

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«27» Давгуста 2025 г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **32.08.12**
Эпидемиология.

Квалификация (степень) выпускника: **врач - эпидемиолог**

Кафедра **общественного здоровья и здравоохранения Института
непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2024, 2025 годов поступления (актуализированная
редакция)

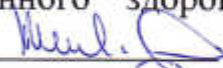
Волгоград, 2025

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Шкарин В.В.	Заведующий кафедрой	Д.м.н./ профессор	Кафедра общественного здоровья и здравоохранения Института НМФО
2.	Краснова Е.М.	доцент	к.м.н.	Кафедра общественного здоровья и здравоохранения Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 32.08.12 Эпидемиология

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института НМФО протокол № 10 от «25» 06 2025 года

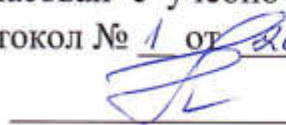
Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института НМФО, д.м.н., профессор  В.В.Шкарин

Рецензент:

1. Резников Евгений Владимирович – заместитель руководитель Управления Роспотребнадзора по Волгоградской области, к.м.н.

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от 26.08 2025 года

Председатель УМК



Н.И.Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л.Науменко

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 32.08.12 Эпидемиология включает:

- задания в тестовой форме
- вопросы для оценки практических навыков (для II этапа ГИА)
- вопросы для собеседования (для III этапа ГИА)
- ситуационные задачи

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

1. Ретроспективный эпидемиологический анализ в деятельности эпидемиолога является следующим видом деятельности или работы

- а) эпидемиолого-диагностической**
- б) исследовательской
- в) контрольной
- г) методической
- д) организационной

2. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости предполагает следующие направления работы эпидемиолога

- а) изучение многолетней динамики заболеваемости
- б) изучение годовой динамики заболеваемости
- в) изучение заболеваемости по территориям
- г) по группам населения
- д) все перечисленное верно**

3. Укажите определение эпидемического процесса, отражающее его сущность. Эпидемический процесс – это:

- а) процесс взаимодействия микро – и макроорганизмов
- б) процесс возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди людей
- в) эволюционно обусловленный процесс взаимодействия возбудителя –**

паразита и организма человека на популяционном уровне, проявляющееся при определенных социальных и природных условиях манифестными и бессимптомными формами инфекций

- г) цепь следующих друг за другом специфических инфекционных состояний
- д) ряд связанных между собой и возникающих одно из другого инфекционных состояний и эпидемических очагов

4. Экзогенный путь проникновения инфекции в рану из

- а) разрушенных кариесом зубов
- б) внешней среды**
- в) воспаленных миндалин
- г) пораженных почек

5. Механизм передачи - это...

- а) эволюционно выработанный механизм, обеспечивающий паразиту смену индивидуальных организмов специфического хозяина для поддержания биологического вида**
- б) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью элементов внешней среды
- в) перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки с помощью элементов внешней среды или их сочетания
- г) биотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя
- д) перенос возбудителя от животного к человеку

6. Механизм передачи инфекции соответствует...

- а) первичной специфической локализации возбудителя в организме хозяина**
- б) характеристикам источника инфекции
- в) путям распространения инфекции
- г) устойчивости возбудителя во внешней среде
- д) факторам распространения инфекции

7. Факторы передачи - это...

- а) элементы внешней среды, обеспечивающие перенос возбудителя из одного организма в другой**
- б) биотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя
- в) факторы внешней среды, в которых происходит накопление и перенос возбудителя из одного организма в другой
- г) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью элементов внешней среды

д) абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя

8. Эпидемический очаг - это...

а) место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в тех пределах, в которых он способен в данной конкретной обстановке, при данной инфекции передавать заразное начало окружающим

б) территория, на которой осуществляется процесс взаимодействия популяции паразита и популяции хозяина

в) территория, на которой после отсутствия случаев инфекционных болезней в течение максимального инкубационного периода выявляется новый случай инфекционного заболевания

г) территория, на которой постоянно выявляются случаи какого-либо инфекционного заболевания

9. Термином декретированная группа населения обозначается...

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

б) группа населения, имеющая наибольший интенсивный показатель заболеваемости

в) группа населения, среди которой отмечается наибольшее число заболеваний

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

д) группа населения, имеющая наименьший интенсивный показатель заболеваемости

10. Интенсивный показатель:

а) описывает временные и сезонные изменения изучаемого явления

б) отражает частоту изучаемого явления в определенной среде

в) описывает структуру изучаемого явления в определенной среде

г) оценивает связь изучаемого явления с распределением населения по полу и возрасту

11. Для обоснования эпидемиологического диагноза необходимы материалы, характеризующие:

а) коллективный иммунитет населения, среди которого возникли заболевания

б) пространственную характеристику эпидемического процесса

в) причины и условия возникновения заболеваний

г) санитарно – коммунальное благоустройство территории

12. Доказательная медицина – это...

а) доказательства, представляемые пациенту для объяснения назначенного лечения

б) подбор объяснений по поводу неблагоприятного исхода лечения

- в) медицинская практика по применению методов лечения, полезность которых доказана в доброкачественных исследованиях**
- г) паталогоанатомические заключения, представляемые в суд
- д) объяснения пациенту по поводу благоприятного исхода болезни

13. Под эпидемической вспышкой понимают:

- а) групповые заболевания, связанные с одним источником (путями и факторами передачи) и не выходящие за пределы одной семьи, коллектива, населенного пункта +**
- б) интенсивное и широкое распространение заболевания, охватывающее население целого региона, страны или нескольких стран
- в) интенсивное распространение заболевания во многих странах или частях света
- г) заболеваемость, годовой уровень которой превышает 1 случай на 100 000 населения

14. Под эффективностью противоэпидемических мероприятий следует понимать...

- а) соответствие своевременности и полноты выполнения мероприятий нормативным требованиям
- б) соответствие используемых средств национальным (международным) стандартам
- в) предотвращение морального ущерба
- г) достижение необходимого результата за счет реализованного мероприятия**
- д) гигиеническое воспитание населения

15. Возможность передачи инфекции воздушно –капельным путем определяется:

- а) дисперсностью аэрозоля
- б) вирулентностью возбудителя
- в) устойчивостью возбудителя во внешней среде**
- г) особенностями выделяемого больным патологического секрета

16. Пути передачи - это...

- а) эволюционно выработанный механизм, обеспечивающий паразиту смену индивидуальных организмов специфического хозяина для поддержания биологического вида
- б) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью элементов внешней среды
- в) перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки с помощью элементов внешней среды или их сочетания**
- г) биотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя
абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя
- д) абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление

возбудителя абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя

17. При выезде с территории Российской Федерации должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, проверяют на воздушных судах:

- а) протокол санитарно-гигиенического обследования
- б) санитарный журнал
- в) медико-санитарную часть общей декларации**
- г) свидетельство о прохождении транспортным средством санитарного контроля

18. Выберите один правильный ответ. Эпидемиологический надзор осуществляется на федеральном, региональном, муниципальном и учрежденческом (учреждения здравоохранения) уровнях. Проведение эпидемиологического надзора предусматривает:

- а) обеспечение активного выявления, учета и регистрации ИСМП;
- б) выявление факторов риска возникновения ИСМП у отдельных категорий пациентов в различных типах учреждений здравоохранения;
- в) эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- г) верно все перечисленное;**
- д) верно а и б

19. Структура заболеваемости...

- а) перечень нозологических форм
- б) распределение частотных показателей среди различных групп населения**
- в) патогенез конкретной нозологической формы
- г) продолжительность основных фаз заболевания
- д) инкубационный период конкретной нозологической формы

20. В основе формирования тенденции многолетней динамики заболеваемости лежит участие и роль факторов:

- а) биологических
- б) социальных
- в) природных
- г) сезонных
- д) правильно б, в**
- е) правильно а, г

21. Заболеваемость считается стабильной при значении темпа прироста

- а) 5,1% в год и более
- б) до 1,0% в год**
- в) 1,1-3,0% в год
- г) 3,1-5,0% в год
- д) любое значение

22. Тенденция многолетней динамики проявляется в том, что она показывает
- а) направление изменения заболеваемости
 - б) стремление заболеваемости к чему либо
 - в) изменение средних уровней заболеваемости под воздействием стабильно действующих на протяжении многих лет факторов**
 - г) усредненные уровни заболеваемости
 - д) сумму действия всех факторов, влияющих на эпидемический процесс
23. Под эффективностью противоэпидемических мероприятий следует понимать...
- а) соответствие своевременности и полноты выполнения мероприятий нормативным требованиям
 - б) соответствие используемых средств национальным (международным) стандартам
 - в) предотвращение морального ущерба
 - г) достижение необходимого результата за счет реализованного мероприятия**
 - д) гигиеническое воспитание населения
24. Ведущий механизм передачи при гнойно-септических инфекциях (ГСИ):
- а) аэрогенный;
 - б) фекально-оральный;
 - в) искусственный (манипуляционный)**
25. Эпидемиологический надзор за ИСМП – система непрерывного слежения за эпидемическим процессом и его детерминантами для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по предупреждению возникновения и распространения ИСМП.
- а) верно;**
 - б) неверно
26. Совершенствование эпидемиологического надзора включает развитие следующих направлений (один ответ):
- а) методологии эпидемиологического надзора;
 - б) информационного обеспечения на основе стандартизации определения случаев ИСМП и оптимизации перечня нозологических форм ИСМП, подлежащих регистрации;
 - в) системы микробиологического мониторинга с разработкой стандартов его проведения в ЛПУ различного профиля;
 - г) подходов к оценке риска возникновения и распространения ИСМП в ЛПУ различного профиля;
 - д) верно все перечисленное;**
27. Проведение эпидемиологического надзора предусматривает:

- а) обеспечение активного выявления, учета и регистрации ИСМП;
- б) выявление факторов риска возникновения ИСМП у отдельных категорий пациентов в различных типах учреждений здравоохранения;
- в) эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- г) верно все перечисленное;**
- д) верно а и б

28. Совершенствование эпидемиологического надзора включает развитие следующих направлений (один ответ):

- а) методологии эпидемиологического надзора;
- б) информационного обеспечения на основе стандартизации определения случаев ИСМП и оптимизации перечня нозологических форм ИСМП, подлежащих регистрации;
- в) системы микробиологического мониторинга с разработкой стандартов его проведения в ЛПУ различного профиля;
- г) подходов к оценке риска возникновения и распространения ИСМП в ЛПУ различного профиля;
- д) верно все перечисленное;**

29. Разработка и применение эпидемиологически безопасных алгоритмов диагностических и лечебных процедур – мероприятия инфекционного контроля:

- а) профилактические и противоэпидемические мероприятия;**
- б) охрана здоровья персонала;
- в) эпидемиологическая диагностика ИСМП

30. Разработка и применение эпидемиологически безопасных алгоритмов диагностических и лечебных процедур – мероприятия инфекционного контроля:

- а) профилактические и противоэпидемические мероприятия;**
- б) охрана здоровья персонала;
- в) эпидемиологическая диагностика ИСМП

31. Заболевания новорожденных инфекциями, вызванными условно-патогенной флорой и выявленными в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару.

- а) верно;**
- б) неверно

32. Эндогенный путь проникновения инфекции в рану

- а) воздушно-капельный
- б) контактный
- в) воздушно-пылевой
- г) лимфогенный**

33. Асептика — это комплекс мероприятий

- а) по борьбе с инфекцией в ране
- б) по профилактике попадания инфекции в рану**
- в) по дезинфекции инструментов
- г) по стерилизации инструментов

34. Химические методы стерилизации растворами проводят:

- а) постоянно для всех видов инструментов
- б) для изделий, которые невозможно простерилизовать паром или горячим воздухом**
- в) для изделий из стекла
- г) для изделий из резины

35. Дезинфекция -это:

- а) уничтожение вегетативных видов микроорганизмов
- б) уничтожение патогенным видом микроорганизмов на объектах окружающей среды**
- в) уничтожение всех микроорганизмов в помещениях

36. Отходы, образующиеся в ЛПУ при проведении вакцинации, относятся к следующим категориям:

- а) класс А
- б) класс Б**
- в) класс В
- г) класс Г
- д) класс Д

37. Гигиеническая обработка рук медицинского персонала проводится (два ответа):

- а) перед проведением инъекций**
- б) перед проведением операций
- в) после посещения туалета
- г) перед приемом родов
- д) после окончания манипуляций**
- е) при заборе крови на исследования

38. Для определения времени возможного заражения необходимо прежде всего знать дату...

- а) заболевания**
- б) обращения за медицинской помощью
- в) госпитализации
- г) дезинфекции
- д) дератизации

39. Дезинфекция матраца, одеяла, подушки после выписки больного:

- а) дезинфекция в 3% растворе хлорамина
- б) вытряхивание, выхлопывание
- в) обеззараживание в дезинфекционной камере**
- г) проветривание

40. Для существования эпидемического процесса необходимы...

