-	-
Общая трудоемкость дисциплины	часы	72	72
	зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*		40	40

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку *
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Питание как фактор метаболического программирования	2	4	6	12	6
Раздел 2. Принципы энтерального питания в педиатрии	2	8	16	26	14
Раздел 3. Принципы парентерального питания в педиатрии	-	4	6	10	6

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку *
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Раздел 4. Нутриционная поддержка при различных патологических состояниях	2	8	14	24	14
ИТОГО	6	24	42	72	40

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает до 80% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 50% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2						
Раздел 3. Особенности течения вакцинального процесса при иммунизации детей						
1	Тема 1. Питание как фактор метаболического программирования	2	Питание как фактор метаболического программирования. Значение основных пищевых веществ для роста и развития ребенка в разные возрастные периоды. Нутригеномика. Эпигенетика. Питание, инфекция, иммунитет. Современная концепция влияния факторов питания на становление флоры у детей разного возраста.	УК-1, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентация	КВ, ТЗ
2	Тема 2. Принципы энтерального и парентерального питания в педиатрии	2	Принципы энтерального питания в педиатрии	УК-1, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентация	КВ, ТЗ
3	Тема 4. Нутриционная поддержка при различных патологических состояниях	2	Нутриционная поддержка при различных патологических состояниях	УК-1, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		6				

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП** в %	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2							
Раздел 1. Питание как фактор метаболического программирования							
Тема 1.1	Практическое занятие	Питание как фактор метаболического программирования	4	80%	Питание как фактор метаболического программирования. Значение основных пищевых веществ для роста и развития ребенка в разные возрастные периоды. Нутригеномика. Эпигенетика. Питание, инфекция, иммунитет. Современная концепция влияния факторов питания на становление флоры у детей разного возраста. Курация пациентов, отработка практических навыков осмотра пациентов, ведение медицинской документации, решение клинических задач, формирование клинического мышления.	ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 2. Принципы энтерального питания в педиатрии							

Тема 2.1	Практическое занятие	Методы оценки нутриционного статуса. Питание ребенка раннего возраста	4	80%	Значение основных пищевых веществ для роста и развития ребенка в разные возрастные периоды. Питание как фактор метаболического программирования. Нутригеномика. Эпигенетика. Питание, инфекция, иммунитет. Современная концепция влияния факторов питания на становление флоры у детей разного возраста. Проблемы и ошибки в организации вскармливания детей в регионах России. Национальная программа «Оптимизация питания детей первого года жизни в Российской Федерации» 2019 год. Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Искусственное вскармливание. Спорные и нерешенные вопросы композиционной структуры (рецептуры) смесей. Рекомендации экспертов ФАО/ВОЗ, ESPGHAN, директивы ЕЭС. Федеральный закон «Технический регламент на молоко и молочную продукцию» от 12.06.2008 № 88-ФЗ. Спорные и нерешенные вопросы введения прикорма. Современные представления о продуктах питания для детей 1-3 лет. Курация пациентов, отработка практических навыков осмотра пациентов, ведение медицинской документации, решение клинических задач, формирование клинического мышления.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 2.2	Практическое занятие	Энтеральное питание в педиатрии		80%	Алгоритм проведения нутриционной поддержки. Типы и скорость введения препаратов для энтерального питания. Классификация смесей для энтерального питания (примеры). Энтеральное зондовое питание. Показания, противопоказания, правила проведения. Набор для проведения энтерального питания. Методика зондирования и проведения энтерального питания у новорожденных детей. Техника зондового питания через эндоскопический доступ. Курация пациентов, отработка практических навыков осмотра пациентов, ведение медицинской документации, решение клинических задач, формирование клинического мышления.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 3. Принципы парентерального питания в педиатрии вакцинных препаратов							
Тема 3.1	Практическое занятие	Принципы парентерального питания в педиатрии	4	80%	Парентеральное питание. Классификация, показания, противопоказания. Режимы, протокол парентерального питания. Осложнения. Препараты парентерального питания. Сосудистые доступы для парентерального питания. Подготовка и техника катетеризации. Системы для внутрисосудистого введения. Курация пациентов, отработка практических навыков осмотра	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ

					пациентов, ведение медицинской документации, решение клинических задач, формирование клинического мышления.		
Раздел 4. Нутриционная поддержка при различных патологических состояниях							
Тема 4.1	Практическое занятие	Нутриционная коррекция при нарушениях обмена веществ	4	80%	Нутриционная коррекция при нарушениях обмена веществ (галактоземия, фенилкетонурия, муковисцидоз и др.) Курация пациентов, отработка практических навыков осмотра пациентов, ведение медицинской документации, решение клинических задач, формирование клинического мышления.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4.2	Практическое занятие	Нутриционная коррекция детям с хирургической патологией	2	80%	Нутриционная коррекция детям с хирургической патологией (ВПС, стомы и др.) Курация пациентов, отработка практических навыков осмотра пациентов, ведение медицинской документации, решение клинических задач, формирование клинического мышления.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Всего за ПА в час.			24	19			

* **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи.

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1.	Тема 1. Питание как фактор метаболического программирования	6	Работа с учебной и научной литературой. проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	УК-1, ПК-4 ПК-5 ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
2.	Тема 2. Принципы энтерального питания в педиатрии	16	Работа с учебной и научной литературой. проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	УК-1, ПК-4 ПК-5 ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
3.	Тема 3. Принципы парентерального питания в педиатрии	6	Работа с учебной и научной литературой. проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	УК-1, ПК-4 ПК-5 ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
4.	Тема 4. Нутриционная поддержка при различных патологических состояниях	14	Работа с учебной и научной литературой. проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	УК-1, ПК-4 ПК-5 ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
ВСЕГО:		42	Из них на практическую подготовку - 21 час		

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам при текущем контроле

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		ТЗ	КВ	СЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Питание как фактор метаболического программирования	-	8	20
	Раздел 2. Принципы энтерального питания в педиатрии	-	6	4
	Раздел 3. Принципы парентерального питания в педиатрии	-	3	9
	Раздел 4. Нутриционная поддержка при различных патологических состояниях	24	10	4
ИТОГО		24	27	37

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ- ситуационные задачи, Д (доклады)

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	КВ, СЗ, ТЗ
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	КВ, СЗ, ТЗ
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	КВ, СЗ, ТЗ
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	КВ, СЗ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания		
	Выполнение тестовых заданий	Ситуационные задачи	Контрольные вопросы
Не зачтено	70% и менее	- ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.	- при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.
Зачтено	Более 71%	ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.	- ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении. Или ответ неполный, но на наводящие вопросы ординатор отвечает правильно.

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

Этапы проведения промежуточной аттестации

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Собеседование по контрольным вопросам	КВ	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6
3 этап	Собеседование по ситуационной задаче	СЗ	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции
СЗ	На плановом приеме в детской поликлинике мама с ребенком в возрасте 1 мес. Обнаружено, что за месяц ребенок прибавил всего 200 г. Кроме этого, мама отмечает, что младенец беспокойно сосет, плачет после кормления, просыпается на кормление каждые 1,5–2 ч. После кормления мама грудь не сцеживает. Педиатр осмотрел ребенка, грудь матери и заподозрил у нее гипогалактию. В настоящее время ребенок весит 3500 г. Вопросы: 1. Рассчитайте суточный и разовый объем питания ребенку в этом возрасте. 2. Как определить, сколько высасывает ребенок за сутки? 3. Как доказать, что у матери есть гипогалактия? Эталон ответа на задачу: - В этом возрасте ребенок должен получать 120 ккал/кг в сутки: $120 \times 3,5 = 420$ ккал/сут. В грудном молоке в 1 л содержится 700 ккал. Соответственно, ребенку в сутки необходимо 600 мл. - Чтобы понять, какое количество молока в сутки высасывает ребенок, необходимо провести контрольные взвешивания, т.е. в течение суток взвешивать ребенка до и после кормления, определяя количество съеденного молока. Затем все сложить, и получится суточный объем молока. - Зная, сколько ребенок должен съесть грудного молока и сколько он реально съедает за сутки, легко понять, есть ли у матери гипогалактия.	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6
ТЗ	Укажите скорость введения глюкозы при парентеральном питании: 1-2 г/кг 6-8 г/кг 3-4 г/кг 10-12 г/кг Ответ: 2	УК-1, ПК-5, ПК-6
КВ	Питание, инфекция, иммунитет. Современная концепция влияния факторов питания на становление флоры у детей разного возраста.	УК-1, ПК-5, ПК-6

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложение 1 к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU» (www.medlib.ru)

СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)

ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU» (www.medlib.ru)

СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)

ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

Основная литература:

1. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник. Т. 1. / Н. П. Шабалов. - 9-е изд. - Москва; СПб.; Нижний Новгород: Питер, 2021. - 875 с. - Текст: непосредственный.
2. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник. Т.2. / Н. П. Шабалов. - Москва; СПб.; Нижний Новгород: Питер, 2021. - 895 с. - Текст: непосредственный.
3. Детские болезни: учебник для студентов медицинских вузов / под ред. И. Л. Никитиной. – Т.1 – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2021. – 791 с. – URL: https://speclit.profy-lib.ru/book/-/pdf/141095?p_p_auth=duo306yP&pdfviewerportletWARpdfviewerportlethashCode=3b31eb3d-633f-4df4-862d1701260742754 – Режим доступа: Медицинская литература издательства «СпецЛит». – Текст: электронный.
4. Детские болезни: учебник для студентов медицинских вузов / под ред. И. Л. Никитиной. – Т.2 – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2022. – 648 с. – URL: https://speclit.profy-lib.ru/book/-/pdf/166328?p_p_auth=duo306yP&pdfviewerportletWARpdfviewerportlethashCode=5aed1545-9e76-431b-9cde1701261749781 – Режим доступа: Медицинская литература издательства «СпецЛит». – Текст: электронный.

Дополнительная литература:

1. Кильдиярова, Р. Р. Питание здорового ребенка: руководство / Кильдиярова Р. Р. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3509-0. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435090.html>
2. Ерпулёва, Ю. В. Клиническое питание у детей: практическое руководство / Ю. В. Ерпулёва. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-7972-8, DOI:

10.33029/9704-7972-8-KLIN-2023-1-144. - URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970479728.html>

3. Ерпулёва, Ю. В. Парентеральное и энтеральное питание детей: практические рекомендации / Ю. В. Ерпулёва, А. И. Чубарова, О. Л. Чугунова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-3992-0. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439920.html>
4. Ерпулёва, Ю. В. Энтеральное питание у детей / Ерпулёва Ю. В., Корсунский А. А., Рыжов Е. А.; под ред. Ерпулёвой Ю. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 64 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4923-3. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449233.html>
5. Ерпулёва, Ю. В. Клиническое питание у детей в ежедневной практике хирурга / Ю. В. Ерпулёва - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-3946-3. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439463.html>
6. Васильева, И. В. Физиология питания: учебник и практикум для академического бакалавриата / И. В. Васильева, Л. В. Беркетова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 235 с. — (Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-16046-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/530345>
7. Нутрициология и клиническая диетология: национальное руководство / под ред. В. А. Тутельяна, Д. Б. Никитюка. - 2-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6999-6. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469996.html>
8. Кильдиярова, Р. Р. Детская диетология / Кильдиярова Р. Р. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4960-8. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449608.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы для обучающихся:

- Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022

7.2 Учебно-методические материалы для преподавателей:

- Методические материалы по дисциплине «Нутрициология в педиатрии» для специальности 31.08.14 Детская онкология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2025

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Нутрициология в педиатрии» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Нутрициология в педиатрии» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими

средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в сведениях о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы специалитета.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Нутрициология в педиатрии» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Нутрициология в педиатрии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - размещение в местах доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:
 - возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«НУТРИЦИОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ»

Специальность ординатуры:	31.08.14 Детская онкология
Квалификация:	Врач – детский онколог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2025

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «НУТРИЦИОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате изучения дисциплины

Код и наименование профессиональных компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Критерий оценивания	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы и приёмы сбора, переработки, преобразования профессиональной медицинской информации; - главные этапы развития педиатрии, предмет и задачи дисциплины, связь с другими медико-биологическими и медицинскими дисциплинами; основные понятия, используемые в педиатрии; - анатомофизиологические особенности детского организма, закономерности его развития и влияние внешней среды.	Интегральная шкала оценивания для текущей и промежуточной аттестации	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ: Раздел № 3,4 Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: - собирать и анализировать информацию, полученную от ребенка и/или его законных представителей; - анализировать полученную информацию и делать на её основе умозаключения; - охарактеризовать этапы становления педиатрии как науки и ее роль на современном этапе, связь с другими медико-биологическими и медицинскими дисциплинами - на основании полученной информации вырабатывает стратегию действий решения проблемы, формулирует гипотезу, предполагает конечный результат		
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	Знает: Знает: правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде	Интегральная шкала оценивания для текущей и промежуточной аттестации	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ: Раздел № 3,4 Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: оформить и заполнить медицинскую документацию, в том числе в электронном виде		
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических	Знает: - анатомо-физиологические особенности органов и систем, методику оценки физического и психомоторного развития детей раннего возраста;	Интегральная шкала оценивания для текущей и	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ: Раздел № 3,4

состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- параметры морфофункционального и физиологического состояния и патологических процессов в организме детей; - алгоритм клинико-лабораторной и функциональной диагностики; - нормативы клинико-лабораторных и функциональных показателей; - показания к назначению лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом диагноза, возраста и клинической картины, критерии эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения - показания для назначения лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины; - план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в том числе при взаимодействии с врачами-специалистами Умеет: - оценивать состояние органов и систем, физическое и психомоторное развитие; - разрабатывать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в том числе при взаимодействии с врачами-специалистами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций, протоколов и стандартов медицинской помощи; - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия с учетом диагноза, возраста и клинической картины, оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. -назначить лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - организовать персонализированный план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины.	промежуточно й аттестации	Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	Знает: - нормативную законодательную базу в области лечения детей, профессиональные клинические рекомендации, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам лечения патологии детского возраста - правила и методику проведения физикального обследования пациента; - фармакодинамику, фармакокинетику, показания и противопоказания к назначению, основные механизмы действия, клинические эффекты лекарственных препаратов и иных веществ, применяемых в	Интегральная шкала оценивания для текущей и промежуточно й аттестации	Для текущего контроля: КВ, СЗ, ТЗ: Раздел № 3,4 Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	педиатрии; - показания и противопоказания к использованию современных медицинских технологий, медицинских изделий, лекарственных препаратов, инструментальных, функциональных и лабораторных методов обследования в педиатрии; - нежелательные реакции наиболее распространенных лекарственных средств, применяемых у детей, их выявление, способы профилактики и коррекции. - методы общего клинического обследования ребенка - интерпретацию результатов наиболее распространенных методов инструментальной, лабораторной и функциональной диагностики; - принципы формулировки предварительного диагноза и клинического диагноза в педиатрии согласно МКБ; - порядок направления пациента на консультацию к врачам-специалистам с целью установления диагноза при наличии медицинских показаний, порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); - показания для лабораторного и инструментального обследования, порядок направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний.		
	Умеет: - проводить полное физикальное обследование пациента; - направить пациента на консультацию к врачам-специалистам с целью установления диагноза при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - установить предварительный диагноз и составить план обследования пациента с учетом действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) - разработать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины, в том числе при взаимодействии с врачами-специалистами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций, протоколов и стандартов медицинской помощи; - применять лекарственные препараты и иные вещества и их комбинаций при лечении детей патологических состояний детского возраста; - оценивать возможность токсического действия лекарственных средств и способы терапии отравлений лек, средствами - применить современные медицинские технологии, специализированное оборудование, медицинские изделия, лекарственные препараты в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, с позиции доказательной медицины в педиатрии.		

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной

аттестации

Интегральная шкала оценивания для текущей и промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания		Контрольные вопросы
	Выполнение тестовых заданий	Ситуационные задачи	
Не зачтено	70% и менее	- ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.	- при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.
Зачтено	Более 71%	- ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.	- ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении. Или ответ неполный, но на наводящие вопросы ординатор отвечает правильно.