- а) источник инфекции
- б) механизм передачи
- в) восприимчивое население
- г) обязательное сочетание всего перечисленного выше, регулируемое социальными и природными факторами**
- д) факторы передачи

41. Использование спиртовых кожных антисептиков обязательно:

- а) при гигиенической обработке рук
- б) при обработке рук хирургов**
- в) при мытье рук медперсонала.

42. Удаление медицинских отходов класса Б и В проводят:

- а) 1 раз в неделю,
- б) ежедневно**
- в) 1 раз в 10 дней
- г) 1 раз в 3 дня

43. Методы стерилизации:

- а) ультрафиолетовое облучение
- б) паровой**
- в) кипячением
- г) газовый**

44. Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения проводится:

- а) сразу после использования
- б) перед стерилизацией**
- в) перед дезинфекцией
- г) до утилизации

45. Качество предстерилизационной очистки оценивается:

- а) проведением проб на наличие остаточных количеств дезинфицирующих средств
- б) проведением проб на наличие остаточных количеств крови**
- в) проведением проб на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющего раствора
- г) проведением проб на наличие остаточных количеств дистиллированной воды.

46. Виды проб для оценки качества предстерилизационной очистки:

- а) бензоловая
- б) азопирамовая**
- в) амидопириновая**
- г) этаноловая
- д) фенолфталеиновая**

47. Кратность проведения самоконтроля качества предстерилизационной очистки:

- а) ежедневно**
- б) 1 раз в 2 дня
- в) 1 раз в неделю
- г) 1 раз в 10 дней
- д) 1 раз в месяц

48. Стерилизация - это:

- а) удаление патогенных микроорганизмов с изделий медицинского назначения
- б) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов
- в) уничтожение всех видов микроорганизмов на изделиях медицинского назначения, в тч спор**

49. Поствакцинальным осложнением на введение вакцины БЦЖ является:

- а) небольшая гиперемия в месте введения препарата
- б) повышенная утомляемость, слабость, головокружение
- в) повышение температуры тела до 37 °С
- д) регионарный БЦЖ-лимфаденит (увеличение подмышечных лимфоузлов)**

50. Ревакцинацию детям, привитым на первом году жизни против гемофильной инфекции проводят

- а) однократно в двенадцать месяцев вместе с вакцинацией против кори и паротита
- б) проводят двукратно: в двенадцать месяцев вместе с вакцинацией против кори и паротита и в восемнадцать месяцев вместе с ревакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита
- в) однократно в восемнадцать месяцев вместе с ревакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита.**

51. Укажите сведения, которые при регистрации ПВО указывают на то, что основной причиной ПВО явились особенности здоровья пациента

- а) Появление стереотипных клинических проявлений после введения разных серий вакцины у привитых разными медицинскими работниками пациентов с общим анамнезом и клиническими признаками заболевания;
- б) наличие повышенной чувствительности к компонентам вакцины в виде аллергических реакций в анамнезе;
- в) иммунодефицитное состояние (в случае вакциноассоциированных заболеваний после введения живых вакцин); наличие хронических заболеваний, которые могут обостряться в поствакцинальном периоде.

г) в анамнезе декомпенсированные и прогрессирующие поражения центральной нервной системы, судорожный синдром (в случае развития неврологических реакций на адсорбированную коклюшно-дифтерийно-столбнячную вакцину);

д) все указанные

52. Укажите сведения, указывающие на отсутствие связи заболевания с вакцинацией:

а) выявление одинаковых симптомов заболевания у привитых и непривитых людей;

б) наличие хронических заболеваний, которые могут обостряться в поствакцинальном периоде.

в) неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в окружении привитого - тесный контакт с инфекционными больными до или после прививки может обусловить развитие острого заболевания, которое по времени совпадает с поствакцинальным процессом, но не связано с ним.

г) условия хранения вакцины, которой прививался пациент не нарушались

д) больной привит в стадии болезни ОРВИ

53. При первичном иммунном ответе на вакцину вырабатывается:

а) только IgG

б) сначала IgG, потом IgM

в) сначала IgM, потом IgG

г) только IgM

54. Для предупреждения возникновения ВБИ в стационаре целесообразно:

а) сокращение времени пребывания пациентов в стационаре

б) сокращение числа медицинских инвазивных вмешательств

в) использование инструментария одноразового пользования

г) выявление больных и носителей среди медицинского персонала и их санация

д) контроль за соблюдением дезинфекционного режима

е) плановое введение медицинскому персоналу нормального человеческого иммуноглобулина

55. Генеральную уборку процедурного кабинета проводят

а) 2 раза в месяц

б) 1 раз в месяц

в) 1 раз в неделю

г) 1 раз в день

56. Общим критерием для отнесения инфекций к ИСМП является:

а) непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи

б) непосредственная связь их возникновения исключительно с гемодиализом

в) непосредственная связь их возникновения исключительно с госпитальными

штаммами

г) непосредственная связь их возникновения исключительно с проблемой личной гигиены пациента

57. Проблема внутрибольничных инфекций является актуальной потому, что:

а) чаще болеют лица молодого, трудоспособного возраста;

б) регистрируется высокий уровень заболеваемости, инвалидности смертности, экономического ущерба;

в) поражаются все лица, обратившиеся за медицинской помощью в ЛПУ

58. Занос патогенного возбудителя в стационар может произойти: (один ответ)

а) при поступлении в стационар больных, находящихся в инкубационном периоде болезни,

б) при поступлении в стационар носителей патогенного возбудителя или при обострении затяжного течения инфекции, имевшейся у пациента до госпитализации;

в) при госпитализации инфекционного больного в непрофильное отделение.

г) верно все перечисленное

59. Определение ИСМП:

а) любое заболевание, выявленное в ЛПУ;

б) любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, поражающее больного и персонал;

в) различные инфекционные заболевания, с которыми пациент обратился в ЛПУ

60. В соответствии с СанПиН определите один или несколько правильных ответов. В состав палатной секции входят:

а) палаты;

б) лечебно-вспомогательные помещения;

в) туалетные комнаты, санитарная комната;

г) кабинет врача;

д) физиотерапевтический кабинет;

е) коридор;

ж) комната дневного пребывания больных;

з) протокольная;

и) пост медсестры;

к) процедурная.

61. В соответствии с нормативной документацией СанПиН определите один или несколько правильных ответов. Ответственным за организацию и проведение профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в лечебной организации является

а) руководитель данной организации;

б) врач-эпидемиолог организации;

в) врач-эпидемиолог центра гигиены и эпидемиологии.

62. Выберите правильные ответы. Группами риска возникновения ИСМП среди родильниц считаются женщины, имеющие:

- а) хориоамнионит в родах;**
- б) иммунодефицитные состояния;**
- в) болезни мочеполовой системы, в том числе кольпит;**
- г) отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);**
- д) оперативное родоразрешение (кесарево сечение);**
- е) кровотечение в послеродовом периоде.**

63. При проведении анализа заболеваемости дифференцируют ИСМП от ВУИ. Для этого используются следующие данные (выберите все, что верно):

- а) сроки возникновения: считается, что диагноз ВУИ должен быть поставлен в первые 72 часа жизни ребенка. Большинство ВУИ проявляется за это время. Кроме сепсиса, он может проявляться как в более поздние сроки – на 2–3-й неделе жизни ребенка. Так и молниеносно;**
- б) наличие патологии у матери: необходимо собрать перинатальный анамнез для выявления возможности инфицирования ребенка во время внутриутробного развития, по показаниям – бактериологическое обследование;**
- в) наличие патологии у новорожденного: соматическая, пороки развития;**

64. Для стерилизации одноразовых пластмассовых изделий медицинского назначения в промышленности используют

- а) УФ-излучение**
- б) стерилизацию текучим паром**
- в) гамма-излучение**
- г) дробную стерилизацию**

65. Положительная азопирамовая проба на скрытую кровь дает окрашивание

- а) зеленое**
- б) розовое**
- в) красное**
- г) фиолетовое (сине-фиолетовое)**

66. Метод контроля стерильности

- а) визуальный**
- б) бактериологический**
- в) физический**
- г) фармакологический**

67. Для контроля температуры в воздушном стерилизаторе применяют

- а) серу, ИС-120**
- б) бензойную кислоту, ИС-120**

в) янтарную кислоту, ИС-180

г) никотинамид, ИС-132

68. Уборку процедурного кабинета производит

а) палатная медсестра

б) младшая медсестра

в) старшая медсестра

г) процедурная медсестра

69. Использованный уборочный инвентарь подлежит

а) уничтожению

б) проветриванию

в) промыванию

г) дезинфекции

70. К термическому методу дезинфекции относится

а) кипячение

б) ультрафиолетовое облучение

в) двукратное протирание дезинфицирующим раствором

г) погружение в моющий раствор

71. Срок использования моющего раствора с «Биолотом»

а) 72 часа

б) 48 часов

в) 24 часа

г) однократно

72. Контроль стерильности перевязочного материала осуществляется путем

а) использования химических индикаторов

б) использования биологических индикаторов

в) посева на питательные среды

г) использования физических индикаторов

73. Клизменные наконечники сразу же после использования подлежат

а) кипячению

б) стерилизации

в) дезинфекции

г) ополаскиванию под проточной водой

74. Кушетку, которую используют для осмотра пациента, необходимо дезинфицировать

а) после каждого пациента

б) один раз в день

в) в конце смены

г) во время генеральной уборки

75. При положительной фенолфталеиновой пробе появляется окрашивание

- а) сине-зеленое
- б) фиолетовое
- в) розовое**
- г) коричневое

76. В соответствии с нормативной документацией СанПиН определите один или несколько правильных ответов. Индикаторный показатель антропогенного загрязнения воздуха палат

- а) фенол;
- б) диоксид углерода;**
- в) индол;
- г) формальдегид;
- д) оксиды азота;
- е) сероводород.

77. В соответствии с нормативной документацией СанПиН определите один или несколько правильных ответов. Смена белья пациентам должна проводиться

- а) по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 7 дней;**
- б) строго 1 раз в 7 дней;
- в) не реже 1 раза в 10 дней.

78. Уборочный инвентарь необходимый для проведения генеральной уборки прививочного кабинета:

- а) 2 ёмкости для мытья стен и окон, 2 ёмкости для мытья пола, 2 ёмкости для мытья рабочих поверхностей, спецодежда, маркированная швабра для мытья пола, маркированная швабра для мытья стен, чистая ветошь;**
- б) 2 ёмкости для мытья стен и окон, 1 ёмкость для мытья пола, спецодежда, маркированная швабра для мытья пола, маркированная швабра для мытья стен, чистая ветошь;
- в) 3 ёмкости для мытья стен и окон, 1 ёмкость для мытья пола, 2 ёмкости для мытья рабочих поверхностей, маркированная швабра для мытья пола, маркированная швабра для мытья стен

79. С какими пищевыми продуктами чаще всего связаны вспышки дизентерии:

- а) докторская колбаса;
- б) овощи;
- в) напитки;
- г) молочные продукты;**
- д) торты и пирожные.

80. К факторам передачи шигеллезов не относится:

- а) почва;
- б) пищевые продукты;
- в) детские игрушки;

- г) инъекционные инструменты;
- д) мухи.

81. Инфекции, управляемые в основном санитарно-гигиеническими мероприятиями:

- а) антропонозы с аэрозольным механизмом передачи;
- б) антропонозы с фекально-оральным механизмом передачи;**
- в) антропонозы с трансмиссивным механизмом передачи;
- г) антропонозы с контактным механизмом передачи;
- д) зоонозы.

82. Возбудители могут поступать в нижние дыхательные пути различными способами:

- а) микроаспирация ротоглоточного секрета, колонизированного патогенными бактериями (микроаспирация во сне отмечается не менее чем у 45% здоровых людей);**
- б) аспирация содержимого пищевода/желудка встречается при: нарушении рвотного рефлекса, нарушении сознания, использовании назогастрального зонда, наличии заболеваний пищевода;**
- в) ингаляция аэрозоля из увлажнителей при искусственной вентиляции легких, контаминированных микроорганизмами.**

83. Наибольшую эпидемиологическую опасность в плане источника инфекции при сальмонеллезе представляет:

- а) птицы;
- б) больной человек;
- в) реконвалесцент;
- г) бактерионоситель.**

84. Источником инфекции при коклюше является:

- а) больной и носитель;
- б) только больной коклюшем;**
- в) хронический носитель *B. Pertussis*;
- г) больные с кашлем;
- д) больные ОРЗ.

85. Материал для анализа на коклюш необходимо направлять в лабораторию и при транспортировании следует его оберегать

- а) от замораживания сохраняя его в температурных пределах от 2 до 8 град. С;
- б) от нагревания;
- в) от дождя;
- г) от прямых солнечных лучей, сохраняя его в температурных пределах от 4 до 37 град. С, для чего рекомендуется помещать его в специальные термоконтейнеры;**
- д) от встряхивания при транспортировании.

86. Дополнительной однократной иммунизации против полиомиелита ОПВ подлежат дети в возрасте до 5 лет:

- а) из семей беженцев, вынужденных переселенцев; из семей кочующих групп населения; из семей прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- б) не имеющие сведений о профилактических прививках против полиомиелита;
- в) при отрицательных результатах серологического исследования уровня индивидуального иммунитета к полиомиелиту (серонегативные к одному или всем типам полиовируса);
- г) **все ответы верны.**

87. Больные ротавирусной инфекцией наиболее опасны для окружающих

- а) до 1-го дня болезни;
- б) **в течении первых 5 дней болезни;**
- в) в течении 6-10 дней болезни.

88. Естественная среда обитания и резервуар стафилококка в организме человека:

- а) кишечник;
- б) мочевыделительная система;
- в) **передние отделы носа;**
- г) слизистые оболочки глаз.

89. Обработка кожи при попадании на нее ВИЧ-инфицированного материала проводится:

- а) 96% спиртом;
- б) **70% спиртом;**
- в) 6% раствором перекиси водорода;
- г) 3% раствором перекиси водорода.

90. Окончание инкубационного периода при ВИЧ-инфекции ассоциируется с:

- а) повышением температуры тела;
- б) увеличением лимфатических узлов;
- в) появлением кандидоза слизистых оболочек и кожных покровов;
- г) **появлением антител к ВИЧ;**
- д) резким похуданием.

91. Окончательный диагноз ВИЧ-инфекции можно установить:

- а) по клиническим признакам;
- б) при выявлении антител к ВИЧ в ИФА;
- в) **при выявлении антител к ВИЧ в ИФА и в иммуноблоте.**
- г) при выявлении стойкой лимфаденопатии;
- д) при выявлении генерализованной саркомы Капоши.

92. Инфицирование медицинского персонала ВИЧ наиболее вероятно при:

- а) различных парентеральных процедурах;
- б) случайном уколе во время операции;**
- в) подготовке полости рта к протезированию;
- г) удалении зубного камня;
- д) проведении физиотерапевтических процедур (например, электрофореза и т. д.).

93. При обследовании на ВИЧ - инфекцию выявляют:

- а) вирус ВИЧ;
- б) антигены вируса ВИЧ;
- в) антитела к вирусу ВИЧ;**
- г) частицы вируса.

94. Средние сроки появления антител к вирусу ВИЧ:

- а) 1 месяц;
- б) 3-6 месяцев;**
- в) 9 месяцев;
- г) 12 месяцев;
- д) 2 года.

95. Основные мероприятия по профилактике парентеральных инфекций (ВИЧ, гепатит В и С) в ЛПУ направлены на:

- а) 1 звено эпидемического процесса;
- б) 2 звено эпидемического процесса;**
- в) 3 звено эпидемического процесса.

96. Биологические жидкости, содержащие максимально количество вируса ВИЧ:

- а) слюна;
- б) сперма;**
- в) влагалищный секрет;**
- г) пот;
- д) кровь и ее компоненты;**
- е) ликвор;**
- ж) грудное молоко.

97. Ведущий механизм передачи вируса гепатита А:

- а) Аспирационный;
- б) Фекально – оральный;**
- в) Артифициальный;
- г) Трансмиссивный;
- д) Вертикальный.

98. Источником инфекции при гриппе является:

- а) Больной человек;**
- б) Рековалесцент;
- в) Животные — резервуар вируса;

- г) Птицы — резервуар вируса;
- д) Все перечисленные.

99. Ведущий механизм передачи гриппа:

- а) Аэрогенный;**
- б) Контактный;
- в) Фекально – оральный;
- г) Трансмиссивный;
- д) Артифициальный.

100. Основными звеньями патогенеза гриппа являются:

- а) Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса
- б) Вирусемия, токсемия
- в) Поражение центральной и вегетативной нервной системы
- г) Снижение иммунологической реактивности организма и активизация эндогенной бактериальной флоры
- д) Все перечисленное

101. К какой группе патогенности относятся ротавирусы человека:

- а) к четвертой**
- б) к первой
- в) ко второй
- г) к третьей

102. Введение вакцины от ветряной оспы противопоказано лицам с первичными нарушениями:

- а) гуморального иммунитета
- б) системы комплемента
- в) Т-клеточного иммунитета**
- г) фагоцитарной функции

103. За лицами, общавшимися с больным коклюшем в дошкольных образовательных учреждениях, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка и оздоровительных организациях, устанавливают медицинское наблюдение:

- а) не устанавливают;
- б) устанавливают на 1 сутки;
- в) устанавливают в течение 7-ми дней;**
- г) устанавливают с 7-го по 14 день;
- д) устанавливают на 4-й день, если в очаге выявлен повторный случай заболевания и наблюдают до 11 дня.

104. Какие клинические признаки принимаются во внимание при классификации ран на «инфекционные» и «неинфекционные»:

- а) время, прошедшее с момента получения травмы, глубина раны,**

конфигурация раны, механизм нанесения раны, присутствие нежизнеспособных тканей, контаминация;

б) всё перечисленное, кроме нежизнеспособных тканей.

105. После клинического выздоровления от ветряной оспы:

а) вирус элиминируется из организма через 10-15 дней;

б) возбудитель всегда сразу элиминируется из организма;

в) может быть персистенция вируса в ганглиях спинного мозга в течение многих лет;

г) вирус персистирует пожизненно в лимфатических узлах;

106. Какой интервал допускается между постановкой пробы Манту и ревакцинации БЦЖ:

а) не менее 3 дней и не более 2 нед

б) не более 2 мес

в) не менее 3 дней

107. В течение какого максимального времени может быть использована разведенная туберкулёзная вакцина:

а) 0,5 час

б) 1 час

в) 2-3 час

108. За пациентами, получившими профилактическую прививку, устанавливается мед. наблюдение в течение:

а) не менее 15 мин;

б) не менее 30 мин;

в) не менее 45 мин;

г) 1 час.

109. К инфекциям, передающимся иксодовыми клещами, относятся:

а) геморрагические лихорадки Марбург, Ласса;

б) лихорадка Эбола, южноазиатский клещевой риккетсиоз;

в) клещевой вирусный энцефалит, крымская геморрагическая лихорадка, иксодовые клещевые боррелиозы, туляремия;

г) желтая лихорадка, лихорадка Ку.

110. Переносчиками вируса японского энцефалита являются:

а) москиты;

б) клещи;

в) мошки;

г) комары.

111. К инфекциям, передающимся иксодовыми клещами, относятся:

а) геморрагические лихорадки Марбург, Ласса;

- б) лихорадка Эбола, южноазиатский клещевой риккетсиоз;
- в) клещевой вирусный энцефалит, крымская геморрагическая лихорадка, иксодовые клещевые боррелиозы, туляремия ;**
- г) желтая лихорадка, лихорадка Ку.

112. Наиболее распространенным возбудителем иксодовых клещевых боррелиозов в России является

- а) *B. burgdorferi sensu stricto*
- б) *B. Valaisiana*, *B. bissettii*
- в) *B. spielmanii*, *B. bavariensis*
- г) *B. garinii*, *B. afzelii***

113. Вирус бешенства передаётся:

- а) со слюной при укусе больным животным;**
- б) при поедании мяса зараженных животных;
- в) И то и другое верно.

114. Животное, с которым связан подозрительный на заболевание бешенством человека случай, подлежит изоляции на:

- а) 10 суток;**
- б) 7 суток;
- в) 1 месяц;
- г) 20 дней.

115. Назначение иммуноглобулина антирабического показано при:

- а) ослонении слизистых оболочек;
- б) при любых укусах или повреждениях головы, лица, шеи, кистей рук, пальцев верхних и нижних конечностей, гениталий;
- в) при множественных укусах и царапинах;
- г) только б);
- д) при всех названных (а-в)**

116. Профилактическим прививкам против бешенства подлежат:

- а) работники служб проводящих отлов животных
- б) работники ветстанций по борьбе с болезнями животных, имеющих контакт с животными
- в) работники НИИ и диагностических лабораторий проводящих исследования на бешенство
- г) работники боин
- д) все названные (а-г)**

117. До какого дня после получения травмы возможно проведение экстренной профилактики столбняка:

- а) до 20 дня;**
- б) до 10 дня;

в) только в течение первых 24 часов.

118. В каких случаях проводится экстренная профилактика столбняка:

- а) укусах животных, гангрене или некрозе тканей любого типа, проникающих; повреждениях желудочно-кишечного тракта;
- б) травмах с нарушением кожных покровов и слизистых оболочек, обморожениях и ожогах 2,3 и 4 степени;
- в) внебольничных абортах, родов вне медучреждений, карбункулах, длительно текущих абсцессов;
- г) **верно а), б), в)**
- д) верно только а).б).

119. Препараты применяемые для экстренной профилактики столбняка:

- а) АКДС, АС, АДС, АДС-М, ПСЧИ, ПСС
- б) ПСЧИ, ПСС, АС
- в) **ПСЧИ, ПСС, АС, АДС-М**

120. У больного в хирургическом отделении выявлен бруцеллез. Необходимы меры

- а) срочный перевод в инфекционную больницу;
- б) **изоляция в боксе данного отделения;**
- в) продолжить лечение в данном отделении.

121. К условиям хранения медицинских отходов предъявляются следующие санитарно-эпидемиологические требования:

- а) сбор медицинских отходов в местах их образования осуществляется в течение рабочей смены. При использовании одноразовых контейнеров для колющего и режущего инструментария допускается их заполнение в течение 3-х суток с начала момента накопления отходов;
- б) хранение (накопление) более 24 часов необеззараженных медицинских отходов класса Б и В осуществляется в холодильных шкафах не более 7 суток или в морозильных камерах - до одного месяца с начала момента накопления отходов;
- в) одноразовые пакеты, используемые для сбора медицинских отходов классов Б и В, должны обеспечивать возможность безопасного сбора в них не более 10 кг отходов;
- г) накопление и временное хранение необеззараженных медицинских отходов классов Б и В осуществляется персоналом медицинской организации отдельно от отходов других классов в специальных помещениях, исключающих доступ лиц, не связанных с обращением с медицинскими отходами. В небольших медицинских организациях (медицинские пункты, кабинеты, фельдшерско-акушерские пункты и так далее) допускается временное хранение и накопление отходов классов Б и В в емкостях, размещенных в подсобных помещениях (при хранении более 24-х

часов используется холодильное или морозильное оборудование). Применение холодильного или морозильного оборудования, предназначенного для накопления отходов, для других целей не допускается;

д) контейнеры с медицинскими отходами класса А устанавливаются на специальной площадке. Контейнерная площадка должна располагаться на территории хозяйственной зоны медицинской организации не менее чем в 25 м от лечебных корпусов и пищеблока, иметь твердое покрытие (асфальтовое, бетонное). Размер контейнерной площадки должен превышать площадь основания контейнеров на 0,5 метра во все стороны. Контейнерная площадка должна иметь ограждение.

е) все вышеперечисленное.

122. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

а) до 6 часов

б) от 12 до 24 часов

в) от 25 до 48 часов

г) от 49 до 72 часов

д) более 72 часов

123. Пищевые вспышки сальмонеллезов в стационаре могут возникать за счет:

а) поступления инфицированной продукции на пищеблок и последующего нарушения в технологии приготовления и реализации пищи;

б) наличия носителя возбудителя инфекции среди сотрудников пищеблока;

в) употребления жидких лекарственных форм внутрь.

124. Определите сезонность КВЭ:

а) Заражение КВЭ происходит с апреля по сентябрь с весенне-летним пиком во время наибольшей активности перезимовавших клещей и нимф;

б) В некоторых регионах имеются два пика заболеваемости - весенний (май - июнь) и осенний (август - сентябрь);

в) Сезонный подъем заболеваемости с июня по август, в пик активности иксодовых и аргасовых клещей.

125. Заболевание ГЛПС от грызуна к человеку передается:

а) контактным путем, т. е. при соприкосновении с грызунами или через инфекционные предметы - контактно-бытовой способ (ометы соломы, бурты);

б) аэрогенным путем (воздушно-пылевым) вирус поступает в организм человека с частичками пыли во время сельскохозяйственных работ (при уборке сена, соломы, дачи, подвала, служебные помещения и др.);

в) алиментарным путем -- через продукт питания, инфицированные вирусом;

г) водным путем -- при употреблении воды из случайных источников; 5. трансмиссивным -- через укусы эктопаразитами.

д) Все вышеперечисленные пути пп.а,б,в,г актуальны для ГЛПС

е) От человека к человеку.

126. Сезонность при ГЛПС:

- а) Чаще болеют с мая по сентябрь (что связано с нарастанием численности грызунов);**
- б) Июнь - август;
- в) Апрель-ноябрь.