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Собеседование по контрольным вопросам	КВ	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6
3 этап	Собеседование по ситуационной задаче	СЗ	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

Раздел 1. Питание как фактор метаболического программирования

Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

1. Нутриционная поддержка. Определение. Виды нутриционной поддержки
2. Клинические признаки недостаточности отдельных нутриентов (состояние волос, слизистых, ЖКТ, КМС, нервной с-мы и др. признаки)

3. Антропометрические критерии оценки нутриционного статуса. ИМТ (классификация ВОЗ), индекс Кетле, формулы для расчета идеальной массы тела,
4. Методы оценки компонентного состава тела (формулы, калиперометрия, инструментальные методы)
5. лабораторные критерии оценки нутриционного статуса
6. Расчет потребностей организма в энергии и нутриентах (формула Харриса-Бенедикта, уравнение Оуэна, показатели ВОЗ)
7. Коэффициенты действительных расходов энергии (активность, фактор болезни, недостаточность питания, воспаление и др.)
8. Потребность в энергии, БЖУ, жидкости в зависимости от возраста

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Ситуационная задача № 1

Мальчик 10 дней. Длина тела при рождении 48 см, масса – 2800 гр. Сейчас длина тела 49 см, масса – 2900 гр. Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 2

Мальчик 8 мес. Длина тела при рождении 50 см, масса – 3000 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 8500 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 3

Мальчик 6 мес. Длина тела при рождении 52 см, масса – 3200 гр. Сейчас длина тела 69 см, масса – 7800 гр. Оцените показатели. Второй день дачи первого прикорма (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 4

Мальчик 6 мес. Длина тела при рождении 54 см, масса – 3600 гр. Сейчас длина тела 67 см, масса – 7700 гр. Оцените показатели. Десятый день дачи первого прикорма (картофель). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 5

Мальчик 6 мес. Длина тела при рождении 54 см, масса – 3800 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8100 гр. Две недели дачи первого прикорма (гречневая каша). Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 6

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 49 см, масса – 2900 гр. Сейчас длина тела 66 см, масса – 8000 гр. Оцените показатели. Двадцатый день дачи первого прикорма (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 7

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 51 см, масса – 3100 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8200 гр. Оцените показатели. Двадцать пятый день дачи первого прикорма (картофель). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 8

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 53 см, масса – 3300 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 7800 гр. Оцените показатели. Прикорм с 4,5 мес (каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 9

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 55 см, масса – 3700 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8200 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (картофель). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 10

Девочка 6 мес 5 дней. Длина тела при рождении 55 см, масса – 3900 гр. Сейчас длина тела 69 см, масса – 8300 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте

примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 11

Мальчик 6 мес 10 дней. Длина тела при рождении 49 см, масса – 2900 гр. Сейчас длина тела 65 см, масса – 8100 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 12

Мальчик 6 мес 20 дней. Длина тела при рождении 51 см, масса – 3100 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8400 гр. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 13

Мальчик 7 мес. Длина тела при рождении 52 см, масса – 3400 гр. Сейчас длина тела 69 см, масса – 8300 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 14

Мальчик 7 мес. Длина тела при рождении 55 см, масса – 3800 гр. Сейчас длина тела 72 см, масса – 8500 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 15

Мальчик 8 мес. Длина тела при рождении 50 см, масса – 3000 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 8500 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 16

Девочка 7 мес 10 дней. Длина тела при рождении 46 см, масса – 2800 гр. Сейчас длина тела 65 см, масса – 7700 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 17

Девочка 7 мес 15 дней. Длина тела при рождении 50 см, масса – 3000 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 8400 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 18

Девочка 7 мес 24 дня. Длина тела при рождении 53 см, масса – 3600 гр. Сейчас длина тела 73 см, масса – 9500 гр. Прикорм с 4,5 мес (гречневая каша). Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 19

Девочка 9 мес. Длина тела при рождении 54 см, масса – 3900 гр. Сейчас длина тела 76 см, масса – 9900 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 20

Девочка 10 мес. Длина тела при рождении 52 см, масса – 3100 гр. Сейчас длина тела 74 см, масса – 9600 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Раздел 2. Принципы энтерального питания в педиатрии

Контрольные вопросы:

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

1. Алгоритм проведения нутриционной поддержки.
2. Типы и скорость введения препаратов для энтерального питания
3. Классификация смесей для энтерального питания (примеры)
4. Энтеральное зондовое питания. Показания, противопоказания, правила проведения.
5. Набор для проведения энтерального питания. Методика зондирования и проведения энтерального питания у новорожденных детей.

6. Техника зондового питания через эндоскопический доступ

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Ситуационная задача № 1

У вас на приеме – мама с ребенком 2 мес с упорными срыгиваниями. Ребенок находится на искусственном вскармливании, получает премиальную молочную смесь, формула 1. Срыгивания отмечаются ежедневно 2–3 раза в день, чаще после еды, объемом не более чайной ложки. При осмотре отмечаются мраморность кожных покровов, обильное лануго, широко расставленные соски, расположение пуповины ближе к лону. Других патологических симптомов нет. По внутренним органам – без особенностей. Известно, что ребенок родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, угрозой выкидыша во второй половине. Роды первые, срочные, самостоятельные, в головном предлежании. Масса тела при рождении 2900 г, рост 51 см. Апгар 8/9 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Назовите физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденного, предрасполагающие к частым срыгиваниям.
3. Что явилось основной причиной развития данного состояния?
4. Нуждается ли ребенок в переводе на другую искусственную смесь частично или полностью?

Ситуационная задача № 2

К вам обратилась мама ребенка 7 мес, которая просит вас объяснить ей необходимость и правила введения прикорма. Ребенок прикорм не получает, находится на полном грудном вскармливании. Его физическое и психическое развитие соответствуют возрасту.

Вопросы:

1. Назовите возраст ребенка, когда ему необходимо начать вводить прикорм.
2. Перечислите основные последствия позднего введения прикорма.
3. Какие функциональные особенности ребенка обуславливают введение прикорма?
4. Какие продукты питания промышленного иди домашнего производства в Национальной программе по питанию рекомендовано вводить ребенку в качестве прикорма и почему?
5. Что является продуктом первого прикорма?

Ситуационная задача № 3

На плановом приеме в детской поликлинике мама с ребенком в возрасте 1 мес. Обнаружено, что за месяц ребенок прибавил всего 200 г. Кроме этого, мама отмечает, что младенец беспокойно сосет, плачет после кормления, просыпается на кормление каждые 1,5–2 ч. После кормления мама грудь не сцеживает. Педиатр осмотрел ребенка, грудь матери и заподозрил у нее гипогалактию. В настоящее время ребенок весит 3500 г. Вопросы: 1. Рассчитайте суточный и разовый объем питания ребенку в этом возрасте. 2. Как определить, сколько высасывает ребенок за сутки? 3. Как доказать, что у матери есть гипогалактия?

Ситуационная задача № 4

К участковому педиатру обратилась мама ребенка 3 мес. Мальчик родился доношенным, роды протекали физиологично. Масса тела при рождении 3250 г, рост 52 см. Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родильном блоке. В возрасте 1,5 мес у ребенка появилась сыпь на теле, мама расценила ее как аллергическую, так как в этот день ела шоколадное печенье. На фоне диеты матери сыпь угасла, однако у ребенка периодически отмечаются запоры, колики. В настоящее время у матери молока недостаточно, и она просит назначить ребенку смесь. Из анамнеза известно, что папа ребенка страдает аллергическим ринитом, у матери – псориаз.

Вопросы:

1. Какую смесь вы порекомендуете ребенку?
2. Перечислите особенности смесей Комфорт для вскармливания младенцев.
3. Показано ли назначение ребенку смесей на основе глубокого гидролиза белка и почему?
4. Какие смеси для детей с признаками аллергии вы знаете?

Раздел 3. Парентеральное питание

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Контрольные вопросы:

1. Парентеральное питание. Классификация, показания, противопоказания.
2. Режимы, протокол парентерального питания. Осложнения. Препараты парентерального питания
3. Сосудистые доступы для парентерального питания. Подготовка и техника катетеризации. Системы для внутрисосудистого введения

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Выберите правильные ответы

1. Выберите показания к парентеральному питанию:
 - 1) невозможность энтерального питания при пороках ЖКТ
 - 2) в послеоперационном периоде после операций на ЖКТ
 - 3) при подозрении на некротизирующий энтероколит
 - 4) при пневмонии
 - 5) недоношенные с ЭНМТ в первые дни жизни

Выберите один правильный ответ

2. Укажите стартовую дозу аминокислот при проведении парентерального питания:
 - 1) 0,5 г/кг
 - 2) 1,0 г/кг
 - 3) 1,5 г/кг
 - 4) 2,0 г/кг
 - 5) 2,5 г/кг
3. Укажите максимальную дозу аминокислот при проведении парентерального питания:
 - 1) 0,5 г/кг
 - 2) 1,0 г/кг
 - 3) 1,5 г/кг
 - 4) 2,0 г/кг
 - 5) 2,5 г/кг
4. Укажите, как увеличивается доза аминокислот при парентеральном питании:
 - 1) на 0,5 г/кг
 - 2) на 1,0 г/кг
 - 3) на 1,5 г/кг
 - 4) на 2,0 г/кг
 - 5) на 2,5 г/кг
4. Укажите стартовую дозу глюкозы при проведении парентерального питания:
 - 1) 5 г/кг
 - 2) 7,5 г/кг

- 3) 10 г/кг
- 4) 11 г/кг
- 5) 15 г/кг

5. Укажите максимальную дозу глюкозы при парентеральном питании:

- 1) 10 г/кг
- 2) 15 г/кг
- 3) 18 г/кг
- 4) 20 г/кг

6. Укажите скорость введения глюкозы при парентеральном питании:

- 1) 1-2 г/кг
- 2) 6-8 г/кг
- 3) 3-4 г/кг
- 4) 10-12 г/кг

7. Укажите стартовую дозу жировых эмульсий при парентеральном питании:

- 1) 0,5 г/кг
- 2) 1,0 г/кг
- 3) 1,5 г/кг
- 4) 2,0 г/кг

8. Укажите максимальную дозу жировых эмульсий при парентеральном питании:

- 1) 2,0 г/кг
- 2) 3,0 г/кг
- 3) 4,0 г/кг
- 4) 5,0 г/кг

9. Выберите максимальную концентрацию глюкозы при введении в периферические вены:

- 1) 5%
- 2) 10%
- 3) 15%
- 4) 12,5%

Тема 4. Нутриционная поддержка при различных патологических состояниях.

Контрольные вопросы:

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

- 1. Диетотерапия больных фенилкетонурией подразумевает исключение в первую очередь: продуктов богатых белками
- 2. Диетотерапия при классической фенилкетонурии должны быть начата (укажите наиболее благоприятный для прогноза заболевания период): не позднее первых недель жизни
- 3. Для больных фенилкетонурией рекомендуется пожизненный запрет на: мясо, рыбу
- 4. Наиболее богаты фенилаланином: белковые продукты
- 5. В качестве прикорма у детей с галактоземией не рекомендовано использование: молочных. Продуктов
- 6. Диетотерапия при ГАЛ включает назначение: казеиновых гидролизатов, безлактозных смесей.
- 7. Для ребенка с синдромом срыгивания и рвоты показаны следующие смеси: антирефлюксные
- 8. Принципы диетотерапии при лактазной недостаточности: исключение молока
- 9. Принципы диетотерапии при ХПН: достаточная калорийность, ограничение натрия,

умеренное ограничение белка

10. Диета при гиперуратурии является: молочно-фруктово-ягодной.

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Ситуационная задача № 1

Вы осуществляете патронаж ребенка в возрасте 20 дней жизни с положительным результатом неонатального скрининга на фенилкетонурию. Неонатологом было рекомендовано вскармливание младенца специализированной смесью Афенилак. Рекомендации по вскармливанию мама не соблюдает, последние 1,5 нед кормит ребенка смесью на основе полного гидролиза белка. При осмотре ребенок здоров, физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Вопросы:

1. Назовите сроки проведения неонатального скрининга доношенным и недоношенным детям.
2. Перечислите типичные проявления фенилкетонурии.
3. В каком возрасте в типичном случае появляется клиника фенилкетонурии?
4. Назовите наиболее вероятную причину отсутствия клиники фенилкетонурии у ребенка.

Ситуационная задача № 2

Вы педиатр родильного дома, на вашем дежурстве родилась доношенная девочка от матери, страдающей гепатитом В. Масса тела ребенка – 2800 г, рост – 49 см. Апгар – 7/8 баллов. Состояние удовлетворительное. Состояние матери – удовлетворительное.

Вопросы:

1. Можно ли приложить ребенка к груди матери?
2. Перечислите абсолютное противопоказание к грудному вскармливанию со стороны ребенка.
3. Перечислите абсолютное противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери.
4. Определите разовый объем питания ребенку в 1-й день жизни.

Ситуационная задача № 3

У вас на приеме ребенок в возрасте 7 мес. Мальчик родился доношенным, масса тела при рождении –

3400 г, длина тела – 52 см. До настоящего времени находился на грудном вскармливании, продукты прикорма не введены. Масса тела ребенка – 7500 г, рост – 66 см. В контрольном анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – 4,3 млн, MCV (Mean corpuscular volume) – 65 fl, MCH (Mean corpuscular hemoglobin) – 20 pg, тромбоциты – 230 тыс., лейкоциты – 6,9 тыс., сегментоядерные нейтрофилы – 35%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%, СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка.
 2. Назовите продукты прикорма, которые уже должен был получать ребенок в возрасте 7 мес.
- Оцените уровень гемоглобина и при необходимости назначьте лечение (препарат и дозировка).

Ситуационная задача № 4

На приеме у педиатра мама с ребенком (1 год 6 мес). Жалобы на неустойчивый характер стула: чаще разжиженный, без патологических примесей; увеличение размеров живота, метеоризм, снижение массы тела. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей физиологично, 2-х срочных родов путем кесарева сечения (рубец на матке). Апгар – 8/9 баллов. Масса тела при рождении – 3420 г, рост – 53 см. До 1 года 4 мес находился на грудном вскармливании,

прикорм введен только в 8 мес. До 8 мес рос и развивался нормально. После введения первого прикорма (манная каша) стул стал неустойчивым. Из блюд ребенок любит макароны, курицу, геркулесовую кашу на молоке. При осмотре кожные покровы бледные, недостаток массы тела, увеличенный живот, скошенные ягодицы. Педиатр заподозрил у ребенка целиакию. Однако мать категорически отказалась от госпитализации и обследования. Просит назначить лечение.

Вопросы:

1. Какие ошибки допущены при введении прикорма?
2. Какую диету необходимо назначить ребенку?
3. Какие каши исключить из рациона питания?
4. Какие препараты нужно назначить ребенку?

Тестовые задания

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

1. Количество фенилаланина в 1 грамме белка естественных продуктов составляет
 - 1) 50 мг;
 - 2) 10 мг;
 - 3) 5 мг;
 - 4) 100 мг.
2. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте до 3 месяцев должна быть
 - 1) 1 раз в 3 дня;
 - 2) 1 раз в 7 дней;
 - 3) 1 раз в 2 недели;
 - 4) 1 раз в 10 дней.
3. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте от 1 года до 6 лет должна быть
 - 1) не менее 2 раз в месяц;
 - 2) 1 раз в 2 месяца;
 - 3) не менее 1 раза в месяц.
4. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте от 3 месяцев до 1 года должна быть
 - 1) 1 раз в месяц;
 - 2) 1 раз в 10 дней;
 - 3) 1 раз в 7 дней;
 - 4) 1 раз в 2 недели.
5. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте от 7 до 12 лет должна быть
 - 1) 1 раз в полгода;
 - 2) 1 раз в 2 месяца;
 - 3) не менее 1 раза в месяц.
6. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте старше 12 лет должна быть
 - 1) 1 раз в 3 месяца;
 - 2) 1 раз в 2 месяца;
 - 3) 1 раз в полгода.
7. Основной целью лечения ФКУ является все перечисленное, кроме
 - 1) повышения переносимости (толерантности) фенилаланина, получаемого с натуральной пищей;
 - 2) улучшения качества жизни больного ФКУ;
 - 3) предотвращения тяжелой неврологической симптоматики;

- 4) нормализации активности фенилаланингидроксилазы (ФАГ);
 - 5) снижения уровня фенилаланина в крови.
8. Основным методом лечения классической ФКУ является
- 1) диетотерапия с ограничением пищевого фенилаланина;
 - 2) диетотерапия с ограничением пищевого фенилаланина и натурального белка;
 - 3) диетотерапия с ограничением натурального белка;
 - 4) использование только специальных диетических продуктов, лишенных фенилаланина.
9. При диетическом лечении ФКУ дефицит белка восполняется за счет
- 1) смесей L-аминокислот, лишенных фенилаланина, но содержащих все другие незаменимые аминокислоты;
 - 2) специализированных безбелковых продуктов;
 - 3) естественных продуктов питания, содержащих мало белка;
 - 4) белковых гидролизатов, приготовленных путем гидролиза казеина и лишенных фенилаланина.
10. При отсутствии лечения фенилкетонурии развивается
- 1) симптоматическая эпилепсия;
 - 2) деформации скелета;
 - 3) умственная отсталость в степени выраженной дебильности или имбецильности;+
 - 4) карликовость;
 - 5) детский церебральный паралич.
11. Продолжительность диетотерапии при фенилкетонурии должна осуществляться
- 1) до 12-летнего возраста;
 - 2) с первых недель жизни до 3 лет;
 - 3) пожизненно;
 - 4) до 18 лет.
12. Содержание белка в рационе ребенка первого года жизни с ФКУ, находящегося на лечении, должно составлять
- 1) 1-2 г/кг в сутки;
 - 2) 2 г/кг в сутки;
 - 3) 2,5-3 г/кг в сутки;
 - 4) 3-4 г/кг в сутки.
13. Содержание белка в рационе ребенка с ФКУ, находящегося на лечении, старше 1 года должно составлять
- 1) 3-4 г/кг в сутки;
 - 2) 3 г/кг в сутки;
 - 3) 2 г/кг в сутки;
 - 4) 2,5-3 г/кг в сутки.
14. В зависимости от переносимости пищевого фенилаланина допустимое и безопасное его количество в сутки для детей первого года жизни составляет от ____ до ____ мг/кг массы тела
- 1) 90; 35;
 - 2) 25; 10;
 - 3) 80; 20;
 - 4) 70; 65.
15. В комплексном лечении пациентов с ВН4 дефицитными ГФА в возрасте до 18 лет с целью коррекции экстрапирамидного синдрома, рекомендуется назначить такой препарат, как
- 1) леводопа;
 - 2) 5-гидрокситриптофан;
 - 3) сапроптерин;
 - 4) карбидопа.

16. В питании детей старше 1 года, а также подростков, допустимое количество ФА постепенно снижается от ___ до ___ мг/кг массы тела ребенка

- 1) 35;10;
- 2) 75;50;
- 3) 90;65;
- 4) 50;25.

17. В рацион пациентов старшего возраста с учетом толерантности к фенилаланину в ограниченном количестве могут входить такие продукты как

- 1) бобовые, орехи;
- 2) творог, твердые сыры;
- 3) продукты фастфуд, газированные напитки;
- 4) куриные яйца;
- 5) мясо, рыба.

18. Диета с ограничением фенилаланина рекомендуется для любого пациента, у которого уровень фенилаланина составляет _____ мг/дл (_____ мкмоль / л)

- 1) более 6 (360);
- 2) только более 20 (1200);
- 3) не менее 2 (120);
- 4) только более 10 (600).

19. Для взрослых пациентов с ГФА максимально допустимый диапазон колебаний концентрации фенилаланина крови, при котором сохраняется удовлетворительное нейрокогнитивное развитие, адекватная скорость восприятия информации и выполнение психосоциальных функций, составляет _____ мкмоль/л

- 1) 400 - 600;
- 2) 400 - 600;
- 3) 600 - 800;
- 4) 1000 - 1200.