127. После перенесенного заболевания ГЛПС :

- а) Иммуниетет отсутствует
- б) Остается стойкий иммунитет.**

128. Назовите пути передачи туляремии:

- а) Инфекция передается человеку или непосредственно при контакте с животными (охота), или через заражённые пищевые продукты и воду, реже аспирационным путем (при обработке зерновых и фуражных продуктов, обмолоте хлеба), кровососущими членистоногими (слепень, клещ, комар и др.);**
- б) Инфекция передается человеку исключительно через заражённые пищевые продукты;
- в) Инфекция передается от человека человеку аспирационным путем

129. Главной средой обитания и размножения грамотрицательной группы условно-патогенных микроорганизмов (клебсиелла, протей, синегнойная палочка и др.) являются:

- а) влажная поверхность;**
- б) воздушная среда;
- в) сухая поверхность (столы, кушетки);
- г) порошкообразные лекарственные препараты;
- д) все ответы верны.

130. Из предложенного списка выберите сапронозы:

- а) энтеробиоз;
- б) эшерихиоз;
- в) синегнойная палочка (псевдомоназ);**
- г) легионеллез;**
- д) пищевая токсикоинфекция, вызванная стафилококками.

131. Цель эпиднадзора за синегнойной инфекцией

- а) снижение эндо и экзогенной заболеваемости;
- б) предупреждение эпидемических вспышек;
- в) предупреждение становления госпитальных штаммов;
- г) сокращение числа ассоциаций;
- д) все перечисленное верно.**

131. Постинфекционный иммунитет при токсоплазмозе:

- а) перекрестный;
- б) нестерильный;**
- в) пожизненный;
- г) типоспецифический.

132. Путем заражения токсоплазмозом, который возможен при разделке туш животных, является:

- а) инъекционный;
- б) контактный;**
- с) воздушно – капельный;
- г) трансмиссивный.

133. Какая форма Дизентерийной амёбы является патогенными для человека:

- а) тканевая форма**
- б) средняя вегетативная
- в) циста

134. Какая форма Дизентерийной амёбы является патогенными для человека:

- а) циста
- б) малая вегетативная
- в) крупная вегетативная**

135. Какими паразитами можно заразиться, съев плохо приготовленную свинину:

- а) балантидий кишечный**
- б) острицами
- в) глазными червями

136. Каким паразитом можно заразиться съев плохо приготовленную рыбу:

- а) легочным сосальщиком
- б) широким лентецом**
- в) альвеококком

137. Половозрелая стадия тениид локализуется у человека в:

- а) печени
- б) желудке
- в) тонком кишечнике**

138. Энтеробиозом болеют в основном:

- а) мужчины в возрасте от 45 лет
- б) дети**
- в) мужчины в возрасте от 25 лет

139. Найдите точное описание головки самца малярийного комара:

- а) яжки слабо опушены, нижечелюстные щупики $\frac{1}{4}$ хоботка**

- б) сажки сильно опушены, тонкие и длинные нижечелюстные щупики
- в) усики сильно опушены, нижечелюстные щупики имеют булабовидные утолщения**

140. Под эффективностью мероприятий, организованных с целью профилактики неинфекционных заболеваний, следует понимать...

- а) соответствие своевременности и полноты выполнения мероприятий нормативным требованиям;
- б) соответствие используемых средств национальным (международным) стандартам;
- в) предотвращение морального ущерба;
- г) достижение необходимого результата за счет реализованного мероприятия;**

141. Профилактическое направление в медицине предполагает:

- а) улучшение санитарно- гигиенического воспитания населения;
- б) повышение уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта;
- в) искоренение вредных привычек;
- г) расширение сети больниц и отделений восстановительного лечения;
- д) расширение массовых профилактических осмотров, диспансеризация населения
- е) верно все**

142. При гигиеническом обучении работников медицинских учреждений наиболее значимы:

- а) наглядность представляемой информации;
- б) наличие или отсутствие вредных привычек у медперсонала;
- в) уровень профессиональной подготовки врача, осуществляющего гигиеническое обучение.**

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ II ЭТАПА ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
32.08. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:**

1. Эпидемиологическая диагностика в очагах инфекционных болезней.

2. Специфика эпидемиологического подхода для изучения причинно-следственных отношений.
3. Оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ на примере эпидпроцесса кори.
4. Аналитические эпидемиологические исследования, исследования типа "случай-контроль" и когортные исследования, область их применения, достоинства и недостатки.
5. Методика эпидемиологического исследования очагов новой коронавирусной инфекции с единичными и множественными случаями.
6. Биологические, социальные и природные факторы как дополнительные, необходимые и достаточные причины инфекционного и эпидемического процессов.
7. Концепция природной очаговости отдельных болезней человека. Особенности эпидемиологии природно-очаговой инфекции.
8. Теоретические, методические и организационные основы эпидемиологического надзора, его структура и содержание (информационная, диагностическая подсистемы).
9. Организация противоэпидемических (профилактических) мероприятий при кори.
10. Санитарно-карантинный контроль. Режимно-ограничительные мероприятия и показания, их определяющие.
11. Роль Роспотребнадзора и ветеринарной службы при проведении мероприятий, направленных на источник инфекции и восприимчивый организм при зоонозах.
12. Значение профилактических мероприятий в борьбе с инфекционными заболеваниями.
13. Правовые аспекты противоэпидемической деятельности.
14. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при выявлении больного с особо опасным инфекционным заболеванием.
15. Роль и место дезинфекции в системе противоэпидемических мероприятий.

16. Значение дезинфекции, стерилизации и дезинсекции в системе противоэпидемических мероприятий при воздушно-капельных инфекциях. Факторы, влияющие на эффективность обеззараживания медицинской аппаратуры и инструментов.
17. Организация дезинсекционных мероприятий. Показатели качества и эффективности дезинсекции.
18. Место иммунопрофилактики в системе профилактических и противоэпидемических мероприятий. Календарь профилактических прививок в РФ.
19. Достижения и перспективы развития иммунопрофилактики. Основные положения современной концепции вакцинопрофилактики.
20. Препараты для создания активного иммунитета, их характеристика.
21. Препараты для создания пассивного иммунитета, их характеристика. Способы введения МИБП, их преимущества и недостатки.
22. Организационно-методические принципы обеспечения безопасности вакцинации. Типы реакций и осложнений.
23. Порядок расследования причин поствакцинальных осложнений. Нежелательные события поствакцинального периода, определение их связи с вакцинацией.
24. Организация и проведение серологического мониторинга, нормативные документы, интерпретация результатов и принятие управленческих решений.
25. Оценка качества и эффективности МИБП. Оценка качества и эффективности иммунопрофилактики.
26. Этические и деонтологические аспекты вакцинопрофилактики.
27. Обеспечение безопасности иммунопрофилактики.
28. Эпидемиологическая, экономическая и социальная значимость госпитальных инфекций.
29. Особенности передачи ИСМП. Потенциальная роль медицинских работников в распространении ИСМП.

30. Особенности эпидемиологии ИСМП разной этиологии в стационарах и отделениях различного профиля и факторы, их определяющие.
31. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим в медицинских организациях.
32. Профилактика ИСМП среди медицинских работников.
33. Эпидемиологический надзор за госпитальными инфекциями, его содержание и организация.
34. Особенности эпидемиологического надзора в медицинских организациях различного профиля.
35. Брюшной тиф. Паратифы А и В. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
36. Бактериальная дизентерия. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
37. Эшерихиозы. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
38. Холера. Эпидемиологический надзор. Профилактические мероприятия. Мероприятия в эпидемическом очаге.
39. Вирусные гепатиты А, Е. Эпидемиологический надзор. Профилактические мероприятия. Мероприятия в эпидемическом очаге.
40. Ротавирусный гастроэнтерит. Эпидемиологический надзор. Профилактические мероприятия. Мероприятия в эпидемическом очаге.
41. Дифтерия. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
42. Коклюш. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
43. Грипп и его профилактика. Другие ОРВИ. Эпидемиологический надзор.
44. Эпидемический паротит, корь, краснуха. Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге.
45. Инфекционный мононуклеоз. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.

46. Натуральная оспа. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
47. Оспа обезьян. Эпидемиология. Профилактика.
48. Стрептококковые инфекции. Скарлатина. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
49. Организация противоэпидемических (профилактических) мероприятий при кори.
50. Общая характеристика. ВИЧ-инфекция Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге. Профилактические мероприятия.
51. Вирусный гепатит В. Гепатит С,Д,Г. Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге. Профилактические мероприятия.
52. Столбняк, этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
53. Малярия. Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге. Профилактические мероприятия
54. Клинико-эпидемиологическая характеристика туляремии. Дифференциальная диагностика чумы и туляремии.
55. Проявления эпидемического процесса зоонозов и факторы, их определяющие.
56. Характеристика эпидемий. Эпидемиологическая, экономическая и социальная значимость зоонозов.
57. Особенности распространения заболеваемости сальмонеллезом среди различных групп населения, группы риска.
58. Бруцеллез, иерсиниоз и псевдотуберкулез, лептоспироз, чума и туляремия. Сибирская язва. КЭ, бешенство, ЛЗН. Ку-лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки: КГЛ, омская, желтая лихорадка Денге и др.- Особенности распространения.
59. Общая характеристика зоонозов. Определение термина «зоонозы».

60. Эпидемиологическая, экономическая и социальная значимость. Эколого-эпидемиологические группы зоонозов.
61. Механизмы формирования антропоургических и новых природных очагов.
62. Классификация зоонозов по этиологической структуре и механизмам заражения людей
63. Эпидемиология и профилактика сапронозов (псевдотуберкулёз, ки
Возможности управления эпидемическим процессом. Эпидемиология и профилактика сапронозов (псевдотуберкулёз, кишечный иерсиниоз, столбняк, легионеллёз).
64. Сапронозы. Общая характеристика сапронозов. История становления учения о сапронозах как о случайных паразитах человека и животных.
65. Классификация сапронозов. Основные представители различных эколого-эпидемиологических групп. Эпидемиологические особенности различных сапронозов и факторы их определяющие.
66. Эпидемиологический надзор и его особенности при инфекционных заболеваниях.
67. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор, его определение и содержание.
68. Эпидемиологический надзор как система.
69. Эпидемиологический надзор за сапронозами.
70. Общая характеристика сапронозов. История становления учения о сапронозах как о случайных паразитах человека и животных. Эпидемиологические особенности различных сапронозов и факторы их определяющие. Эпидемиологический надзор за сапронозами.
71. Эпидемиологические особенности паразитозов и факторы их определяющие.
72. Эпидемиологический надзор за паразитозами.
73. Эпидемиологическая диагностика и эпидемиологические исследования в системе профилактики неинфекционных заболеваний.
74. Эпидемиология наиболее актуальных неинфекционных заболеваний

75. Основные принципы методики эпидемиологических исследований неинфекционных болезней.
76. Отличие эпидемиологии инфекционных от неинфекционных: более длительный латентный период, непредсказуемость конкретных сроков его, постепенность развития заболевания, большая вариативность признаков заболевания, мультифакторная природа этиологии и патогенеза, вероятностный характер, сложность выделения невосприимчивой части популяции к заболеванию, прогноза заболеваемости и эффективность профилактики и т.д.
77. Цель эпидемиологии неинфекционных заболеваний – установление количественных закономерностей формирования заболеваемости населения хроническими патологическими состояниями или заболеваниями и разработка мер их контроля.
78. Значение эпидемиологических исследований в изучении неинфекционных болезней.
79. Основные задачи исследования эпидемиологии неинфекционных болезней.
80. Особенности эпидемиологии актуальных болезней (сердечно сосудистых, онкологических, аллергических, врожденных аномалий, травм, отравлений, экологически обусловленных болезней и др.).
81. Эпидемиология наиболее актуальных неинфекционных заболеваний.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ III ЭТАПА ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.08.12
«ЭПИДЕМИОЛОГИЯ».**

**ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:
ОБЩАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

1. Основные этапы истории развития эпидемиологии.
2. Отличие эпидемиологического подхода от других специфических научных подходов, применяемых в медицине для изучения причинно-следственных отношений.

3. Структура современной эпидемиологии. Основной предмет эпидемиологии заболеваемость населения любыми болезнями независимо от их происхождения.
4. Цели эпидемиологии.
5. Эпидемиологические исследования – методологическая основа доказательной медицины.
6. Правовые и этические аспекты проведения эпидемиологических исследований.
7. Международные принципы этики эпидемиологических исследований.
8. Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации, ее основные принципы Развитие правовых и этических норм медицинских исследований в последующих документах.
9. Поиск доказательной информации. Информационные системы и базы данных в медицине (ИС).
10. Понятие об антропонозах, зоонозах и сапронозах.
11. Предмет и методы эпидемиологии. Эпидемиологический метод, определение, примеры. алгоритм эпидемиологической диагностики.
12. Причинность. Принципы описания проявлений заболеваемости (особенностей распределения частоты заболеваний, сгруппированных с учетом различных группированных признаков). Оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

13. Определение понятия «эпидемический процесс».
14. Схемы развития эпидемического процесса при антропонозах, зоонозах и сапронозах.
15. Резервуар инфекции и типы резервуаров микроорганизмов.
16. Источники возбудителя инфекции, их характеристика. Эпидемиологическая опасность источников инфекции.
17. Паразитарная система, определение понятия, классификация.

18. Типы паразитизма возбудителей инфекционных болезней.
19. Функциональная организация паразитарных систем.
20. Механизм передачи, определение понятия и классификация. Типы механизмов передачи и их характеристика.
21. Пути передачи и факторы передачи, их характеристика.
22. Закон соответствия механизма передачи основной локализации возбудителя.
23. Особенности механизма передачи возбудителей зоонозов в эпизоотическом процессе. Механизм заражения людей при зоонозах и сапронозах (трансмиссивный и нетрансмиссивный).
24. Восприимчивость населения как фактор, необходимый для возникновения и поддержания эпидемического процесса.
25. Биологические, социальные и природные факторы как дополнительные, необходимые и достаточные причины инфекционного и эпидемического процессов.
26. Учение о природной очаговости Е.Н. Павловского. Концепция природной очаговости отдельных болезней человека. Особенности эпидемиологии природно-очаговой инфекции.
27. Пути и факторы заражения человека в природных очагах. Распространение основных положений теории природной очаговости в отношении всех болезней с внечеловеческими резервуарами возбудителя.
28. Учение о саморегуляции паразитарных систем В.Д. Белякова.
29. Социально-экологическая концепция эпидемического процесса Б.Л. Черкасского.
30. Проявления эпидемического процесса и факторы, их определяющие. Теоретические, методические и организационные основы эпидемиологического надзора, его структура и содержание (информационная, диагностическая подсистемы).
31. Основные направления в использовании результатов эпидемиологического надзора.

32. Критерии оценки качества программы эпидемиологического надзора.
33. Понятия и классификация противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Мероприятия, направленные на источник возбудителя инфекции. Значение мероприятий, направленных на источник возбудителя инфекции. Режимно-ограничительные мероприятия и показания, их определяющие.
34. Роль ветеринарной службы при проведении мероприятий, направленных на источник инфекции при зоонозах. Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи.
35. Мероприятия, направленные на повышение невосприимчивости населения. Значение различных мероприятий в профилактике инфекционных заболеваний. Мероприятия в эпидемическом очаге, цели и задачи. Правовые аспекты противоэпидемической деятельности.
36. Основные требования по предупреждению заноса и распространения болезней. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при выявлении больного с особо опасным инфекционным заболеванием.
37. Определение понятия «Санитарная охрана территории РФ». Нормативно-методические документы по санитарной охране территории. Перечень болезней, о которых в случае выявления национальной системой надзора следует уведомить ВОЗ. Порядок предоставления информации о случаях болезней (или подозрительных случаях), выявленных на территории РФ.
38. Дезинфекция Определение понятия «дезинфекция». Роль и место дезинфекции в системе противоэпидемических мероприятий.
39. Виды дезинфекции и их характеристика.
40. Методы дезинфекции и их характеристика. Требования, предъявляемые к дезинфектантам. Группы химических их характеристика и формы выпуска.
41. Факторы, влияющие на эффективность дезинфекции химическим методом. Контроль качества дезинфекции.
42. Камерный метод дезинфекции, показания.

43. Значение дезинфекции, стерилизации и дезинсекции в системе противоэпидемических мероприятий при различных инфекциях.
44. Стерилизация, определение, методы и их характеристика. Преимущества и недостатки различных методов стерилизации.
45. Организация и проведение дезинфекционных мероприятий в ЛПУ.
46. Факторы, влияющие на эффективность обеззараживания медицинской аппаратуры и инструментов. Центральное стерилизационное отделение, его основные задачи.
47. Дезинсекция, определение понятия, виды дезинсекции. Методы и способы дезинсекции, их характеристика.
48. Классификации инсектицидов по различным критериям.
49. Организация дезинсекционных мероприятий. Показатели качества и эффективности дезинсекции.
50. Дератизация, определение и организационно-методические формы дератизации. Содержание и структура дератизационных мероприятий.
51. Классификация родентицидов по характеру происхождения и специфике действия на грызунов. Оценка эффективности дератизации.
52. Место иммунопрофилактики в системе профилактических и противоэпидемических мероприятий. Определение понятия «иммунопрофилактика», ее значение при разных группах инфекционных заболеваний. Достижения и перспективы развития иммунопрофилактики. Основные положения современной концепции вакцинопрофилактики.
53. Препараты для создания активного иммунитета, их характеристика.
54. Препараты для создания пассивного иммунитета, их характеристика.
55. Способы введения МИБП, их преимущества и недостатки. Нормативные документы, регламентирующие проведение прививок в РФ.
56. Виды профилактических прививок. Прививки плановые и по эпидемическим показаниям.
57. Организационно-методические принципы прививочного дела. Типы реакций и осложнений.

58. Порядок расследования причин поствакцинальных осложнений. Нежелательные события поствакцинального периода, определение их связи с вакцинацией.
59. Качество иммунопрофилактики и факторы, ее определяющие.
60. Организация и проведение серологического мониторинга, нормативные документы, интерпретация результатов и принятие управленческих решений.
61. Оценка качества и эффективности МИБП. Оценка качества и эффективности иммунопрофилактики.
62. Этические и деонтологические аспекты вакцинопрофилактики.
63. РПИ ВОЗ. Обеспечение безопасности иммунопрофилактики.
64. Определение понятия «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи», актуальность проблемы на современном этапе.
65. Эпидемиологическая, экономическая и социальная значимость госпитальных инфекций.
66. Госпитальные штаммы и их характеристика. Источники ИСМП, их особенности, экзогенная и эндогенная инфекция. Особенности передачи ИСМП.
67. Потенциальная роль медицинских работников в распространении ИСМП.
68. Особенности эпидемиологии ИСМП разной этиологии в стационарах и отделениях различного профиля и факторы, их определяющие.
69. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим ЛПУ.
70. Профилактика ИСМП среди медицинских работников. Значение различных групп мероприятий в профилактике ИСМП.
71. Эпидемиологический надзор за госпитальными инфекциями, его содержание и организация.
72. Особенности эпидемиологического надзора в ЛПУ различного профиля.

АНТРОПОНОЗЫ

73. Брюшной тиф. Паратифы А и В. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
74. Бактериальная дизентерия. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
75. Эшерихиозы. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
76. Холера Эпидемиологический надзор. Профилактические мероприятия. Мероприятия в эпидемическом очаге.
77. Вирусные гепатиты А, Е. Эпидемиологический надзор. Профилактические мероприятия. Мероприятия в эпидемическом очаге.
78. Ротавирусный гастроэнтерит. Эпидемиологический надзор. Профилактические мероприятия. Мероприятия в эпидемическом очаге.
79. Аэрозольный механизм передачи. Общая характеристика болезней с аэрозольным механизмом передачи.
80. Дифтерия. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
81. Коклюш. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
82. Менингококковая пневмония.
83. Грипп и его профилактика. Другие ОРВИ. Эпидемиологический надзор.
84. Эпидемический паротит, корь, краснуха. Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге.
85. Инфекционный мононуклеоз Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
86. Натуральная оспа. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
87. Оспа обезьян. Эпидемиология. Профилактика.

88. Стрептококковые инфекции. Скарлатина. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
89. Общая характеристика. ВИЧ-инфекция Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге. Профилактические мероприятия.
90. Вирусный гепатит В. Гепатит С, Д, G. Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге. Профилактические мероприятия.
91. Столбняк, этиология, эпидемиология. Патогенез. Клиника и дифференциальная диагностика. Профилактика и меры борьбы.
92. Общая характеристика болезней с трансмиссивным механизмом передачи.
93. Риккетсиозы, сыпной тиф, болезнь Брилла-Цинссера. Малярия. Эпидемиологический надзор. Мероприятия в очаге. Профилактические мероприятия.
94. Клинико-эпидемиологическая характеристика туляремии. Дифференциальная диагностика чумы и туляремии.

ЗООНОЗЫ

95. Проявления эпидемического процесса зоонозов и факторы, их определяющие.
96. Характеристика эпидемий чумы. Взаимодействие медицинской и ветеринарной служб при борьбе с зоонозами. Общая характеристика зоонозов. Определение термина «зоонозы». Эпидемиологическая, экономическая и социальная значимость. Эколого-эпидемиологические группы зоонозов.
- Механизмы формирования антропургических и новых природных очагов. Классификация зоонозов по этиологической структуре и механизмам заражения людей.

97. Особенности распределения заболеваемости среди различных групп населения, группы риска при зоонозах различных эколого-эпидемиологических групп.

98. Контагиозные и неконтагиозные зоонозы. Полиморфизм клинического течения инфекций у людей.

99. Сальмонеллезы. Ботулизм, Бруцеллез, Иерсиниоз и псевдотуберкулез. Лептоспироз, чума и туляремия. Сибирская язва. КЭ. Бешенство, ЛЗН. Кулихорадка, вирусные геморрагические лихорадки: КГЛ, омская, желтая лихорадка Денге и др.

САПРОНОЗЫ

100. Эпидемиология и профилактика сапронозов (псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз, столбняк, легионеллез). Общая характеристика сапронозов. История становления учения о сапронозах как о случайных паразитах человека и животных. Классификация сапронозов. Основные представители различных эколого-эпидемиологических групп. Эпидемиологические особенности различных сапронозов и факторы их определяющие. Эпидемиологический надзор за сапронозами.

ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

101. Эпидемиологические особенности паразитозов и факторы их определяющие.

102. Эпидемиологический надзор за паразитами. Протозоозы и их особенности распространения: Амебиаз, балантидиаз, лямблиоз, токсоплазмоз.

103. Гельминтозы. Эпидемиологические признаки: Тениаринхоз. Тениоз. Эхинококкозы. Дифиллоботриозы. Описторхоз. Трихинеллез. Фасциолёзы. Аскаридоз. Трихоцефалёз. Стронгилоидоз. Гименолепидозы. Энтеробиоз.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИОЛОГИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

104. Эпидемиологическая диагностика и эпидемиологические исследования в системе профилактики неинфекционных заболеваний. Эпидемиология наиболее актуальных неинфекционных заболеваний.

ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, ВЫНОСИМЫЕ НА III ЭТАП ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (С ОТВЕТАМИ)

Задача №1. Назовите и охарактеризуйте основные этапы развития эпидемиологии как науки.

Ответ:

Этапы развития эпидемиологии (по Белякову В.Д.)

1. Добактериологический (от Гиппократов до середины XIX в.): Популяционный уровень. Концепция эпидемической конституции Гиппократов. Миазматическая гипотеза Гиппократов и Сайденгема. Контагиозная гипотеза, зародившаяся в древнем мире и развитая Фракасторо и Самойловичем. Изучение эпидемий ряда неинфекционных заболеваний (болезней недостаточности питания и др.). «Игра в цифры», исследования, характеризующие инфекционную и неинфекционную заболеваемость (количественная эпидемиология земской медицины);

2. Бактериологический (с середины XIX до 50-х гг. XX в.): Очаговый уровень. Формирование и развитие микробиологии, иммунологии, клинической картины инфекционных болезней. Теоретическое обоснование эпидемиологии как науки об эпидемическом процессе. Д.К. Заболотный — основоположник советской эпидемиологии Открытие в 20–30-е гг. XX в. первых кафедр эпидемиологии в СССР (Заболотный Д.К., Громашевский Л.В., Соловьев М.Н.). Эпидемиологические школы Л.В. Громашевского, В.А.

Башенина, Е.Н. Павловского. Открытие кафедр эпидемиологии в медицинских институтах большинства стран мира и их специфик.

3. Современный: Популяционный уровень. Дальнейшее развитие эпидемиологии инфекционных болезней. Изучение и решение медицинских проблем на популяционном уровне. Эпидемиология как диагностическая дисциплина общественного здравоохранения.

Задача №2. Назовите предмет и методы эпидемиологии?

Ответ:

Эпидемиология инфекционных болезней имеет свой специфически очерченный объект исследования - эпидемический процесс.

Предметом эпидемиологии являются:

процесс возникновения и распространения любых патологических состояний среди людей (в популяции);

состояние здоровья (невозможность возникновения и распространения патологических состояний).

Методологией изучения эпидемического процесса является эпидемиологический метод. Эпидемиологический метод - совокупность методических приемов, позволяющих оценить структуру заболеваемости населения по группам и нозологическим формам, а в отношении отдельных болезней - по территории, среди разных групп населения и во времени, а также вскрыть конкретные элементы социальных и природных условий, т.е. условий, определяющих причинно-следственные связи в развитии и проявлении заболеваемости.