20. Задержка начала лечения пациента с ГФА на каждые 4 недели приводит к снижению показателя IQ примерно на _____ балла

- 1) 8;
- 2) 10;
- 3) 6;
- 4) 4.

21. Исследование уровня фенилаланина крови для своевременной коррекции диетотерапии пациентам в возрасте с 1 года до 6 лет проводится не реже, чем

- 1) 1 - 2 раза в месяц;
- 2) 1 - 2 раза в 6 месяцев;
- 3) 1 раз в 3 месяца;
- 4) 1 - 2 раза в неделю.

22. Оптимальная частота исследования уровня фенилаланина крови для своевременной коррекции диетотерапии пациентам в возрасте до 3-х месяцев после получения стабильных результатов составляет

- 1) 1 раз в неделю;
- 2) 1 раз в 10 дней;
- 3) 1 раз в 3 месяца;
- 4) 1 - 2 раз в месяц.

23. Прекращение диетотерапии с заменых лечебных продуктов на натуральные с невысоким содержанием белка, возможно

- 1) постоянно, по желанию пациента и/или его родителей;
- 2) временно, в течении всего периода ОРВИ независимо от тяжести течения заболевания;

- 3) временно, при различных диспепсических явлениях;
 - 4) временно, при выраженной гипертермии, интоксикации.
24. С целью коррекции уровня ФА и улучшения качества жизни, пациентам всех возрастных групп с ГФА, требующим диетотерапию, рекомендуется
- 1) сбалансированный питьевой режим;
 - 2) витаминотерапия;
 - 3) назначение специализированных продуктов лечебного питания (аминокислотные смеси без ФА);
 - 4) назначение низкобелковых продуктов питания с ГФА.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

1. Нутриционная поддержка. Определение. Виды нутриционной поддержки
2. Клинические признаки недостаточности отдельных нутриентов (состояние волос, слизистых, ЖКТ, КМС, нервной с-мы и др. признаки)
3. Антропометрические критерии оценки нутриционного статуса. ИМТ (классификация ВОЗ), индекс Кетле, формулы для расчета идеальной массы тела,
4. Методы оценки компонентного состава тела (формулы, калиперометрия, инструментальные методы)
5. лабораторные критерии оценки нутриционного статуса
6. Расчет потребностей организма в энергии и нутриентах (формула Харриса-Бенедикта, уравнение Оуэна, показатели ВОЗ)
7. коэффициенты действительных расходов энергии (активность, фактор болезни, недостаточность питания, воспаление и др.)
8. Потребность в энергии, БЖУ, жидкости в зависимости от возраста
9. Алгоритм проведения нутриционной поддержки.
10. Типы и скорость введения препаратов для энтерального питания
11. Классификация смесей для энтерального питания (примеры)
12. Энтеральное зондовое питания. Показания, противопоказания, правила проведения.
13. Набор для проведения энтерального питания. Методика зондирования и проведения энтерального питания у новорожденных детей.
14. Техника зондового питания через эндоскопический доступ
15. Парентеральное питание. Классификация, показания, противопоказания.
16. Режимы, протокол парентерального питания. Осложнения. Препараты парентерального питания
17. Сосудистые доступы для парентерального питания. Подготовка и техника катетеризации. Системы для внутрисосудистого введения
18. Диетотерапия больных фенилкетонурией подразумевает исключение в первую очередь: продуктов богатых белками
19. Диетотерапия при классической фенилкетонурии должны быть начата (укажите наиболее благоприятный для прогноза заболевания период): не позднее первых недель жизни
20. Для больных фенилкетонурией рекомендуется пожизненный запрет на: мясо, рыбу
21. Наиболее богаты фенилаланином: белковые продукты
22. В качестве прикорма у детей с галактоземией не рекомендовано использование: молочных продуктов
23. Диетотерапия при ГАЛ включает назначение: казеиновых гидролизатов, безлактозных смесей.
24. Для ребенка с синдромом срыгивания и рвоты показаны следующие смеси: антирефлюксные
25. Принципы диетотерапии при лактазной недостаточности: исключение молока
26. Принципы диетотерапии при ХПН: достаточная калорийность, ограничение натрия, умеренное ограничение белка
27. Диета при гиперуриемии является: молочно-фруктово-ягодной.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Ситуационная задача № 1

Мальчик 10 дней. Длина тела при рождении 48 см, масса – 2800 гр. Сейчас длина тела 49 см, масса – 2900 гр. Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 2

Мальчик 8 мес. Длина тела при рождении 50 см, масса – 3000 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 8500 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 3

Мальчик 6 мес. Длина тела при рождении 52 см, масса – 3200 гр. Сейчас длина тела 69 см, масса – 7800 гр. Оцените показатели. Второй день дачи первого прикорма (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 4

Мальчик 6 мес. Длина тела при рождении 54 см, масса – 3600 гр. Сейчас длина тела 67 см, масса – 7700 гр. Оцените показатели. Десятый день дачи первого прикорма (картофель). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 5

Мальчик 6 мес. Длина тела при рождении 54 см, масса – 3800 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8100 гр. Две недели дачи первого прикорма (гречневая каша). Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 6

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 49 см, масса – 2900 гр. Сейчас длина тела 66 см, масса – 8000 гр. Оцените показатели. Двадцатый день дачи первого прикорма (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 7

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 51 см, масса – 3100 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8200 гр. Оцените показатели. Двадцать пятый день дачи первого прикорма (картофель). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 8

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 53 см, масса – 3300 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 7800 гр. Оцените показатели. Прикорм с 4,5 мес (каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 9

Девочка 6 мес. Длина тела при рождении 55 см, масса – 3700 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8200 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (картофель). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 10

Девочка 6 мес 5 дней. Длина тела при рождении 55 см, масса – 3900 гр. Сейчас длина тела 69 см, масса – 8300 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 11

Мальчик 6 мес 10 дней. Длина тела при рождении 49 см, масса – 2900 гр. Сейчас длина тела 65 см, масса – 8100 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 12

Мальчик 6 мес 20 дней. Длина тела при рождении 51 см, масса – 3100 гр. Сейчас длина тела 68 см, масса – 8400 гр. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 13

Мальчик 7 мес. Длина тела при рождении 52 см, масса – 3400 гр. Сейчас длина тела 69 см, масса – 8300 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 14

Мальчик 7 мес. Длина тела при рождении 55 см, масса – 3800 гр. Сейчас длина тела 72 см, масса – 8500 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 15

Мальчик 8 мес. Длина тела при рождении 50 см, масса – 3000 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 8500 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 16

Девочка 7 мес 10 дней. Длина тела при рождении 46 см, масса – 2800 гр. Сейчас длина тела 65 см, масса – 7700 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 17

Девочка 7 мес 15 дней. Длина тела при рождении 50 см, масса – 3000 гр. Сейчас длина тела 70 см, масса – 8400 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 18

Девочка 7 мес 24 дня. Длина тела при рождении 53 см, масса – 3600 гр. Сейчас длина тела 73 см, масса – 9500 гр. Прикорм с 4,5 мес (гречневая каша). Оцените показатели. Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 19

Девочка 9 мес. Длина тела при рождении 54 см, масса – 3900 гр. Сейчас длина тела 76 см, масса – 9900 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (тыква). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 20

Девочка 10 мес. Длина тела при рождении 52 см, масса – 3100 гр. Сейчас длина тела 74 см, масса – 9600 гр. Оцените показатели. Прикорм с 5 мес (гречневая каша). Составьте примерное меню на один день.

Ситуационная задача № 21

У вас на приеме – мама с ребенком 2 мес с упорными срыгиваниями. Ребенок находится на искусственном вскармливании, получает премиальную молочную смесь, формула 1.

Срыгивания отмечаются ежедневно 2–3 раза в день, чаще после еды, объемом не более чайной ложки. При осмотре отмечаются мраморность кожных покровов, обильное лануго, широко расставленные соски, расположение пуповины ближе к лону. Других патологических симптомов нет. По внутренним органам – без особенностей. Известно, что ребенок родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, угрозой выкидыша во второй половине. Роды первые, срочные, самостоятельные, в головном предлежании. Масса тела при рождении 2900 г, рост 51 см. Апгар 8/9 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Назовите физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденного, предрасполагающие к частым срыгиваниям.
3. Что явилось основной причиной развития данного состояния?
4. Нуждается ли ребенок в переводе на другую искусственную смесь частично или полностью?

Ситуационная задача № 22

К вам обратилась мама ребенка 7 мес, которая просит вас объяснить ей необходимость и правила введения прикорма. Ребенок прикорм не получает, находится на полном грудном вскармливании. Его физическое и психическое развитие соответствуют возрасту.

Вопросы:

1. Назовите возраст ребенка, когда ему необходимо начать вводить прикорм.
2. Перечислите основные последствия позднего введения прикорма.
3. Какие функциональные особенности ребенка обуславливают введение прикорма?
4. Какие продукты питания промышленного или домашнего производства в Национальной программе по питанию рекомендовано вводить ребенку в качестве прикорма и почему?
5. Что является продуктом первого прикорма?

Ситуационная задача № 23

На плановом приеме в детской поликлинике мама с ребенком в возрасте 1 мес. Обнаружено, что за месяц ребенок прибавил всего 200 г. Кроме этого, мама отмечает, что младенец беспокойно сосет, плачет после кормления, просыпается на кормление каждые 1,5–2 ч. После кормления мама грудь не сцеживает. Педиатр осмотрел ребенка, грудь матери и заподозрил у нее гипогалактию. В настоящее время ребенок весит 3500 г. Вопросы: 1. Рассчитайте суточный и разовый объем питания ребенку в этом возрасте. 2. Как определить, сколько высасывает ребенок за сутки? 3. Как доказать, что у матери есть гипогалактия?

Ситуационная задача № 24

К участковому педиатру обратилась мама ребенка 3 мес. Мальчик родился доношенным, роды протекали физиологично. Масса тела при рождении 3250 г, рост 52 см. Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родильном блоке. В возрасте 1,5 мес у ребенка появилась сыпь на теле, мама расценила ее как аллергическую, так как в этот день ела шоколадное печенье. На фоне диеты матери сыпь утасла, однако у ребенка периодически отмечаются запоры, колики. В настоящее время у матери молока недостаточно, и она просит назначить ребенку смесь. Из анамнеза известно, что папа ребенка страдает аллергическим ринитом, у матери – псориаз.

Вопросы:

1. Какую смесь вы порекомендуете ребенку?
2. Перечислите особенности смесей Комфорт для вскармливания младенцев.
3. Показано ли назначение ребенку смесей на основе глубокого гидролиза белка и почему?
4. Какие смеси для детей с признаками аллергии вы знаете?

Ситуационная задача № 25

Вы осуществляете патронаж ребенка в возрасте 20 дней жизни с положительным результатом неонатального скрининга на фенилкетонурию. Неонатологом было рекомендовано вскармливание младенца специализированной смесью Афенилак. Рекомендации по вскармливанию мама не соблюдает, последние 1,5 нед кормит ребенка смесью на основе полного гидролиза белка. При осмотре ребенок здоров, физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Вопросы:

1. Назовите сроки проведения неонатального скрининга доношенным и недоношенным детям.
2. Перечислите типичные проявления фенилкетонурии.
3. В каком возрасте в типичном случае появляется клиника фенилкетонурии?
4. Назовите наиболее вероятную причину отсутствия клиники фенилкетонурии у ребенка.

Ситуационная задача № 26

Вы педиатр родильного дома, на вашем дежурстве родилась доношенная девочка от матери, страдающей гепатитом В. Масса тела ребенка – 2800 г, рост – 49 см. Апгар – 7/8 баллов. Состояние удовлетворительное. Состояние матери – удовлетворительное.

Вопросы:

1. Можно ли приложить ребенка к груди матери?
2. Перечислите абсолютное противопоказание к грудному вскармливанию со стороны ребенка.
3. Перечислите абсолютное противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери.
4. Определите разовый объем питания ребенку в 1-й день жизни.

Ситуационная задача № 27

У вас на приеме ребенок в возрасте 7 мес. Мальчик родился доношенным, масса тела при рождении –

3400 г, длина тела – 52 см. До настоящего времени находился на грудном вскармливании, продукты прикорма не введены. Масса тела ребенка – 7500 г, рост – 66 см. В контрольном анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – 4,3 млн, MCV (Mean corpuscular volume) – 65 fl, MCH (Mean corpuscular hemoglobin) – 20 pg, тромбоциты – 230 тыс., лейкоциты – 6,9 тыс., сегментоядерные нейтрофилы – 35%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%, СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Назовите продукты прикорма, которые уже должен был получать ребенок в возрасте 7 мес.
- Оцените уровень гемоглобина и при необходимости назначьте лечение (препарат и дозировка).

Ситуационная задача № 28

На приеме у педиатра мама с ребенком (1 год 6 мес). Жалобы на неустойчивый характер стула: чаще разжиженный, без патологических примесей; увеличение размеров живота, метеоризм, снижение массы тела. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей физиологично, 2-х срочных родов путем кесарева сечения (рубец на матке). Апгар – 8/9 баллов. Масса тела при рождении – 3420 г, рост – 53 см. До 1 года 4 мес находился на грудном вскармливании, прикорм введен только в 8 мес. До 8 мес рос и развивался нормально. После введения первого прикорма (манная каша) стул стал неустойчивым. Из блюд ребенок любит макароны, курицу, геркулесовую кашу на молоке. При осмотре кожные покровы бледные, недостаток массы тела, увеличенный живот, скошенные ягодицы. Педиатр заподозрил у ребенка целиакию. Однако мать категорически отказалась от госпитализации и обследования. Просит назначить лечение.

Вопросы:

1. Какие ошибки допущены при введении прикорма?
2. Какую диету необходимо назначить ребенку?
3. Какие каши исключить из рациона питания?
4. Какие препараты нужно назначить ребенку?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

1. Выберите показания к парентеральному питанию:

- 1) невозможность энтерального питания при пороках ЖКТ
- 2) в послеоперационном периоде после операций на ЖКТ
- 3) при подозрении на некротизирующий энтероколит
- 4) при пневмонии
- 5) недоношенные с ЭНМТ в первые дни жизни

Выберите один правильный ответ

2. Укажите стартовую дозу аминокислот при проведении парентерального питания:

- 1) 0,5 г/кг
- 2) 1,0 г/кг
- 3) 1,5 г/кг
- 4) 2,0 г/кг
- 5) 2,5 г/кг

3. Укажите максимальную дозу аминокислот при проведении парентерального питания:

- 1) 0,5 г/кг
- 2) 1,0 г/кг

- 3) 1,5 г/кг
 - 4) 2,0 г/кг
 - 5) 2,5 г/кг
4. Укажите, как увеличивается доза аминокислот при парентеральном питании:
- 1) на 0,5 г/кг
 - 2) на 1,0 г/кг
 - 3) на 1,5 г/кг
 - 4) на 2,0 г/кг
 - 5) на 2,5 г/кг
5. Укажите стартовую дозу глюкозы при проведении парентерального питания:
- 1) 5 г/кг
 - 2) 7,5 г/кг
 - 3) 10 г/кг
 - 4) 11 г/кг
 - 5) 15 г/кг
6. Укажите максимальную дозу глюкозы при парентеральном питании:
- 1) 10 г/кг
 - 2) 15 г/кг
 - 3) 18 г/кг
 - 4) 20 г/кг
7. Укажите скорость введения глюкозы при парентеральном питании:
- 1) 1-2 г/кг
 - 2) 6-8 г/кг
 - 3) 3-4 г/кг
 - 4) 10-12 г/кг
8. Укажите стартовую дозу жировых эмульсий при парентеральном питании:
- 1) 0,5 г/кг
 - 2) 1,0 г/кг
 - 3) 1,5 г/кг
 - 4) 2,0 г/кг
9. Укажите максимальную дозу жировых эмульсий при парентеральном питании:
- 1) 2,0 г/кг
 - 2) 3,0 г/кг
 - 3) 4,0 г/кг
 - 4) 5,0 г/кг
10. Выберите максимальную концентрацию глюкозы при введении в периферические вены:
- 1) 5%
 - 2) 10%
 - 3) 15%
 - 4) 12,5%
11. Количество фенилаланина в 1 грамме белка естественных продуктов составляет
- 1) 50 мг;
 - 2) 10 мг;
 - 3) 5 мг;
 - 4) 100 мг.
12. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте до

- 3 месяцев должна быть
- 1) 1 раз в 3 дня;
 - 2) 1 раз в 7 дней;
 - 3) 1 раз в 2 недели;
 - 4) 1 раз в 10 дней.
13. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте от 1 года до 6 лет должна быть
- 1) не менее 2 раз в месяц;
 - 2) 1 раз в 2 месяца;
 - 3) не менее 1 раза в месяц.
14. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте от 3 месяцев до 1 года должна быть
- 1) 1 раз в месяц;
 - 2) 1 раз в 10 дней;
 - 3) 1 раз в 7 дней;
 - 4) 1 раз в 2 недели.
15. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте от 7 до 12 лет должна быть
- 1) 1 раз в полгода;
 - 2) 1 раз в 2 месяца;
 - 3) не менее 1 раза в месяц.
16. Кратность контроля за содержанием уровня фенилаланина у больных ФКУ в возрасте старше 12 лет должна быть
- 1) 1 раз в 3 месяца;
 - 2) 1 раз в 2 месяца;
 - 3) 1 раз в полгода.
17. Основной целью лечения ФКУ является все перечисленное, кроме
- 1) повышения переносимости (толерантности) фенилаланина, получаемого с натуральной пищей;
 - 2) улучшения качества жизни больного ФКУ;
 - 3) предотвращения тяжелой неврологической симптоматики;
 - 4) нормализации активности фенилаланингидроксилазы (ФАГ);
 - 5) снижения уровня фенилаланина в крови.
18. Основным методом лечения классической ФКУ является
- 1) диетотерапия с ограничением пищевого фенилаланина;
 - 2) диетотерапия с ограничением пищевого фенилаланина и натурального белка;
 - 3) диетотерапия с ограничением натурального белка;
 - 4) использование только специальных диетических продуктов, лишенных фенилаланина.
19. При диетическом лечении ФКУ дефицит белка восполняется за счет
- 1) смесей L-аминокислот, лишенных фенилаланина, но содержащих все другие незаменимые аминокислоты;
 - 2) специализированных безбелковых продуктов;
 - 3) естественных продуктов питания, содержащих мало белка;
 - 4) белковых гидролизатов, приготовленных путем гидролиза казеина и лишенных фенилаланина.
20. При отсутствии лечения фенилкетонурии развивается
- 1) симптоматическая эпилепсия;
 - 2) деформации скелета;
 - 3) умственная отсталость в степени выраженной дебильности или имбецильности;+
 - 4) карликовость;
 - 5) детский церебральный паралич.