Задача № 3. Что представляет собой эпидемиологический процесс? Как вы понимаете механизм передачи и что такое источник инфекции, приведите пример.

Ответ:

Эпидемический процесс – это процесс возникновения и распространения инфекционных болезней среди населения. В соответствии с первым законом

Л.В. Громашевского, эпидемический процесс развивается по триаде:

- источник возбудителя инфекции;
- механизм передачи возбудителя инфекции;
- восприимчивый организм.

Механизм передачи возбудителя - эволюционно сложившийся закономерный способ перемещения возбудителя от источника инфекции в восприимчивый организм человека или животного.

Источник инфекции - живой зараженный организм, который служит естественной средой (резервуаром) для существования возбудителя, где он размножается, накапливается и выделяется во внешнюю среду.

Резервуар инфекции - совокупность основных источников возбудителя инфекции. Пример источника инфекции- больной человек корью (антропоноз), бешеная лиса (зооноз).

Задача № 4. В детском саду (ДОО) в последние 3 недели инфекционных заболеваний не выявлялось. Но выявлен случай кори у воспитателя (в данный момент она находится в отпуске, прибыла из Анапы, последний рабочий день 28 дней назад) и ее дочери, девочки пяти лет, посещающей эту группу – последнее посещение также 28 дней назад, отдыхала вместе с братом, школьником, в ЛОУ где мама была вожатой на период ее отпуска. Определите перечень противоэпидемических мероприятий по детскому дошкольному учреждению.

Ответ:

Противоэпидемические мероприятия в ДОО не проводятся, так как в инкубационном периоде больные учреждение не посещали. Прием на работу воспитателя и девочки в группу по выздоровлению со справкой от участкового врача.

Задача № 5. Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии

населения» (ст. 30. Санитарная охрана территории Российской Федерации) санитарная охрана территории Российской Федерации - это система общегосударственных мероприятий, направленных на предупреждение заноса на территорию Российской Федерации инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также на предотвращение ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека. В САНПИН .3. 3686-21 2021 года сделан акцент на то, что в настоящее время мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации носят межведомственный характер, разрабатываются органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с органами управления здравоохранения административных территорий, включаются в комплексные планы мероприятий по санитарной охране территории и утверждаются 1 раз в 5 лет органами исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований. Санитарную охрану территории РФ осуществляют в рамках единой системы готовности к чрезвычайным ситуациям, диагностики, мониторинга и контроля возбудителей особо опасных, зоонозных, природно-очаговых инфекционных болезней, массовых неинфекционных болезней (отравлений) при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарно-гигиенического мониторинга, контроля контаминации окружающей среды.

Вопросы:

1. Какую роль в осуществлении функционирования данной системы играет Роспотребнадзор?
2. В соответствии с чем проводятся мероприятия при выявлении болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения, не предусмотренных настоящими санитарными правилами?
3. Какие грузы и товары не допускаются к ввозу на территорию РФ согласно санитарному законодательству?
4. Каким органам исполнительной власти

Роспотребнадзор доводит информацию о эпидемически неблагополучных странах?

5. Какие меры к юридическим и физическим лицам предусматриваются санитарным законодательством по санитарной охране территории за невыполнение его требований.

Ответы.

1. Роспотребнадзор является Координатором по Международным медикосанитарным правилам (2005 г.) – далее ММСП (2005 г.) в Российской Федерации и осуществляет связь с Европейским региональным бюро ВОЗ по ММСП (2005 г.), для взаимного обмена экстренной информацией, касающейся ЧС и применения ММСП (2005 г.) на территории РФ. 2. В случае выявления болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения страны и угрозу международного распространения, характеризующимся тяжелым течением и высокой летальностью, а также тенденцией к быстрому распространению, или болезней, не предусмотренных настоящими санитарными правилами, санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводят в соответствии с правовыми актами Роспотребнадзора. 3. Не допускаются к ввозу на территорию РФ опасные грузы и товары, ввоз которых на территорию страны запрещен законодательством РФ, а также грузы и товары, в отношении которых при проведении санитарно-карантинного контроля установлено, что их ввоз на территорию РФ создает угрозу возникновения и распространения инфекционных болезней или массовых неинфекционных заболеваний (отравлений). Санитарно-эпидемиологические требования к товарам, веществам, отходам и другим грузам, ввозимых на территорию РФ, регламентируются правовыми актами РФ. 4. Доводит список эпидемически неблагополучных стран, рекомендованных ВОЗ, и перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения профилактических прививок (противомаларийных препаратов) до всех заинтересованных ведомств, обеспечивающих поездки за рубеж. 5. При

невыполнении требований, предусмотренных санитарными правилами, может быть запрещен въезд иностранных граждан в РФ и выезд из РФ транспортных средств, а также ввоз в РФ и вывоз из РФ товаров, веществ, отходов, других грузов, багажа и международных почтовых отправлений.

Задача №6. Дайте рекомендации о возможности использования для специфической профилактики некоторых вакцин и сывороток.

1. При вскрытии коробки с коревой вакциной в ней не оказалось наставления по применению препарата.

2. На части ампул в коробке с вакциной БЦЖ неясная маркировка.

3. В коробке с противокоревым гамма-глобулином внешний вид препарата в 5 ампулах не соответствует описанному в наставлении.

4. В детской поликлинике имеется 2 коробки с вакциной АКДС, срок годности которой истек 3 недели назад.

5. В прививочном кабинете поликлиники к концу рабочего дня у медсестры остались неиспользованными в открытых ампулах 24 дозы туляремийной вакцины, 1 доза АДС-М.

Ответ: Во всех случаях вакцина не подлежит применению, необходимо ее утилизировать как медицинский отход класса Б и списать по системе МДЛП.

Задача № 7. Какова тактика иммунизации ребенка, который, получив 1-ю дозу вакцины против полиомиелита в 3 месяца жизни и далее в течение 1 года, находясь в Доме ребенка, не прививался?

Ответ: Подлежит продолжению вакцинации – 2-х кратное введение инаktivированной вакцины против полиомиелита с интервалом в 1-1,5 мес. и далее 2-х кратной ревакцинации также инаktivированной вакциной, так как находится в "закрытом" коллективе

Задача № 8. В период с 10 октября по 13 октября в ЦРБ Светлоярского района из 68 пациентов, находившихся на лечении, заболели дизентерией 22

пациента и 5 медицинских работников. Заболевание в большинстве случаев характеризовалось острым началом с повышением температуры до 39-40°C, ознобом, тошнотой и рвотой, сильной головной болью. На второй день заболевания присоединялись схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул, обычно со слизью и кровью. У 23 заболевших клинический диагноз был подтверждён выделением бактерий *Shigella flexneri* одного серотипа. Больница располагается в двухэтажном здании, рассчитана на 75 коек (40 коек в терапевтическом отделении, 20 - в хирургическом, 15 - в гинекологическом). Имеется пищеблок, где осуществляется приготовление пищи для пациентов. Заболевшие были пациентами разных отделений: 11 - терапевтического, 12 - хирургического, 9 - гинекологического. Также заболели 1 врач, 3 медицинские сестры и 1 санитарка. При бактериологическом обследовании пациентов и персонала больницы у повара пищеблока была выделена *Shigella flexneri* с серотипом, идентичным серотипу, выделенному от заболевших. При эпидемиологическом расследовании выяснилось, что жена повара с 20 сентября по 1 октября болела острым кишечным заболеванием. Участковый врач без бактериологического обследования назначил антибактериальную терапию, госпитализацию не предлагал. Сам повар с 7 октября почувствовал недомогание, тошноту, были эпизоды жидкого стула, но продолжал ходить на работу. Больничный лист взял 9 октября в связи с ухудшением состояния.

Оцените эпидемическую ситуацию и сформулируйте предварительный эпидемиологический диагноз. Обоснуйте поставленный Вами предварительный эпидемиологический диагноз. Составьте перечень дополнительных данных, необходимых для обоснования окончательного эпидемиологического диагноза. Выскажите гипотезы о возможных причинах возникновения заболеваний ОКИ в больнице, дайте им обоснование. Составьте план противоэпидемических мероприятий по ликвидации эпидемического очага.

Ответы:

1. В больнице возникла эпидемическая вспышка дизентерии Флекснера. Предположительно, обусловленная пищевым путем передачи. Вероятным источником инфекции является повар больницы, продолжавший в разгар ОКИ ходить на работу.

2. О пищевом характере эпидемической вспышки свидетельствует одномоментное начало вспышки, преобладание тяжелых клинических форм.

3. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные: сведения о характеристике возбудителя (один биовариант или множество); результаты бактериологического обследования работников пищеблока, результаты исследования типа «случай-контроль» по определению фактора передачи (пищевого продукта), с которым связано возникновение эпидемической вспышки.

4. Возникновение пищевой вспышки в больнице может быть связано или с наличием носителя среди работников пищеблока, в частности с поваром, который продолжал работать в остром периоде ОКИ или поступлением пищевых продуктов, контаминированных шигеллами.

5. Изоляция заболевших в инфекционную больницу. Прекратить прием новых пациентов, установить медицинское наблюдение за контактными в течение 7 дней от момента изоляции последнего заболевшего. Провести лабораторное обследование персонала и пациентов с целью определения носителей. Провести заключительную дезинфекцию в отделении. Провести бактериофагирование пациентов и персонала.

Задача № 9. Военнослужащий Н., 18 лет, рядовой, обратился в медицинский пункт полка на 3-й день болезни.

Заболел 2.06. остро, когда появились общая слабость, озноб, ломота в теле, повысилась температура тела до 38,3°C, возникли приступообразные боли в нижней части живота. Стул 6 раз в сутки, в начале обильный, затем скудный, кашицеобразный, с примесью слизи.

3.06. самочувствие оставалось плохим. Температура тела держалась на уровне 38,5°C, головная боль и ломота в теле сохранялись, беспокоили боли в животе, больше слева, стул оставался частым (10-12 раз в сут.). Днем 4.06. заметил, кроме слизи, скудные прожилки крови в испражнениях, иногда отмечал отсутствие стула при болезненных позывах к дефекации. Обратился к врачу части.

Врач выяснил, что больной работал в подсобном хозяйстве за пределами части по заготовке фуража для скота. Накануне заболевания употреблял немытые недозрелые абрикосы.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,1°C, лицо бледное. Кожный покров чистый, сухой, теплый. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, одышки нет. Тоны сердца слегка приглушены, пульс 92 уд. / мин., удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/60 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, болезненный в области спазмированной сигмовидной кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Диурез без особенностей.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный (синдромальный) диагноз.
2. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
3. Назовите перечень противоэпидемических мероприятий в очаге.

Ответ

1. Острая дизентерия, колитический вариант, форма средней тяжести, период разгара.

2. Больной проживает в казарме, контактируя с другими военнослужащими, поэтому его госпитализация обязательна по эпидемиологическим показаниям.

3. Заболевание относится к группе бактериальных кишечных инфекций, антропоноз. Источник инфекции – больной человек или бактериовыделитель. Механизм заражения – фекально-оральный. Путь передачи в данном случае – алиментарный.

Задача № 10. Мальчик 10 лет, почувствовал боль в горле при глотании, температура тела 37,5°C. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурацилина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, проведен посев слизи из зева и носа на ВЛ.

Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр.

Мальчик привит против дифтерии:

1-я вакцина в 3 месяца – АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов.

2-я вакцина в 5 месяцев – АДС-М анатоксином.

1-я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев – АДС-М анатоксином.

В посеве слизи из зева и носа на дифтерию выделена *Corynebacteriumdiphth. mitis*.

Вопросы:

1. Оцените проведенную иммунизацию ребенка. Какой инфекционный процесс вероятнее всего у ребенка

2. Составьте план противоэпидемических мероприятий в семье и группе детского сада.

Ответы:

1. Диагноз: Дифтерия ротоглотки. Островчатая форма. Результат: в лабораторном посеве выделяется *mitis* - это подтверждает Диагноз.

Оценка проведения иммунизации: нарушена схема проведения вакцинации (вакцинация в 3- 4,5- 6 мес., ревакцинация в 18мес, 6-7 лет, 14 лет).

2. 1. Больных дифтерией или лиц с подозрением на заболевание, а также носителей обязательно госпитализируют.

В течение 2 дней подряд, проводят бактериологическое обследование.

Лечение

Выписка - после клинического выздоровления и 2-кратного бактериологического обследования с отрицательным результатом.

После выписки реконвалесценты и носители допускаются в организацию.

Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации и лечению антибиотиками и допускаются во все коллективы.

2. На механизм - проведение текущей и заключительной (после госпитализации источника инфекции) дезинфекции.

3. На контактных: Установление круга лиц, подвергшихся риску заражения:
- активное выявление больных методом опроса, осмотра; подворных (поквартирных) обходов;

Медицинское наблюдение - 7 дней

Термометрия 2 раза в день

Бак. исследование слизи из ротоглотки и носа

Разобщение с коллективом детей и взрослых из дошкольных учреждений на время бак. Исследования

Специфическая иммунопрофилактика подлежат:

- не привитые против дифтерии лица
- дети и подростки у которых наступила вакцинация или ревакцинация
- взрослые лица, у которых прививка была 10 лет назад

Задача № 11. У роженицы, поступающей в родильный дом, обнаружен головной педикулёз.

1. Назовите виды противопедикулёзных мероприятий.
2. Назовите препараты для уничтожения головных вшей.
3. Кто проводит в медицинской организации противопедикулезные мероприятия, действия медицинских работников родильного дома?

Ответ:

1. Дезинсекционные мероприятия в борьбе с педикулёзом:

- механические (вычёсывание частым гребнем, стрижка или сбривание волос);
- физические (кипячение белья, проглаживание горячим утюгом, камерная дезинсекция);
- химические методы.

2. Средства для уничтожения вшей должны обладать овицидным действием
Препараты для уничтожения головных вшей

1) препараты, действующие губительно на все стадии вшей (овициды) - Карбофос - Сульфидофос - Бензилбензоат - Мыльно-керосиновая водная эмульсия - лосьоны: Лонцид, Нитилон, Сана, Перфолон, Нитифор, Валитен - Медифокс-супер - Геленит - Перметрин

2) препараты, не действующие на яйца (не овициды): - Борная мазь - 5% - Пиретрум - Мыло: Витар, Антиэнтон, ДЭЗ - ГГ; 26 - Шампуни: Веда, Гринцид-У, Биосим, Бин.

Препараты для дезинсекции белья и постельных принадлежностей - Карбофос - Сульфидофос - Перметрин - Бифетрин - Сульфолан У - Медифокс-супер - Мыло витар (не овицид) - Тетраметрин

Препараты для дезинсекции помещений - Карбофос, хлорофос - Аэрозольные баллоны вираж - Медифокс - Тетраметрин - Сульфидофос - Перметрин 5%.

3. В медицинских и других учреждениях обработку на месте проводит медицинский персонал этих учреждений. При незначительном поражении людей головными вшами (1-10 экземпляров, включая яйца) целесообразно использовать механический способ-вычёсывание насекомых и яиц частым

гребнем, стрижку и сбривание волос. Для сбора волос подкладывают клеёнку или бумагу, которые сжигают вместе с волосами и насекомыми. Перед вычёсыванием гнид голову моют, затем ополаскивают тёплым столовым уксусом. При вычёсывании сквозь зубцы гребешка пропускают ватный жгутик или нитку, смоченную уксусом. Тело моют горячей водой с мылом и мочалкой, при необходимости сбривают волосы. Одновременно проводят смену белья. Бельё кипятят, проглаживают горячим утюгом швы, вытачки, складки, пояса. При средней и большой поражённости (10 экземпляров и более) рекомендуется применять педикулоциды. Большинство педикулоцидов запрещено обрабатывать детей в возрасте до 5 лет, беременных и кормящих женщин, а также людей с повреждением или заболеванием кожи. В таких случаях используют 5% борную мазь. В настоящее время для обработки детей с 1 года, беременных и кормящих мам разрешён препарат на основе перметрина 5% (медифокс, концентрат эмульсии разводят водой в соотношении 1:25). После обработки педикулоцидами волосы моют шампунем или мылом, прополаскивают тёплым 5-10% водным раствором уксусной кислоты, прочёсывают частым гребнем. Обрабатывают инсектицидами постельное и нательное бельё, предметы быта и помещение. При необходимости повторяют обработку через 7-10 дней. Одежду и обувь обеззараживают паровоздушным способом в дезинфекционной камере или орошают водной эмульсией.

Роженице не рекомендуется проводить обработку педикулоцидами. Надо использовать только механические способы, можно применять 5% борную мазь.

Задача № 12. Больная Р., 37 лет, поступила в инфекционное отделение через 15 часов после начала заболевания. Начало заболевания острое: частый жидкий стул, общая слабость, температура тела при этом оставалась нормальной, через какое-то время присоединилась рвота. Тяжесть состояния нарастала, появились судороги. Госпитализирована в инфекционное

отделение. Эпидемиологический анамнез: проживает в г. Астрахани, работа связана с разделкой сырой рыбы. Заподозрен диагноз «холера».

К какому типу административных территорий по эпидемическим проявлениям холеры относится Астрахань? Что может служить материалом для бактериологического подтверждения холеры? Сроки доставки материалов, полученных от больного, в бактериологическую лабораторию с целью подтверждения диагноза «холера»?

Ответ:

По эпидемическим проявлениям холеры Астрахань относится к территории I типа. 2. Материалом для бактериологического анализа могут служить испражнения, рвотные массы, желчь, трупный материал (отрезки тонкого кишечника и желчный пузырь); предметы, загрязненные испражнениями (постельное и нательное белье и др.); вода, ил, гидробионты, сточные воды, содержимое выгребных туалетов; смывы с объектов окружающей среды, пищевые продукты, мухи и др. 3. Материал для исследования должен быть доставлен не позже чем через 2 ч после его взятия. В случае удлинения сроков доставки используют транспортные среды. Наиболее удобной и достаточно эффективной является 1%-я пептонная вода (рН 8,4 +/- 0,1).

Задача № 13. В школе интернате в городе Н. 7 февраля заболел Дима Ф. 12 лет, у которого было диагностировано острое респираторное заболевание (ОРЗ). Других случаев ОРЗ зарегистрировано не было. Желтуха у мальчика не появлялась. В течение первых нескольких дней болезни он не был изолирован, продолжал посещать занятия. Спустя 26–28 дней (2–4 марта) трое учащихся из числа имевших контакт с Димой Ф. заболели гепатитом А, протекавшим у них с желтухой. В течение марта (главным образом в последние дни этого месяца) ещё у шестерых школьников была диагностирована манифестная форма гепатита А, а у 11 – безжелтушная. Результаты проведенного 4 марта детального клинико-лабораторного обследования Димы Ф. (с определением в крови антиВГАIgM) позволили

установить, что в начале февраля он перенес не ОРЗ, а безжелтушную форму гепатита А. Наличие у него в крови специфических антител класса IgM подтвердило этот диагноз. Школа-интернат расположена в четырехэтажном здании. В спальнях размещаются 5 учащихся. В туалете предусмотрено место для приготовления дезинфекционных растворов. Пищеблок расположен на первом этаже, в своём составе имеет помещения для приёма пищевых продуктов, кладовую для овощей, помещения для первичной обработки овощей (в том числе для чистки картофеля), мойки тары и камеру хранения отходов. Дети находятся в школе-интернате в течение 5 дней. На субботу и воскресенье уходят домой.

Вопросы: 1. Дайте предварительную оценку эпидемической ситуации. 2. Обоснуйте Ваше решение. 3. Выскажите гипотезы о возможных причинах возникновения заболеваний вирусного гепатита А, дайте им обоснование. 4. Составьте перечень дополнительных данных, необходимых для доказательства гипотезы о причинах возникновения случаев заболеваний. 5. Составьте план противоэпидемических мероприятий по ликвидации эпидемического очага.

Ответы: 1. В школе-интернате возникла эпидемическая вспышка вирусного гепатита А. Предположительно, эпидемическая вспышка обусловлена контактно-бытовым путем передачи.

2. О контактно-бытовом характере эпидемической вспышки свидетельствует последовательное развитие вспышки, преобладание безжелтушных клинических форм.

3. Причиной возникновения эпидемической вспышки вирусного гепатита А послужил не выявленный своевременно случай заболеваний, соответственно не были проведены противоэпидемические мероприятия, что послужило распространению заболеваний контактно-бытовым путем. Большое число детей в спальнях создает условия к реализации контактно-бытового пути передачи. Необходимо исключить возможность реализации водного и пищевого путей передачи.

4. Для подтверждения высказанной гипотезы дополнительно необходимо получить данные: - данные об эпидемической обстановке на территории города Н.; - данные эпидемиологического анамнеза у первого заболевшего для выяснения возможного места его заражения; - результаты исследования питьевой воды на наличие энтеровирусов; - сведения об авариях водопроводной сети и возможного экстремального загрязнения водоемов; - сведения о соблюдении санитарно-гигиенических требований в школе-интернате, в том числе на пищеблоке.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции: Больных с тяжелыми формами заболевания следует госпитализировать в инфекционный стационар, остальных изолировать «на дому». В школе-интернате организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 35 дней, в ходе которых организовать медицинское наблюдение в школе-интернате и в семейных очагах с проведением исследования на наличие специфических маркеров вирусного гепатита А с целью выявления безжелтушных форм заболевания. Мероприятия, направленные на механизм передачи: Необходимо организовать в школе-интернате и в семейных очагах проведение дезинфекции, строгое соблюдение «питьевого режима» и санитарно-гигиенических требований. Мероприятия, направленные на восприимчивый организм: Провести вакцинацию всех контактировавших с больными вирусным гепатитом А, не привитых и не болевших ранее в школе-интернате и в семейных очагах.

Задача № 14. Мужчина 35 лет, житель Хабаровска, имеющий неполный курс вакцинации от клещевого энцефалита (введены 2 дозы вакцины Клещ-Э-ВАК с интервалом 1-3 месяца) обращается с фактом множественного присасывания клещей в паховую область и в область волосистой части головы. Вирусофорность переносчиков неизвестна.

1. Нужно ли в данном случае вводить иммуноглобулин против клещевого энцефалита?

2. Какова его эффективность при введении в первый, второй, третий и более дни после присасывания клеща?

3. Дайте рекомендации пациенту.

Вопросы:

1. Показаны ли профилактические мероприятия в отношении моноцитарного эрлихиоза человека в данном случае?

2. Наличие возбудителей каких инфекций, ассоциированных с иксодовыми клещами, можно предположить в переносчике?

3. Дайте рекомендации пациентке.

Ответ:

1. Учитывая наличие в иммунологическом анамнезе неполного курса вакцинации от КЭ и факт множественного присасывания клещей, пациенту следует провести постэкспозиционную серопрофилактику по стандартной схеме. 2. При введении ПКИ в 1-е сутки после присасывания клеща эффективность составляет 90%, 2-е сутки- 70%, 3-е сутки- 40%. 3. Термометрия в течение 1 месяца с момента присасывания, серологическое обследование (ИФА) по решению врача-инфекциониста.

Задача № 15. Больной 40 лет поступил в клинику инфекционных болезней с предварительным диагнозом «туляремия». Считает себя больным 7 дней. Клиническая картина: температура тела - 40°C, на кожных покровах отмечается сыпь папулёзного характера, паховые лимфоузлы увеличены до величины грецкого ореха, подвижность кожи над увеличенными лимфатическими узлами ограничена, болезненность выражена слабо, ярко выраженный региональный лимфаденит. Кожная аллергическая проба с тулярином положительная. Эпидемиологические данные: профессиональная деятельность связана с промыслом пушного зверя. 10 дней назад вернулся с территории природного очага туляремии. В период нахождения на территории природного очага туляремии неоднократно подвергался

нападению клещей. Живёт в собственном доме в селе Ж., вблизи природного очага туляремии, женат, имеет троих детей.

Вопросы: 1. К какой группе инфекций относится туляремия? 2. Выскажите гипотезу о пути передачи возбудителей туляремии в данной ситуации. 3. Что используют для специфической профилактики туляремии? 4. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в эпидемическом очаге? 5. Какие неспецифические профилактические мероприятия должны проводить выезжающим в природный очаг туляремии?

Ответы:

1. Туляремия относится к зоонозным бактериальным природно-очаговым инфекциям.

2. В данной ситуации путь передачи возбудителя туляремии – трансмиссивный, через укус иксодовых клещей, поскольку неоднократно подвергался нападению клещей.

3. Для специфической профилактики туляремии используют живую туляремию вакцину. Предварительно ставят кожно-аллергическую пробу с тулярином. Лица с положительной пробой не прививают.

4. В эпидемическом очаге необходимо провести следующие противоэпидемические мероприятия: - туляремия не контагиозна, вопрос о госпитализации решает лечащий врач; - обеззараживание объектов внешней среды, которые могут быть контаминированы возбудителем туляремии (вещи, загрязненные выделениями больного); - лабораторное обследование контактных лиц в очаге (серологические и аллергические пробы); - санитарное просвещение; - при наличии грызунов проводится дератизация.

5. Неспецифические профилактические мероприятия включают следующее: - использование защитной одежды и репелленты; - запрет на купание в открытых водоемах на территории природного очага; - личная гигиена (мытьё рук) при работе с сырьем животного происхождения и уходе за животными; - употребление только кипяченой воды.