21. Продолжительность диетотерапии при фенилкетонурии должна осуществляться
- 1) до 12-летнего возраста;
 - 2) с первых недель жизни до 3 лет;
 - 3) пожизненно;
 - 4) до 18 лет.
22. Содержание белка в рационе ребенка первого года жизни с ФКУ, находящегося на лечении, должно составлять
- 1) 1-2 г/кг в сутки;
 - 2) 2 г/кг в сутки;
 - 3) 2,5-3 г/кг в сутки;
 - 4) 3-4 г/кг в сутки.
23. Содержание белка в рационе ребенка с ФКУ, находящегося на лечении, старше 1 года должно составлять
- 1) 3-4 г/кг в сутки;
 - 2) 3 г/кг в сутки;
 - 3) 2 г/кг в сутки;
 - 4) 2,5-3 г/кг в сутки.
24. В зависимости от переносимости пищевого фенилаланина допустимое и безопасное его количество в сутки для детей первого года жизни составляет от ____ до ____ мг/кг массы тела
- 1) 90; 35;
 - 2) 25;10;
 - 3) 80; 20;
 - 4) 70; 65.
25. В комплексном лечении пациентов с ВН4 дефицитными ГФА в возрасте до 18 лет с целью коррекции экстрапирамидного синдрома, рекомендуется назначить такой препарат, как
- 1) леводопа;
 - 2) 5-гидрокситриптофан;
 - 3) сапроптерин;
 - 4) карбидопа.
26. В питании детей старше 1 года, а также подростков, допустимое количество ФА постепенно снижается от ____ до ____ мг/кг массы тела ребенка
- 1) 35;10;
 - 2) 75;50;
 - 3) 90;65;
 - 4) 50;25.
27. В рацион пациентов старшего возраста с учетом толерантности к фенилаланину в ограниченном количестве могут входить такие продукты как
- 1) бобовые, орехи;
 - 2) творог, твердые сыры;
 - 3) продукты фастфуд, газированные напитки;
 - 4) куриные яйца;
 - 5) мясо, рыба.
28. Диета с ограничением фенилаланина рекомендуется для любого пациента, у которого уровень фенилаланина составляет _____ мг/дл (_____мкмоль / л)
- 1) более 6 (360);
 - 2) только более 20 (1200);
 - 3) не менее 2 (120);
 - 4) только более 10 (600).
29. Для взрослых пациентов с ГФА максимально допустимый диапазон колебаний концентрации фенилаланина крови, при котором сохраняется удовлетворительное нейрокогнитивное развитие, адекватная скорость восприятия информации и выполнение

психосоциальных функций, составляет ____ мкмоль/л

- 1) 400 - 600;
 - 2) 400 - 600;
 - 3) 600 - 800;
 - 4) 1000 - 1200.
30. Задержка начала лечения пациента с ГФА на каждые 4 недели приводит к снижению показателя IQ примерно на ____ балла
- 1) 8;
 - 2) 10;
 - 3) 6;
 - 4) 4.
31. Исследование уровня фенилаланина крови для своевременной коррекции диетотерапии пациентам в возрасте с 1 года до 6 лет проводится не реже, чем
- 1) 1 - 2 раза в месяц;
 - 2) 1 - 2 раза в 6 месяцев;
 - 3) 1 раз в 3 месяца;
 - 4) 1 - 2 раза в неделю.
32. Оптимальная частота исследования уровня фенилаланина крови для своевременной коррекции диетотерапии пациентам в возрасте до 3-х месяцев после получения стабильных результатов составляет
- 1) 1 раз в неделю;
 - 2) 1 раз в 10 дней;
 - 3) 1 раз в 3 месяца;
 - 4) 1 - 2 раз в месяц.
33. Прекращение диетотерапии с заменых лечебных продуктов на натуральные с невысоким содержанием белка, возможно
- 1) постоянно, по желанию пациента и/или его родителей;
 - 2) временно, в течении всего периода ОРВИ независимо от тяжести течения заболевания;
 - 3) временно, при различных диспепсических явлениях;
 - 4) временно, при выраженной гипертермии, интоксикации.
34. С целью коррекции уровня ФА и улучшения качества жизни, пациентам всех возрастных групп с ГФА, требующим диетотерапию, рекомендуется
- 1) сбалансированный питьевой режим;
 - 2) витаминотерапия;
 - 3) назначение специализированных продуктов лечебного питания (аминокислотные смеси без ФА);
 - 4) назначение низкобелковых продуктов питания с ГФА.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО

Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 04/2025
«15» апреля 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Шляхто
«28» апреля 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина

ОСНОВЫ ОНКОПСИХОЛОГИИ

(наименование дисциплины)

Уровень

профессионального
образования

**Высшее образование – подготовка кадров высшей
квалификации**

Специальность

31.08.14 Детская онкология

(код специальности и наименование)

Направленность

Оториноларингология

(наименование)

Факультет

Лечебный факультет

(наименование факультета)

Кафедра

Кафедра психологии

(наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час/зач.ед.)

Санкт-Петербург
2025

Рабочая программа дисциплины «Основы онкопсихологии» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1056 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- учебным планом по специальности 31.08.14 Детская онкология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

СОСТАВИТЕЛИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Вагайцева Маргарита Валерьевна	к.п.н.	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Основы онкопсихологии» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии «28» января 2025 г., протокол № 5/2024-2025.

Рабочая программа дисциплины «Основы онкопсихологии» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «15» апреля 2024 г., протокол № 04/2025.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы онкопсихологии» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология. Содержание дисциплины направлено на формирование представлений об основах, целях, принципах онкопсихологии и приобретение опыта использования методов конструктивного взаимодействия в практической деятельности врача с человеком в ситуации онкологического заболевания (пациент, родственник пациента). В ходе изучения дисциплины рассматриваются особенности восприятия болезни человеком в ситуации онкологического заболевания, этапы психологической адаптации человека в ситуации онкологического заболевания. Особое внимание уделяется вопросам конструктивного взаимодействия врача с человеком в ситуации онкологического заболевания и методам психологической профилактики у врача вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование представлений об основах, целях, принципах онкопсихологии и приобретение опыта использования методов конструктивного взаимодействия в практической деятельности врача с человеком в ситуации онкологического заболевания (пациент, родственник пациента).

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать представление о теоретических основах и принципах онкопсихологии.
2. Рассмотреть особенности восприятия болезни человеком в ситуации онкологического заболевания.
3. Изучить этапы психологической адаптации человека в ситуации онкологического заболевания.
4. Рассмотреть принципы и приемы конструктивного взаимодействия врача с человеком в ситуации онкологического заболевания и его родственниками.
5. Познакомить ординаторов с методами психологической профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы онкопсихологии» относится к дисциплинам по выбору вариативной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.14 Детская онкология.

Междисциплинарные и внутродисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:
- «Педагогика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных компетенций (УК).

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
Универсальные компетенции	УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте; - методы и приемы онкопсихологии для применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте; - использовать методы и приемы онкопсихологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения и профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей онкологических пациентов и их родственников; - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкопациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами; - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников; - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкологических пациентов	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р - реферат

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины часы зач. ед.	72	72
	2	2
Из них на практическую подготовку в час. *	40	40

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование тем дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час. *
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1. Введение в онкопсихологию.	2	4	8	14	6
Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	2	8	12	22	10
Тема 3. Взаимодействие с родственниками пациента.	2	4	12	18	8
Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	-	8	10	18	9
ИТОГО	6	24	42	72	33

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и 50% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1						
Тема 1.	Введение в онкопсихологию.	2	Место онкопсихологии в психологии. Роль онкопсихологии в онкологии. Цель, задачи и основные методы психологического сопровождения человека в ситуации онкологического заболевания.	УК-1	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 2.	Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	2	Онкологическое заболевание как событие в жизни человека. Виды психических состояний. Адаптационный потенциал личности. Этапы адаптации человека по Э. Кюблер-Росс. Теория В.Н. Мясищева «Личность как система отношений».	УК-1, УК-2	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 3.	Взаимодействие с родственниками пациента.	2	Особенности восприятия членами семьи и близкими онкологического пациента ситуации болезни. Критерии эффективности взаимодействия с родственником онкологического пациента.	УК-2	Мультимедийная презентация	КВ, СЗ
ВСЕГО		6				

* *Оценочные средства: КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП *	Содержание темы занятия	Формируемые компетенции	Формы и методы текущего контроля
Курс 1							
1.	Семинар	Введение в онкопсихологию.	4	2	Онкопсихология как междисциплинарная область науки и практики. Этапы развития онкопсихологии в России и в мире.	УК-1	КВ
2.	Семинар	Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	4	2	Онкологическое заболевание как событие в жизни человека. Отношение к болезни. Этапы формирования отношения к болезни.	УК-1, УК-2	КВ
	Семинар		4	2	Специфика отношения к онкозаболеванию. Виды отношения онкозаболеванию. Психологическая идентичность онкопациента.	УК-1, УК-2	КВ
3.	Практическое занятие	Взаимодействие с родственниками пациента.	4	2	Факторы, снижающие эффективность взаимодействия врача и родственника пациента. Понятие «идентифицированный пациент». Навыки эффективного взаимодействия	УК-2	КВ, СЗ

					врача и «идентифицированного пациента».		
4.	Практическое занятие	Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе	4	2	Понятие «вторичная травма». Взаимосвязь вторичной травмы и профессионального выгорания. Понятие «экстремальная коммуникация». Виды экстремальной коммуникации.	УК-2	КВ, СЗ
	Практическое занятие	с онкологическим и пациентами.	4	2	Методы профилактики вторичной травматизации врача. Способы эмоциональной саморегуляции врача.	УК-2	КВ, СЗ
ВСЕГО			24	12			

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи

4.5. Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	Формируемые Компетенции
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	10	УК-1, УК-2
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	10	УК-1, УК-2
Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	22	УК-1, УК-2

Самостоятельная проработка некоторых тем – не предусмотрена.

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения
6. Технологии игрового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего и промежуточного контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств			
		КВ	ТЗ	СЗ	Р
Текущий контроль	Тема 1. Введение в онкопсихологию.	10	25	-	10
	Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания, Специфика взаимодействия с онкологическим пациентом.	10	25	-	10
	Тема 3. Взаимодействие с родственниками онкологического пациента.	10	25	5	15
	Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	10	25	5	15
Промежуточная аттестация по дисциплине – зачет		40	100	10	50

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р – темы для рефератов

5.2. Организация текущего контроля знаний

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Введение в онкопсихологию.	УК-1	КВ
2.	Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания, Специфика взаимодействия с онкологическим пациентом.	УК-1, УК-2	КВ
3.	Взаимодействие с родственниками онкологического пациента.	УК-2	КВ, СЗ
4.	Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	УК-2	КВ, СЗ

КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи

5.3. Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1, УК-2	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1, УК-2	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1, УК-2	КВ

КВ – контрольные вопросы.

5.4. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
1	Реферат	Р	УК-1, УК-2
2	Тестирование	ТЗ	УК-1, УК-2

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, Р - реферат

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:

«Зачтено» – при условии положительных результатов на 1, 2 этапе.

«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий, на которые студент должен дать ответ за 20 минут.

Предоставление реферата по дисциплине.

Типовые оценочные средства.

Примерные темы рефератов

1. Этапы развития онкопсихологии в мире.
2. Этапы развития онкопсихологии в России.
3. Основополагающие принципы онкопсихологии.
4. Направления и подходы в онкопсихологии.

5. Основные методы и задачи онкопсихологии.
6. Психика и онкологическое заболевание. Взаимосвязь и взаимовлияние.
7. Особенности восприятия заболевания онкологическими пациентами.
8. Особенности восприятия заболевания родственниками онкологических пациентов.
9. Адаптация человека в ситуации онкологического заболевания.
10. Эпидемиология онкологической заболеваемости.
11. Актуальная статистика детской онкологии.
12. Понятие «онкологическое заболевание». Виды, методы лечения, этапы течения болезни.
13. Влияние бытовых заблуждений на раннюю диагностику заболевания.
14. Онкологическое заболевание и психическое здоровье человека.
15. Методы профилактики вторичной травматизации специалиста онкологического стационара.

Примеры типовых контрольных вопросов для проверки формирования компетенций

УК-1

1. Роль онкопсихологии в медицине.
2. Особенности восприятия пациентами изменений в связи с заболеванием в зависимости от этапа течения заболевания.

УК-2

1. Считается, что при постановке онкологического диагноза, человек проживает те же состояния, что и при утрате близкого человека. Выберите верные ответы.
2. Основной причиной отказа пациента от лечения онкологического заболевания является:

УК-2

1. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации онкологического заболевания.
2. Профилактика вторичной травматизации в работе врача.

Примеры ситуационных задач для проверки формирования компетенций

УК-2

1. В ходе первичного приема возникает подозрение на онкологическое заболевание. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-онкологу.
2. Состояние пациента ухудшилось. Проинформируйте пациента о переходе на этап паллиативного лечения.

УК-2

1. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
2. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Примеры типовых тестовых заданий для проверки формирования компетенций:

УК-1

- ТЗ 1. К основным методологическим подходам онкопсихологии НЕ относится:
- а) экзистенциальный

- b) **глубинный**
- c) когнитивно-поведенческий
- d) психодинамический

ТЗ 2. Основные методы диагностики эмоционального состояния онкологических пациентов:

- a) клинико-диагностическая беседа;
- b) наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента;
- c) психодиагностическое обследование;
- d) **все ответы верны.**

УК-1, УК-2

1. ТЗ 1. К нормальным психическим реакциям онкологических пациентов относятся:

- a) **аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания**
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов;
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения длительность более 6 мес;
- d) реакции избегания травмирующих лечебных процедур, отказ от диагностических обследований, пренебрежение рекомендациями лечащего врача.

2. ТЗ 2. Основные принципы психологической реабилитации онкологических пациентов:

- a) раннее начало реабилитационных мероприятий
- b) реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования, содействию адаптации пациента
- c) мотивированность пациента и его личная заинтересованность в реабилитационных мероприятиях
- d) **раннее начало реабилитационных мероприятий; реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования, содействию адаптации пациента; мотивированность пациента и его личная заинтересованность в реабилитационных мероприятиях**

УК-2

1. ТЗ 1. Способы поддержания психического и профессионального здоровья врача:

- a) самореализация и профессиональный рост
- b) регулярное участие в балинтовских группах
- c) соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом
- d) **самореализация и профессиональный рост; регулярное участие в балинтовских группах; соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом**

2. ТЗ 2. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие специалиста в сфере онкологии.

- a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность
- b) самореализация и профессиональный рост
- c) регулярные индивидуальные или групповые супервизии
- d) **регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; регулярные индивидуальные или групповые супервизии**

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (приложение 1 к рабочей программе).

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU»

(www.medlib.ru)

СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)

ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

Основная литература:

1. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html>
2. Степанов, В. Г. Клиническая психология. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых: учебное пособие для вузов / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 112 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/540196>
3. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/495715>

Дополнительная литература:

1. Онкология / Под ред. Чиссова В. И., Давыдова М. И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432846.html>
2. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html>
3. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э., Незнанов Н. Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>
4. Сестринский уход в онкологии: учебник для вузов / В. А. Лапотников [и др.]; ответственный редактор Н. Г. Петрова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 331 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/537500>

7. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:

- «Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для освоения дисциплины «Основы онкопсихологии» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Основы онкопсихологии» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в сведениях о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы онкопсихологии» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Основы онкопсихологии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ОНКОПСИХОЛОГИИ»**

Специальность ординатуры:	31.08.14 Детская онкология
Квалификация:	Врач – детский онколог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «ОСНОВЫ ОНКОПСИХОЛОГИИ»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Тема 1. Введение в онкопсихологию.	УК-1	КВ, ТЗ
Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	УК-1, УК-2	КВ, ТЗ
Тема 3. Взаимодействие с родственниками пациента.	УК-2	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	УК-2	КВ, ТЗ, СЗ
Подготовка реферативной работы	УК-1, УК-2	Р

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, СЗ-ситуационная задача*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенции – УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Критерий оценивания	Код и наименование универсальной компетенции
УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте; - методы и приемы онкопсихологии для применения в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, темы № 1, 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте; - использовать методы и приемы онкопсихологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ, СЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, темы № 1, СЗ, темы № 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения и профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей онкологических пациентов и их родственников; - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкопациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет:	Правильность ответа	Для текущего

	- использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами; - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников; - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкологических пациентов	на ТЗ, СЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	контроля: КВ, темы № 1, СЗ, темы № 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
--	--	--	---

КВ - контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р - реферат

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.

Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.
--	---

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, УК-2
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-1, УК-2

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

Тема 1. Введение в онкопсихологию. (УК-1)

Контрольные вопросы

1. Опишите направление «онкопсихология» в структуре психологической науки.
2. Роль онкопсихологии в медицине.
3. Опишите этапы развития онкопсихологии в мире.
4. Опишите этапы развития онкопсихологии в России.
5. Назовите основополагающие принципы онкопсихологии.
6. Назовите основные подходы онкопсихологии.
7. Назовите основные методы онкопсихологии.
8. Опишите взаимосвязь психики и онкологического заболевания.
9. Расскажите о взаимосвязи психики и соматики.
10. Расскажите о взаимосвязи отношения к здоровью и типа личности человека.

Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания. Специфика взаимодействия с онкологическим пациентом. (УК-1, УК-2)

Контрольные вопросы

1. Поясните экстремальный характер онкологического заболевания.
2. Поясните кризисный характер онкологического заболевания.
3. Дайте определение понятию «дистресс».
4. Назовите примерные формы онкологического заболевания.
5. Назовите степени тяжести онкологического заболевания.
6. Назовите этапы течения онкологического заболевания.
7. Считается, что при постановке онкологического диагноза, человек проживает те же состояния, что и при утрате близкого человека. Назовите этапы психической адаптации.
8. Опишите особенности восприятия онкологического заболевания на этапе активного лечения.
9. Назовите основные причины отказа пациента от лечения онкологического заболевания.
10. Опишите особенности восприятия онкологического заболевания на этапе восстановления.

Тема 3. Взаимодействие с родственниками онкологического пациента. (УК-2)

Контрольные вопросы

1. Назовите группы людей в категории «человек в ситуации онкологического заболевания».
 2. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации онкологического заболевания.
 3. Опишите роль семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
 4. Опишите признаки внутреннего неблагополучия семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
 5. Опишите особенности изменений внутри семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
 6. Назовите особенности переживания семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
 7. Назовите риски дезадаптации членов семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
 8. Назовите основные типы реагирования членов семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
 9. Назовите основные эффективные способы коммуникации по типу реагирования «родственник».
 10. Назовите основные эффективные способы коммуникации по типу реагирования «очевидец».
- Назовите основные эффективные способы коммуникации по типу реагирования «наблюдатель».

Ситуационные задачи

1. В ходе первичного приема возникает подозрение на онкологическое заболевание. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-онкологу.
2. Состояние пациента ухудшилось. Проинформируйте пациента о переходе на этап паллиативного лечения.
3. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. На приеме родственник взрослого пациента настаивает на утаивании диагноза от пациента. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами. (УК-2)

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие вторичной травматизации.
2. Расскажите о профилактике вторичной травматизации в работе врача.
3. Перечислите основные методы профилактики вторичной травматизации специалиста онкологического стационара.
4. Перечислите основные методы саморегуляции эмоционального напряжения.
5. Опишите алгоритм саморегуляции эмоционального напряжения.
6. Как связаны вторичная травматизация и синдром эмоционального выгорания.
7. Расскажите о синдроме эмоционального выгорания.
8. Перечислите основные факторы формирования эмоционального выгорания.
9. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
10. Расскажите о профилактике синдрома эмоционального выгорания врача.

Ситуационные задачи

1. В ходе приема диагностируется отрицательная динамика заболевания. Сообщите пациенту об этом.
2. Состояние пациента ухудшилось. Родственник пациента обвиняет врача и угрожает жалобой. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
3. На приеме родственник терминального пациента неудержимо рыдает. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент деконцентрирован, снова и снова переспрашивает о том, как ему жить. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. На приеме врач почувствовал острое раздражение на пациента. Сформулируйте ряд гипотез о причине раздражения. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Темы рефератов

1. Этапы развития онкопсихологии в мире.
2. Этапы развития онкопсихологии в России.
3. Основополагающие принципы онкопсихологии.
4. Направления и подходы в онкопсихологии.
5. Основные методы и задачи онкопсихологии.
6. Психика и онкологическое заболевание. Взаимосвязь и взаимовлияние.
7. Эпидемиология онкологической заболеваемости.
8. Актуальная статистика детской онкологии.
9. Понятие «онкологическое заболевание». Виды, методы лечения, этапы течения болезни.
10. Селье. Теория стресса.
11. Онкологическое заболевание как экстремальная и кризисная ситуация.
12. Особенности восприятия заболевания онкологическими пациентами.
13. Адаптация человека в ситуации онкологического заболевания.
14. Влияние бытовых заблуждений на раннюю диагностику заболевания.
15. Онкологическое заболевание и психическое здоровье человека.
16. Кюблер-Росс. Этапы адаптации к горю утраты.
17. Личко. Типы отношения к болезни.
18. Мясищев. Личность как система отношений.
19. Гнездилов. Психология и психотерапия потерь.
20. Этика и деонтология в онкологии.
21. Особенности восприятия заболевания родственниками онкологических пациентов.
22. Противоречия переживаний родственников онкологических пациентов.
23. Индивидуальный стиль переживаний родственников онкологических пациентов.
24. Родственник онкологического пациента как идентифицированный пациент.
25. Цели и задачи врача при взаимодействии с родственником онкологического пациента.
26. Цели и задачи онкопсихолога при взаимодействии с родственником онкологического пациента.
27. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу «родственник».
28. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу «очевидец».
29. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу «наблюдатель».

30. Особенности детско-родительского взаимодействия в ситуации онкологического заболевания.
31. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе диагностики.
32. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе лечения.
33. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе восстановления.
34. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе рецидива.
35. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе паллиативного лечения.
36. Управление конфликтом в практике врача.
37. Взаимодействие с трудным пациентом.
38. Индивидуальный стиль взаимодействия врача.
39. Этика в профессии врача.
40. Деонтология.
41. Вторичная психическая травма.
42. ПТСР.
43. Эмоциональное выгорание.
44. Маркеры вторичной травматизации врача.
45. Балинтовская группа.
46. Профессиональное выгорание специалистов и персонала в лечебных учреждениях онкологического профиля.
47. Специфика балинтовских сессий для специалистов в сфере онкологии
48. Почему я стал врачом.
49. Методы профилактики рисков вторичной травматизации врача.
50. Методы профилактики рисков эмоционального выгорания врача.

Тестовые задания

1. Онкопсихология – это:
 - a) процесс целенаправленного воздействия воспитателя на сознание и поведение воспитанника
 - b) управление процессом развития и социализации личности
 - c) процесс влияния на подрастающее поколение с целью передачи им культуры и опыта
 - d) деятельность человека, направленная на саморазвитие
2. Функциями онкопсихологии являются:
 - a) теоретическая, технологическая
 - b) контрольная, оценочная
 - c) практическая, нормативная
 - d) дидактическая, воспитательная
3. Предметом онкопсихологии является:
 - a) онкологическое заболевание
 - b) адаптация человека к ситуации онкологического заболевания
 - c) стресс как основной фактор формирования онкологического заболевания
 - d) психологические аспекты лечения онкологического заболевания
4. Объектом онкопсихологии является:
 - a) онкологическое заболевание
 - b) адаптация человека к ситуации онкологического заболевания
 - c) стресс как основной фактор формирования онкологического заболевания

d) психологические аспекты лечения онкологического заболевания

5. Первые исследования в области онкопсихологии в мире проводили:

- a) Пирогов
- b) Лурия
- c) Холланд
- d) Киссейн

6. Первые исследования в области онкопсихологии в России проводили:

- a) Зырянова
- b) Шиповников
- c) Чулкова
- d) Зырянова, Шиповников, Чулкова

7. Развитие онкопсихологии как науки определило:

- a) запрос на психологическую помощь в онкологии
- b) забота родственников о пациентах
- c) требование пациентов
- d) прогресс медицины

8. Теорию стресса сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Селье
- c) Олпорт
- d) Ганнушкин

9. Задачами онкопсихологии являются:

- a) глубинное исследование личности пациента
- b) научение пациента правильному реагированию на болезнь
- c) коррекция эмоционального напряжения человека в ситуации болезни
- d) профилактика стресса

10. Онкопсихология как наука

- a) сформировалась в Древней Греции в трудах Аристотеля
- b) сформировалась в XX веке после появления работ Лурии
- c) находится на этапе формирования
- d) сформировалась в XIX веке после работ Фрейда

11. Ведущими факторами влияния на восприятие болезни в онкопсихологии считаются

- a) особенности личности человека
- b) развитие медицины
- c) течение болезни
- d) настрой на борьбу с болезнью

12. Виды онкологического заболевания выделяются на основании:

- a) типов опухолевых клеток из которых развивается ЗНО
- b) локализации опухолевого процесса
- c) степени злокачественности новообразования
- d) распространенности опухолевого процесса на соседние органы или структуры

13. Онкологическое заболевание это:

- a) форма психосоматической реакции в ответ на пролонгированные стрессовые события в жизни пациента (развод, переезд, утрата близкого);
- b) системное, многофакторное заболевание, характеризующееся бесконтрольным ростом атипичных клеток
- c) результат снижения функции иммунной системы
- d) результат неправильного образа жизни пациента

14. Локализация злокачественной опухоли зависит от:

- a) ведущего психосоматического радикала в структуре психического реагирования пациента
- b) степени уязвимости органа или системы органов, генетических предпосылок
- c) локализация всегда случайна и не имеет связи с какими-либо факторами
- d) обиды на значимое лицо

15. Мишенями воздействия онкопсихолога в стационаре являются:

- a) коррекция ситуативных острых психических реакций
- b) адаптация пациента к новым условиям жизнедеятельности
- c) коммуникация пациента с врачом, близкими
- d) коррекция ситуативных острых психических реакций; адаптация пациента к новым условиям жизнедеятельности; коммуникация пациента с врачом, близкими

16. Ведущей технологией в работе онкопсихолога стационара является:

- a) психологическая коррекция
- b) суггестивные методы
- c) психологическая поддержка
- d) информирование пациента

17. Личностные особенности пациента влияют на:

- a) эффективность лечения
- b) качество жизни и степень адаптации к ситуации болезни и заболевания
- c) возникновение и течение заболевания
- d) длительность ремиссии

18. Болезнь ребенка это:

- a) трудная жизненная ситуация
- b) стрессовая ситуация
- c) ситуация психической травмы
- d) трудная жизненная ситуация; стрессовая ситуация; ситуация психической травмы

19. Метод коррекционного воздействия в онкопсихологии – это:

- a) способ стимулирования принятий решения путем предъявления эталона
- b) правильный для определенного заболевания способ отношения к болезни
- c) способ воздействия на сознание, волю и чувства онкологического пациента с целью адаптации к ситуации заболевания
- d) внушение мыслей, обеспечивающих излечение

20. К основным методологическим подходам онкопсихологии НЕ относится:

- e) экзистенциальный
- f) глубинный
- g) когнитивно-поведенческий
- h) психодинамический

21. К основным методам психологической диагностики эмоционального состояния онкологических пациентов не относится:

- a) клинико-психологическая беседа
- b) наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента
- c) психодиагностическое обследование
- d) нейропсихологическое обследование

22. К задачам взаимодействия врача с онкопсихологом не относится:

- a) маршрутизация пациента в случае подозрения на сильное эмоциональное напряжение
- b) запрос оценки эмоционального состояния пациента
- c) запрос построения оптимальной коммуникации с пациентом
- d) контроль действий онкопсихолога

23. Основной метод врачебной диагностики эмоционального состояния онкологических пациентов:

- a) клинико-психологическая беседа
- b) наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента
- c) психодиагностическое обследование
- d) нейропсихологическое обследование

24. Ситуация онкологического заболевания не относится к таким ситуациям как:

- a) кризисная ситуация
- b) экстремальная ситуация
- c) ситуация повышенного риска психической травмы
- d) чрезвычайная ситуация

25. К основным задачам психологического консультирования в онкологии не относится:

- a) прояснение проблемы, с которой столкнулся пациент
- b) информирование пациента о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности
- c) изучение онкопсихологом личности пациента, его потенциальных способностей, возможностей с целью выяснения того, сможет ли пациент самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой
- d) проведение патопсихологического обследования

26. При тяжелом соматическом состоянии онкологического пациента, онкопсихолог обязан проводить с данным больным процедуру:

- a) психотерапии
- b) психологического консультирования
- c) арт-терапии
- d) динамического наблюдения

27. Кризисная ситуация - это:

- a) внешнее давление обстоятельств на человека

- b) внутренний переломный процесс
- c) процесс принятия решений
- d) чрезвычайная ситуация

28. Экстремальная ситуация - это:

- a) внешнее давление обстоятельств на человека
- b) внутренний переломный процесс
- c) процесс принятия решений
- d) чрезвычайная ситуация

29. Онкологическое заболевание воспринимается пациентом как:

- a) Внешнее давление обстоятельств на человека
- b) Внутренний переломный процесс
- c) Ситуация дистресса
- d) Внешнее давление обстоятельств на человека; Внутренний переломный процесс; Ситуация дистресса

30. Онкологические заболевания условно можно разделить на:

- a) 2 формы
- b) 4 формы
- c) 5 форм
- d) 7 форм

31. Сколько степеней тяжести принято разделять в онкологии:

- a) 2
- b) 4
- c) 5
- d) 7

32. Сколько этапов у онкологического заболевания:

- a) 2
- b) 4
- c) 5
- d) 7

33. Сколько этапов адаптации к онкологическому заболеванию:

- a) 2
- b) 4
- c) 5
- d) 7

34. Теорию адаптации к горю утраты сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Кюблер-Росс
- c) Селье
- d) Мясищев

35. Отношение к болезни не является:

- a) новым отношением в системе отношений индивида
- b) индуктором изменений системы отношений
- c) субъективным восприятием болезни

d) объективной оценкой заболевания

36. Теорию «Личность как система отношений» сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Кюблер-Росс
- c) Селье
- d) Мясищев

37. Отношение к болезни не влияет на:

- a) течение болезни
- b) прогноз выздоровления пациента
- c) выживаемость пациента
- d) качество жизни пациента

38. Теорию отношения к болезни сформулировал:

- a) Мясищев
- b) Кюблер-Росс
- c) Селье
- d) Личко

39. К типу отношения к болезни не относится:

- a) эргопатическое
- b) ответственное
- c) сензитивное
- d) ипохондрическое

40. Качество жизни не является:

- a) состоянием, испытываемым индивидом
- b) субъективным удовлетворением индивида
- c) состоянием, выражаемым индивидом
- d) объективной оценкой течения заболевания

41. Качество жизни не включает в себя следующие параметры личности:

- a) физические
- b) психические
- c) духовные
- d) культуральные

42. Решающее значение на восприятие ситуации болезни оказывают:

- a) личностные особенности индивида
- b) тяжесть болезни
- c) психологическая поддержка
- d) информирование пациента

43. Для онкологического заболевания не характерны:

- a) витальная угроза
- b) высокий уровень неопределенности
- c) агрессивные методы лечения

d) гарантии выздоровления

44. К компонентам отношения к болезни не относится:

- a) эмоциональный
- b) мотивационный
- c) когнитивный
- d) стресс

45. Ядром переживания онкологического пациента является:

- a) желание вылечиться
- b) беспокойство за близких
- c) потребность в одобрении
- d) страх смерти

46. Сколько сформулировано фаз динамики психического состояния:

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) 5

47. К реактивным психическим состояниям онкологических пациентов относятся:

- a) аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения длительность более 6 месяцев
- d) реакции избегания травмирующих лечебных процедур, отказ от диагностических обследований, пренебрежение рекомендациями лечащего врача.

48. В синдром деморализации не включены переживания:

- a) беспомощности
- b) бессмысленности
- c) желания умереть
- d) вины

49. Направленная психологическая помощь онкологическому пациенту заключается в:

- a) исследовании анамнеза жизни пациента
- b) инициации осознания вытесняемых переживаний пациента
- c) психодиагностическом обследовании пациента
- d) нейропсихологическом обследовании пациента

50. Ситуация онкологического заболевания не актуализирует переживания:

- a) одиночества
- b) конечности жизни
- c) смысла жизни
- d) беспокойства за судьбу мира

51. Снижение эмоционального напряжения не отражается на уровне:

- a) когнитивном

- b) мотивационном
- c) адаптации к ситуации болезни
- d) культуральном

52. Онкологическое заболевание для родственника пациента – это ситуация:

- a) кризисная
- b) экстремальная
- c) непереносимая
- d) чрезвычайная

53. К окружению онкологического пациента не относятся:

- a) семья пациента
- b) коллеги пациента по работе
- c) сотрудники профильных медицинских учреждений
- d) сотрудники комитетов здравоохранения

54. Онкологическое заболевание не воспринимается родственником пациента как угроза:

- a) семейному укладу
- b) внутрисемейному гомеостазу
- c) утраты
- d) стигматизации семьи

55. Родственники онкологического пациента не переживают:

- a) страх разорения
- b) страх утраты
- c) страх смерти
- d) беспокойство за судьбы мира

56. Сколько этапов адаптация к ситуации онкологического заболевания у родственников пациентов:

- a) 2
- b) 4
- c) 5
- d) 7

57. Адаптация к ситуации онкологического заболевания у родственников пациентов носит характер:

- a) линейный
- b) гипертрофированный
- c) скачкообразный
- d) диффузный

58. К основным задачам в психологическом консультировании родственников онкологических пациентов не относятся:

- a) помощь членам семьи в обсуждении тяжелого заболевания
- b) помощь членам семьи в обсуждении тягостных изменений, обусловленных болезнью
- c) помощь членам семьи в обсуждении смерти и умирания
- d) воспитание членов семьи

59. Основой психологического консультирования родственников онкологических пациентов является:

- a) семейное консультирование
- b) консультирование пары
- c) воспитание семьи
- d) экспресс-консультирование в ситуации кризиса

60. Родственники онкологических пациентов должны:

- a) полностью посвятить себя пациенту
- b) обеспечить пациенту излечение болезни
- c) перераспределить ресурсы семьи в пользу пациента
- d) действовать по велению сердца

61. Родители детей-онкологических пациентов должны:

- a) полностью подчинить себя болезни ребенка
- b) полностью подчинить семью болезни ребенка
- c) полностью подчинить врачей выживанию своего ребенка
- d) проявлять заботу о своем психофизическом состоянии

62. Восприятие родственников пациентов изменений в связи с заболеванием в зависимости от этапа течения заболевания:

- a) не меняются
- b) меняются в зависимости от вида получаемого лечения
- c) меняются в зависимости от этапа лечения
- d) меняются в зависимости от динамики внутрисемейного взаимодействия

63. К нормальным психическим реакциям родственников онкологических пациентов не относятся:

- a) аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания значимого человека
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения пациента
- d) аффективные реакции, связанные с происходящим в мире

64. К основным принципам психологической реабилитации человека в ситуации онкологического заболевания не относятся:

- a) раннее начало реабилитационных мероприятий
- b) реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования человека
- c) личная заинтересованность человека в реабилитационных мероприятиях
- d) личная заинтересованность специалиста

65. Доминирующее вытесняемое чувство родственника онкологического пациента это:

- a) гнев
- b) жалость
- c) близость
- d) вина

66. Депрессивные состояния не включают чувство:

- a) беспомощности

- b) безнадежности
- c) вины
- d) гнева

67. Бессознательное чувство вины на поведенческом уровне может проявляться:

- a) подавленностью
- b) аффектом
- c) агрессией
- d) подавленностью; аффектом; агрессией

68. Преодолеть реактивное депрессивное состояние помогает:

- a) наставительная позиция
- b) игнорирующая позиция
- c) сочувствующая позиция
- d) нейтральная принимающая позиция

69. В функции коммуникации врача с родственником пациента не входит:

- a) воспитательная
- b) просветительская
- c) информационная
- d) поддерживающая

70. Ведущим фактором, влияющим на психическую адаптацию человека в ситуации онкологического заболевания, не является:

- a) тип отношения к болезни
- b) тип совладающего поведения и копинг стратегии
- c) принятие реальности ситуации заболевания
- d) этап заболевания

71. К патологическим психическим реакциям человека в ситуации онкологического заболевания не относятся:

- a) психические реакции длительностью от 3-6 месяцев
- b) психические реакции, приводящие к социальной и психической дезадаптации
- c) психические реакции, укладывающиеся в клиническую симптоматику психических расстройств
- d) реактивные психические состояния

72. Тип реагирования «родственник» характеризуется:

- a) подлинной близостью с пациентом
- b) вовлеченностью в ситуацию болезни с локусом беспокойства «за себя»
- c) эмоциональной дистантностью относительно пациента
- d) изоляцией пациента

73. Тип реагирования «очевидец» характеризуется:

- a) подлинной близостью с пациентом
- b) вовлеченностью в ситуацию болезни с локусом беспокойства «за себя»
- c) эмоциональной дистантностью относительно пациента
- d) изоляцией пациента

74. Тип реагирования «наблюдатель» характеризуется:

- a) подлинной близостью с пациентом

- b) вовлеченностью в ситуацию болезни с локусом беспокойства «за себя»
- c) эмоциональной дистантностью относительно пациента
- d) изоляцией пациента

75. При психологическом консультировании родственник пациента рассматривается как:

- a) пациент
- b) гарант удобства пациента
- c) гарант эмоциональной стабильности пациента
- d) идентифицированный пациент

76. Вторичная травматизация не является:

- a) влияние рассказов жертв чрезвычайных ситуаций на психику психолога
- b) влияние чувств пациентов в ситуации болезни на психику врача
- c) индуцирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента
- d) исключительным событием в практике специалиста

77. Вторичная травматизация характеризуется:

- a) скрытым накапливанием эмоционального напряжения
- b) внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения
- c) устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
- d) сверхсильным воздействием протогониста

78. Вторичная травматизацию:

- a) следует избегать
- b) невозможно избежать
- c) стыдно признавать
- d) нельзя профилактировать

79. Вторичная травматизация не характерна для профессии:

- a) сотрудника МЧС
- b) психолога
- c) врача
- d) бухгалтера

80. Вторичная травматизация и эмоциональное выгорание:

- a) разные названия одного и того же явления
- b) взаимосвязанные явления
- c) взаимоисключающие явления
- d) схожие явления

81. Эмоциональное выгорание не является:

- a) индуцирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента
- b) неадаптивная реакция на стресс
- c) результат фрустрации врача
- d) исключительным событием в практике специалиста

82. Эмоциональное выгорание характеризуется:

- a) скрытым накапливанием эмоционального напряжения
- b) внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения

- c) устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
- d) сверхсильным воздействием протогониста

83. Эмоциональное выгорание:

- a) следует избегать
- b) невозможно избежать
- c) стыдно признавать
- d) нельзя профилактировать

84. Эмоциональное выгорание характерно для профессии:

- a) психолога
- b) врача
- c) бухгалтера
- d) специалиста в сфере коммуникации

85. К уровням профилактики эмоционального выгорания не относится

- a) личностный
- b) профессиональный
- c) организационный
- d) культуральный

86. К основным подходам в профилактике эмоционального выгорания не относятся:

- a) снижение уровня стресса
- b) осознание смысла работы
- c) осознание смысла жизни
- d) фармакологический

87. Эффективная коммуникация не является:

- a) фактором профилактики эмоционального выгорания
- b) признаком профессионализма
- c) признаком личностной зрелости человека
- d) признаком манипулятивности личности

88. Эффективная коммуникация не включает в себя:

- a) осознание специалистом собственных мотивов
- b) реалистичность ожиданий специалиста
- c) понимание специалистом особенностей целевой группы
- d) склонность к манипулятивности

89. Основные способы саморегуляции эмоционального напряжения не включают в себя:

- a) изменение тонуса скелетных мышц
- b) активное включение представлений и чувственных образов
- c) использование программирующей и регулирующей роли слова
- d) фармакотерапию

90. Эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной угрозы, называется:

- a) астения
- b) депрессия

- c) тревога
- d) стресс

91. К личностным факторам риска профессионального выгорания относят:

- a) слабый тип нервной системы
- b) устойчивую стрессирующую нагрузку
- c) генетическая предрасположенность
- d) анамнез жизни специалиста

92. К методам профилактики синдрома эмоционального выгорания не относятся:

- a) улучшение навыков профессиональной коммуникации
- b) формирование паттерналистической тенденции
- c) формирование антипатерналистической тенденции
- d) освоение навыков саморегуляции

93. Эффективная коммуникация с ребенком дошкольного возраста подразумевает:

- a) сдержанное общение
- b) игровое общение
- c) общение через представителя ребенка
- d) подчеркнуто добродушное общение

94. Трудная информация не должна сообщаться пациенту:

- a) просто и четко
- b) нейтрально
- c) дозированно тепло
- d) на бегу

95. Взаимодействие с пациентом в состоянии дистресса не должно быть:

- a) уважительным
- b) дозированно теплым
- c) простым и доступным
- d) отстраненным

96. Профессиональная позиция врача паллиативной медицины не включает:

- a) принятие неизбежности физической смерти
- b) принятие нормативности реакций горя
- c) толерантность к любым религиозным направлениям
- d) ощущение сверхзначимости жизни

97. Профессиональная позиция врача, сообщającego об отрицательной динамике заболевания не включает в себя:

- a) уважение к пациенту
- b) доверие адаптивным ресурсам пациента
- c) уверенность в положительных аспектах информирования
- d) обесценивание реакции горя пациента

98. Трудную информацию врач не должен сопровождать фразой:

- a) Все будет хорошо
- b) Вы не должны расстраиваться

- с) Позитивный настрой – залог здоровья
- d) Что Вам сейчас важно уточнить или обсудить?

99. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие специалиста в сфере онкологии:

- a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность;
- б) самореализация и профессиональный рост;
- с) периодическое участие в Балинтовских сессиях
- d) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; периодическое участие в Балинтовских сессиях

100. Балинтовская сессия не является:

- a) эффективным методом профилактики профессионального выгорания врача
- б) эффективным методом осознания вторичной травматизации врача
- с) методом, включающий в себя элементы развития коммуникативных навыков врача
- d) основным методом коррекции невротического состояния.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО
Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 04/2025
«15» апреля 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Шляхто
«28» апреля 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

(наименование дисциплины)

Уровень
профессионального
образования
Специальность

Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации

31.08.14 Детская онкология
(код специальности и наименование)

Факультет

Лечебный факультет
(наименование факультета)

Кафедра

Кафедра психологии
(наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час/зач.ед.)

Рабочая программа дисциплины «Психологические аспекты медицинской реабилитации» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1056 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- учебным планом по специальности 31.08.14 Детская онкология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

СОСТАВИТЕЛИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Щукина Мария Алексеевна	д.пс.н.	И.о. заведующего кафедрой психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Великанов Арсений Апетович	к.психол.н., доцент	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Психологические аспекты медицинской реабилитации» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии «28» января 2025 г., протокол № 5/2024-2025.

Рабочая программа дисциплины «Психологические аспекты медицинской реабилитации» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «15» апреля 2024 г., протокол № 04/2025.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина посвящена роли психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов различного профиля. Рассматриваются результаты современных исследований адаптации личности к ситуации жизнеугрожающего заболевания или оперативного вмешательства, уделяется внимание рискам дестабилизации эмоционального состояния, снижения мотивации к выполнению медицинских рекомендаций, нарушения общего психологического и социально-психологического благополучия пациентов в период восстановительного лечения. Выделяются особенности реабилитации детей, лиц пожилого возраста и инвалидов с учетом психологии данных групп пациентов. Анализируются основные «мишени» психологического вмешательства в процессе реабилитации: стресс, тревожные и депрессивные состояния и расстройства, враждебность, личностный тип Д, пессимистичность, низкий уровень социальной поддержки и социальная изоляция. Дается представление об основных методах психологической помощи на этапе реабилитации, включая возможности индивидуального и группового, очного и онлайн сопровождения.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование представлений ординаторов о роли психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов различного профиля и об основных методах психологической помощи на этапе реабилитации.

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать представление об основных задачах психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий.
2. Изучить этапы психологической адаптации человека к ситуации реабилитации.
3. Рассмотреть принципы и приемы конструктивного взаимодействия врача с человеком в период реабилитации и его родственниками.
4. Познакомить ординаторов с методами психологической помощи на этапе реабилитации, включая возможности индивидуального и группового, очного и онлайн сопровождения.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Психологические аспекты медицинской реабилитации» относится к дисциплинам по выбору вариативной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.14 Детская онкология.

Междисциплинарные и внутродисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:
- «Педагогика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных компетенций (УК).

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
Универсальные компетенции	УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
		Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
Реабилитационная деятельность	ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знает: - методы и приемы применения психологии реабилитации для применения в профессиональной деятельности у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
		Умеет: - использовать методы и приемы применения психологии реабилитации в профессиональной деятельности у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р – реферат

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
	2	2
Из них на практическую подготовку в час. *	33	33

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование тем дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостояте льная внеаудитор ная работа	Всего	Из них на практичес кую подготовк у в час. *
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1. Введение в психологию реабилитации.	2	4	8	14	6
Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	2	8	12	22	10
Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	2	8	12	22	10
Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	-	4	10	14	7
ИТОГО	6	24	42	72	33

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и 50% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1						
Тема 1.	Введение в психологию реабилитации.	2	Психология реабилитации как междисциплинарная область науки и практики. Цель и задачи психологии реабилитации. Методы диагностики когнитивного и эмоционального статуса пациента в период реабилитации. Методы психологической помощи на этапе реабилитации. Возможности индивидуального и группового сопровождения в период реабилитации. Очный и онлайн формат психологического сопровождения.	УК-1, ПК-8	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 2.	Психология пациента на этапе реабилитации.	2	Ситуация реабилитации как событие в жизни человека. Отношение к реабилитации. Особенности отношения к болезни на этапе реабилитации. Этапы психологической адаптации к режиму реабилитации. Проблема комплаенса на этапе реабилитации. Психологические факторы и приемы формирования комплаенса.	УК-1, ПК-8	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 3.	Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	-	Психологическая специфика реабилитационного периода для пациентов различного профиля.	УК-1, ПК-8	Мультимедийная презентация	КВ
ВСЕГО		6				

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП *	Содержание темы занятия	Формируемые компетенции	Формы и методы текущего контроля
Курс 1							
1.	Семинар	Введение в психологию реабилитации.	4	2	Методы диагностики когнитивного и эмоционального статуса пациента в период реабилитации. Методы психологической помощи на этапе реабилитации. Возможности индивидуального и группового сопровождения в период реабилитации. Очный и онлайн формат психологического сопровождения.	УК-1, ПК-8	КЗ
2.	Семинар	Психология пациента на этапе реабилитации.	4	2	Ситуация реабилитации как событие в жизни человека. Отношение к реабилитации. Особенности отношения к болезни на этапе реабилитации. Этапы психологической адаптации к режиму реабилитации.	УК-1, ПК-8	СЗ, КЗ
	Семинар		4	2	Проблема комплаенса на этапе реабилитации. Психологические факторы и приемы формирования комплаенса.	УК-1, ПК-8	КЗ
3.	Практическое занятие	Психологические аспекты реабилитации при различных нозологиях.	4	2	Психологическая специфика реабилитационного периода для пациентов различного профиля: при сердечно-сосудистых заболеваниях, при заболеваниях органов дыхания и пищеварения, при заболеваниях кожи и инфекционных заболеваниях. Психологическая специфика реабилитационного периода в неврологии, хирургии, акушерстве и гинекологии.	УК-1, ПК-8	П
		Психологические аспекты реабилитации пациентов различного типа.	4	2	Психологические аспекты реабилитации пациентов разного возраста. Особенности психологии детей и подростков в ситуации реабилитации. Психологическая специфика реабилитационного процесса для пожилых людей. Психологические особенности реабилитации инвалидов.	УК-1, ПК-8	П
4.	Практическое занятие	Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	4	2	Понятие «синдром выгорания». Факторы профессионального выгорания. Методы профилактики синдрома выгорания в работе врача. Способы эмоциональной и смысловой саморегуляции врача.	УК-1, ПК-8	КЗ
ВСЕГО			24	12			

СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций, КЗ – контрольные задания

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

4.5. Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	Формируемые компетенции
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	10	УК-1, ПК-8

Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	11	УК-1, ПК-8
Подготовка презентаций, выполнение контрольных заданий, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	21	УК-1, ПК-8

Самостоятельная проработка некоторых тем – не предусмотрена

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения
6. Технологии игрового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего и промежуточного контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств				
		КВ	КЗ	ТЗ	СЗ	П
Текущий контроль	Тема 1. Введение в психологию реабилитации.	10	1	15		-
	Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	10	2	15	22	-
	Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	15	-	15	-	15
	Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	10	1	15		
Промежуточная аттестация по дисциплине – зачет		45	4	60	22	15

КВ – контрольные вопросы, КЗ- контрольные задания, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций.

5.2. Организация текущего контроля знаний

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Тема 1. Введение в психологию реабилитации.	УК-1, ПК-8	КВ, КЗ
2.	Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	УК-1, ПК-8	КВ, КЗ, СЗ
3.	Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	УК-1, ПК-8	КВ, П
4.	Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	УК-1, ПК-8	КВ, КЗ

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций, КЗ—контрольные задания

5.3. Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1, ПК-8	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1, ПК-8	КВ

3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1, ПК-8	КВ
----	--	------------	----

КВ – контрольные вопросы.

5.4. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-8

ТЗ – тестовые задания

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:

«Зачтено» – при условии положительных результатов на 1, 2 этапе.

«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Тестирование. Тестовая база содержит 60 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут.

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

Типовые оценочные средства.

Примеры типовых контрольных вопросов

для проверки формирования компетенций

Компетенции УК-1, ПК-8

1. Раскройте роль психологического сопровождения в период реабилитации.
2. Назовите особенности восприятия пациентами изменений в связи с заболеванием в зависимости от этапа течения заболевания.
3. Перечислите этапы психологической адаптации пациента к ситуации реабилитации.
4. Перечислите методы формирования комплаенса пациентов в период реабилитации.

Примеры ситуационных задач

для проверки формирования компетенций

Компетенции УК-1, ПК-8

1. Создайте психодиагностический комплекс для экспресс-оценки когнитивного статуса пациента неврологического профиля.
2. Предложите комплекс методов экспресс-оценки эмоционального статуса пациента на этапе реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда.

3. На приеме пациент ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. Предложите комплекс приемов психологической самопомощи при выявлении первичных симптомов выгорания врача.
6. Разработайте программу приемов психологической помощи при выявлении симптома эмоционального истощения врача.

Примеры типовых тестовых заданий для проверки формирования компетенций

Компетенции УК-1, ПК-8

ТЗ 1. Главная цель психологической помощи детям и подросткам заключается в:

- a) повышении качества жизни детей и подростков;
- b) развитии методического инструментария в работе с детьми;
- c) **поддержании психологического здоровья детей;**
- d) в планировании учебной программы образовательного учреждения.

ТЗ 2. Основные методы диагностики эмоционального состояния онкологических пациентов:

- a) клинико-диагностическая беседа;
- b) наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента;
- c) психодиагностическое обследование;
- d) **клинико-диагностическая беседа; наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента; психодиагностическое обследование.**

ТЗ 3. К нормальным психическим реакциям онкологических пациентов относятся:

- a) **аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания**
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов;
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения длительность более 6 мес;
- d) реакции избегания травмирующих лечебных процедур, отказ от диагностических обследований, пренебрежение рекомендациями лечащего врача.

ТЗ 4. Основные принципы психологической реабилитации онкологических пациентов:

- a) раннее начало реабилитационных мероприятий
- b) реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования, содействию адаптации пациента
- c) мотивированность пациента и его личная заинтересованность в реабилитационных мероприятиях
- d) **раннее начало реабилитационных мероприятий; реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования, содействию адаптации пациента; мотивированность пациента и его личная заинтересованность в реабилитационных мероприятиях**

ТЗ 5. Способы поддержания психического и профессионального здоровья врача:

- a) самореализация и профессиональный рост
- b) регулярное участие в балинтовских группах
- c) соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом
- d) **самореализация и профессиональный рост; регулярное участие в балинтовских группах; соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом**

ТЗ 6. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие специалиста в сфере здравоохранения.

- a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность
- b) самореализация и профессиональный рост
- c) регулярные индивидуальные или групповые супервизии
- d) **регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; регулярные индивидуальные или групповые супервизии**

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (приложение 1 к рабочей программе).

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU»

(www.medlib.ru)

СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)

ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

Основная литература:

1. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васиљевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html>
2. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация: учебник для вузов / И. В. Ильина. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/512106>
3. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация. Практикум: учебное пособие для вузов / И. В. Ильина. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/51391>

Дополнительная литература:

1. Клиническая психология. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых: учебное пособие для вузов / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/493457>
2. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/495715>
3. Ачкасов, Е. Е. Психологические аспекты медицинской реабилитации: учебное пособие / под ред. Ачкасова Е. Е., Твороговой Н. Д. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446010.html>
4. Авдиенко, Г. Ю. Психологическая коррекция и реабилитация участников боевых действий: учебник и практикум для вузов / Г. Ю. Авдиенко. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/516159>
5. Степанов, В. Г. Клиническая психология. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых: учебное пособие для вузов / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/515657>

7. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Методические материалы по дисциплине « Психологические аспекты реабилитации » для специальности 31.08.14 Детская онкология / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

«Психологические аспекты реабилитации» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Психологические аспекты реабилитации» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в сведениях о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Психологические аспекты реабилитации» соответствует требованиям ФГОС ВО 31.08.14 Детская онкология программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Психологические аспекты реабилитации» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

Специальность:	31.08.14 Детская онкология
Квалификация:	Врач – детский онколог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2025

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Психологические аспекты медицинской реабилитации»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Тема 1. Введение в психологию реабилитации.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, КЗ
Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, КЗ, СЗ
Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, П
Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, КЗ

* *Оценочные средства: КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций, КЗ—контрольные задания*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате изучения дисциплины

Компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10 слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10 слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знает: - методы и приемы применения психологии реабилитации для применения в профессиональной деятельности у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10 слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - использовать методы и приемы применения психологии реабилитации в профессиональной деятельности у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10 слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Оценка	Собеседование по контрольным вопросам	Решение ситуационной задачи	Выполнение контрольного задания	Подготовка презентации
Не зачтено	В ответе демонстрируются крайне фрагментарные знания в рамках учебной программы; студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины; не владеет минимально необходимой терминологией; допускает грубые логические ошибки, отвечая на вопросы преподавателя, которые не может исправить самостоятельно.	Некорректное решение ситуационных задач без соответствия с эталонами ответов	Задание не выполнено, задание выполнено не в соответствии с пунктами задания	Презентация по теме не из предложенного списка, содержит менее 10 слайдов. Отсутствуют ссылки на источники. Используются публикации старше 10 лет
Зачтено	В процессе ответа демонстрируется системность и глубина знаний; отмечается точное, корректное использование научной терминологии; стилистически правильное изложение материала; ответ обоснован, аргументирован. Корректные ответы на дополнительные, уточняющие вопросы преподавателя по темам, предусмотренным учебной программой, смежным с контрольными вопросами.	Некорректное решение ситуационных задач в соответствии с эталонами ответов	Корректное выполнение по всем пунктам задания	Презентация по теме из предложенного списка, содержит 10 — 15 слайдов. Имеют ссылки на используемую литературу. Используются публикации по теме за последние 10 лет

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Оценка	Решение тестовых заданий
Неудовлетворительно	70% и менее верных ответов
Удовлетворительно (зачет)	71-80% верных ответов
Хорошо (зачет)	81-90% верных ответов
Отлично (зачет)	91-100% верных ответов

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-8

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**

КВ – контрольные вопросы

СЗ – ситуационные задачи
КЗ – контрольные задания
П – темы для презентаций

Тема 1. Введение в психологию реабилитации (УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте психологию реабилитации как междисциплинарную область науки и практики, медицины и психологии.
2. Назовите цель и задачи психологии реабилитации.
3. Раскройте роль психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий.
4. Перечислите этапы психологического сопровождения пациента на этапе реабилитации.
5. Приведите примеры показаний к прохождению психологической реабилитации пациентов соматической клиники.
6. Укажите методы диагностики эмоционального статуса пациента в период реабилитации.
7. Укажите методы диагностики когнитивного статуса пациента в период реабилитации.
8. Перечислите методы психологической помощи на этапе реабилитации.
9. Раскройте возможности индивидуального и группового сопровождения в период реабилитации.
10. Опишите специфику очного и онлайн форматов психологического сопровождения в период реабилитации.

Контрольное задание

Интерпретация и анализ результатов методики «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» Э.Н. Мак Коннахью и соавт. в адаптации В.М. Ялтонского для планирования реабилитационного процесса с учетом мотивации личности к лечению.

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).

1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики мотивации к изменению, которую часто используют для выявления мотивации реабилитации.
2. Заполните опросник «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд».
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросника.
4. Сформируйте психологическое заключение с учетом полученного мотивационного профиля личности.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации с связи с выявленными особенностями мотивации к изменению пациента.

Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации (УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы

1. Раскройте представление о болезни как о трудной жизненной ситуации?
2. В каких случаях болезнь можно рассматривать как психотравмирующее событие?
3. Каковы наиболее общие факторы, определяющие психологические особенности пациента?
4. В чем различия понятия «состояние здоровья» и «самочувствие»?
5. Как определяется понятие «внутренняя картина болезни»?
6. Какие способы диагностики отношения к болезни Вы знаете?
7. Каковы компоненты отношения к болезни и факторы, влияющие на формирование отношения к заболеванию?
8. Назовите основные типы отношения к болезни, раскройте их содержательную характеристику.
9. В чём заключается психологическое воздействие госпитализации?

10. Раскройте понятие психологической адаптации пациента к заболеванию.

Контрольное задание № 1

Интерпретация и анализ результатов методики «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова) для планирования реабилитационного процесса с учетом типа отношения пациента к заболеванию.

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).

1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики отношения к болезни, структурой опросника ТОБОЛ.
2. Заполните опросник ТОБОЛ.
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросника.
4. Сформируйте психологическое заключение с учетом полученного типологического профиля отношения к болезни.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации с связи с выявленными особенностями отношения к болезни.

Контрольное задание № 2

Интерпретация и анализ результатов психодиагностических методик для оценки комплаентности для планирования реабилитационного процесса с учетом мотивации личности к лечению.

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).

1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики комплаентности на примере методик: Опросник «Уровень комплаентности» (Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук), Тест комплаентности Мориски-Грин и Шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК НИПНИ им. В. М. Бехтерева).
2. Выполните вышеназванные методики.
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросников.
4. Выполните сравнительный анализ результатов методик, оцените возможности и ограничения их применения в реабилитации пациентов в связи с Вашей специальностью.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации с связи с выявленными особенностями комплаентности.

Ситуационные задачи (УК-1, ПК-8)

Инструкция. Внимательно прочитайте текст задачи, определите тип отношения к болезни (реакцию на болезнь).

Задача 1

У больной, 19 лет, с полным средним образованием, обнаружена положительная реакция Вассермана. Не отрицая случайных половых связей и указывая, что около месяца назад у нее были высыпания на теле, которые прошли сами собой, категорически отказалась от лечения, и не вняла объяснениям медицинского персонала. Вечером рассказала подруге, плача от обиды, что ее заставляют лечить “позорную болезнь”, какой у нее нет и быть не может.

Определите тип реакции на болезнь.

Задача 2

Больная М., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования. Постоянно жаловалась на сильное недомогание, головную боль, сильную тошноту и связывала данные

симптомы с индивидуальной непереносимостью наркоза, несмотря на нормальные показатели всех проведенных исследований.

Определите тип реакции на болезнь.

Задача 3

Больной 45 лет, инженер, был направлен на стационарное обследование с подозрением на опухолевый процесс в легком. После проведения флюорографии, когда диагноз подтвердился, больному была рекомендована операция. Он категорически отказался от оперативного лечения, хотя врач рассказал о предполагаемом характере опухоли и последствиях. После этого больной самовольно ушел из стационара, жене сообщил, что не совсем грамотные врачи приняли последствия перелома ребер в юношеском возрасте за онкологическое заболевание и хотели оперировать его с другими “раковыми” больными.

Определите тип реакции на болезнь.

Задача 4

Пожилую женщину, лет 60, проживающую в деревне, приводят к терапевту родственники. Родственники беспокоятся за здоровье женщины. Они сообщают, что у пациентки есть проблемы с сердцем. Врач назначает обследование, при котором выясняется, что у пациентки действительно есть проблемы с сердцем. Врач назначает лечение - уколы, лекарства, физиолечение. Однако пациентка отказывается наблюдаться у врача, соблюдать рекомендации. Объясняя свое поведение тем, что это не болезнь, а последствия погрешностей в соблюдении поста. Сообщает, что пойдет в церковь, помолится и «все пройдет». **Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациент?**

Задача 5

Елена С., 16 лет находится на стационарном лечении в детском отделении наркологического диспансера повторно. Разница в дате выписки и поступления 7 дней. Употребляет героин с 12 лет. Имеет две условные судимости, за кражи. Воспитывается в полной, обеспеченной семье. Направлена на лечение по настоянию родителей. Сама считает себя здоровым человеком. Помимо медикаментозного лечения проходит индивидуальную и групповую психотерапию в условиях стационара. На вопрос психотерапевта, почему снова поступила в больницу, отвечает: «Да просто захотела наркотик, и родители опять заставили лечиться». **Определите тип отношения к болезни.**

Задача 6

Екатерина Г., 34 года поступила на лечение в стационар в плановом порядке с ранее установленным диагнозом «Эпилепсия с частыми простыми и сложными парциальными и редкими вторично-генерализованными судорожными припадками». Страдает эпилепсией с 13 лет. Инвалид детства. В настоящее время не работает официально. На вопрос психолога «Чем занимаетесь дома?», пациентка отвечает: «Помогаю, матери и бабушке по хозяйству, хожу по магазинам и пишу стихи на заказ... хочу быть нужной людям... стараюсь жить и быть счастливой». Утверждает, что старается выполнять все медицинские рекомендации. В результате экспериментально-психологического исследования психологом было выявлено отсутствие нарушений в когнитивной сфере, интеллектуальные функции сохранены.

Определите имеющиеся тип отношения к болезни.

Задача 7. Больной К., 47 лет, поступил в стационар с приступом стенокардии. Отмечается постоянное напряжение и тревожность в отношении своего заболевания. Все время сомневается в эффективности лечения. Требуется консультаций у других врачей отделения. Больной часто проявляет интерес к результатам анализов и мнительность по поводу возможных осложнений. Постоянно интересуется об альтернативных методах лечения. Настроение чаще подавленное. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 8. Больная Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. При поступлении в стационар сразу заявила, что ее кто-то сглазил. Больная очень подозрительна и насторожена к получаемой терапии и к лечебным процедурам. Как-то после очередного укола почувствовала недомогание и обвинила медицинский персонал в стремлении ухудшить ее состояние и тем самым, усугубить тяжесть заболевания. **Определите тип отношения к болезни у данной больной.**

Задача 9. Определите тип внутренней картины болезни

Вера К., 16 лет: «Мне поставили диагноз о. гайморит. Из медицинской литературы я узнала, что это заболевание лечится путем оперативного вмешательства. Я боюсь осложнений, мне страшно об этом думать. Мне будут делать операцию в носу, а вдруг они заденут мозг и что-нибудь не так сделают. А вдруг я умру! Доктор прописал мне лекарства. Я их пью каждый день. Я хочу, чтобы само все прошло, боюсь операции». **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 10. Определите тип внутренней картины болезни

Роберт М., 13 лет, перелом ноги: «Мы прыгали в сугробы, и я прыгнул на бетон. Не заметил, под снегом не видно. Я сломал себе бедро и теперь лежу в больнице. У меня гипс, и я лежу в кровати и никуда не хожу – мне нельзя двигаться. Это нужно для того, чтобы кости правильно срослись. Доктор сказал, что тогда я скорее поправлюсь. Он выписал мне витамины, чтобы я выздоравливал. Я настроен вылечить свою ногу». **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 11

Больной Л. 25 лет. Хр. гастрит с повышенной секрецией. Периодически беспокоят изжога, боли в эпигастрии, проходящие после приема пищи. Больной не акцентирует внимание на своем заболевании. Говорит, что ему некогда болеть и он не может тратить время на пустые обследования. Болевые симптомы заглушает обезболивающими препаратами. Больной с крайней ответственностью относится к своей работе и проводит там большую часть суток. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 12

Больной Б. 60 лет. Перенес инсульт. Был парализован, но со временем левая рука восстановила свои функции. Был выписан домой. Дома чувствует себя не комфортно, ему кажется, что он в тяжесть своей семье. Переживает, что родственники считают, что он стал «совсем ущербным, несостоятельным». Больной боится лишней раз побеспокоить их какой-либо просьбой. Думает, что он мешает близким жить полноценной жизнью, чувствует себя лишним в семье. Подавлен. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 13

Больной Г. 42 года. Диагноз – сифилис. Проходит лечение на венерическом отделении. Настроение мрачное и озлобленное. Работал продавцом на рынке. Как рассказывал сам, после того, как узнал свой диагноз, решил отомстить людям за болезнь. Для этого он пропитывал тряпку своей мочой и обтирал ею фрукты, которые продавал, надеясь, что они тоже заразятся сифилисом. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 14

Больной Т. 40 лет. Язва желудка. Поступил в стационар с болями в эпигастрии, изжогой, отрыжкой и общим недомоганием. Несмотря на проведенное обследование и поставленный диагноз, считает, что у него онкология. Предпочитает нетрадиционное лечение: (урилотерапия, гирудотерапия). В успех традиционного лечения не верит. Постоянно обнаруживает у себя неприятные ощущения от лекарств и процедур. Больной лечащему врачу не доверяет и часто просит консультаций у других специалистов, более авторитетных, по его мнению. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 15

К Вам в госпиталь привезли пациента 40 лет с подозрением на инфаркт. Пациент был доставлен прямо с работы, где он занимает ответственную руководящую должность. В ходе сбора анамнеза выяснилось, что пациент уже 4 года не был в отпуске, на больничном за последние 10 лет был только один раз 3 года назад с острым аппендицитом и выписался через 3 дня, с неснятыми швами, так как необходимо было присутствовать на важном совещании. Боли в сердце его беспокоят уже пару месяцев, периодически повышается давление, есть боли в районе желудка, но он не обращал на них внимания, так как ему «некогда заниматься всякой ерундой, потому что очень много работы, которую некому больше делать».

Какой тип отношения к болезни демонстрирует врачу пациент?

Задача 16

Больной С. 19 лет. Новообразование правой почки. Врачи прописали, кроме лекарств, режим и диету. Юноша рекомендации врачей не соблюдает, нарушает диету: пьет пиво, ест острое, соленое, копченое. Жизнь свою не меняет, ведет разгульный образ жизни, чрезмерно занимается спортом. Больной агрессивен, матери грубит и говорит, что будет жить так, как посчитает нужным. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 17

Больная К. 41 год. При сборе анамнестических данных, выяснено, что больная является общительным человеком, постоянно стремится занять главенствующее положение в любом коллективе. В больнице постоянно старается различными способами привлечь к себе внимание медицинского персонала и больных. Выставляет напоказ свои страдания и переживания, при отсутствии реакции на ее состояние, начинает плакать. Требуется признания своей исключительности. От родных требует постоянной заботы в отношении себя и часто упрекает их в недостаточном сочувствии к ее плохому состоянию.

Определите тип отношения к болезни у данного больного

.

Задача 18

Беременная 26 лет, срок беременности 14 недель, поступила на отделение эндокринной гинекологии с диагнозом угроза прерывания беременности, токсикоз первой половины беременности. Капризна, требует к себе повышенного внимания, на второй день пребывания на отделении начала говорить, что лечение не помогает, она не чувствует никакого улучшения, утром накричала на процедурную медсестру, потому что та, по словам пациентки, очень больно взяла у нее кровь, потом расплакалась попросила прощения.

Определите тип отношения к болезни.

Задача 19

Пациентка К. 36 лет, беременность 8 недель, поступила на отделение гинекологии с начавшимся выкидышем. Из анамнеза: беременность 4-ая, предыдущие три закончились выкидышем на раннем сроке. При госпитализации утверждала, что она здесь ненадолго, что это не выкидыш, а простое нарушение гормонального баланса. На назначенное выскабливание отреагировала негативно, убеждала, что знает, как протекает выкидыш, а в этот раз все происходит по-другому и она точно уверена в нормальном развитии беременности.

Определите тип отношения к болезни.

Задача 20

У девушки болит зуб, реагируя на изменение температуры, твердое и т.д. на прием к стоматологу пациентка не идет, т. к. сильный завал на работе и времени катастрофически не хватает. К профессиональным обязанностям относится очень ответственно и готова работать

сверхуточно ради идеального выполнения каждой мелочи. **Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациентка?**

Задача 21

Больной М. 41 год, поступил в инфекционную больницу с диагнозом: Гепатит В. Со слов соседей по палате, постоянно лежит с тоскливым выражением лица. Постоянно рассуждает о безысходности своего положения и о плачевном исходе, в связи с данным диагнозом. Не верит в свое выздоровление и считает, что лучше умереть, чем жить с таким тяжелым заболеванием. Оптимистичным прогнозам врачей не верит, считает, что ему бояться рассказать всю правду о катастрофичности его положения.

Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациент?

Задача 22

Больная Т. 52 года, поступила на отделение гинекологии с маточным кровотечением. Ведет себя спокойно, не общительна, на ответы отвечает односложно. Своим диагнозом и прогнозом не интересуется. К назначенным процедурам относится равнодушно, сама про них не вспоминает, но, когда вызывают на очередную процедуру, не сопротивляется и покорно следует за мед. сестрой. С соседками по палате разговаривает редко, больше пребывает в состоянии задумчивости и отрешенности.

Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациентка?

Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля (УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы

1. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов акушерско-гинекологического профиля.
2. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при травмах опорно-двигательного аппарата.
3. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
4. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при онкологических заболеваниях.
5. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях органов дыхания.
6. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов неврологической клиники.
7. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов наркологической клиники.
8. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях пищеварительной системы.
9. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях кожи.
10. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при инфекционных заболеваниях.
11. Раскрой психологические аспекты реабилитации пациентов разной социокультурной идентичности.
12. Опишите особенности психологии детей и подростков в ситуации реабилитации.
13. Охарактеризуйте психологическую специфику реабилитационного процесса для пожилых людей.
14. Укажите психологические особенности реабилитации инвалидов.
15. Обоснуйте важность учета в реабилитационном процессе фактора профессиональной мотивации пациентов.

Темы для презентаций

Инструкция. Выберите тему из представленного списка и подготовьте устный доклад с презентацией по выбранной теме. При подготовке доклада следует учитывать время выступления: 7 — 10 минут; презентация должна содержать 10 — 15 слайдов. При подготовке презентации следует ссылаться на используемую литературу. Предпочтение отдается публикациям по теме за последние 10 лет.

1. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов акушерско-гинекологического профиля.
2. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при травмах опорно-двигательного аппарата.
3. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
4. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при онкологических заболеваниях.
5. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях органов дыхания.
6. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов неврологической клиники.
7. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов наркологической клиники.
8. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях пищеварительной системы.
9. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях кожи.
10. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при инфекционных заболеваниях.
11. Психологические аспекты реабилитации пациентов разной социокультурной идентичности.
12. Особенности психологии детей и подростков в ситуации реабилитации.
13. Психологическую специфику реабилитационного процесса для пожилых людей.
14. Психологические особенности реабилитации инвалидов.
15. Возможности использования в реабилитационном процессе фактора профессиональной мотивации пациентов.

Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания (УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «синдром выгорания».
2. Назовите факторы эмоционального выгорания медицинских работников.
3. Перечислите методы профилактики синдрома выгорания в работе врача.
4. Перечислите основные методы саморегуляции эмоционального напряжения.
5. Перечислите основные факторы формирования эмоционального выгорания.
6. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
7. Раскройте специфику факторов эмоционального выгорания врачей различных специальностей.
8. Опишите способы самопомощи при симптомах эмоционального истощения.
9. Опишите способы самопомощи при симптомах деперсонализации.
10. Опишите способы самопомощи при симптомах редукции профессиональных достижений.

Контрольное задание

Интерпретация и анализ результатов методики «Опросник выгорания Маслач» (в модификации Н. Е. Водопьяновой для медицинских работников) для планирования реабилитационного процесса медицинских работников при синдроме выгорания.

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).

1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики синдрома эмоционального выгорания.
2. Заполните опросник выгорания Маслач.
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросника.
4. Сформируйте психологическое заключение с учетом результатов по шкалам.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации для медицинского работника с связи с выявленными симптомами выгорания.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Инструкция: Выберите один правильный вариант ответа в каждом вопросе.

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-8

1) При создании методики «ТОБОЛ» использовалась типология отношений к болезни, предложенная

- А) Личко А.Е. и Ивановым Н.Я.;
- Б) Леонтьевым А.Н. и Рубинштейном С.Л.;
- В) Русаловым В.М. и Тепловым Б.М.;
- Г) Узнадзе Д.Н.;
- Д) Бехтеревым В.М. и Мясищевым В.Н.

2) В классификации типов отношения к болезни, которая использовалась при создании методики «ТОБОЛ» выделено это количество типов:

- А) 8;
- Б) 12;
- В) 3;
- Г) 15;
- Д) 11.

3) Неврастенический тип отношения к болезни проявляется в:

- А) неверии в выздоровление, в эффект лечения;
- Б) непрерывном беспокойстве и мнительности;
- В) полном безразличии к лечению;
- Г) поведении по типу «раздражительной слабости»;
- Д) зависти и ненависти к здоровым.

4) Паранойяльный тип отношения к болезни проявляется в:

- А) чрезмерной ранимости, чувствительности;
- Б) зависти и ненависти к здоровым;
- В) уверенности, что болезнь – результат злого умысла;
- Г) стремлении сохранить работоспособность;
- Д) желании причинить себе вред.

5) Анозогнозический тип отношения к болезни проявляется в:

- А) активном отбрасывании мыслей о болезни;
- Б) адекватной оценке больным своего состояния;

- В) стремлении сохранить работоспособность;
 - Г) поисках выгод в связи с болезнью;
 - Д) желании причинить вред окружающим.
- 6) Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для
- А) паранойяльного типа отношения к болезни;
 - Б) ипохондрического типа отношения к болезни;
 - В) апатического типа отношения к болезни;
 - Г) дисфорического типа отношения к болезни;
 - Д) меланхолического типа отношения к болезни.
- 7) Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни – этот тип отношения к болезни называется:
- А) паранойяльный;
 - Б) апатический;
 - В) тревожный;
 - Г) дисфорический;
 - Д) меланхолический.
- 8) Неверие в выздоровление, в эффект лечения, - этот тип отношения к болезни называется:
- А) паранойяльный;
 - Б) анозогностический;
 - В) эгоцентрический;
 - Г) меланхолический;
 - Д) сенситивный.
- 9) Гневливо – мрачное, озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым - этот тип отношения к болезни называется:
- А) паранойяльный;
 - Б) апатический;
 - В) тревожный;
 - Г) дисфорический;
 - Д) эгоцентрический.
- 10) Использование факта своей болезни как средства для привлечения внимания окружающих - этот тип отношения к болезни называется
- А) ипохондрический;
 - Б) анозогностический;
 - В) эгоцентрический;
 - Г) меланхолический;
 - Д) тревожный.
- 11) Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:
- А) сенситивного типа отношения к болезни;
 - Б) меланхолического типа отношения к болезни;
 - В) паранойяльного типа отношения к болезни;
 - Г) дисфорического типа отношения к болезни;
 - Д) эргопатического типа отношения к болезни.
- 12) «Уход от болезни в работу», стремление не утратить работоспособность является характеристикой:

- А) паранойяльного типа отношения к болезни;
- Б) сенситивного типа отношения к болезни;
- В) эргопатического типа отношения к болезни;
- Г) дисфорического типа отношения к болезни;
- Д) тревожного типа отношения к болезни.

13) Интерпсихическая (межличностная) направленность дезадаптации имеет место при наличии следующих типов отношения к болезни:

- А) эргопатического и анозогнозического;
- Б) эгоцентрического, дисфорического, паранойяльного;
- В) тревожного, ипохондрического;
- Г) меланхолического, апатического;
- Д) гармоничного.

14) Интрапсихическая (внутриличностная) направленность дезадаптации имеет место при наличии типов отношения к болезни:

- А) тревожного, ипохондрического, меланхолического;
- Б) анозогнозического;
- В) эгоцентрического, дисфорического;
- Г) паранойяльного;
- Д) гармоничного.

15) Психическая и социальная адаптация существенно не нарушается при следующих типах отношения к болезни:

- А) при тревожном;
- Б) при эгоцентрическом, дисфорическом;
- В) при ипохондрическом, меланхолическом, сенситивном;
- Г) при гармоничном, эргопатическом, анозогнозическом;
- Д) при неврастеническом

16) Понятие «внутренняя картина болезни» (1935 г.) введено:

- А) Р.А. Лурия
- Б) К.К. Платоновым
- В) В.Н. Мясищевым

17) Системный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса это:

- А) психическая адаптация
- Б) поведенческая адаптация
- В) социальная адаптация

18) Психическая адаптация человека с позиций современной клинической психологии включает уровни:

- А) биологический, психологический и социальный
- Б) поведенческий и эмоциональный
- В) поведенческий, эмоциональный и когнитивный

19) Адаптивное поведение в целях восстановления равновесия:

- А) копинг
- Б) релаксация
- В) диссоциация

20) «Все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах... весь тот

огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия, ощущения, эмоций аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» есть:

- А) внутренняя картина болезни
 - Б) объективная картина болезни
 - В) мировоззрение
- 21) Во внутренней картине болезни выделяют следующие уровни:
- А) сенситивный и интеллектуальный
 - Б) интеллектуальный и поведенческий
 - В) поведенческий и эмоциональный
- 22) Изучение «внутренней картины болезни» имеет особое значение, так как позволяет:
- А) понять личностный смысл заболевания
 - Б) понять каким образом личность «встраивает» болезнь в течение своей жизни
 - В) понять личностный смысл заболевания и каким образом личность «встраивает» болезнь в течение своей жизни, т.е. адаптируется к ней
- 23) Тип реагирования, когда пациенты правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.
- А) нормозогнозия
 - Б) гипернозогнозия
 - В) диснозогнозия
- 24) Тип реагирования, когда пациенты демонстрируют полное отрицание болезни как таковой:
- А) анозогнозия
 - Б) диснозогнозия
 - В) гипознозогнозия
- 25) Преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб это:
- А) аггравация
 - Б) диссимуляция
 - В) симуляция
- 26) Длительное соматическое заболевание у детей часто становится источником:
- А) Задержки общего физического развития
 - Б) задержки психического развития
 - В) задержки общего физического и психического развития
- 27) На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путем сопоставления:
- А) ожидаемых и полученных результатов лечения
 - Б) информации, полученной от врача и полученной из других источников информации
 - В) сравнения себя с другими пациентами с таким же заболеванием
- 28) В основе сознательного саморегулирования поведения человека лежит:
- А) субъективная индивидуально-личностная оценка происходящих с ним событий
 - Б) объективная оценка происходящих событий
 - В) рекомендации внешних экспертов
- 29) Степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача, называется:
- А) комплаентность
 - Б) согласие
 - В) партнерские отношения
- 30) Основной причиной госпитализма у детей и младенцев является:
- А) разлучение ребенка с матерью
 - Б) болезненные процедуры
 - В) непривычная обстановка

- 31) Эмоциональное выгорание – это:
- А) соматическая реакция на стресс
 - Б) психосоматическая реакция на стресс
 - В) соматопсихическая реакция на стресс
 - Г) неадаптивная реакция на стресс
- 32) Эмоциональное выгорание характеризуется:
- А) Скрытым накапливанием эмоционального напряжения
 - Б) Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения
 - В) Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
 - Г) Скрытым накапливанием эмоционального напряжения; Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения; Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
- 33) К уровням профилактики эмоционального выгорания не относятся:
- А) личностный
 - Б) профессиональный
 - В) организационный
 - Г) культуральный
- 34) К основным подходам в профилактике эмоционального выгорания не относятся:
- А) снижение уровня стресса
 - Б) осознание смысла работы
 - В) осознание смысла жизни
 - Г) увеличение нагрузки
- 35) К личностным факторам риска профессионального выгорания относят:
- А) слабый тип нервной системы
 - Б) устойчивую стрессирующую нагрузку
 - В) генетическая предрасположенность
 - Г) анамнез жизни специалиста
- 36) Медицинская реабилитация — это:
- А) комплекс медицинских, биологических и социальных мероприятий, направленный на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
 - Б) система медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
 - В) лечебный процесс на амбулаторном и санаторном этапах; г) все вышеперечисленное.
- 37) Реабилитационный потенциал включает 3 группы факторов:
- А) медицинские, психологические, социальные;
 - Б) медицинские, психологические, профессиональные;
 - В) биологические, психологические, профессиональные.
- 38) Основная цель психологической реабилитации:
- А) повышение интеллектуальной способности пациента
 - Б) формирование мотивации пациента на реабилитацию
 - В) формирование умений саморегуляции пациента
- 39) Психологический аспект реабилитации включает:
- А) индивидуальную и групповую психотерапию;
 - Б) эрготерапию;

- В) трудотерапию.
- 40) Предпочтительный метод реабилитации при артериальной гипертензии:
- А) личностная психотерапия;
 - Б) аутотренинг;
 - В) эмоционально-стрессовая терапия.
- 41) Основой рациональной психотерапии является:
- А) разъяснение и логическая аргументация;
 - Б) внушение;
 - В) коррекция личности;
 - Г) деонтология.
- 42) Самовнушение — это внушение самому себе:
- А) мыслей;
 - Б) ощущений;
 - В) желаний;
 - Г) образов;
 - Д) мыслей; ощущений; желаний; образов.
- 43) В основе аутогенной тренировки лежит:
- А) произвольное самовнушение;
 - Б) йога;
 - В) мышечная релаксация;
 - Г) рациональная психотерапия;
 - Д) произвольное самовнушение; йога; мышечная релаксация; рациональная психотерапия.
- 44) Определение внутренней картины болезни необходимо для:
- А) формирования мотивации к проведению реабилитационных мероприятий;
 - Б) для возможно более полного восстановления профессионального и социального статуса;
 - В) для формирования терапевтического альянса;
 - Г) формирования мотивации к проведению реабилитационных мероприятий;
 - Д) для возможно более полного восстановления профессионального и социального статуса; для формирования терапевтического альянса.
- 45) Профессиональный фактор может быть важным аспектом реабилитации:
- А) при определении группы инвалидности, формируя процент утраты трудоспособности, дополнительные социальные выплаты и снижать мотивацию к проведению реабилитационных мероприятий;
 - Б) при редких и специфических профессиональных навыках (например: дегустатор, балерина) затруднять переобучение;
 - В) при молодом возрасте пациента и высокой должности пациент склонен скрывать свое заболевание и уклоняться от лечения и реабилитационных мероприятий;
 - Г) при определении группы инвалидности, формируя процент утраты трудоспособности, дополнительные социальные выплаты и снижать мотивацию к проведению реабилитационных мероприятий; при редких и специфических профессиональных навыках (например: дегустатор, балерина) затруднять переобучение; при молодом возрасте пациента и высокой должности пациент склонен скрывать свое заболевание и уклоняться от лечения и реабилитационных мероприятий.
- 46) Отношение общества к заболеванию:

- А) влияет на его протекание (например: пациент склонен скрывать венерическое заболевание, что ухудшает его течение и прогноз);
Б) не влияет на его протекание;
В) влияет на его протекание (например: пациент склонен скрывать венерическое заболевание, что ухудшает его течение и прогноз); не влияет на его протекание;
- 47) Функции психологического аспекта реабилитации:
А) формирование сильной и адекватной мотивации к реабилитации;
Б) снижение выраженности нарушения функции путем улучшения психологического статуса;
В) дезактуализация болезни;
Г) коррекция ВКБ;
Д) психологическая активация;
Е) формирование сильной и адекватной мотивации к реабилитации; снижение выраженности нарушения функции путем улучшения психологического статуса; дезактуализация болезни; коррекция ВКБ; психологическая активация.
- 48) К методам психологической диагностики не относятся:
А) оценка эмоционально-волевой сферы пациента;
Б) оценка структуры личности пациента;
В) оценка толерантности к физической нагрузке;
Г) оценка состояния высших психических функций.
- 49) Виды психотерапевтического воздействия:
А) психокоррекционные методы;
Б) психотерапевтические методы;
В) психокоррекционные методы; психотерапевтические методы.
- 50) Необходимо уделять внимание следующим деонтологическим аспектам в отношении проведения реабилитационных мероприятий:
А) врач-пациент;
Б) врач-персонал;
В) врач-родственники;
Г) персонал-пациент;
Д) врач-пациент; врач-персонал; врач-родственники; персонал-пациент.
- 51) Какие методы используются для диагностики психологических нарушений:
А) анкетные тесты;
Б) психологические тесты;
В) оценочные шкалы;
Г) клинико-психологическое интервью;
Д) полуструктурированное интервью;
Е) анкетные тесты; психологические тесты; оценочные шкалы; клинико-психологическое интервью; полуструктурированное интервью.
- 52) Такие проявления, как слабость, усталость, повышенная утомляемость, возможно, в сочетании с раздражительностью отмечаются при:
А) гневе
Б) тревоге
В) астении
Г) эмоциональном напряжении
Д) агрессии

- 53) Поведение, направленное на нанесение какого — либо вреда, ущерба (физического или психологического):
- А) фобия
 - Б) психомоторное возбуждение
 - В) агрессия
 - Г) фрустрация
 - Д) депрессия
- 54) Устойчивая индивидуальная характеристика, при наличии которой, у человека отмечается тенденция воспринимать широкий спектр ситуаций как угрожающие:
- А) агрессивность
 - Б) характерологическая застенчивость
 - В) истинная враждебность
 - Г) личностная тревожность
 - Д) депрессивность
- 55) К когнитивным симптомам депрессии относятся:
- А) снижение веса, потеря аппетита, расстройства сна
 - Б) вялость, апатия, пассивность в поведении
 - В) снижение интереса, нежелание что-либо делать
 - Г) грусть, тоска, печаль
 - Д) негативные мысли о себе, о будущем и об актуальной ситуации
- 56) При фобических расстройствах отмечается наличие:
- А) навязчивых страхов
 - Б) Тоски, грусти, суицидальных тенденций
 - В) – Демонстративного, театрального поведения и утрированности жалоб
 - Г) – агрессивных тенденций
 - Д) - галлюцинаций
- 57) Нарушения сна, ухудшение аппетита, снижение либидо относятся к:
- А) к аффективным симптомам депрессии
 - Б) к когнитивным симптомам депрессии
 - В) к физиологическим симптомам депрессии
 - Г) к поведенческим симптомам депрессии
 - Д) к мотивационным симптомам депрессии
- 58) Для выявления тревожных и депрессивных состояний могут применяться
- А) Только наблюдение и беседа
 - Б) Только стандартизованные опросники
 - В) Только проективные методы
 - Г) Клинико-психологический метод, опросники, проективные методики
 - Д) Такие методики, как «Исключение лишнего», и «Простые аналогии».
- 59) К аффективным симптомам депрессии относятся:
- А) снижение веса, потеря аппетита, расстройства сна
 - Б) вялость, апатия, пассивность в поведении
 - В) снижение интереса, нежелание что-либо делать
 - Г) Выраженные и тягостные эмоциональные проявления грусти, тоски, печали
 - Д) негативные мысли о себе, о будущем и об актуальной ситуации
- 60) К поведенческим проявлениям депрессивного состояниям относится:
- А) снижение веса, потеря аппетита, расстройства сна

- Б) вялость, апатия, пассивность в поведении
- В) снижение интереса, нежелание что-либо делать
- Г) Выраженные и тягостные эмоциональные проявления грусти, тоски, печали
- Д) негативные мысли о себе, о будущем и об актуальной ситуации

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России		
Сертификат	266F22D1E0E84217A6B8A6F57D15D9A9	
Владелец	Шляхто Евгений Владимирович	
Действителен	с 04.09.2024 по 28.11.2025	