Задача № 16. Больной Е., жалуется на двоение в глазах, затруднение глотания, тошноту, слабость. Анамнез заболевания: больной почувствовал резкую слабость, «одеревенелость» головы, помутнение, а затем двоение в глазах. На следующий день присоединилось затруднение при глотании. В клинику больной поступил на четвертый день болезни.

При осмотре кожа и слизистые оболочки бледные. Со стороны внутренних органов отклонений не выявлено. Температура 37,2 С. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения. АД 120/95 мм.рт.ст. Язык плохо поворачивается, высовывается с трудом. Утром вторых суток пребывания в клинике температура – 36,7 С, пульс - 68 ударов в минуту, дыхание – 20 в минуту. В 17 часов температура 37, 2 С.

В 20 часов состояние тяжелое. Жалуется на головную боль, резкое понижение зрения, двоение в глазах, затруднение дыхания. Больной получил специфическую терапию.

Осмотрен неврологом: зрачки средней величины, правый больше левого, неравномерность выражена резко. Реакция зрачков на свет выражена, на аккомодацию реакция справа живая, слева – вялая. Имеется расходящееся косоглазие, глазные яблоки в стороны отводит недостаточно, особенно влево.

Рот открывает не полностью. Мягкое небо поднимается плохо, глотание почти невозможно; при глотании жидкой пищи больной поперхивается. Говорит в нос. Лежа на спине, не может поднять головы. Сидя, не может удержать голову: она либо запрокидывается, либо падает на плечо.

Язык высовывается с трудом.

На 5-ые сутки лечения в стационаре отмечено постепенное улучшение: больной начал глотать, голос стал яснее, но глазные симптомы сохранялись в том же объеме. Восстановление проходило медленно. Через 20 дней еще сохранялись некоторые глазные симптомы (расходящееся косоглазие, птоз), ощущение слабости в ногах. С этими явлениями выписан домой.

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз

2. Что необходимо уточнить в эпидемиологическом анамнезе пациента?

Ответы:

1. Ботулизм

2. Было ли употребление рыбных и мясных полуфабрикатов, консервированных продуктов, копченостей домашнего приготовления?

Задача № 17. С января по июнь 2022 г. среди новорожденных, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), были выявлены 42 ребёнка, инфицированных *Pseudomonasaeruginosa*. Увеличение числа детей, у которых выделялась синегнойная палочка, началось в апреле. Если в январе-марте регистрировались один-два случая выделения *Pseudomonasaeruginosa*, то в апреле количество таких случаев составило 6, в мае – 18, в июне – 13. Синегнойная палочка была обнаружена в слизи из зева новорожденных, мокроте, а также в секрете из эндотрахеальной трубки. Если в январе-марте инфицированность не сопровождалась какими-либо клиническими проявлениями, то с апреля по июнь из числа инфицированных у восьми детей были выявлены клинические признаки пневмонии. В апреле диагноз «пневмония» был поставлен одному ребёнку, в мае – троим, в июне – уже четверым детям. Из числа медицинских манипуляций, проводившихся в ОРИТ, наиболее распространённой была искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ) с последующим отсосом секрета из эндотрахеальной трубки и зева с помощью низковакуумного электроотсасывателя. Выявлены нарушения при использовании аппарата Basic 036 для отсасывания слизи и дезинфекции аспирационных трубок, которые были контаминированы *Pseudomonasaeruginosa*. Согласно нормативам, в детских реанимационных отделениях количество электроотсасывателей должно соответствовать количеству аппаратов ИВЛ, однако в данном ОРИТ на восемь аппаратов ИВЛ приходилось лишь три электроотсасывателя; в течение дня один электроотсасыватель использовали для отсасывания слизи из зева и эндотрахеальной трубки у нескольких детей.

При типировании штаммов *Pseudomonasaeruginosa*, изолированных от новорожденных, эндотрахеальной трубки и из больничной среды, было установлено, что подавляющее большинство штаммов (за исключением трёх изолятов) имели одинаковый рестрикционный профиль и были устойчивы к трём и более антибиотикам, рабочим растворам дезинфектантов и формировали биопленку.

Вопросы:

1. Перечислите маркеры госпитальности штаммов *Pseudomonasaeruginosa*.
2. Какую гипотезу о причинах вспышки можно сделать на основе проведённых микробиологические и молекулярно-биологические исследований?
3. Что послужило пусковым механизмом развития вспышки?
4. Какой инструктаж медперсонала необходимо провести в ходе выполнения противоэпидемических мероприятий?
5. Какие изменения необходимо внести в режим использования дезинфицирующих средств в отделении?

Ответы:

1. Маркерами их госпитальности в ОРИТ новорожденных являются: 1) одинаковый рестрикционный профиль, 2) полирезистентность к антибиоткам, 3) устойчивость к рабочим растворам дезинфектантов ,4) способность формировать биопленку.
2. Микробиологические и молекулярно-биологические исследования показывают, что в течение нескольких месяцев в ОРИТ сформировался госпитальный штамм *P. aeruginosa*, формирующий биопленку, устойчивый к антимикробным препаратам и рабочим растворам дезинфектантов.
3. Пусковым механизмом распространения возбудителя являлась ИВЛ с использованием одного электроотсасывателя, для отсасывания слизи из зева и эндотрахеальной трубки у нескольких детей.
4. Необходимо провести инструктаж персонала о недопустимости использования одного и того же электроотсасывателя для отсасывания слизи

из зева и эндотрахеальной трубки в течение рабочего дня более, чем у одного ребенка.

5. Подобрать эффективные рабочие концентрации дезинфектантов для гарантированной элиминации дезинфекции *P. aeruginosa* из электроотсасывателей.

Задача № 18. 15 июня 2022 г. в поликлинику города К. обратился с жалобами на озноб, лихорадку, недомогание предприниматель С., который 2 недели назад вернулся из Азербайджана, где находился в длительной командировке. После осмотра врач поставил диагноз «Острое респираторное заболевание (ОРЗ)» и выдал листок нетрудоспособности на 5 дней. Однако за это время состояние пациента С. не улучшилось. При повторном обращении к врачу у С. было установлено увеличение печени и селезёнки, выраженная желтушность склер. Клинический анализ крови (через 2 дня) больного С. свидетельствовал об анемии неясной этиологии. В связи с этим у пациента С. исследовали кровь на малярию, где был обнаружен *pl. vivax*. В результате – поставлен диагноз «трёхдневная малярия». Больной был госпитализирован. В течение нескольких дней (15, 17, 19, 20 июля 2022 г.) в поликлинику обратились 5 человек (местных жителей города К.) с лихорадкой, выраженным недомоганием, которое наблюдалось у них в течение предыдущих 2-3 дней. При проведении эпидемиологического расследования было установлено, что все заболевшие проживают в одном подъезде типового пятиэтажного дома №7 по улице Ленина, никто из них в течение последних трёх лет из города не выезжал, один является постоянным донором крови. Как оказалось, в этом же доме проживает предприниматель С. У всех заболевших в крови был обнаружен *pl. vivax*. Ежегодно в районе города К. отмечали 10-15 случаев трёхдневной малярии, которые являлись результатом завоза, при этом в городе К. в течение последних 7 лет не регистрировали местные случаи малярии. На окраине города К. находится небольшой водоём, который является прекрасным местом выплода комаров.

По данным энтомологической службы города в мае-июне 2022 г. наблюдалось значительное увеличение численности переносчика (комаров рода *Anopheles*).

Вопросы:

1. Каким образом пациенты заразились трёхдневной малярией в данном случае? 2. Назовите и поясните, к каким случаям (по классификации случаев малярии) можно отнести болезнь у предпринимателя С.

3. Назовите и поясните, к каким случаям (по классификации случаев малярии) можно отнести болезнь у пяти пациентов, заболевших малярией с 15 по 20 июля.

4. Составьте перечень противоэпидемических мероприятий в очаге.

5. Инсектицидные препараты каких химических групп необходимо применять для противокомариных обработок помещений и других объектов? Назовите 2 группы инсектицидных препаратов.

Ответы:

1. Все пациенты заразились трёхдневной малярией трансмиссивным механизмом передачи, то есть через комаров рода *Anopheles*. Пациент С. заразился на эндемичной территории (Азербайджан) через комаров, а 5 пациентов заразились в городе К. от пациента С. через местных комаров рода *Anopheles*.

2. Случай заболевания малярией у предпринимателя С относят к завозным случаям, так как он приехал 2 недели назад из Азербайджана, территория которого является эндемичной по трёхдневной малярии.

3. Случаи заболевания малярией у пяти пациентов, заболевших с 15 по 20 июля относят к вторичным от завозных случаям, так как они проживают

в одном доме с источником инфекции (предпринимателем С.), от которого они заразились через местных комаров. Инкубационный период соответствует времени образования спорозоитов после сосания крови больного малярией.

4. 1. Больных трехдневной малярией госпитализировать и лечить (радикальное лечение с Примахином).

2. Провести очаговую дезинсекцию в помещениях, где проживали заболевшие: квартиры, подъезды, подвалы, подсобные помещения и чердаки жилого пятиэтажного дома необходимо обрабатывать инсектицидами из группы фосforoорганических соединений (ФОС) или пиретроидов.

3. Небольшой водоем, который находится на окраине города К. необходимо обработать бактицидом (биологические противолитичные методы истребительной дезинсекции), а при необходимости и препаратами ФОС (химические противолитичные методы истребительной дезинсекции).

4. Профилактическая дезинсекция (репелленты, москитные сетки и др.).

5. Выявление больных среди контактных.

6. Химиопрофилактика контактным не проводится.

7. Санпросвет работа среди населения. 5. Квартиры, подъезды, подвалы, подсобные помещения и чердаки жилого пятиэтажного дома, где проживали заболевшие малярией люди, необходимо обрабатывать инсектицидами из группы фосforoорганических соединений (ФОС) или пиретроидов.

Задача № 19.

Назовите и цель и задачи эпидемиологии неинфекционных болезней. Приведите пример использования эпидемиологического метода.

Ответ:

Неинфекционная эпидемиология изучает закономерности возникновения и распространения неинфекционных заболеваний. В настоящее время эпидемиология неинфекционных болезней имеет преимущественно описательно-аналитический характер, а ее целью является разработка рациональных подходов к профилактике заболеваемости и летальности при неинфекционной патологии. Методологической основой неинфекционной эпидемиологии, также как и эпидемиологии инфекционных болезней, является эпидемиологический метод, позволяющий проводить анализ

заболеваемости по территории, среди различных групп населения и во времени с учетом разнообразных по характеру и силе воздействия факторов риска, влияющих на здоровье населения. Удельный вес неинфекционной заболеваемости значительно превышает долю инфекционных болезней. В структуре заболеваний населения России на инфекционные болезни приходится от 5 до 7 %, а на неинфекционные – 95- 93%. Статистический учёт заболеваний населения по МКБ-10 является основой для осуществления постоянного мониторинга и контроля основных показателей состояния здоровья населения, что позволяет получать всестороннюю информацию для принятия управленческих решений с целью эффективного и экономически обоснованного влияния на их динамику. Для достижения этих целей используют эпидемиологический метод, разработанный эпидемиологами для анализа закономерностей распространения инфекционных болезней. Применение эпидемиологического метода при анализе неинфекционной патологии также позволяет выявлять группы и территории риска, оценивать влияние возможных факторов риска и разрабатывать адекватные программы профилактики. Например, во второй половине XX века в результате ряда проведенных эпидемиологических исследований была доказана связь между курением сигарет и возникновением рака легких, что явилось основой для формирования стратегии профилактики этого заболевания. В последние годы в разных странах мира интенсивно используют эпидемиологический метод для выявления закономерностей возникновения и распространения онкологических, кардиологических, эндокринологических, психиатрических и др. заболеваний. Эпидемиологический анализ особенностей распространения неинфекционных болезней проводят для решения следующих задач: - определение медицинской и социально-экономической значимости болезни и ее места в структуре патологии населения; 85 - изучение закономерностей распространения болезни во времени (по годам, месяцам и т.п.), по территории и среди различных (возрастных, половых, профессиональных, этнических и др.) групп населения; - выявление

причинно-следственных связей заболеваемости с действующим фактором риска; - разработка рекомендаций по оптимизации профилактики данной болезни.

Эпидемиологический подход изучения причин возникновения неинфекционной патологии предусматривает, например, сравнение уровня заболеваемости в разных подгруппах населения с оценкой влияния возможных факторов риска. В рамках эпидемиологического анализа, как правило, проводят оценку следующих показателей, которые характеризуют состояние здоровья населения: заболеваемость, смертность, инвалидность. Расчет и анализ показателей общей заболеваемости населения позволяет осуществлять планирование ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности населения в различных видах медицинской помощи. Принимая во внимание то обстоятельство, что неинфекционная заболеваемость является основной причиной заболеваемости и смертности населения, акцент при оказании первичной медико-санитарной помощи делается на профилактику факторов риска, вызывающих неинфекционную патологию.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна

06.10.25 12:34 (MSK)

Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA