

**Ефимов Г.Е.
Кайданек Т.В.**

**ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В
ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

УФА - 2010

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»**

**ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В
ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебное пособие

УФА - 2010

УДК 616.9 - 036.2 – 084 : 614.4 (07)

ББК 51.90 я 7

П 68

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: Учебное пособие/ Ефимов Г.Е., Кайданек Т.В. – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет Росздрава», 2010. – 157 с.

Рецензенты:

зав. кафедрой эпидемиологии Нижегородской государственной медицинской академии, член-корреспондент РАМН, профессор Шкарин В. В.

зав. кафедрой эпидемиологии Кемеровской государственной медицинской академии, профессор Брусина Е.Б.

Пособие является дополнением к имеющейся учебной литературе. В нем представлены общие принципы организации и проведения противоэпидемических мероприятий, проводимые в очагах инфекционных заболеваний, изложенные на основании действующих нормативно-правовых документов. Рассмотрены функции и действия врачей, выявивших инфекционного больного, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага. Даны схема учета, регистрации и расследования случаев инфекционных заболеваний. Пособие содержит макеты принятых учетных форм в виде приложений, тестовые задания и эталоны ответов к ним, а также вопросы для самоконтроля и другие материалы.

Пособие рекомендовано в печать по решению Координационного научно-методического совета и утверждено на заседании редакционно-издательского совета ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава».

Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальностям: 060101 65-Лечебное дело, 060103 65-Педиатрия, 060104 65-Медико-профилактическое дело.

УДК 616.9 - 036.2 – 084 : 614.4 (07)

ББК 51.90 я 7

ISBN 5-13-000087-0

© ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет федерального
агентства по здравоохранению
и социальному развитию»

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
1. Правовые основы охраны здоровья населения	9
1.1.Правовые основы противоэпидемической деятельности.....	10
1.2.Правовые и этические аспекты противоэпидемической практики в связи с особенностями эпидемиологии различных инфекционных (паразитарных) болезней.....	14
2. Основы учения об эпидемическом процессе.....	19
2.1.Понятие о факторах эпидемического процесса (биологических, социальных, природных), механизме развития и его проявлениях	20
2.2.Современное представление об эпидемическом процессе, его сущности и эпидемиологии как науки.....	28
2.3.Понятие об элементарной ячейке эпидемического процесса – эпидемическом очаге и его составляющих.....	30
2.3.1.Источник (резервуар) инфекции	31
2.3.2.Механизм, факторы и пути передачи.....	33
2.3.3.Восприимчивое население	38
2.3.4.Роль социальных и природных факторов в возникновении и распространении эпидемических очагов.....	42
3. Общие принципы организации и проведения противоэпидемических мероприятий в эпидемических очагах.....	45
3.1.Эпидемиологическое обследование эпидемического очага. Цель, задачи, приемы и способы обследования очага.....	45
3.2.Содержание эпидемиологического диагноза по результатам обследования эпидемического очага.....	49
3.3.Мероприятия, направленные на источник инфекции.....	52
3.3.1.Раннее выявление больных с манифестными, стертыми	

и бессимптомными формами инфекции.....	54
3.3.1.1.Клиническая диагностика	54
3.3.1.2.Лабораторная диагностика.....	56
3.3.2.Регистрация и учет больных	58
3.3.2.1.Порядок заполнения экстренного извещения и передачи информации в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».....	59
3.3.2.2.Порядок учета инфекционных заболеваний в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»..	62
3.3.2.3.Порядок учета инфекционных заболеваний в лечебно - профилактических учреждениях.....	64
3.3.2.4.Внеочередное донесение.....	68
3.3.2.5.Лица, ответственные за организацию учета в лечебно – профилактических учреждениях....	70
3.3.3.Изоляция инфекционных больных	71
3.3.3.1.Клинические показания.....	71
3.3.3.2.Эпидемические показания.....	71
3.3.4.Лечение больных, выписка и диспансерное наблюдение за переболевшими.....	74
3.3.4.1.Лечение.....	74
3.3.4.2.Выписка и диспансерное наблюдение	75
3.4.Мероприятия, направленные на механизм, пути и факторы передачи.....	77
3.4.1.Выявление и изъятие предполагаемых факторов передачи.....	77
3.4.2.Дезинфекция. Виды дезинфекции.....	79
3.4.2.1.Очаговая дезинфекция.....	81
3.4.2.1.1.Текущая дезинфекция	81
3.4.2.1.2.Заключительная дезинфекция.....	82

3.5. Мероприятия, направленные на круг контактных лиц, соприкасавшихся с источником инфекции и факторам передачи.....	86
3.5.1. Выявление и учет соприкасавшихся (контактных) лиц с источником инфекции и факторами передачи.....	86
3.5.2. Эпидемиологическое наблюдение за контактными. Цель наблюдения и ее продолжительность.....	89
3.5.3. Меры специфической и экстренной профилактики.....	90
3.5.4. Меры разобщения.....	90
3.5.5. Территориальные и временные границы эпидемических очагов.....	92
4. Вопросы для самоконтроля.....	94
5. Тестовые задания.....	100
6. Ответы на тестовые задания.....	133
7. Рекомендуемая литература.....	134
8. Приложения.....	138

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Анти-HAV IgM – антитела к вирусу гепатита А

Анти-HBcor IgM – антитела к сердцевинному антигену вируса гепатита В

ВГА – вирусный гепатит А

ГА – гепатит А

ВГВ – вирусный гепатит В

ГВ – гепатит В

ВГС – вирусный гепатит С

ВГЕ – вирусный гепатит Е

ДДУ – детские дошкольные учреждения

ИФА – иммуноферментный анализ

КИЗ – кабинет инфекционных заболеваний

ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения

МКБ Х – международная классификация болезней 10-го пересмотра

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РПЧЦ – Российский противочумный центр

СанПиН – санитарно-эпидемиологические правила и нормы

ТО - территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации

ФЗ – Федеральный Закон

ФГУЗ – федеральное государственное учреждение здравоохранения

ХВГ – хронический вирусный гепатит

ХГВ – хронический вирусный гепатит В

ХГС – хронический вирусный гепатит С

ЦГиЭ – Центр гигиены и эпидемиологии

G – вирусный гепатит G

SEN – вирусный гепатит SEN

TTV – вирусный гепатит TTV

ВВЕДЕНИЕ

Современный период развития общества характеризуется масштабными социально-экономическими преобразованиями, в том числе и в сфере здравоохранения. Эти изменения в здравоохранении сопровождаются значительным усилением надзорных функций органов Госсанэпидслужбы, наряду с существенным повышением ответственности медицинских работников, особенно первичного звена, связанной с вопросами **своевременного выявления случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, выяснения причин и условий их возникновения, а также разработки адекватных условиям противоэпидемических мероприятий.**

Термин «противоэпидемические мероприятия» иногда употребляют в значении **«... вся совокупность обоснованных на данном этапе развития науки рекомендаций, обеспечивающих предупреждение возникновения инфекционных заболеваний среди отдельных групп населения, снижение заболеваемости совокупного населения и ликвидацию отдельных инфекций».** В то же время в практике противоэпидемического обслуживания населения понятие «противоэпидемические мероприятия» чаще используют в более узком значении: **для характеристики мероприятий, проводимых в конкретных эпидемических очагах.** В таком значении понятие «противоэпидемические мероприятия» противопоставляется понятию **«профилактические мероприятия»,** которые направлены на предупреждение возникновения инфекционных заболеваний (первичная профилактика).

Профилактические мероприятия (санитарно-гигиенические, санитарно-технические, профилактические прививки, мониторинг за заболеваемостью и др.) **планируются заблаговременно**, они рассчитаны, как правило, на перспективу и проводятся до возникновения событий и их предвестников.

Противоэпидемические мероприятия проводятся вслед событиям в эпидемических очагах – это оперативные, срочные, иногда экстренные мероприятия; они проводятся по мере выявления источников инфекции (выявление больных с манифестными, стертыми и бессимптомными формами инфекции). Профилактические и противоэпидемические мероприятия имеют различные организационные принципы, различные критерии оценок их эффективности и качества. Основным показателем эффективности противоэпидемических мероприятий, осуществляемых врачами лечебно – профилактических учреждений (ЛПУ), является отсутствие вторичных заболеваний в каждом конкретном очаге, эпидемических очагов с множественными заболеваниями или случаев носительства возбудителей.

Значительный объем противоэпидемических мероприятий в дальнейшем выполняется врачами лечебного профиля на врачебных участках, в стационарах, амбулаторно-поликлинических, детских учреждениях. Указанное требует совершенствования системы подготовки кадров на додипломном и послевузовском этапах образования по вопросам противоэпидемической практики с учетом новой нормативно-правовой базы.

В настоящем пособии изложены правовые и организационные основы проведения противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний, содержание этих мероприятий, функции врачей в их проведении, а также современный порядок взаимодействия между органами практического здравоохранения и отделом эпидемиологического надзора Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту Российской Федерации [19].

1. Правовые основы охраны здоровья населения

В России правовые основы охраны здоровья населения закреплены в **Конституции Российской Федерации**. В соответствии с Конституцией Россия является демократическим и правовым государством (**Статья 1**), где высшей ценностью является человек, его права и свободы (**Статья 2**), которые гарантируются согласно общепризнанным принципам и нормам международного права (**Статья 17**), и каждый гражданин России имеет право на благоприятную среду обитания и достоверную информацию о ее состоянии (**Статья 42**).

Доктрина соблюдения прав человека и гражданина в области охраны здоровья нашла отражение и в **«Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»** (далее **Основы**), принятых Верховным Советом РФ 22 июля 1993 г.. В этом документе среди основных принципов охраны здоровья на первом месте стоит «соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами

государственных гарантий» (**Статья 2**). Другим основным принципом охраны здоровья граждан провозглашена «ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья» (**Статья 2**).

Согласно **Закону РФ «Об обжаловании в суде действий и решений, нарушающих права и свободы граждан»** регламентируется также право граждан вносить в судебном порядке жалобы на неправомерные действия государственных органов или должностных лиц, нарушающих права и свободы граждан.

Кроме того, в соответствии с **Законами РФ «О защите прав потребителей»** и **«О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)»** все лица, пользующиеся медицинскими услугами, включая и мероприятия по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями, защищаются от причинения вреда их здоровью и жизни вследствие некачественного оказания таких услуг.

1.1. Правовые основы противоэпидемической деятельности

Нормативно-правовой, т.е. юридической, основой деятельности по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями человека является **Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»**, принятый Государственной Думой 12 марта 1999 г. и одобренный Советом Федерации 17 марта 1999 г.. В

соответствии с этим законом под санитарно-эпидемиологическим благополучием населения понимается «такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности». Критерии безопасности и/или безвредности для человека факторов среды его обитания и требования к обеспечению благоприятных условий его жизнедеятельности устанавливаются нормативными актами (санитарными правилами, нормами и гигиеническими нормативами) и являются обязательными для соблюдения всеми предприятиями, организациями и гражданами России.

Указанным Законом оговариваются и права граждан по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия, в частности право на:

- благоприятную среду обитания, факторы которой не должны оказывать опасного и вредного влияния на организм человека настоящего и будущих поколений;
- своевременное возмещение в полном объеме ущерба от вреда, причиненного их здоровью в результате нарушений санитарных правил, повлекших за собой возникновение массовых инфекционных и/или неинфекционных заболеваний и отравлений людей, а также профессиональных заболеваний;
- получение полных и достоверных сведений о состоянии среды обитания, здоровья населения, эпидемиологической обстановке, качестве выпускаемых товаров народного потребления, в том числе пищевых продуктов, а также питьевой воды, действующих

санитарных правилах, принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и их результатах;

- участие в разработке, обсуждении и принятии государственных решений, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», регламентирует пути и способы предупреждения распространения этой тяжелой болезни среди населения при разумном соблюдении интересов как общества, так и больного.

Профилактика инфекционных болезней с использованием иммунобиологических препаратов прописана в **Законе «О иммунопрофилактике инфекционных заболеваний».**

Правовые аспекты профилактики зоонозных инфекций закреплены в санитарных и ветеринарных правилах **«Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных» СП 3.1.084-96.**

В Уголовном кодексе РФ имеются **Статьи,** предусматривающие наказания за нарушения санитарно-эпидемиологического благополучия населения или покушения на его права и свободы в данной сфере. Так, в разделе VII «Преступления против личности», в главе 16 «Преступления против жизни и здоровья» имеются **Статьи 121 «Заражение венерической болезнью» и 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией»,** в главе 19 «Преступления против конституционных прав и свобод человека и

гражданина» - **Статья 140 «Отказ в предоставлении гражданам информации».**

В Уголовном кодексе РФ в разделе IX «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка», в главе 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности» имеются **Статьи 236 «Нарушения санитарно-эпидемиологических правил», 237 «Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни и здоровья людей», 238 «Выпуск или продажа товаров, выполнение работ или оказание услуг, не обеспечивающих требования безопасности»** и в главе 26 «Экологические нарушения», содержатся **Статьи 246 «Нарушение правил охраны окружающей среды при производстве работ», 248 «Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами», 249 «Нарушение ветеринарных правил и правил, установленных для борьбы с болезнями и вредителями растений», 250 «Загрязнение вод», 251 «Загрязнение атмосферы», 252 «Загрязнение морской среды», 254 «Порча земли».**

Помимо этого, в соответствии с принятым 7 февраля 1992 г. Законом РФ «О защите прав потребителей» все лица, пользующиеся медицинскими услугами, включая и мероприятия по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями, защищаются от причинения вреда их здоровью и жизни вследствие некачественного оказания таких услуг.

В настоящее время гражданин России благодаря новым правовым нормам стал юридически независимым лицом, самостоятельно принимающим решения в части охраны собственного здоровья с учетом собственных интересов. Но это не означает, что при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения будет исключаться практика принуждения, необходимая в интересах сохранения общественного здоровья.

1.2. Правовые и этические аспекты противоэпидемической практики в связи с особенностями эпидемиологии различных инфекционных (паразитарных) болезней

Борьба с инфекционными (паразитарными) болезнями предусматривает обеспечение безопасности не только того лица, к которому применяются те или иные профилактические или противоэпидемические мероприятия, но одновременно и других лиц, в отношении которых данный индивид может явиться потенциальным источником заражения, т.е. стать социально опасным для общества. Столь же социально опасным является также и курильщик, который наносит вред не только своему здоровью, но и здоровью окружающих его лиц, «пассивных курильщиков», по неволе вдыхающих табачный дым. Доказано, что это чревато возникновением таких серьезных заболеваний, как сердечно-сосудистые, злокачественные и др. То есть, борясь с привычкой к курению табака, общество борется за сохранение здоровья не только самих курильщиков, но и некурящих членов общества.

Поэтому нередко профилактические и противоэпидемические мероприятия приобретают принудительный характер.

Этические и правовые аспекты профилактических и противоэпидемических мероприятий в зависимости от групп рассматриваемых инфекций могут существенно отличаться применительно к антропонозам, с одной стороны, зоонозам и сапронозам - с другой. При антропонозах зараженный человек является источником возбудителя инфекции для других членов общества, восприимчивых к инфекции. В таких случаях вакцинопрофилактика или мероприятия по принудительной изоляции больного (в медицинском стационаре или по месту жительства) с ограничением его права на свободу передвижения с эпидемиологической точки зрения оправдываются интересами охраны здоровья других лиц. При этом принудительное вмешательство в жизнь гражданина осуществляется в соответствии с правовыми нормами, закрепленными в **Конституции Российской Федерации** в целях «защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны и безопасности государства» (часть 3, **Статья 55**).

Этому положению соответствует и **Статья 34 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»**, согласно которой «оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих...».

Такой же смысл несет и **Статья 51** (пункт 6) **Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»**, согласно которой главные государственные санитарные врачи и их заместители наделяются полномочиями «при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносить мотивированное постановление о госпитализации для обследования или об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющих опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания», а также о «проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации или об изоляции граждан, находившихся в контакте с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих».

Этот же принцип регламентируется в выше указанном **Заоне Статьей 33** (пункт 1), согласно которой «...больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

Совершенно иным является подход к проблеме профилактики и борьбы с зоонозными или сапронозными инфекциями, при которых зараженный человек, как правило (за исключением, например, легочной формы чумы, сальмонеллезов, кампилобактериоза, ряда

вирусных геморрагических лихорадок и некоторых других), не служит источником заражения других лиц. В подобных случаях речь идет только о вопросах личного здоровья и жизни индивида, решение которых входит в сферу прав и свобод человека и гражданина. В связи с этим профилактические или противоэпидемические мероприятия, направленные на человека (например вакцинопрофилактика туляремии, лептоспироза, клещевого энцефалита и других зоонозных инфекций, госпитализация заболевших этими инфекциями в медицинский стационар и др.), должны осуществляться только при условии его согласия, основанного на осознанном и свободном волеизъявлении. Исключением может явиться лишь ситуация, когда жизни больного угрожает непосредственная опасность, но он не может по состоянию здоровья (например, находится без сознания) выразить свое согласие.

Для детей, не достигших возраста 15 лет, а также для лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, такое согласие должно быть получено от их законных представителей (родителей, опекунов). Это положение закреплено в **Статье 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»**.

В этих **Основах** закреплено также и право граждан на отказ от медицинского вмешательства (**Статья 33**). При этом гражданину или его законному представителю разъясняются возможные последствия такого отказа, что оформляется записью в медицинской документации и скрепляется подписью самого гражданина и медицинского работника. Тем самым реализуется право гражданина

на неприкосновенность его личности и свободу волеизъявления в принятии значимых для его здоровья решений при осознанной его ответственности за возможные последствия.

Так, одним из возможных последствий отказа от профилактической прививки может явиться, например отстранение от выполнения профессиональных обязанностей или от посещения дошкольных, школьных и других образовательных учреждений. В средствах массовой информации такая мера иногда называется «дискриминационной» и «ущемляющей права человека». С эпидемиологической же точки зрения она вполне оправдана, поскольку отказавшееся от прививки лицо, заболев, может стать источником возбудителя опасной для других лиц инфекционной болезни и тем самым создаст угрозу ее распространения в коллективе.

Вместе с тем в **Основах** предусмотрены также и случаи, когда медицинская помощь (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) может быть оказана и без согласия граждан или их законных представителей (**Статья 34**). Речь, в частности, идет о лицах, «страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих лиц». При этом здесь же подчеркивается, что оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством - **Законом РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»**.

Система обеспечения эпидемиологического благополучия населения базируется в целом на осуществлении комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Целью профилактических мероприятий, проводимых в плановом порядке при отсутствии эпидемических очагов, являются меры по предотвращению возникновения инфекционных (паразитарных) болезней. К ним относятся карантинные меры на границах и внутри страны, профилактическая дезинфекция, дезинсекция, дератизация, иммунопрофилактика, общесанитарные меры, повышение санитарной грамотности населения.

Большая часть этих мер осуществляется в экстренном порядке и при возникновении инфекционных заболеваний. Эти меры именуются как **противоэпидемические**, они проводятся внепланово вслед за событиями и их **целью является предотвращение возникновения новых случаев заболеваний**. Теоретической основой организации и проведения противоэпидемических мероприятий является **учение об эпидемическом процессе**.

2. Основы учения об эпидемическом процессе

Основоположник учения об эпидемическом процессе Л.В.Громашевский [5], впервые детально разработавший теорию общей эпидемиологии определил **понятие эпидемического процесса как процесс возникновения и распространения инфекционных заболеваний**, развитие которого происходит при наличии определенных факторов.

2.1. Понятие о факторах эпидемического процесса (биологических, социальных, природных), механизме развития и его проявлениях

В учении об эпидемическом процессе выделяют 3 раздела:

- **факторы эпидемического процесса**, т. е. причины и условия его развития (**биологический, природный и социальный факторы**). Их изучение позволяет ответить на вопрос: почему возникает эпидемический процесс;
- **механизм развития эпидемического процесса**, т.е. как развивается эпидемический процесс (как действует причина). Действие причины на организменном уровне - это патогенез болезни, на популяционном - своеобразный патогенез возникновения и развития эпидемического процесса при участии движущих сил (факторов риска). Патогенез болезни на организменном уровне изучают инфекционисты, на популяционном - эпидемиологи;
- **проявления эпидемического процесса** - результат действия причины и условий. Это **семиотика** эпидемического процесса, т.е. наука о его проявлениях. Результатом взаимодействия популяции людей с конкретными популяциями возбудителей является **заболеваемость, проявляющаяся манифестными, стертыми и скрыто протекающими (бессимптомными) формами инфекции.**

Независимо от форм проявления заболеваемость изучается по четырем группам признаков или симптомов, универсальных в отличие от симптомов болезни для любой патологии:

- **уровень или интенсивность заболеваемости;**

- динамика или изменение интенсивности заболеваемости во времени (многолетней, годовой);
- пространственная характеристика или распределение заболеваемости по территории;
- структура или распределение заболеваемости по группам населения.

При этом выявляются **время риска, территории риска, группы риска и факторы риска.**

Биологический фактор эпидемического процесса образует популяция паразитов и их хозяев. Паразитами называют микроорганизмы, питающиеся соками или переваренной пищей своих хозяев. То есть они живут за счет хозяина, который для них эволюционно определился как среда обитания, без которой возбудитель не может существовать как биологический вид.

Организм естественного хозяина является для паразита внешней средой первого порядка. Эта среда оказывает непосредственное воздействие на паразитов также, как и паразиты влияют на него, т.е. имеет место взаимодействие между популяцией паразита и популяцией хозяина, **являющихся основой паразитарной системы.** При этом взаимодействующие популяции паразитов и их хозяев находятся под постоянным влиянием **условий природной и социальной среды** (среда второго порядка) с той лишь разницей, что это влияние на паразитов является опосредованным и непосредственным для их хозяев.

Природный фактор эпидемического процесса - это совокупность абиотических и биотических компонентов внешней

среды, которые непосредственно или опосредованно (через изменения социальных условий) оказывают тормозящее или активизирующее воздействие на эпидемический процесс.

Абиотические экологические факторы (температура, инсоляция, радиоактивное излучение, влажность воздуха, состав воды, рельеф местности) это все свойства неживой природы, прямо или косвенно влияющие на паразитарную систему.

Биотические экологические факторы это формы воздействия живых существ, друг на друга. Каждый организм постоянно испытывает на себе прямое или косвенное влияние других, вступает в связь с представителями как своих, так и других видов — растениями, животными, микроорганизмами. Изменение экологических факторов во времени может происходить с регулярной периодичностью, меняться в связи со временем (например, сезоном), быть нерегулярным или не иметь чёткой периодичности (изменения погодных условий в разные годы, явления катастрофического характера — ливни, поднятие грунтовых вод). Также экологические факторы могут действовать на протяжении длительных промежутков времени (например, при похолодании или потеплении климата).

Одним из ведущих экологических факторов, влияющих на эпидемический процесс, можно назвать климат. Под термином «климат» понимают среднее состояние метеорологических явлений на обширных территориях за большой промежуток времени во взаимодействии с земной поверхностью. Степень воздействия климата (температура, влажность, геомагнитные влияния, инсоляция

и т.п.) как одного из компонентов географической среды, на элементы эпидемического процесса различна.

Такие факторы, как солнечная активность, температура воздуха, влажность, осадки, атмосферное давление, климат, активизируют эпидемический процесс, влияя на развитие и течение эпидемий. Они влияют на развитие и численность переносчиков различных инфекционных и паразитарных заболеваний, обеспечивают ускорение цикла их развития. При повышенной температуре и влажности воздуха (влажный сезон) активизируется механизм передачи малярии, желтой лихорадки, лейшманиозов, энцефалитов и других заболеваний. Наоборот, в период сухого жаркого сезона снижается численность популяций переносчиков и, как результат, заболеваемость трансмиссивными болезнями. Сухой жаркий климат и пониженная влажность воздуха приводят к активизации механизма передачи кишечных инфекций (сильное загрязнение воды при низком стоянии грунтовых вод). Велика роль природных условий и в активизации эпизоотического процесса, а также в распространении гельминтозов и их влиянии на снижение клеточного и гуморального иммунитета.

Действие природных факторов наиболее ярко проявляется в отношении природно-очаговых инфекций. Основы учения о **природной очаговости** в болезни впервые изложил Е.Н. Павловский [8]. Сущность его заключается в том, что на территории с **определенным географическим ландшафтом среди диких млекопитающих и птиц существуют болезни, к которым восприимчив и человек.** **Существование природного очага**

определяют биоценотические связи между возбудителями, переносчиками и популяцией восприимчивых животных. Животные и птицы вместе с переносчиками являются резервуаром возбудителей в природе, поэтому природные очаги существуют независимо от человека благодаря непрерывной циркуляции возбудителя среди животных и переносчиков.

К природно-очаговым болезням относятся чума, лейшманиозы, туляремия, желтая лихорадка, комариные и клещевые энцефалиты, риккетсиозы (Ку-лихорадка, клещевой возвратный тиф, лихорадка цуцугамуши и др.), бешенство, лептоспирозы, трихинеллез, орнитоз и др. При освоении природы люди не только вторгаются в природные очаги, заражаются и заболевают, но и расширяют их, приближая к своему месту жительства. В этих случаях домашние животные, птицы, синантропные грызуны способствуют формированию вторичных антропоургических очагов.

Социальный фактор - это совокупность общественных отношений, определяемая способом производства материальных благ. Обусловленные им отдельные социальные элементы оказывают влияние на эпидемический процесс, способствуя или препятствуя проявлению паразитизма возбудителей инфекционных болезней. Количественные и качественные изменения в ходе эпидемического процесса определяются лабильными социально-экономическими факторами, воздействующими на биологические движущие силы эпидемического процесса, ускоряя переход возбудителей от зараженных людей к незараженным [5] .

Активизирующими факторами эпидемического процесса являются урбанизация, научно-технический прогресс, международные связи между странами, сопровождающиеся развитием социально-коммунальной сферы, промышленного производства, транспорта, туризма, увеличением миграции населения. Загрязнение окружающей среды приводит к ухудшению демографических показателей и здоровья населения. Промышленное производство продуктов питания в случае нарушения технологии их приготовления приводит к возникновению вспышек инфекционных заболеваний. Концентрация населения в городах, рост численности детей в ДДУ активизируют эпидемический процесс антропонозов.

Хозяйственная деятельность людей - строительство ирригационных систем и сооружений, плотин, водохранилищ способствует появлению новых мест выплода переносчиков, увеличению численности моллюсков и росту некоторых паразитарных заболеваний (малярия, шистосомозы, филяриидозы). Развитие животноводства, птицеводства, рыболовства, растениеводства увеличивает возможность заражения людей зоонозами, биогельминтами. Религиозные культы и привычки также способствуют распространению некоторых особо опасных заболеваний (холера, чума) и вирусных гепатитов. Существенным активатором эпидемического процесса может является также и образ жизни людей (наркомания и др.).

В урбанизированных экологических системах (урбаценозах) возбудители инфекций занимают особое место обитания (биотопы),

часто не свойственное им в природных сообществах, формируя техногенные очаги (табл. 1)

Таблица 1

Характеристика техногенной очаговости инфекций*

Биотопы микроорганизмов	Пути циркуляции, этиологический спектр
Системы водоснабжения, кондиционирования воздуха, вентиляции, охлаждения вод (бытовые и промышленные)	Заражение людей происходит водным или аэрозольным путём (возбудители кишечных инфекций, легионеллёзов, микозов и др.)
Системы тепличных хозяйств, централизованного хранения и переработки продуктов, предприятия общественного питания	Заражение людей происходит пищевым путём в результате накопления возбудителей как в самих пищевых продуктах, так и на оборудовании (иерсинии, листерии, возбудители кишечных инфекций)
Системы медицинского обслуживания	Стационары разного профиля, где созданы дополнительные условия для заражения людей, связанные с хирургическими и инвазивными процедурами (стафилококки, синегнойная палочка, возбудители оппортунистических инфекций, вирус ВГВ, ВИЧ)
Системы замкнутого жизнеобеспечения человека	Подводные лодки, бункеры ракетных установок, космические корабли, где созданы особые условия циркуляции возбудителя (сведения об эпидемическом проявлении подобных очагов и спектр инфекций отсутствуют)

* Покровский В.И. с соавт. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАР - МЕДИЯ, 2007. – 814 с.

Эти очаги представляют относительно замкнутые системы с автономной циркуляцией занесённых из естественных экологических систем возбудителей инфекций. В частности, в городах водопроводную сеть часто колонизируют многие патогенные и условно-патогенные бактерии: сальмонеллы, шигеллы, энтеротоксигенные кишечные палочки, вибрионы, клебсиеллы, кампилобактеры, псевдомонады.

В душевых установках и системах кондиционирования воздуха обитают легионеллы, термофильные актиномицеты, микобактерии, псевдомонады. Нарастающее эпидемиологическое значение имеют системы централизованного хранения продуктов общественного питания, где на первое место выходят психрофильные бактерии - иерсинии, листерии, серрации, клебсиеллы и энтеробактеры. Первичное инфицирование овощей иерсиниями может происходить как в городских тепличных хозяйствах, так и на полях выращивания в агрономических центрах.

По сравнению с природными экологическими системами среда обитания в урбано-ландшафтах для патогенных микроорганизмов зачастую оказывается более благоприятной. Поэтому их концентрации в кондиционерах и системах охлаждения (легионеллы) или овощехранилищах (иерсинии, листерии) по сравнению с их численностью в почве или природных водоёмах оказываются более высокими. При этом в техногенных очагах (техногенная очаговость) могут формироваться достаточно высоковирулентные варианты из вполне безобидных бактерий, широко распространённых в природе.

2.2. Современное представление об эпидемическом процессе, его сущности и эпидемиологии как науки

Основоположник учения об эпидемическом процессе Л.В. Громашевский определял **эпидемический процесс как цепь следующих друг за другом специфических инфекционных состояний**. Но это определение не объясняло сущности эпидемического процесса как явления. Суть последнего была обоснована Беляковым В.Д. (1989), который дал следующее определение эпидемического процесса: **«Эпидемический процесс это эволюционно обусловленный процесс взаимодействия паразита – возбудителя и человека – хозяина на популяционном уровне, проявляющийся, при определенных социальных и природных условиях манифестными, стертыми и бессимптомными формами заболевания»**.

В данном определении раскрывается **сущность эпидемического процесса как процесса взаимодействия**. Реализация этой **сущности** на популяционном уровне (взаимодействие внешних и внутренних причин между собой при определенных социальных и природных условиях), в отличие от организменного, именуется **причинностью в эпидемиологии**. Результатом этого является не только возникновение инфекционных, но и любых других заболеваний как следствие взаимодействия патогенных факторов неинфекционной (физической, химической, ятрогенной и др.) природы с неоднородной по степени восприимчивости к ним популяцией людей. То есть различия **при инфекционной и неинфекционной патологии** касаются лишь **природы патогенов (этиологии)** при одной и той же

биологической основе формирования заболеваемости [7]. В этой связи термин **эпидемический процесс (процесс взаимодействия), «рожденный» в недрах эпидемиологии инфекционных заболеваний, в настоящее время широко используется для обозначения сущности этого процесса и при заболеваниях неинфекционной природы.**

Поэтому понятие **эпидемический процесс в настоящее время определяется как процесс взаимодействия патогенных факторов различной природы (биологической, физической, химической, ятрогенной и др.) с неоднородной по восприимчивости к ним популяцией людей, проявляющийся при определенных необходимых и достаточных социальных и природных условиях манифестными, стертыми и бессимптомными формами заболеваний.** То есть понятие **«эпидемический процесс» не противоречит понятию «заболеваемость» и применение этого термина к процессу распространения неинфекционных заболеваний отражает эволюцию эпидемиологии и ее современный этап развития [4].** Вследствие этого наиболее полно современному представлению эпидемиологии как науки соответствует следующее определение: **"Эпидемиология – наука об эпидемическом процессе, изучающая причины, условия и механизмы формирования патологии населения путем анализа ее распределения по территории, среди различных групп населения и во времени, использующая эти данные для разработки системы профилактических и противоэпидемических мероприятий для снижения заболеваемости и улучшения здоровья населения» [1].**

Это определение полностью соответствуют паспорту ВАК РФ номенклатуры научной специальности: 14.02.02 – эпидемиология, областью исследования которой являются инфекционные и массовые неинфекционные заболевания, т.е. любая заболеваемость и ее исходы необходимые для интегральной оценки состояния здоровья населения [17].

Выше указывалось, что в возникновении и распространении любых заболеваний людей, помимо наличия патогенных факторов различной природы и популяции восприимчивых людей, существенную роль играют конкретные элементы социальной и природной среды, а также образа жизни людей и индивидуальные особенности организма. Роль этих элементов хорошо обоснована в возникновении и реализации инфекционных заболеваний, при которых элементарной ячейкой эпидемического процесса является **эпидемической очаг**.

2.3. Понятие об элементарной ячейке эпидемического процесса - эпидемическом очаге и его составляющих

Эпидемический очаг при антропонозных инфекциях - территория нахождения источника инфекции, где всегда имеются объекты внешней среды (факторы передачи), круг лиц соприкасавшихся (контактные) с больным и факторами передачи и это место, как правило, характеризуется определенными социальными и природными (болезнетворными) условиями, а также временными и территориальными границами.

Составляющие элементарной ячейки - это основные звенья эпидемического процесса. Их также называют «триадой

Громашевского» - **источник возбудителя инфекции, механизм передачи возбудителя, восприимчивое население** (рис. 1). Каждая из звеньев триады является обязательной предпосылкой для возникновения эпидемического очага и поддержания эпидемического процесса в целом.

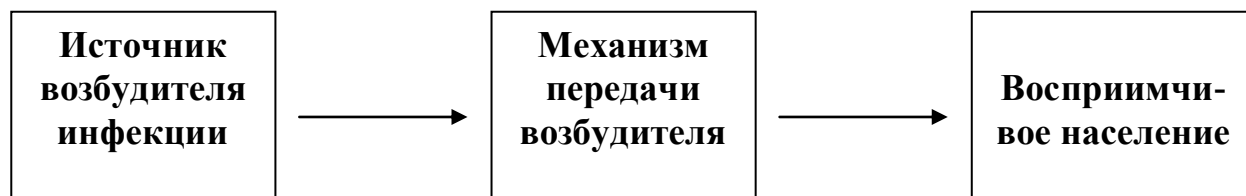


Рис 1. Элементарная ячейка эпидемического процесса инфекционных заболеваний

2.3.1. Источник (резервуар) инфекции

Источник инфекции – объект (среда), служащий(ая) местом естественной жизнедеятельности паразитов, без которого(ой) они не могут существовать как биологический вид. Эта среда известна как специфическая, главная среда обитания, которую в англоязычной литературе определяют как **резервуар возбудителя**.

Резервуар инфекции – совокупность биотических и абиотических объектов, являющихся средой естественной жизнедеятельности паразитического вида и обеспечивающих существование его в природе.

Смысловое значение этих определений одно и то же – сохранение возбудителей как вид в среде естественных хозяев. Однако на практике **понятие резервуар**, как правило, воспринимается как хранилище возбудителей инфекции: **человеческая популяция, популяции определенных видов животных и окружающая**

(внешняя) среда (первый экологический признак). Тогда как в конкретной эпидемиологической ситуации, используется понятие **источник инфекции**, указывающий на конкретный объект **(больной человек, животное, инфицированные элементы окружающей среды)**, из которого происходит заражение восприимчивых людей **в конкретных условиях, времени и места.**

В соответствии с **первым экологическим признаком** болезни, при которых **источником инфекции** являются **животные** называют **зоонозами**, а в случае заболевания ими людей эти болезни именуются - **зооантропонозами**. При многих зоонозных заболеваниях человек является тупиком для возбудителя и не может стать источником для других людей.

Инфекционные (паразитарные) болезни людей, возбудители которых являются свободноживущими в окружающей среде, называют **сапронозами**.

Болезни, при которых **источником инфекции** являются люди и болеют только люди, называют **антропонозами**. При этом выделяют различные **категории источников инфекции**, отличающиеся **степенью эпидемиологической опасности**, что в существенной мере зависит от формы клинических проявлений инфекции (манифестная, стертая, бессимптомная), степени ее тяжести (легкая, средняя, тяжелая) и характера процесса (острый, хронический), а также периодов течения инфекционной болезни (инкубации, продромы, разгара и реконвалесценции). Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют **категория так называемых носителей возбудителей инфекционных заболеваний (бессимптомное течение**

болезни), а также категория больных с хроническим течением процесса, далее следуют категория больных со стертыми формами и в меньшей степени категория больных с манифестно-острой картиной.

Вторым экологическим признаком для классификации антропонозов является основная эволюционно-обусловленная локализация возбудителей в организме специфического хозяина.

По этому признаку возбудители антропонозов делятся на группы:

- с кишечной локализацией;
- с локализацией в дыхательных путях;
- с локализацией на кожных и наружных слизистых покровах;
- с локализацией в крови.

Каждой локализации возбудителей соответствует свой тип механизма передачи, который реализуется через соответствующие пути и факторы передачи.

2.3.2. Механизм, факторы и пути передачи. В процессе эволюции паразиты (возбудители инфекционных и паразитарных заболеваний) хорошо приспособились к естественному обитанию в организме животного и человека. Однако, человек и животное смертны, а вместе с ними должны были бы погибнуть и возбудители и, следовательно, исчезнуть как биологический вид в природе. Но этого на самом деле не происходит, поскольку возбудители постоянно перемещаются из организма одного хозяина в организм другого. К перемещению возбудителей вынуждает ограниченное время его пребывания в организме хозяина, лимитируемое периодом до начала выработки иммунитета.

Для того чтобы перейти из одного организма в другой в большинстве случаев паразит должен оставить своего биологического хозяина и попасть во внешнюю среду. Пребывание и перемещение во внешней среде позволяет возбудителю найти нового хозяина и внедриться именно в те органы и ткани, к которым паразит адаптировался в процессе эволюции.

Механизм передачи - это эволюционно обусловленный способ перемещения возбудителей инфекционных заболеваний из инфицированных в неинфицированные популяции хозяев, что обеспечивает возможность сохранения паразитов как вид в природе. Этот процесс представляет собой последовательную смену следующих друг за другом фаз. Иногда возбудители из зараженного в здоровый организм попадают напрямую, путем соприкосновения, без участия внешней среды. В остальных случаях это реализуется при помощи трех фаз (рис.2).

Первая фаза механизма передачи, а именно выведение возбудителя из организма источника инфекции, осуществляется благодаря появлению патологических (понос, рвота, кашель, чихание и др.) или осуществлению физиологических актов (дефекация, мочеотделение, дыхание, разговор, менструация и др.). Кроме того, при нахождении возбудителя в замкнутой системе человека или животного (кровь, лимфа) он может быть активно извлечен из организма кровососущими насекомыми (вши, блохи, комары, москиты, клещи и др.), а также при проведении различных медицинских и немедицинских манипуляций. В древние времена травмы кожи и слизистых оболочек во время охоты, работы, при

контакте людей друг с другом и внешней средой заменяли медицинские манипуляции.

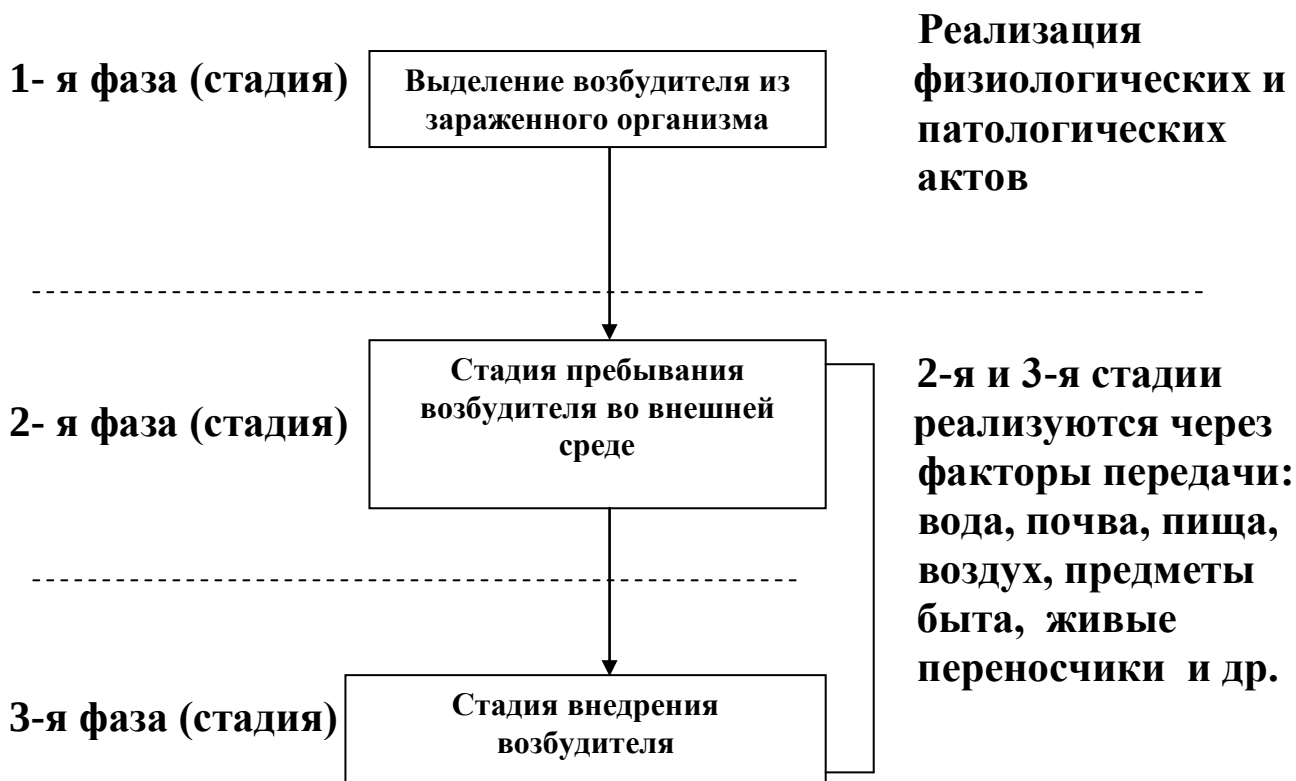


Рис. 2. Схема механизма передачи возбудителей инфекционных заболеваний

В результате выведения из организма хозяев основная масса возбудителей оказывается во внешней среде, элементами которой являются воздух, вода, почва, растения, предметы обихода. Они играют специфическую или механическую роль в перемещении возбудителей и сохранении их видов. Одним из приспособительных механизмов для сохранения вида возбудителя в неблагоприятных условиях являются массивность его выделения (чем больше выделится, тем больше сохранится), возможность длительного сохранения и размножения в организме переносчика, приобретение

устойчивости к изменениям температуры, элементам внешней среды, дефициту питательных веществ, рН, солевому составу и др. Например, возбудитель холеры длительное время сохраняется и даже размножается в сточных водах, имеющих щелочную рН, большое количество минеральных и органических веществ.

Вторая и третья фазы механизма передачи реализуются через факторы передачи.

Факторами передачи являются объекты внешней среды одушевленной (блохи, клещи, вши, комары) и неодушевленной природы (вода, воздух, почва, пища, предметы быта и обиходами др.), на (в) которые возбудители попадают, выделившись из инфицированных организмов, пребывая на (в) них то или иное время и откуда тем или иным путем внедряются в восприимчивые организмы.

Пути передачи - совокупность факторов передачи участвующих в передаче заразного начала при конкретной инфекции в конкретных эпидемических очагах. Например, конкретная инфекция - шигеллез Зонне, конкретные эпидемические очаги этой инфекции - очаг в благоустроенной квартире с одним заболевшим и очаг в детском саду со многими заболевшими. Соответственно, в первом случае факторами передачи будут предметы быта и обихода, и следовательно путем передачи будет являться контактно-бытовой путь, а во втором случае факторами передачи явились молоко, сметана, творог, а путем передачи явился пищевой (алиментарный) путь.

Способы выведения возбудителя из зараженного организма и внедрение в восприимчивый организм определяются **локализацией возбудителя** в организме хозяина: **кровь, слизистые дыхательных путей и кишечника, кожные и наружные слизистые покровы.** Этим **локализациям** возбудителей соответствуют **определенные типы механизмов передачи**, т.е. между **локализацией возбудителя в организме (органотропность)** и **механизмом передачи** имеется **полное соответствие (основной закон теории механизма передачи).** Этот закон, обоснованный Л.В.Громашевским [5] положен в основу классификации монотропных инфекционных болезней. При политропности возбудителей, когда они могут поражать ряд органов или приобретают по ходу инфекционного процесса дополнительную локализацию, может наблюдаться несоответствие между местом первичной локализации возбудителя и типом механизма передачи. Например, при менингококковой инфекции первичная локализация возбудителя – слизистые оболочки носоглотки - определяет его передачу, а вторичная локализация (мозговые оболочки) эпидемиологического значения не имеет. При вирусном гепатите В (ВГВ) и С (ВГС), наоборот, первичная локализация (печень) не играет эпидемиологической роли, тогда как кровь и другие биологические среды, выделяемые из организма инфицированных, имеют существенное значение.

В соответствии с основными локализациями возбудителей антропонозных инфекций в организме хозяина в настоящее время **выделяют шесть типов механизмов передачи**, при реализации которых возбудители перемещаются из популяции инфицированных

в популяции восприимчивых людей и, следовательно, сохраняются как вид в природе с позиции эволюционного развития живых систем:

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Желудочно-кишечный тракт
Дыхательные пути
Кровеносная система
Наружные покровы и слизистые
Множественная (печень, кровеносная система)

МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ

Фекально-оральный
Аэрозольный
Трансмиссивный
Контактный
Гемоконтактный
Вертикальный

Поэтому использование при вирусных гепатитах В, С и других гепатитах (G, SEN, TTV) в качестве механизма передачи термина «парентеральный» является некорректным. В реализации того или иного механизма может участвовать один или нескольких путей и факторов передачи, посредством которых возбудители попадают в организм восприимчивых людей (табл. 2).

2.3.3. Восприимчивое население

Восприимчивость – это способность организма отвечать на внедрение возбудителя рядом специфических патологических реакций. Судьба заражения, произошедшая в результате реализации того или иного пути и в целом механизма передачи, может быть неоднозначной. Вообще принципиальная возможность ответной реакции организма на внедрение возбудителей, естественной средой которых является не только человек, но и животные, зависит в целом от **видовой естественной восприимчивости**.

Это наследуемое общебиологическое свойство, характерное для каждого из видов. В прошлом это явление называли видовым

иммунитетом, но к иммунитету оно не имеет никакого отношения, поскольку материальной основой этого свойства, как и **видовой**

Таблица 2

Механизмы, пути и факторы передачи возбудителей антропонозных инфекций

Основная первичная локализация возбудителей	Механизм передачи	Пути передачи	Факторы передачи
Дыхательные пути	Аэрозольный	Воздушно-капельный Воздушно-пылевой Контактно-бытовой	Жидкая аэрозоль Сухая аэрозоль Предметы обихода
Пищеварительный тракт	Фекально-оральный	Водный Пищевой (алиментарный) Контактно-бытовой	Вода Продукты питания, мухи Руки, почва, предметы обихода и др.
Кровеносная система, печень	Гемо-контактный	Прямой (непосредственный) контактный (сексуальный) Вертикальный (от матери плоду, новорожденному) Непрямой (опосредованный) контактно-бытовой	Вагинальные и цервикальные секреты, семенная жидкость, слюна Околоплодные воды, кровь Предметы обихода
Наружные покровы	Контактный	Прямой (непосредственный) контактный Непрямой (опосредованный) контактно-бытовой	Наружные покровы тела (кожа, слизистые) Почва, вода, руки, предметы обихода, орудия труда и др.

естественной невосприимчивости является **геном** конкретных видов. Так, человек страдает от вируса кори, но не болеет чумкой собак, вызываемой вирусом, сходным с вирусом кори; или человек болеет брюшным тифом, но безразличен к внедрению *Salmonella pullorum*, которая вызывает тяжелую смертельную инфекцию у кур, хотя возбудители этих заболеваний очень близки между собой, относятся к одному виду. При наличии видовой восприимчивости наблюдаются индивидуальные различия в этой реакции на внедрение возбудителя (табл.3).

Таблица 3

Зависимость интенсивности инфекционного процесса при брюшном тифе от вирулентности возбудителя при инфицирующей дозе 10^7 *

Вирулентность возбудителя	Всего добровольцев	Заболели	Перенесли инфекцию	Не инфицировались
Штаммы с Vi-антигеном	47	24 (51 %)	19 (40%)	4 (9%)
Штаммы без Vi-антигена	39	10 (26%)	16 (41%)	13 (33%)

При одинаковых заражающих дозах последствия были различными: одни заболевали брюшным тифом, другие переносили инфекцию бессимптомно, третьи – вообще не заражались. Наряду с генетическими характеристиками, включая половые особенности, расовые и, возможно, какие-то другие (например, различие по группам крови), имеют значение и фенотипические характеристики –

* Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2005. – 752с.

возраст, характер питания, стрессовые состояния, сопутствующие заболевания и т.п.

От видовой естественной невосприимчивости следует отличать **невосприимчивость, приобретенную** в процессе жизни **каждым из индивидумов, обусловленную иммунными реакциями**. Порой имеет место явный факт заражения большой дозой возбудителя, свойственного для данного вида, но это никак внешне не проявляется. Это означает, что организм невосприимчив к данному возбудителю, поскольку он имеет к нему иммунитет (иммунологическая невосприимчивость), приобретенный им в результате вакцинации или перенесенной инфекции в манифестной либо в бессимптомной формах. Материальной основой такой «иммунологической» **невосприимчивости является гуморальный и клеточный иммунитет**, приобретаемый каждым индивидуумом в процессе индивидуальной жизни. Манифестация же клинической картины, напротив, свидетельствует, что на момент заражения организм оказался восприимчивым к данной инфекции в результате отсутствия у него иммунитета.

Таким образом, **видовая естественная восприимчивость** обуславливает принципиальную возможность возникновения эпидемического процесса, а его масштабы определяются числом лиц, имеющих приобретенный иммунитет (уровень коллективного иммунитета). Причем, чем меньшее число лиц имеет приобретенный иммунитет, тем выше интенсивность эпидемического процесса. С его развитием, напротив, уровень коллективного иммунитета будет

нарастать, и вслед за этим будут снижаться масштабы эпидемического процесса.

Кроме рассматриваемой триады или основных звеньев эпидемического процесса (источник инфекции, механизм передачи, восприимчивое население) необходимым условием для возникновения эпидемического очага и поддержания эпидемического процесса в целом является также наличие определенных элементов социальных и природных условий.

2.3.4. Роль социальных и природных факторов в возникновении и распространении эпидемических очагов

Возможность возникновения первого и связанных с ним других эпидемических очагов в поддержании эпидемического процесса во многом определяются социальными и природными факторами. Эти факторы, именуемые иначе внешними эпидемиологическими причинами или болезнетворными условиями (конкретные элементы социальной и природной среды, а также образа жизни людей) действующими опосредованно, способствуют попаданию возбудителей (внешних, этиологических, прямых, необходимых, болезнетворных причин) от инфицированных людей в здоровые восприимчивые организмы (восприимчивость - внутренняя причина).

Совокупность этих причин образует причину достаточную, которая в обязательном порядке приводит к заболеваниям как результат процесса взаимодействия популяции паразитов с популяцией восприимчивых людей. Причем интенсивность этого взаимодействия, именуемого эпидемическим процессом или

причинностью в эпидемиологии, будет напрямую зависеть от активности механизма передачи, характерного для каждой группы инфекций. Вместе с тем активность механизма передачи при каждой группе инфекций будет преломляться через конкретные элементы социальной и природной среды, образа жизни и индивидуальных особенностей организма.

Таким образом, социальный фактор нередко выступает в качестве активатора эпидемического процесса. Так например, активность механизма передачи при кишечных инфекциях будет тем выше, чем хуже будут социальные условия, оцениваемые «неудовлетворительно» (отсутствие водопровода и канализации, скученность, низкая санитарная культура). И, напротив, чем благоприятнее будут составляющие социальных условий жизни населения, тем в большей степени будет подавляться активность механизма передачи, вплоть до прекращения возникновения очагов инфекционных заболеваний. К примеру, улучшение коммунального благоустройства населенных пунктов (канализование населенных пунктов, проведение водопровода с качественной очисткой воды, асфальтирование дорог, электрификация, газификация, качественное питание, централизованное удаление нечистот, активация рекреационных процессов, повышение материального благосостояния и т.п.) позволит не только существенно снизить вследствие уменьшения активности механизма передачи частоту возникновения эпидемических очагов целой группы кишечных инфекций, но и надолго предотвратить их появление.

Или такое социально - природное явление как скученность людей в закрытых помещениях, наблюдаемая в период формирования детских дошкольных, школьных и других коллективов в холодное время года, приводит к активации аэрозольного механизма передачи и как следствие этого появлению эпидемических очагов инфекции дыхательных путей. На это оказывают существенные влияния также и низкие температуры воздуха, приводящие к снижению общей иммунологической реактивности организма. При кишечных инфекциях влажное теплое лето также приводит к активации фекально-орального механизма передачи.

Следовательно, в каждом конкретном случае необходимо уяснить роль отдельных элементов социальной и природной среды в возникновении эпидемических очагов. Устранение неблагоприятных элементов социальных условий является неотъемлемой частью комплекса мер, осуществляемых при локализации и ликвидации очага, особенно при кишечной группе инфекций. Относительно роли социального фактора Л.В.Громашевский [5] указывал: **«Социальный фактор может служить причиной эпидемического распространения заразных болезней, но, с другой стороны, и единственным рычагом успешной борьбы с ними и их ликвидации».** Это столь же справедливо и для борьбы с заболеваниями неинфекционной природы. Например, устранение такого социального явления как курение, на 80 и более процентов позволит снизить заболеваемость и смертность от рака легкого.

3. Общие принципы организации и проведения противоэпидемических мероприятий в эпидемических очагах

Эффективность противоэпидемических мероприятий, как и эффективность лечебных вмешательств в клинике, будет определяться тем, насколько правильно будет установлен эпидемиологический диагноз в процессе эпидемиологического обследования очагов. Но в любом случае главные направления противоэпидемических мероприятий должны проводиться в отношении всех трех звеньев эпидемического процесса: первого (источника инфекции), второго (механизма и путей передачи). Но в каждом случае требуется конкретизация ведущих мероприятий, спектр которых будет зависеть от особенностей эпидемиологической ситуации, выявленной при эпидемиологическом обследовании конкретного эпидемического очага.

3.1. Эпидемиологическое обследование эпидемического очага. Цель, задачи, приемы и способы обследования очага

Эпидемиологическое обследование – это способ изучения эпидемического очага, **целью** которого является выявление причин и условий возникновения эпидемического очага.

Реализация этой **цели** осуществляется путем решения следующих взаимосвязанных **задач**:

- выявления источника инфекции;
- точного и полного выявления круга контактных лиц, подвергшихся заражению;
- выявления факторов и конкретных путей передачи;

- выявления роли социальных и природных условий в возникновении данного эпидемического очага и выяснения возможной их роли в возникновении новых эпидемических очагов;
- установления территориальных и временных границ существования эпидемического очага.

При решении указанных задач используют практически такую же диагностическую технику, т.е. те же **приемы и способы**, как и при клинической диагностике:

- опрос, осмотр больного (источника инфекции) и лиц, с ним соприкасавшихся;
- осмотр очага (обследование очага);
- лабораторные и инструментальные методы исследования больного, контактных и подозреваемых факторов передачи;
- эпидемиологическое наблюдение за очагом.

Несмотря на сходство этих приемов и способов, используемых при клинической диагностике, целевое назначение их при обследовании эпидемического очага имеет существенные отличия. Например, характер задаваемых вопросов больному при опросе (анамнез болезни, эпиданамнез), а также контактными лицам во многом определяется особенностями эпидемиологии каждой конкретной инфекции. В процессе опроса выявляется, от кого мог заразиться данный больной. Поиск такого лица осуществляют в пределах максимального инкубационного периода до даты заболевания с выяснением сведений:

- о путях и факторах передачи возбудителей, времени, месте и условиях заражения;

- об употребленных в этот период времени видов продуктов;
- об условиях водопользования;
- о наличии контактов с животными и т.п.

Опрос окружающих больного лиц может не только дополнить полученные от него сведения, но часто является единственным источником достоверной информации (если, например, больной не в состоянии отвечать на вопросы). Если в ходе опроса выясняется, что заражение обследуемого больного могло произойти в другом населенном пункте, то высылается соответствующий запрос.

Осмотр больного и контактных позволяет не только правильно поставить клинический диагноз, а также выявить среди контактных новых больных. Как правило, клинический диагноз, форма и тяжесть заболевания указывают на вероятный источник и возможный путь распространения инфекции.

К примеру при вспышках кишечных инфекций, когда ведущим фактором передачи оказываются молоко и молочные продукты, заболевания протекают в основном остро, по типу пищевой токсикоинфекции (повышение температуры тела, рвота, тошнота и другие симптомы интоксикации), тогда как при водном пути передачи начало заболеваний протекает по типу энтерита, энтероколита, колита, причем с большой частотой стертых форм и носительства.

Осмотр очага может дать ценные сведения для выявления механизма, путей и факторов передачи возбудителя, выявления роли социальных и природных условий, а также образа жизни и индивидуальных особенностей людей, способствовавших их

реализации. Данные опроса и осмотра позволяют определить пространственные границы очага, выяснить, является ли данный жилой дом, общежитие, предприятие, детское учреждение и т.д., где обнаружен больной, единственным местом, где могут находиться и другие подобные больные или носители.

При осмотре очага проводят визуальное обследование различных объектов, в ходе которого оценивают санитарно-гигиеническое состояние очага, включая как бытовую, так и производственную обстановку в окружении заболевших. Часто приходится осматривать и соседние квартиры, иногда целый квартал или село для установления возможных эпидемиологических связей с больным или факторами передачи возбудителя. При этом фиксируют внимание на объектах, имеющих значение в эпидемиологии именно данной инфекции. Например, при инфекциях с гемаконтактным механизмом передачи (ВГВ, ВГС, ВИЧ- инфекция и др.) прежде всего решается вопрос о факторах передачи, на которые эти возбудители могли попасть при реализации естественных и искусственных путей. Тогда как вопросы питания и водоснабжения остаются вне интересов врача. И, напротив, при кишечной инфекции эти вопросы займут центральное место.

В процессе осмотра больных, контактных лиц, очага отбирают пробы **для лабораторного** (бактериологического, вирусологического, гельминтологического, протозоологического и др.) **подтверждения источника инфекции, выявления вероятных факторов передачи возбудителя и новых заболевших среди (контактных) соприкасавшихся лиц.**

При установлении путей и факторов передачи возбудителя в соответствии с эпидемиологическими свойствами данной инфекции исследуют подозреваемую воду (водопроводную, из колодцев, из открытых водоемов, сточные воды, питьевую воду в торговых точках и др.), пищевые продукты, объекты животного происхождения (шкуры, шерсть, кости и др.), смывы (с рук, посуды, предметов обихода, оборудования и др.), почву, воздух.

Подозреваемые в качестве факторов передачи возбудителя различные объекты окружающей среды могут быть подвергнуты лабораторному исследованию не только с целью индикации, но и типизации возбудителя в них (определение серологической группы, серовара и т.д.).

В целом, данные опроса, осмотра и лабораторных исследований позволяют оценить роль конкретных элементов социальной и природной среды, образа жизни и индивидуальных особенностей организма в возникновении данного эпидемического очага, а также установить его временные и территориальные границы.

3.2. Содержание эпидемиологического диагноза по результатам обследования эпидемического очага

По результатам обследования эпидемического очага формируется эпидемиологический диагноз, в содержании которого должны быть отражены сведения о:

- больном – Ф.И.О., дата его выявления, возраст, пол, перенесенные заболевания, профессия, отношение к декретированным группам населения, адрес;

- клиническом диагнозе (с указанием ведущих симптомов, лабораторных данных);
- предполагаемом периоде заражения больного, месте заражения, условиях, обстоятельствах заражения, путях и факторах передачи возбудителей и кто мог быть для него источником инфекции;
- факторах и путях передачи, через которые возможно дальнейшее распространение заразного начала в конкретном очаге от конкретного источника инфекции (данного больного) окружающим его лицам (родным, близким друзьям, соседям, сослуживцам и т.д.);
- круге контактных лиц – Ф.И.О., возраст, пол, профессия (отношение к декретированным группам), адрес, перенесенные инфекционные заболевания вообще, в том числе по конкретной нозологической форме, зарегистрированной в эпидемическом очаге;
- роли социальных и природных условий в возникновении данного эпидемического очага и о возможной их роли в дальнейшей реализации тех или иных путей передачи инфекционных агентов, появлении новых больных, то есть новых источников инфекции и, следовательно, новых эпидемических очагов;
- территориальных и временных границах очага.

Эти сведения, сформулированные в виде эпидемиологического диагноза, являются объективным обоснованием для разработки мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага с определением объема сил и средств, необходимых для проведения основных противоэпидемических мероприятий, продолжительности

их проведения с учетом территориальных границ в конкретных условиях социальной и природной среды.

В соответствии со структурой эпидемического процесса при антропонозах, когда источником инфекции является человек и болеют люди, проведение противоэпидемических мероприятий осуществляют в трех основных направлениях:

- на источник инфекции;
- на механизмы, пути и факторы передачи возбудителя;
- на круг лиц, соприкасавшихся с больным.

Перечисленные мероприятия должны проводиться в согласно **Статьи 4 (пункт 3) Конституции Российской Федерации**, где сказано **«Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровью людей, влечет ответственность в соответствии с Федеральным законом»;** **Статьей 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»**, которая провозглашает, что **«Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное информированное согласие гражданина»;** **Статьями 8,9,11 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»**, предусматривающими право граждан на информированность как о состоянии своего здоровья, о возможных вариантах медицинского вмешательства и последствиях, так и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и их результатах. Тем самым декларируется право гражданина на информированное добровольное согласие, что

является важным фактором повышения эффективности и качества проводимых противоэпидемических мероприятий, направленных на источник инфекции.

3.3. Мероприятия, направленные на источник инфекции

Степень опасности (заразность) источника (интенсивность выделения возбудителя больным человеком) определяется:

- характером течения инфекционного процесса (острое, хроническое, рецидивирующее);
- формой проявления болезни (манифестная, стертая, бессимптомная);
- тяжестью течения заболевания и связанной с этим массивностью выделения возбудителя;
- периодами течения инфекционного процесса (инкубация, продрома, разгар, реконвалесценция).

При разных инфекционных болезнях больной представляет неодинаковую эпидемиологическую опасность в различные периоды (фазы) заболевания (табл. 4).

Среди мер, направленных на источник инфекции выделяют:

- раннее выявление больных (активное, пассивное) с манифестными, стертыми и бессимптомными формами инфекции;
- регистрацию и учет;
- изоляцию;
- лечение больных, выписку и диспансерное наблюдение.

Таблица 4

**Периоды заразительности человека при некоторых инфекционных
болезнях ***

Инфекционная болезни	Период заболевания				
	инкубации (вторая половина)	продромаль- ный (начальный)	разгар	реконва- лесцен- ции	после выздоровл ения
Амебиаз	-	±	+++	++	+
Бешенство	-	-	+++	-	-
Ботулизм	-	-	+++	++	±
Ветряная оспа	-	+	+++	-	-
Вирусный гепатит: А, Е	+	+++	+	-	-
Вирусный гепатит: В, С Д	+	+++	+++	+	±
Грипп	-	+	+++	±	-
Дифтерия	-	+	+++	++	±
Иерсиниоз кишечный	-	+	+++	++	±
Инфекции: - ВИЧ	±	+	+++	X	X
- менингококковая	-	+++	++	-	-
- ротавирусная	±	++	+++	+	±
- стафило- и стрепток.	-	±	+++	++	+
Кампилобактериоз	-	-	+++	++	±
Коклюш	-	+++	++	±	-
Корь	+	+++	++	-	-
Краснуха	-	++	+++	-	-
Листериоз	-	-	-	-	-
Лихорадки: - желтая	-	++	+++	-	-
- Ку	-	-	+	-	-
- Ласса	X	X	+++	++	+
Малярия	-	-	+++	++	++
Орнитоз	-	-	-	-	-
Паротит эпидемический	-	++	+++	++	±
Полиомиелит	+	++	+++	++	±
Псевдотуберкулез	X	X	X	X	X
Сальмонеллез	±	±	+++	++	±
Сибирская язва	-	-	-	-	-
Столбняк	-	-	-	-	-
Тиф: - брюшной	±	±	+++	++	±
- сыпной	±	++	+++	+	-
Туберкулез	-	+	+++	+	±
Туляремия	-	-	-	-	-
Холера	+	++	+++	++	±
Чума (легочная форма)	-	-	+++	++	-
Шигеллез	-	±	+++	++	±
Энцефалит: клещевой,	-	-	-	-	-
Эшерихиоз	-	-	+++	++	±

Примечание Больной не заразен (-), может быть заразен, но непостоянно (±), больной заразен и степень заразности соответствует числу крестов (+, ++, +++), не определено (х).

* Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 814 с.

Указанные мероприятия, как правило, осуществляются врачами лечебного профиля. Главная задача этих мероприятий – уменьшить роль больного как источника инфекции и, следовательно, снизить опасность заражения окружающих.

Риск заражения можно существенно снизить, если правильно и своевременно поставить больному **клинический диагноз**. Поэтому первой и важнейшей задачей любого медицинского работника является не только правильная, но и как можно более **ранняя диагностика** заболевания, ибо только после этого можно определить всю последовательность необходимых противоэпидемических мероприятий.

3.3.1. Раннее выявление больных с манифестными, стертыми и бессимптомными формами инфекции

При манифестной форме источники инфекции, как правило, выявляются при обращении за медицинской помощью (пассивное выявление). Выявление же источников инфекции при бессимптомных формах требует применения активной тактики:

- во время проведения медицинских осмотров и лабораторных обследований декретированных групп населения при поступлении на работу;
- во время периодических осмотров;
- по эпидемиологическим показаниям.

Ранняя диагностика инфекционного заболевания осуществляется **клиническими и лабораторными методами**.

3.3.1.1. Клиническая диагностика проводится на основании сбора анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб,

симптомов, данных осмотра с учетом возможности развития стертых и бессимптомных форм заболевания. При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливают (с указанием места и времени) наличие контакта с больным или носителем, употребление недоброкачественной воды, подозрительных продуктов питания, контакта с больным животным или сырьем животного происхождения, травм, ожогов, ран, инъекций, гинекологических, стоматологических, хирургических вмешательств и др.

Для диагностики ряда заболеваний основным и достаточным является клинический метод, а этиологического подтверждения первоначального диагноза не требуется. Так, диагноз скарлатины ставится по характерной клинике заболевания, а обследование больного на стрептококк группы А проводится лишь в стадии реконвалесценции для контроля санации. Клинический подход является основным для первичной диагностики кори, краснухи, паротитной вирусной инфекции, хотя в дальнейшем эти диагнозы могут быть подтверждены серологическим обследованием больных.

При диагностике острых диарейных инфекционных заболеваний целесообразно пользоваться синдромальным подходом (острый энтероколит, острый гастроэнтерит и др.). Это не исключает необходимости взятия у больного материала для бактериологического исследования до начала специфического лечения. Врач в этих случаях, не дожидаясь результатов исследования, начинает проводить противоэпидемические мероприятия по первоначальному диагнозу синдрома. Аналогичной должна быть тактика врача и при диагностике таких заболеваний, как

дифтерия, полиомиелит, менингит, брюшной тиф, паразитарные тифы, все особо опасные инфекции. Даже при подозрении на эти заболевания требуются немедленная изоляция больных и проведение комплекса мероприятий в очаге без этиологического подтверждения диагноза, установление которого осуществляется обычно позже.

Таким образом, своевременное начало противоэпидемической работы в очаге зависит от диагностической работы врача, в частности от рационального сочетания клинической и этиологической диагностики. С этой же целью при необходимости лабораторного подтверждения диагноза используются методы ранней и ускоренной лабораторной диагностики.

3.3.1.2. Лабораторная диагностика проводится на основании результатов специфических для данного заболевания микробиологических, иммунологических и других видов исследований биологических материалов. Забор биологических материалов проводится в первый день обращения (выявления) больного за медицинской помощью, в последующем исследования повторяются в определенные для каждой нозологической формы сроки. Ранняя лабораторная диагностика включает такие методы, которые позволяют подтвердить диагноз в ранние периоды болезни. Так, методом ранней диагностики брюшного тифа является посев крови (гемокультура), так как с первых дней лихорадки в крови больного находится возбудитель - *S. typhi abdominalis*. Для ранней диагностики вирусных гепатитов определяют активность аланинаминотрансферазы, уровень которой начинает повышаться в конце инкубации, нарастает в течение всего продрома и сохраняется

повышенным 25 дней и более при вирусном гепатите А (ВГА), 60 дней и более при вирусном гепатите В (ВГВ). Для ранней диагностики ВГА и ВГВ определяют Ig М к вирусу гепатита А (анти-HAV IgM) и антигену внутреннего компонента вируса гепатита В (анти-HBcor IgM).

При острых диарейных инфекционных заболеваниях продромальный период, как правило, короткий или вообще не выражен, но с самого начала разгара болезни диагноз может быть подтвержден бактериологическим исследованием фекалий, рвотных масс, промывных вод желудка.

Методом ранней лабораторной диагностики менингококковой инфекции является посев на менингококк слизи из носоглотки, а для подтверждения диагноза дифтерии используют посев слизи из зева (с поверхности миндалин) и из носа.

Ускоренная или экспресс-диагностика, позволяет получить результат исследования через несколько часов, а иногда - минут. Для выявления возбудителей большинства инфекций используют методы иммунофлюоресценции (ИФ) или иммуноферментного анализа (ИФА). Эти методы в настоящее время доступны, разработаны для большинства инфекций, в том числе вирусных. В эпидемических очагах оптимальным является сочетание ранних и ускоренных методов лабораторной диагностики инфекционных заболеваний. В отдельных случаях для этих целей используется выявление нуклеиновых последовательностей в полимеразной цепной реакции (ПЦР). Результаты использованных приемов диагностической

техники зачастую позволяют поставить больному (источнику инфекции) правильный клинический диагноз.

3.3.2. Регистрация и учет больных

Врач любой специальности, поставивший больному диагноз инфекционного заболевания, осуществляет его регистрацию. Регистрация - это сообщение врачом персональных сведений о больном и его заболевании в учреждения здравоохранения (учреждения противоэпидемической службы и ЛПУ), которые принимают участие в ликвидации эпидемических очагов. Система и порядок регистрации инфекционных заболеваний имеют существенные различия в разных странах: по перечню заболеваний, подлежащих регистрации, по уровню регистрации (местный, муниципальный, региональный), по содержанию информации о больном и заболевании.

В нашей стране регистрируются наибольшее число нозологических форм (приложение 1). На каждый случай заболевания (подозрения), носительства, необычной реакции на прививку, укуса, оцарапывания, ослюнения животными в соответствии с приказом МЗ СССР № 654. «О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний» заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» - ф. № 058/у (в дальнейшем «Экстренное извещение» - приложение 2). Заполненное «Экстренное извещение» в течение 12 часов высылается в федеральное государственное учреждение

здравоохранения (ФГУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации (далее - территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ) по месту регистрации заболевания (независимо от места жительства больного).

Кроме того, в оперативном порядке информация сообщается в этот же территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ по телефону. В условиях г. Уфы согласно приказу МЗ РБ № 448 – ОД все экстренные извещения на впервые выявленных больных, изменения и уточнения диагноза медицинскими работниками из ЛПУ направляются в ГУЗ «Дезинфекционная станция г. Уфы».

3.3.2.1.Порядок заполнения «Экстренного извещения» и передачи информации в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»

Экстренные извещения заполняются врачом или средним медицинским работником, выявившим или заподозрившим заболевание:

- в амбулаторно-поликлинических учреждениях всех ведомств, независимо от условий, при которых было выявлено заболевание (при обращении в поликлинику, при посещении больного на дому, при профилактическом осмотре и т.д.);
- в стационарах, во всех случаях, когда диагноз инфекционного заболевания был поставлен в стационаре (больной поступил без направления поликлинического учреждения, диагноз инфекционного заболевания поставлен взамен диагноза другого

заболевания, случай **внутрибольничной инфекции**, заболевание, выявленное на секции);

- в медицинских кооперативах или врачами, занимающимися индивидуальной трудовой деятельностью по специальности;
- в учреждениях судебно-медицинской экспертизы;
- в детских дошкольных учреждениях (ДДУ), школах, летних оздоровительных учреждениях, студенческих строительных отрядах;
- в санаторно-курортных учреждениях и учреждениях системы социального обеспечения;
- в учреждениях фельдшерского обслуживания экстренное извещение составляют в двух экземплярах - первый экземпляр отсылается в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ, второй - во врачебное ЛПУ, в ведении которого находится данный пункт (участковую, районную, городскую больницу, поликлинику и т.д.);
- на станции скорой медицинской помощи медицинские работники, выявившие или заподозрившие инфекционное заболевание, в случаях, требующих неотложной госпитализации, сообщают в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ по телефону о выявленном больном и необходимости его госпитализации, а в остальных случаях сообщают в поликлинику (амбулаторию), в районе обслуживания которой проживает больной, о необходимости направления врача на дом к больному. Экстренное извещение в этих случаях составляется стационаром, в который больной был госпитализирован, или поликлиникой, врач которой посетил больного на дому;

- в ЛПУ Министерства путей сообщения (МПС), Министерства гражданской авиации (МГА), других министерств, ведомств и организаций экстренное извещение составляют в двух экземплярах, один из которых посылают в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ, второй - в вышестоящее ведомственное учреждение в порядке, установленном соответственно МПС, МГА, другими министерствами, ведомствами и организациями;
- в ЛПУ Министерства обороны РФ, Министерства внутренних дел РФ экстренные извещения представляют в территориальные филиалы ФГУЗ ЦГиЭ только на вольнонаемных сотрудников и членов их семей;
- в инфекционной больнице (больнице, имеющей инфекционное отделение) регистрируют больного в журнале приемного отделения стационара и сообщают в территориальной филиал ФГУЗ ЦГиЭ, в районе которого расположено ЛПУ, данные о поступлении больных с инфекционными заболеваниями (подозрениями), перечисленными в приложении 1, в течение 12 часов с момента их поступления.

Лечебно – профилактическое учреждение, уточнившее или изменившее диагноз, обязано составить новое экстренное извещение и в течение 12 часов отослать его в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ по месту обнаружения заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату его установления, первоначальный диагноз и результаты лабораторного исследования.

Филиал ФГУЗ ЦГиЭ должен сообщить информацию о случае заболевания в ЛПУ по месту жительства больного, а также

медработникам по месту посещения больным ребенком ДДУ, школы. В случае если больной относится к декретированным контингентам, сообщается в ЛПУ, обслуживающее данный объект, для организации противоэпидемических мероприятий по месту работы.

3.3.2.2. Порядок учета инфекционных заболеваний в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»

В территориальных филиалах ФГУЗ ЦГиЭ информация о каждом случае заболевания из «Экстренных извещений» вносится в «Журнал учета инфекционных заболеваний» - ф. № 060/у (далее в Журнал ф. № 060/у - приложение 3, такой же журнал ведется в ЛПУ). Далее эта информация передается в ежедневном режиме в территориальный отдел (ТО) Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, осуществляющее функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка. По полученным данным ТО управления принимает решение о проведении санитарно-эпидемиологического расследования, определяет объем предполагаемых лабораторных обследований и иных мероприятий, выдает распоряжение территориальному филиалу ФГУЗ ЦГиЭ на его проведение с указанием специалистов, которые будут их проводить.

Территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ проводит:

- на основании экстренного извещения ведется индивидуальный учет в Журнале ф. № 060/у больных инфекционными заболеваниями и

лиц с состояниями, указанными в пунктах 1.5 и 1.7 приказа № 654 – МЗ СССР - приложение 1;

- суммарный учет больных гриппом и другими респираторными инфекциями (пункт 1.6 приказа № 654 МЗ СССР), а также туберкулезом, кожно-венерическими заболеваниями, и в особых случаях энтеробиозом проводится согласно постановлению Росстата № 51 на основании отчетов ЛПУ по форме № 2, составленных на основе учетных форм № 025 - 11/у - 02, № 089/у - кв и № 089/у – туб;
- выявление и установление причин, условий возникновения, распространения инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, а также массовых неинфекционных заболеваний людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека;
- эпидемиологическое обследование очагов инфекционных и паразитарных заболеваний с применением при необходимости лабораторных методов исследования, с заполнением карт эпидемиологического обследования (эпидкарт), актов санитарно-эпидемиологического обследования, протоколов лабораторных исследований;
- наблюдение за очагами инфекционных и паразитарных заболеваний до их локализации и ликвидации, подготовку проекта внеочередного и окончательного донесения об очаге;
- факторный анализ заболеваемости представляет его в ТО управления по запросу или с периодичностью, которую определяет ТО управления;

- по прочим инфекционным и паразитарным заболеваниям, не перечисленным в приказе МЗ СССР № 654 (приложение 1), а также не вошедшим в приложение 4 проводит работу по установлению причин (факторов) и условий возникновения заболеваемости в пределах своих полномочий;
- в еженедельном режиме (по данным учета случаев инфекционных и паразитарных заболеваний) направляет информацию в ТО управления о количестве заболевших по первоначальному диагнозу, уровнях заболеваемости и темпах прироста или снижения инфекционной и паразитарной заболеваемости;
- в ежемесячном режиме проводит сверку инфекционной и паразитарной заболеваемости с ЛПУ, готовит государственную статистическую отчетность, ведет реестры инфекционных и паразитарных болезней.

3.3.2.3. Порядок учета инфекционных заболеваний в лечебно - профилактических учреждениях

После заполнения на больного или лицо с подозрением на инфекционное заболевание «Экстренного извещения» время и эпидемический номер заносятся в медицинскую документацию, соответствующую специфике ЛПУ:

- Медицинскую карту стационарного больного - форма № 003-1/у;
- Медицинскую карту амбулаторного больного - форма № 025/у-87;
- Карту вызова скорой медицинской помощи - форма № 110/у;
- Историю развития новорожденного - форма № 097/у;
- Историю развития ребенка - форма № 112/у;

- Медицинскую карту ребенка - форма № 026/у.

Во всех ЛПУ на каждый случай заболевания и носительства, приведенный в приложении 1, а также на каждый случай заболевания гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (пункт 1.5.40 приказа МЗ СССР № 654) заполняется «Талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-11/у-02). Кроме того, для персонального учета больных инфекционными заболеваниями по перечню приложения 1 и последующего контроля полноты и сроков передачи информации в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ, сведения из экстренного извещения во всех типах ЛПУ, в медицинских кабинетах дошкольных детских учреждений, школ, летних оздоровительных учреждений и др. вносятся в Журнал ф. № 060/у (приложение 3).

В Журнале ф. № 060/у на каждое инфекционное заболевание (бактерио- и вирусоносительство), учитываемое по экстренным извещениям, отводятся отдельные листы. В крупных учреждениях на массовые заболевания (корь, ветряная оспа, эпидемический паротит и др.) могут быть заведены специальные журналы.

Участковые и районные больницы (амбулатории), имеющие в районе обслуживания фельдшерско-акушерские пункты, регистрируют в Журнале ф. № 060/у также и инфекционные заболевания, выявленные средним медперсоналом пунктов фельдшерского обслуживания, на основании полученных от них экстренных извещений.

На основании оперативных сообщений, поступивших от территориальных филиалов ФГУЗ ЦГиЭ, в Журнал ф. № 060/у

вносятся необходимые исправления, уточнения, дополнения (о госпитализации, подтверждении или изменении диагноза).

В детских учреждениях (яслях, яслях-садах, детских садах), школах, техникумах, вузах в Журнале ф. № 060/у учитываются как заболевания, выявленные персоналом детских учреждений, так и выявленные персоналом ЛПУ (поликлиникой, стационаром), сообщения о которых получены на основании специальных справок «О временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение» - № 095/у (приложение 5), о чем в Журнале ф. 060/у в графе "примечание" делается соответствующая пометка. В этом же журнале регистрируются и случаи внутрибольничной инфекции, а также заболевания гриппом и острыми респираторными заболеваниями, возникшими в яслях, яслях-садах, детских садах, домах ребенка, детских домах, школах-интернатах и лесных школах.

На каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом **активного туберкулеза**, с рецидивом туберкулеза заполняется извещение по ф. № 089/у-туб (приложение 6), которое высылается в трехдневный срок в противотуберкулезный диспансер.

При выявлении больных бациллярной формой туберкулеза кроме извещений по ф. №089/у-туб составляется экстренное извещение по ф. №058/у, которое в течение 24 часов пересылается в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ по месту жительства больного. Извещение по ф. 058/у заполняется не только на впервые

диагностированные случаи бациллярного туберкулеза, но и при появлении бацилловыделения у больных закрытой формой туберкулеза, а также в случае смерти от туберкулеза больных, не состоявших при жизни на учете.

Противотуберкулезный диспансер ежемесячно 2 числа после отчетного периода сообщает по телефону в территориальный филиал ФГУЗ ИГиЭ суммарные сведения о числе вновь выявленных больных активным туберкулезом на основании полученных извещений.

На каждый случай впервые выявленного заболевания сифилисом, гонореей, трихомониазом, хламидиазом, герпесом уrogenитальным, аногенитальным бородавками, микроспорией, фавусом, трихофитией, микозом стоп, чесоткой заполняется извещение по ф. № 089/у-кв (приложение 7), которое высылается в трехдневный срок в кожно-венерологический диспансер.

На больного (подозрение) микроспорией, трихофитией, фавусом и чесоткой с впервые в жизни установленным диагнозом заполняется второй экземпляр извещения по ф. № 089/у-кв, направляемый в территориальный филиал ЦГиЭ по месту жительства больного в течение 24 часов с момента установления диагноза (подозрения).

Кожно-венерологический диспансер ежемесячно 2 числа после отчетного периода сообщает по телефону в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ суммарные сведения о числе вновь выявленных больных сифилисом (всех форм), гонореей (острой и хронической) на основании полученных извещений (ф. № 089/у-кв).

3.3.2.4. Внеочередное донесение

На каждый случай выявленного заболевания (смерти) чумой, желтой лихорадкой, холерой, контагиозной вирусной геморрагической лихорадкой (лихорадки Ласса и Эбола, болезнь Марбург), лепры и другими опасными для человека инфекционными болезнями, передаваемыми комарами (в дальнейшем эти заболевания будут именоваться **Болезни**) и на случай подозрения на эти Болезни выявившее их медицинское учреждение (вне зависимости от подчиненности и форм собственности) обязано немедленно направить **внеочередное донесение** в территориальный центр ЦГиЭ.

Внеочередное донесение должно содержать информацию о диагнозе инфекционного (паразитарного) заболевания (подозрения), численности заболевших, дате и месте (адрес) возникших заболеваний, предполагаемых путях и факторах передачи возбудителя, принятых противоэпидемических мерах, а также другие сведения, дополняющие эпидемиологическую характеристику очага. Также указывается фамилия, имя, отчество и должность лица, подписавшего информацию, передавшего и принявшего ее, фиксируют дату и время передачи информации.

Территориальные и ведомственные учреждения здравоохранения и Госсанэпиднадзора обязаны оперативно информировать Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:

- о выявлении больных Болезнями (подозрительными);
- о выявлении носителей возбудителей Болезней;

- о случаях медицинской изоляции иностранных граждан с подозрением на заболевания Болезнями;
- о выделении штаммов возбудителей Болезней из объектов окружающей среды, от животных, членистоногих;
- о выявлении грузов, сырья животного и растительного происхождения, зараженных возбудителями Болезней.

Территориальные центры ФГУЗ ЦГиЭ информируют:

- соответствующие ЛПУ о лицах, подлежащих медицинскому наблюдению, и о возможных эпидемиологических осложнениях;
- учреждения министерств и ведомств, администрацию свободных экономических зон о каждом случае Болезней среди их сотрудников, пребывающих за рубежом или вернувшихся на территорию Российской Федерации.

Санитарно-карантинные отделы (пункты) немедленно информируют территориальные (ведомственные) центры Госсанэпиднадзора (по принадлежности) о выявлении в пунктах пропуска через Государственную границу лиц, животных, грузов и других объектов, подозрительных на заражение возбудителями Болезней.

При выявлении случаев заболеваний чумой, холерой, желтой лихорадкой, экзотической вирусной геморрагической лихорадкой сведения об этих случаях наряду с вышеуказанными учреждениями одновременно сообщаются также и в Российский противочумный центр (РПЧЦ).

3.3.2.5. Лица, ответственные за организацию учета в лечебно - профилактических учреждениях

За полноту, достоверность и своевременность учета инфекционных заболеваний, а также за оперативное и полное сообщение о них в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ ответственность несет главный врач ЛПУ.

В каждом ЛПУ главным врачом выделяется (оформляется приказом) лицо, ответственное за передачу оперативной информации в территориальный филиал ФГУЗ ЦГиЭ о выявленных больных инфекционными заболеваниями, отсылку экстренных извещений, ведение Журнала ф. № 060/у. В детских дошкольных учреждениях, школах, детских домах, летних оздоровительных учреждениях и других учет инфекционных больных возлагается на медицинскую сестру учреждения.

Таким образом, регистрацией инфекционных больных решаются две задачи:

- органы здравоохранения и отдельные учреждения получают информацию об эпидемической ситуации как на территории в целом, так и на отдельных объектах. Это позволяет органам здравоохранения проводить в полном объеме анализ заболеваемости и надзор за инфекциями на территории, в стране и, следовательно, располагать информацией, необходимой для профилактической работы;
- медицинские учреждения своевременно приступают к выполнению противоэпидемических мероприятий в конкретных очагах инфекционных заболеваний.

3.3.3. Изоляция инфекционных больных

Изоляция (госпитализация) источников инфекции (инфекционных больных) – эффективное противоэпидемическое мероприятие, поскольку предотвращает возможность возникновения новых заражений. Она может проводиться в двух основных формах: изоляция (госпитализация) в инфекционные отделения или изоляция и лечение на дому. Решение вопроса о форме изоляции в конкретном очаге принимает врач, выявивший (диагностировавший) инфекционное заболевание. Он руководствуется при этом клиническими и эпидемическими показаниями.

3.3.3.1. Клинические показания. К клиническим (жизненным) показаниям относятся: высокая тяжесть заболевания, заболевания детей первого года жизни, детей и взрослых, ослабленных сопутствующими заболеваниями. Ряд заболеваний требует обязательной госпитализации в силу тяжелого течения болезни или риска возникновения осложнений. Так, необходимо госпитализировать всех больных брюшным тифом, паразитарными тифами, дифтерией, полиомиелитом, менингококковой инфекцией, протекающей в генерализованной форме, а также лихорадящих больных, у которых высокая температура держится 3 дня и ее причина остается неясной (провизорная госпитализация).

3.3.3.2. Эпидемические показания. В зависимости от нозологической формы изоляция больного может быть обязательной и избирательной. Нормативной базой обязательной изоляции больных служит **Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Статья 51, пункт 6)**, согласно которому

главные государственные санитарные врачи и их заместители наделены полномочиями выносить мотивированное постановление об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющих непосредственную опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания. Этот же принцип регламентируется **Статьей 33** (пункт 1) вышеупомянутого закона.

В других ситуациях изоляцию больного проводят избирательно по тяжести клинического течения и при отсутствии непосредственной опасности для окружающих его лиц, а также в тех случаях, когда сам больной представляет эпидемическую опасность в силу его профессии и когда объект, где возник очаг, имеет неблагополучное санитарное состояние. В этих случаях решение об избирательной изоляции принимает лечащий врач.

Так, по эпидемическим показаниям избирательной изоляции подлежит больной острой диарейной инфекцией, если он работает на одном из предприятий, связанных с обслуживанием населения (предприятия водоснабжения, пищевые объекты, гостиницы и др.). Избирательной изоляции по эпидемическим показаниям подлежат также инфекционные больные, проживающие в интернатных учреждениях, домах ребенка, приютах, общежитиях, а также в квартирах и домах с плохими санитарными условиями. Во всех этих случаях госпитализация должна проводиться только с согласия больного, а детей до 15 лет недееспособных, с согласия родителей или опекунов в соответствии со **Статьей 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»**. В этих же «**Основах**» закреплено право граждан на отказ

от медицинского вмешательства (**Статья 33**). Вместе с тем, изоляция (госпитализация) может быть проведена и без согласия граждан и их законных представителей (**Статья 34**) «**Основ**», а также **Статьи 51** (пункт 6), **Статьи 33** (пункт 1) **Закона «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения»**, когда речь идет о лицах, «страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих».

В течение 2-х часов с момента установления диагноза (подозрения на инфекционное или паразитарное заболевания) врач обязан в условиях г. Уфы сообщить о больном по телефону в отдел регистрации, учета и госпитализации инфекционных больных (эпидемиологическое бюро) ФГУЗ «Дезинфекционная станция, г. Уфа». Данное сообщение одновременно служит заявкой на госпитализацию больного в инфекционную больницу (инфекционное отделение соматического стационара), которая, как правило, осуществляется санитарным транспортом ФГУЗ «Дезинфекционная станция, г. Уфа» при обязательном сопровождении медицинским работником. Врач, выявивший больного, несет персональную и юридическую ответственность за своевременную госпитализацию пациента. При отсутствии санитарного транспорта дезинфекционной станции госпитализация инфекционных больных осуществляется любым видом транспорта, который затем подвергается дезинфекции на площадке специальной обработки.

При отсутствии клинических и эпидемических показаний к госпитализации врач принимает решение об изоляции инфекционного больного на дому. При этом необходимо учитывать

возможность врачебного наблюдения за больным, а также выполнения лечебных и противоэпидемических мероприятий в очаге.

3.3.4.Лечение больных, выписка и диспансерное наблюдение за переболевшими

3.3.4.1.Лечение должно проводиться по возможности до полного выздоровления больного. Эти меры в отношении больных инфекционными заболеваниями, предусмотрены **Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - глава IV, Статья 33** (пункт 1, 2):

- «...больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и лица контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению, а также в случаях, если они представляют опасность для окружающих, подлежат обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации»;
- «...лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных

государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию».

3.3.4.2. Выписка и диспансерное наблюдение. Выписка больных из инфекционной больницы (отделения) и диспансерное наблюдение за переболевшими, допуск их к работе проводятся после окончания курса лечения и проведения контрольных лабораторных исследований.

Реконвалесцентам брюшного тифа, острых кишечных инфекций, вирусных гепатитов, менингококковой, паротитной вирусной инфекции и при других инфекциях назначают диспансерное наблюдение в ЛПУ по месту жительства в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ) или у участкового врача. Сведения о реконвалесцентах и результаты наблюдения за ними вносятся в **«Карту диспансерного наблюдения за переболевшими» ф. №030/у** (приложение 9).

Цель диспансерного наблюдения заключается не только в предупреждении рецидивов, последствий инфекции, но и в предотвращении заражений окружающих от реконвалесцентов в случаях продолжительного выделения возбудителя, с временным отстранением от работы в связи с особенностями выполняемых ими работ или производства, согласно **Статье 51 (пункт 6) ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»**.

В обязательном порядке в эпидемиологических очагах медицинские работники должны проводить беседы с целью повышения санитарной грамотности населения. В задачи таких бесед

входит разъяснение населению природы данной инфекционной болезни, начальных клинических признаков ее, возможных путей и факторов распространения возбудителя, способов предупреждения заражения и заболевания. Во время таких бесед медицинские работники разъясняют меры индивидуальной (личной) профилактики, которые нередко являются надежным средством предупреждения новых заболеваний в очаге.

Гигиеническое воспитание проводится в соответствии с **Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Статья 36)** и **приказом МЗ СР № 656** в образовательных учреждениях, а также при подготовке, переподготовке, повышении квалификации и аттестации специалистов отраслей народного хозяйства, характер деятельности которых связан с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов, питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения. Программы, методики, режимы воспитания и обучения граждан в области профилактики инфекционных и паразитарных болезней утверждаются только при наличии заключения органов и учреждений госсанэпидслужбы РФ об их соответствии действующим санитарным правилам.

Если первоначальная диагностика, регистрация заболевания и решение вопроса о форме изоляции больного - это функции любого врача, выявившего инфекционного больного, то лечение на дому и работу с реконвалесцентами выполняет врач, обслуживающий больного по месту жительства (а иногда по месту работы, учебы).

3.4. Мероприятия, направленные на механизмы, пути и факторы передачи

Задачей мероприятий, направленных на второе звено эпидемического процесса, является снижение риска заражений людей при действии в конкретном очаге тех или иных факторов передачи. К этим мерам относятся:

- устранение выявленных или подозрительных факторов передачи;
- дезинфекция (предотвращение риска заражения контактных лиц через объекты внешней среды, которые могут являться факторами передачи).

3.4.1. Выявление и изъятие предполагаемых факторов передачи

Например, если врач связывает острое диарейное заболевание с употреблением заболевшим того или иного продукта или воды из конкретного водоисточника, он должен немедленно предупредить членов семьи больного и других лиц в очаге о необходимости исключения из употребления подозрительного фактора. При возникновении пищевой или водной вспышки того или иного заболевания (дизентерия, сальмонеллез, вирусный гепатит А или Е и др.) в населенном пункте принимается решение об изъятии из употребления всей партии данного продукта, способе его обезвреживания, запрещении пользования водой водоисточника до ее обеззараживания, вплоть до приостановки деятельности производящих их предприятий.

Проведение указанных мероприятий регламентируется **Статьей 50 (пункт 1) Закона «О санитарно-эпидемиологическом**

благополучии населения», в которой оговаривается право должностных лиц, осуществляющих госсанэпиднадзор, при исполнении своих служебных обязанностей и при предъявлении служебного удостоверения «...проводить отбор для исследования проб и образцов продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов». При выявлении нарушения санитарного законодательства, а также при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний упомянутые должностные лица имеют право давать гражданам и юридическим лицам обязательные для исполнения ими в установленные сроки предписания: **«О прекращении реализации не соответствующей санитарным правилам или не имеющей санитарно-эпидемиологического заключения продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов»** (Статья 50, пункт 2).

Статья 15 (пункт 6) вышеупомянутого **Закона** гласит: «Несоответствующие санитарным правилам и представляющие опасность для человека пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия немедленно снимаются с производства и реализации», в **Статье 51** (пункт 5) говорится, что главные государственные санитарные врачи и их заместители «при выявлении нарушения санитарного законодательства, которое создает угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний», наделяются полномочиями выносить «мотивированные постановления о приостановлении до устранения такого нарушения

или о запрещении в случае невозможности его устранения, прекращения производства, хранения, транспортировки и реализации продовольственного сырья, пищевых добавок, пищевых продуктов, питьевой воды и контактирующих с ними материалов и изделий».

3.4.2. Дезинфекция. Виды дезинфекции

Дезинфекция – это система знаний и практическая деятельность, направленная на удаление и уничтожение возбудителей инфекционных болезней во внешней среде, их переносчиков (кровососущих насекомых и членистоногих) и грызунов. Термин дезинфекция является собирательным, в нем подразумевается совмещение трех функций:

- во-первых – собственно **дезинфекция** это уничтожение возбудителей на неодушевленных объектах внешней среды, служащих факторами передачи;
- во-вторых - уничтожение членистоногих (насекомые, клещи), в одних случаях участвующих в передаче возбудителей (сыпной тиф, чума, клещевой энцефалит), в других являющиеся также и источником инфекции (клещи при клещевом энцефалите) или же вызывающих патологию (чесоточный клещ) - **дезинсекция**;
- в третьих - борьба с грызунами, которые при некоторых нозоформах являются источниками инфекции - **дератизация**.

При различных группах антропонозных инфекций проводятся определенные дезинфекционные мероприятия (табл.5).

**Основные направления дезинфекционных мероприятий
при антропонозных инфекциях**

Группы инфекций	Дезинфекционные мероприятия
Кишечные инфекции с фекально-оральным механизмом передачи	Дезинфекция многочисленных факторов передачи (вода, пищевые продукты – овощи, фрукты и др., посуда, кухонный инвентарь, выделения больных и др.). Дезинсекция - редко (уничтожение мух)
Инфекции дыхательных путей с аэрозольным механизмом передачи	Дезинфекция предметов обихода в некоторых очагах (туберкулез)
Инфекции наружных покровов с контактным механизмом передачи	Дезинсекция предметов обихода в очагах чесотки. Дезинфекция предметов обихода (белье, мягкая мебель, ванна и др.) при некоторых бактериальных (стафилококк и др.) и грибковых (эпидермофитии и др.) заболеваниях
Инфекции с гемоконтактным механизмом передачи	Дезинфекция биологических жидкостей, выделяемых больными (моча, фекалии, рвотные массы, мокрота, слизь и другие среды, контаминированные кровью)

Виды дезинфекционных мероприятий. Выделяют профилактическую и очаговую дезинфекцию. **Профилактическая дезинфекция** проводится при отсутствии обнаруженных источников инфекции, но предполагая их наличие. Ее проводят в ЛПУ, детских учреждениях, в местах общего пользования, на пищевых и производственных объектах, в банях, парикмахерских и др. Цель профилактической дезинфекции – снизить обсемененность объектов внешней среды, которые могут быть факторами передачи и тем самым уменьшить риск заражения людей.

Правовым обоснованием проведения данных противоэпидемических мероприятий является **Статья 51** (пункт 6) **Закона « О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»**. При проведении всех подобных мероприятий должны строго соблюдаться требования о предупреждении нанесения морального и материального ущерба гражданам, а также руководителям и сотрудникам предприятий, учреждений и организаций, на территориях которых они проводятся. В частности, **Статья 8 и 9 Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»** гласят, что граждане, индивидуальные предприниматели и юридические лица имеют право на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.4.2.1. Очаговая дезинфекция предусматривает уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний (патогенных видов микроорганизмов) на факторах передачи как в присутствии источника инфекции (текущая дезинфекция), так и при удалении его из эпидемического очага (заключительная дезинфекция) с целью предупреждения заражения лиц соприкасающихся с больными и факторами передачи, а также выноса возбудителя за пределы очага.

3.4.2.1.1. Текущая дезинфекция проводится в присутствии источника инфекции. В очаге инфекционного заболевания на дому организуется медицинским работником и проводится силами населения в течение всего заразного периода:

- до госпитализации больного;
- при лечении на дому до выздоровления;
- у бактерионосителей до полной санации;
- у переболевших до снятия с диспансерного учета.

При этом лечащий врач организует, методически обеспечивает и контролирует правильность проведения текущей дезинфекции, проводимой силами и средствами родственников больного. Врач разъясняет им необходимость проведения дезинфекции, определяет перечень объектов, подлежащих обработке в данном очаге (посуда, белье, помещения и др.), рекомендует оптимальные методы дезинфекции (кипячение, влажная уборка с применением дезинфектантов и др.), конкретные дезинфектанты и условия их применения для достижения дезинфицирующего эффекта (форма применения, концентрация растворов, экспозиция и др.). Текущая дезинфекция считается своевременно организованной, если население начинает выполнять ее не позднее, чем через три часа с момента выявления источника инфекции. В ЛПУ всех типов проведение текущей дезинфекции осуществляет медицинский персонал.

3.4.2.1.2. Заключительная дезинфекция в очаге должна проводиться не позже 6 часов после удаления источника инфекции из очага (госпитализации больного, смерти, выздоровления, окончания санации, переезда на новое место жительства, например больного туберкулезом, хроническим гепатитом). Перечень нозологических форм, при которых в эпидемических очагах проводятся те или иные виды дезинфекционных работ, определен

приказом МЗ РФ №254 «О развитии дезинфекционного дела в стране».

В очагах инфекционных заболеваний или при подозрении на заболевание чумой, холерой, возвратным тифом, эпидемическим сыпным тифом, болезнью Бриля, лихорадкой Ку (легочная форма), сибирской язвой, высококонтагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, брюшным тифом, паратифами, сальмонеллезам, туберкулезом, проказой, орнитозом (пситтакозом), дифтерией, грибковыми заболеваниями волос, кожи и ногтей (микроспории, трихофитии, руброфитии, фавусе) **заключительная дезинфекция**, согласно вышеуказанному приказу, проводится дезинфекционными отделами ФГУЗ ЦГиЭ или дезинфекционными станциями.

Заявка на проведение заключительной дезинфекции в указанные подразделения подается в течение часа после изоляции больного или изменения диагноза медицинским работником, выявившим больного.

В очагах инфекционных заболеваний или при подозрении на заболевания ВГВ, ВГС, ВГА и ВГЕ, полиомиелитом и другими энтеровирусными инфекциями, бактериальной дизентерией, ротавирусными инфекциями, кишечным иерсиниозом, острыми кишечными инфекциями, вызванными неустановленными возбудителями, чесоткой, помимо дезинфекционных отделов (отделений) территориальных ФГУЗ ЦГиЭ, дезстанций, дезинфекторов лечебных учреждений **заключительная дезинфекция** может проводиться под руководством работника

территориального филиала ФГУЗ ЦГиЭ, дезстанции или дезинфектора лечебного учреждения:

- медицинским персоналом ЛПУ;
- медицинским персоналом детских и подростковых учреждений;
- населением в благоустроенных квартирах или собственных домах.

В организованных коллективах детей и взрослых при возникновении единичных случаев заболевания острых кишечных инфекций заключительная дезинфекция проводится персоналом учреждения под руководством медицинских работников, а в очагах с множественными случаями в условиях г. Уфы специалистами ФГУЗ «Дезинфекционная станция».

Поскольку основной целью дезинфекционных мероприятий является уничтожение возбудителей на путях их передачи от источника к восприимчивым людям, имеются различия в этих мероприятиях при разных инфекциях, определяемых спецификой механизма, путей и факторов передачи их возбудителей. Так, при кишечных инфекциях профилактические дезинфекционные мероприятия направлены на очистку и обеззараживание питьевых, сточных вод и отходов, а также на обеззараживание пищевых продуктов. В очаге кишечной инфекции проводят текущую и заключительную дезинфекции, направленные на обеззараживание рвотных масс и испражнений больного, остатков пищи, посуды, белья, мест общего пользования, туалетов, а также пищеблоков организованных коллективов и предприятий общественного питания и торговли, продукция которых послужила причиной возникновения заболевания кишечной инфекцией.

При инфекциях дыхательных путей основной целью дезинфекционных мероприятий является снижение обсемененности возбудителями воздуха, что достигается путем проветривания, ультрафиолетового облучения, влажной обработки поверхностей, обеззараживания объектов в окружении больного.

Как при текущей, так особенно и при заключительной дезинфекции часть предметов подлежит камерному обезвреживанию.

Камерный способ дезинфекции используется при чуме, холере, возвратном тифе, эпидемическом сыпном тифе, болезни Бриля, лихорадке Ку (легочная форма), сибирской язве, высококонтагиозных вирусных геморрагических лихорадках, брюшном тифе, паратифах, туберкулезе, проказе, дифтерии, грибковых заболеваниях волос, кожи и ногтей (микроспории, трихофитии, руброфитии, фавусе), чесотке, педикулезе.

Дезинсекция проводится в очагах трансмиссивных инфекционных заболеваний, чесотке, педикулезе.

В очагах антропозоонозных инфекций чумы, туляремии, лептоспироза, псевдотуберкулеза, кишечного иерсиниоза (по эпидемическим показаниям — при сальмонеллезах и других зооантропонозах) одновременно с проведением заключительной дезинфекции проводится и дератизация. Работа в этих очагах проводится в закрытых (противочумных) костюмах в зависимости от характера инфекции.

3. 5. Мероприятия, направленные на круг контактных лиц, соприкасавшихся с источником инфекции и факторами передачи

Это направление противоэпидемической работы в очагах предусматривает выполнение комплекса мероприятий в отношении круга лиц, находившихся в очаге инфекционного заболевания, которые могли заразиться, соприкасаясь с источником инфекции и факторами передачи. Для этого необходимо провести:

- выявление и учет лиц, соприкасавшихся с источником инфекции и факторами передачи;
- клинико – эпидемиологическое и лабораторное наблюдение;;
- специфическую и экстренную профилактику;
- меры разобщения - отстранение (изоляция) соприкасавшихся от работы, посещения школы, детского учреждения; карантин, обсервация;
- санитарно-просветительную работу.

3.5.1.Выявление и учет соприкасавшихся лиц с источником инфекции и факторами передачи

Мероприятия в отношении контактных в очаге начинают с выявления их персонального состава: Ф.И.О., возраст, пол, перенесенные заболевания, адрес, место работы, отношение к декретированным группам.

Полнота выявления контактных лиц и, следовательно, степень предотвращения возникновения новых эпидемических очагов зависят от того, насколько точно будет определена при конкретной

инфекции **общая продолжительность заразительного периода**
(рис. 3)

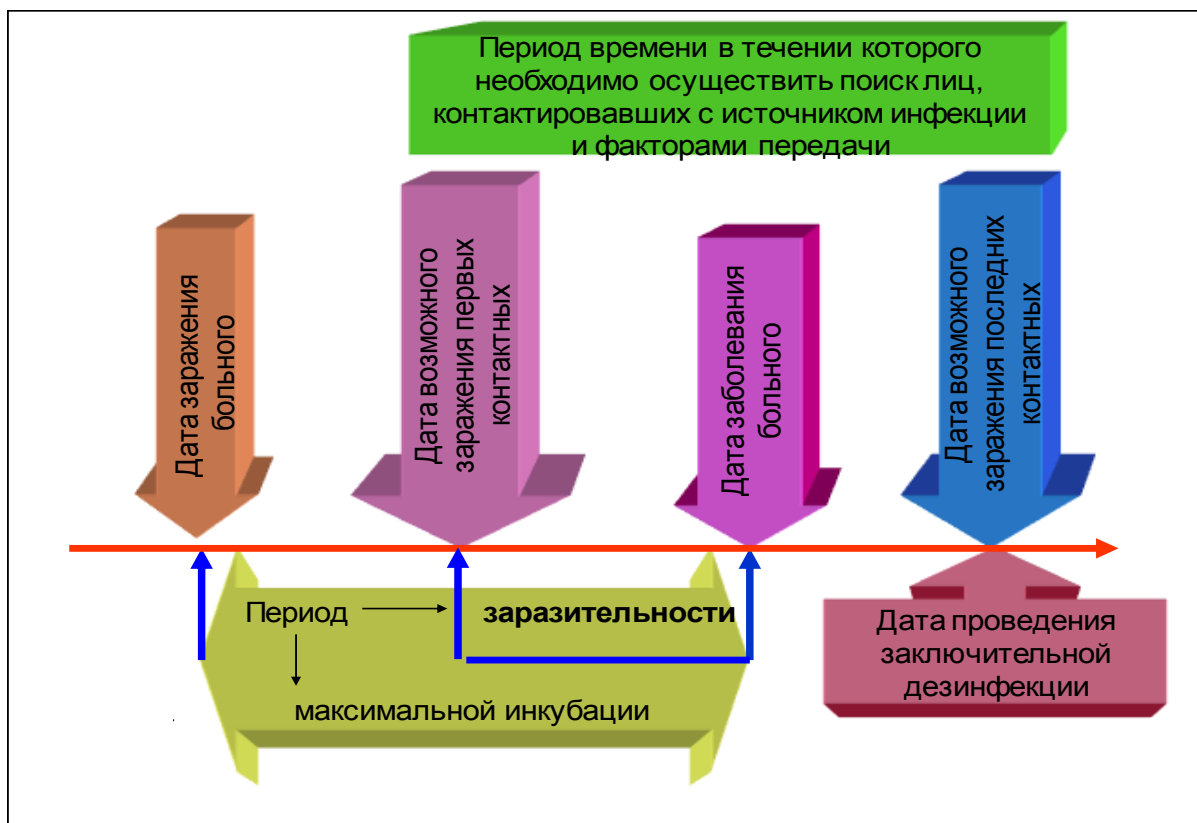


Рис.3. Исходные данные для полного выявления круга контактных лиц, соприкасавшихся в эпидемическом очаге с источником инфекции и факторами передачи

Для этого необходимо определить дату возможного заражения **первых и последних контактных**. Дата возможного заражения **последних контактных** как правило ассоциируется с датой проведения в эпидемических очагах **заключительной дезинфекции**. Для определения даты **возможного заражения первых контактных** необходимо знать дату заболевания, а также **период заразительности в инкубации**, который характерен для конкретной инфекции. Далее отступив от даты заболевания на период **заразительности в инкубации** устанавливают дату **возможного заражения первых контактных**. Таким образом **общая**

продолжительность заразительного периода, в течение которого необходимо осуществлять поиск лиц, соприкасавшихся с источником инфекции и факторами передачи, будет охватывать период времени от даты возможного заражения первых контактных до даты проведения заключительной дезинфекции.

Так, при ГА выделение вируса от больного начинается за 10 – 12 дней до начала продрома. Следовательно, если первые признаки болезни появились при этой инфекции, например, 10 октября, то датой заражения первых контактных будет 28-30 сентября. При брюшном тифе заразительность наступает лишь в разгар болезни.

Датой возможного заражения последних контактных, как правило, является не дата изоляции больного, а дата проведения заключительной дезинфекции, поскольку на практике между этими датами может быть значительный разрыв и, следовательно, в очаге могут появиться лица, заразившиеся через факторы передачи уже после изоляции больного. Так если больного ГА изолировали 15 октября, а заключительную дезинфекцию провели лишь 19 октября, то эта дата, а также 16, 17, 18 октября будут являться датами возможного заражения последних контактных через факторы передачи, на которых ВГА продолжал сохраняться вне отсутствия источника инфекции в очаге. Таким образом, заразительный период в конкретном случае при ГА составил 20 – 21 день. В случае ГВ при дате заболевания и проведения заключительной дезинфекции в те же числа октября, что и в вышеприведенном примере с ГА, продолжительность заразительного периода (при заразности в инкубации в течение трех месяцев) составила бы почти 100 дней.

3.5.2. Эпидемиологическое наблюдение за контактными

Цель наблюдения и ее продолжительность

После первичного обследования очага проводится эпидемиологическое наблюдение до прекращения существования эпидемического очага. Все выявленные контактные наблюдаются в течение максимального инкубационного периода, который исчисляют от даты проведения заключительной дезинфекции.

Целью наблюдения за контактными в эпидемическом очаге является:

- раннее выявление среди контактных новых заболевших, (источников инфекции) на основе данных эпиданамнеза, клинического осмотра, лабораторных и др. приемов обследования;
- защита восприимчивых из круга контактных лиц с помощью мер специфической либо экстренной профилактики;
- предупреждение возможности выноса инфекции за пределы первоначального очага, прежде всего в детские, профессиональные и другие коллективы, стационары с помощью мер разобщения.

При первом комплексном клинико-лабораторном обследовании среди контактных может быть выявлено три группы лиц. Первая группа - лица, вакцинированные либо ранее переболевшие исследуемой формой инфекции с иммунологическим выздоровлением, нуждающиеся лишь в наблюдении. Вторая группа - лица, давно имеющие те или иные признаки анализируемой патологии. Их нужно углубленно обследовать, поставить правильный диагноз и подвергнуть лечению. Третья группа - восприимчивые

лица, которые подлежат защите с использованием средств специфической и экстренной профилактики.

3.5.3. Меры специфической и экстренной профилактики в эпидемических очагах включают как активную иммунизацию контактных из числа восприимчивых лиц (дифтерия, корь, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, ВГА, ВГВ и др.) так и введение им препаратов - иммуноглобулинов, содержащих антитела ВГА, корь и др.), а также использование бактериофагов, антибиотиков и других химиопрепаратов. Обязательным условием проведения любых прививок контактным является срочность их проведения, т. е. в первые дни контакта с источником инфекции.

3.5.4. Меры разобщения. Общепринятые меры состоят во временном отстранении контактных от работы на предприятиях пищевой промышленности, общественного питания, водопроводных сооружениях, от учебы, посещения детских дошкольных учреждений, а также в запрещении приема в стационары, интернатные учреждения. Например, детские учреждения переводятся на круглосуточный режим работы, группы моментально разобщаются, прекращается допуск новых детей, запрещается проведение плановых прививок и массовых мероприятий. При полиомиелите, например, разобщение устанавливается на 20 дней с момента госпитализации больного и прекращается после этого срока при отсутствии у общавшихся с ним повышенной температуры тела, патологических явлений со стороны кишечника, катаральных явлений в зеве и глотке; при кори дети, не болевшие ранее этой инфекцией, не допускаются в детские учреждения в течение 17 дней, привитые

против кори – в течение 21 дня с момента госпитализации заболевшего, при оставлении больного на дому, этот срок увеличивается на 5 дней.

При карантинных инфекциях, на которые распространяются международные медико-санитарные правила, относительно контактных применяются специальные - ограничительные (обсервация) и режимные (карантин) мероприятия.

Обсервация – комплекс ограничительных и санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию инфекционных заболеваний среди контактных лиц. При этом контактные изолируются не на дому, а в специальные стационары (обсерваторы), где за ними проводится наблюдение и осуществляется лабораторный контроль. В обсерваторах вводится ограничение общения между контактными.

Санитарно-противоэпидемические мероприятия проводят с учетом особенностей инфекции до истечения максимального инкубационного периода заболевания, исчисляемого с момента изоляции последнего больного и уничтожения возбудителей на факторах передачи (дезинфекции). В случаях особо опасных инфекций ограничительные мероприятия усиливают карантином.

Карантин – комплекс режимных и санитарно – противоэпидемических мероприятий, направленных на полную изоляцию очага и ликвидацию инфекционной заболеваемости в нем. Эта мера может вводиться в соответствии со **Статьей 31** (пункт 1) и **Статьей 51** (пункт 6) Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Продолжительность карантина

устанавливается в соответствии с максимальным инкубационным периодом заболевания, который исчисляют с момента изоляции последнего больного.

Из всех противоэпидемических мероприятий выделяют экстренные (срочные), которые должны быть проведены в первые часы после выявления больного. К этим мероприятиям относятся регистрация, госпитализация и заключительная дезинфекция, ведущие к оперативному взаимодействию специалистов лечебной сети, противоэпидемической, в том числе, дезинфекционной службы и службы инфекционных стационаров.

3.5.5. Территориальные и временные границы эпидемических очагов

Эффективность противоэпидемических мероприятий зависит от того, насколько правильно для каждого конкретного очага определены объем необходимых мероприятий, полнота, качество и продолжительность их проведения. Чтобы уточнить объем, проводимых мероприятий, нужно правильно установить пространственные (территориальные) границы эпидемических очагов. Их размеры с учетом особенностей инфекции в существенной мере будут определяться через активацию соответствующего механизма передачи социальными и природными условиями. Так территориальные границы, особенно очагов инфекционных заболеваний кишечной группы при благоприятных социальных условиях в благоустроенных домах будут существенно более узкими, чем таковые в частном секторе, где на несколько домов имеется один

источник водоснабжения (колодец), один надворный туалет при отсутствии выгребных ям и организованной системы удаления нечистот. В данном случае по сравнению с очагами в благоустроенной квартире объем проводимых при кишечной группе инфекций противоэпидемических мероприятий будет многократным и более значительным. С другой стороны, территориальные границы во многом зависят от длительности существования очага во времени. Для определения временных параметров продолжительности проведения противоэпидемической работы в очаге необходимо рассчитать сроки его возможного существования. Время существования очага зависит от сочетания двух факторов: продолжительности инкубационного периода, свойственного конкретной инфекции, и формы изоляции источника инфекции - его госпитализации или изоляции и лечения на дому. Если больной госпитализирован, то мероприятия в очаге проводят в течение срока, равного максимальному инкубационному периоду, который начинается со дня проведения заключительной дезинфекции. Если больной изолирован на дому, то мероприятия в очаге осуществляют в течение всего заразного периода и срока максимальной инкубации, исчисляемого от последнего дня заразного периода.

Очаг считается прекратившим свое существование, если в нем не возникают новые случаи заболеваний в течение максимального инкубационного периода, исчисляемого после даты проведения заключительной дезинфекции, что может свидетельствовать о качестве не только проведенных противоэпидемических, но и лечебных мероприятий.

Вопросы для самоконтроля

1. Содержание Закона РФ «О защите прав потребителя» и статьи 140 главы 19 «Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина», раздела VII «Преступления против личности» Уголовного кодекса РФ.
2. Название статей 121 и 122 главы 16 «Преступления против жизни и здоровья», раздела VII «Преступления против личности» Уголовного кодекса РФ.
3. Цель профилактических и противоэпидемических мероприятий. Кем, когда, где и среди кого проводится каждое из этих мероприятий?
4. Определение понятия эпидемического процесса и эпидемиологии как науки обоснованное Л.В. Громашевским. Разделы учения об эпидемическом процессе и их взаимосвязь.
5. Механизм развития эпидемического процесса. Проявление эпидемического процесса (заболеваемости) и его (ее) признаки (симптомы), подлежащие изучению.
6. Понятие об элементарной ячейке эпидемического процесса антропонозных инфекций - эпидемическом очаге и ее составляющих. Основные звенья эпидемического процесса, «триада» Громашевского.
7. Содержание статей 1, 2, 17 и 42 Конституции Российской Федерации.
8. Укажите документ, в котором прописана доктрина соблюдения прав человека и гражданина в области охраны здоровья, и изложите содержание статьи 2 в этом документе.

9. Назовите Закон РФ, регламентирующий право граждан на защиту в судебном порядке от неправомерных действий органов власти.
10. Назовите Закон, являющийся нормативно-правовой основой по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, а также - права граждан, регламентированные этим законом.
11. Содержание статей 236, 237, 238 главы 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности», раздела IX «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка» Уголовного кодекса РФ.
12. Содержание статей 246, 248, 249, 250, 251, 252, 254 главы 26 «Экологические нарушения», раздела IX «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка» Уголовного кодекса РФ.
13. Содержание статьи 55 (часть 3) Конституции РФ, статьи 34 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» и статей 51 (пункт 6) и 33 (пункт 1) Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
14. Укажите документ и статьи в нем, регламентирующие оказание медицинской помощи только с согласия граждан, а также право граждан на отказ от медицинского вмешательства.
15. Биологический фактор эпидемического процесса. Понятие о паразитарной системе.
16. Социальный фактор в развитии эпидемического процесса Роль техногенных очагов в этом процессе.

17. Природный фактор в развитии эпидемического процесса. Учение Е.Н. Павловского о природной очаговости болезней.
18. Сущность эпидемического процесса обоснованная Беляковым В.Д., применительно к заболеваниям инфекционной и неинфекционной природы. Современное определение эпидемиологии как науки.
19. Определение понятия «Источник инфекции», «Резервуар инфекции». Группировка инфекционных заболеваний по источникам инфекций (первый экологический признак).
20. Эпидемиологическая значимость источников инфекции в зависимости от формы проявления инфекционных заболеваний, их характера и тяжести процесса, а также периода болезни.
21. Группировка антропонозных инфекций на основе эволюционно обусловленной локализации возбудителей в организме основного хозяина (второй экологический признак).
22. Определение понятия «Факторы и пути передачи». Типы факторов и путей передачи.
23. Определение понятия «Механизм передачи, фазы механизма передачи». Основной закон теории механизма передачи.
24. Типы механизмов передачи.
25. Видовая восприимчивость, невосприимчивость и иммунитет. Их материальная основа и значение в развитии эпидемического процесса.
26. Роль социальных и природных факторов в возникновении и распространении эпидемических очагов.

27. Понятие о необходимой и достаточной причине в возникновении заболеваний.
28. Эпидемиологическое обследование эпидемического очага. Цель и задачи.
29. Приемы и способы эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний, их содержание.
30. Содержание эпидемиологического диагноза по результатам обследования эпидемического очага.
31. Мероприятия, направленные на источник инфекции, их содержание. Нормативно-правовая база по их осуществлению.
32. Раннее выявление больных с манифестными, стертыми и бессимптомными формами инфекции.
33. Регистрация и учет больных.
34. Порядок заполнения экстренного извещения и передачи информации в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».
35. Порядок учета инфекционных заболеваний в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».
36. Порядок учета инфекционных заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях.
37. Внеочередное донесение.
38. Лица, ответственные за организацию учета в лечебно-профилактических учреждениях.
39. Изоляция инфекционных больных по клиническим и эпидемическим показаниям. Нормативно-правовая база по их осуществлению.

40. Лечение инфекционных больных, выписка и диспансерное наблюдение. Нормативно-правовая база по их осуществлению.
41. Мероприятия, направленные на механизм, пути и факторы передачи. Выявление и изъятие предполагаемых факторов передачи. Нормативно-правовая база по их осуществлению.
42. Дезинфекция (собственно дезинфекция, дезинсекция, дератизация). Виды дезинфекционных мероприятий. Основные направления дезинфекционных мероприятий при разных группах антропонозных инфекций. Нормативно-правовая база по их осуществлению.
43. Текущая и заключительная дезинфекция. Условия проведения. Нозологические формы, при которых заключительная и камерная дезинфекция проводится дезотделами ФГУЗ ЦГиЭ в соответствии с приказом МЗ РФ №254 от 03.09.91г. «О развитии дезинфекционного дела в стране».
44. Мероприятия, направленные на круг лиц, соприкасавшихся с источником инфекции и факторами передачи. Нормативно-правовая база по их осуществлению.
45. Выявление и учет соприкасавшихся (контактных) лиц с источником инфекции и факторами передачи.
46. Эпидемиологическое наблюдение за контактными. Цель наблюдения и ее продолжительность, точка отсчета.
47. Меры специфической и экстренной профилактики.
48. Общепринятые и специальные (обсервация, карантин) меры разобщения, проводимые относительно контактных. Нормативно-правовая база по их осуществлению.

49. Территориальные и временные границы эпидемических очагов.
Критерий эффективности мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага.
50. Исходные данные, необходимые для точного и полного выявления круга контактных лиц, соприкасавшихся в эпидемическом очаге с источником инфекции и факторами передачи.
51. Исходные данные, необходимые для определения даты возможного заражения в эпидемическом очаге первых контактных.
52. Исходные данные, необходимые для определения даты возможного заражения в эпидемическом очаге последних контактных.
53. Исходные данные, необходимые для определения длительности существования эпидемического очага во времени.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ЮРИДИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКОН РФ
 - 1) «О защите прав потребителей»
 - 2) «Об обжаловании в суде действий решений, нарушающих права и свободы граждан»
 - 3) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии»
2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ЗАКОНОМ РФ
 - 1) «О иммунопрофилактике инфекционных болезней»
 - 2) «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»
 - 3) «О защите прав потребителей»
3. ЛИЦА, ПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ ЗАЩИЩАЮТСЯ ОТ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ИХ ЗДОРОВЬЮ И ЖИЗНИ ЗАКОНОМ РФ
 - 1) «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»
 - 2) «О защите прав потребителей»
 - 3) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»
4. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОКАЗАНА И БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАН ИЛИ ЗАКОННЫХ ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ, ОПАСНЫХ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ
 - 1) «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»
 - 2) «О защите прав потребителей»
 - 3) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»
5. ПРАВО ГРАЖДАН НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ЗАКОНОМ РФ
 - 1) «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения»
 - 2) «О защите прав потребителей»
 - 3) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»

6. ДЛЯ ДЕТЕЙ, ДО 15 ЛЕТ, А ТАКЖЕ ДЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ ПОЛУЧЕНИЕ СОГЛАСИЯ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЕЙ, ЛИБО ОПЕКУНОВ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ
- 1) «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения»
 - 2) «О защите прав потребителей»
 - 3) «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»
7. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ЗАРАЖЕНИИ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 16 РАЗДЕЛА 7 УК РФ СТАТЬЕЙ
- 1) 122
 - 2) 121
 - 3) 123
8. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ЗАРАЖЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 16 РАЗДЕЛА 7 УК РФ СТАТЬЕЙ
- 1) 122
 - 2) 121
 - 3) 123
9. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ГРАЖДАНАМ ИНФОРМАЦИИ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 19 РАЗДЕЛА 7 УК РФ СТАТЬЕЙ
- 1) 136
 - 2) 149
 - 3) 140
10. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ НАРУШЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 25 РАЗДЕЛА 9 УК РФ СТАТЬЕЙ
- 1) 236
 - 2) 237
 - 3) 238
11. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ СОКРЫТИИ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ, СОЗДАЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 25 РАЗДЕЛА 9 УК РФ СТАТЬЕЙ
- 1) 236
 - 2) 237
 - 3) 238
12. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ ПРАВИЛ ОХРАНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 26 РАЗДЕЛА 9 УК РФ СТАТЬЕЙ
- 1) 246
 - 2) 248
 - 3) 249

13. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ ПРАВИЛ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИМИ ЛИБО ДРУГИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ АГЕНТАМИ ИЛИ ТОКСИНАМИ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 26 РАЗДЕЛА 9 УК РФ СТАТЬЕЙ

1) 246 2) 248 3) 249 4) 250 5) 251

14. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ НАРУШЕНИИ ВЕТЕРИНАРНЫХ ПРАВИЛ И ПРАВИЛ, УСТАНОВЛЕННЫХ ДЛЯ БОРЬБЫ С БОЛЕЗНЯМИ И ВРЕДИТЕЛЯМИ РАСТЕНИЙ ПРЕДУСМОТРЕНА В ГЛАВЕ 26 РАЗДЕЛА 9 УК РФ СТАТЬЕЙ

1) 246 2) 248 3) 249 4) 250 5) 251

15. ВИДАМ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СООТВЕТСТВУЮТ СТАТЬИ ГЛАВЫ 26 РАЗДЕЛА 9 УК РФ

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

СТАТЬЯ

1) загрязнение вод

1) 254

2) загрязнение атмосферы

2) 252

3) загрязнение морской среды

3) 251

4) порча земли

4) 250

16. НАИБОЛЕЕ ПОЛНО СОВРЕМЕННОМУ ПРЕДСТАВЛЕНИЮ О НАУКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОТВЕЧАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1) наука об эпидемиях, занимается изучением причин возникновения и развития эпидемий, выясняет условия, благоприятствующие их распространению, и намечает способы борьбы с ними, основанные на данных науки и практики

2) наука об объективных закономерностях, лежащих в основе возникновения, распространения и прекращения инфекционных болезней в человеческом обществе, и мерах профилактики и ликвидации их

3) наука о массовых заболеваниях в человеческом обществе и их профилактике

4) наука об эпидемическом процессе, изучающая причины возникновения и условия распространения заболеваний среди населения и разрабатывающая меры их профилактики

5) теория и практика противоэпидемического обслуживания населения

17. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, ОТРАЖАЮЩЕЕ ЕГО СУЩНОСТЬ

- 1) процесс взаимодействия микро- и макроорганизма
- 2) процесс возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди людей
- 3) эволюционно обусловленный процесс взаимодействия возбудителя – паразита и организма человека на популяционном уровне, проявляющийся при определенных социальных и природных условиях манифестными и бессимптомными формами инфекций
- 4) цепь следующих друг за другом специфических инфекционных состояний
- 5) ряд связанных между собой и возникающих один из другого эпидемических очагов

18. ФАКТОРЫ (ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ) ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- 1) воздух, пыль
- 2) биологический, социальный, природный
- 3) вода, пища, предметы быта и ухода за больными
- 4) медицинские инструменты, эндоскопическая техника, аппараты для экстракорпорального кровообращения
- 5) кровь, плазма, факторы свертывания крови, альбумины при нарушении технологии их получения

19. ИМЕЕТ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МАКРООРГАНИЗМА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ С ПОЗИЦИЙ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- 1) возраст
- 2) пол
- 3) группа крови
- 4) восприимчивость
- 5) профессия

20. В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ КЛАССИФИКАЦИЯХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ В КАЧЕСТВЕ ПРИЗНАКОВ

- 1) резервуар инфекции
- 2) клинические формы течения болезни
- 3) филогенетическую близость возбудителей

4) механизм передачи (заражения) инфекции

21. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ УЧЕНИЯ Л.В. ГРОМАШЕВСКОГО ОБ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

1) фазность развития эпидемического процесса

2) соответствие механизма передачи основной локализации в организме хозяина

3) наличие и неразрывная связь 3 звеньев эпидемического процесса (источник инфекции, внешняя среда, восприимчивый организм)

4) не зависящая от человека циркуляция возбудителя инфекции в результате его биоценологических отношений с животными и живыми паразитическими переносчиками

5) этиологическая избирательность главных (первичных) путей передачи возбудителя инфекции в зависимости от его биологических свойств

22. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ — ЭТО

1) эволюционно выработанный способ перемещения возбудителя, обеспечивающий паразиту смену специфических индивидуальных хозяев, необходимых для поддержания биологического вида возбудителя

2) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью факторов передачи

3) перенос возбудителя из одного организма в другой в конкретных условиях эпидемической обстановки с помощью факторов передачи или их сочетаний

23. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ — ЭТО

1) эволюционно выработанный способ перемещения возбудителя, обеспечивающий паразиту смену специфических индивидуальных хозяев, необходимых для поддержания биологического вида возбудителя

2) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью факторов передачи

3) совокупность элементов внешней среды, обеспечивающих перенос возбудителя из одного организма в другой

24. ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ — ЭТО

- 1) элементы внешней среды, обеспечивающие перенос возбудителя из одного организма в другой
- 2) биотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя
- 3) абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя

25. СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЯ «ФАКТОРЫ РИСКА» НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) эволюционно обусловленные процессы взаимодействия макро - и микроорганизма
- 2) конкретные причины и условия социального, биологического и природного характера, способствующие возникновению и распространению определенной болезни
- 3) сформировавшиеся в процессе эволюции способы перемещения возбудителя болезни от одного индивидуума к другому
- 4) пищевые продукты, вода, предметы обихода, мухи, руки, почва и другие объекты окружающей среды

26. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- 1) водный
- 2) пищевой
- 3) вертикальный
- 4) трансмиссивный
- 5) воздушно-пылевой
- 6) контактно-бытовой
- 7) воздушно-капельный

27. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- 1) половой
- 2) пищевой
- 3) вертикальный
- 4) контактно-бытовой
- 5) воздушно-капельный
- 6) искусственный

28. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- 1) водный
- 2) пищевой
- 3) вертикальный
- 4) трансмиссивный
- 5) контактно-бытовой

29. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
КРОВЯНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- 1) водный
- 2) пищевой
- 3) трансмиссивный
- 4) воздушно-пылевой
- 5) контактно-бытовой
- 6) искусственный

30. ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗДУШНО-ПЫЛЕВЫМ
ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) устойчивостью возбудителя во внешней среде
- 2) особенностями выделяемого больным секрета
- 3) скоростью снижения вирулентности возбудителя во внешней среде
- 4) дисперсностью аэрозоля

31. ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА ВОЗБУДИТЕЛЯ БОЛЕЗНИ—ЭТО

1) специальная форма передачи возбудителя от матери плоду в пренатальный период (от зачатия до рождения)

- 2) передача возбудителя при грудном вскармливании
- 3) интранатальная передача возбудителя от матери плоду

32. ТИПЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ БОЛЕЗНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

- 1) герминативный
- 2) трансплацентарный
- 3) нисходящий
- 4) интранатальный
- 5) с молоком матери

33. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) формы клинического течения болезни
- 2) периода болезни
- 3) вирулентности возбудителя и количества выделяемого возбудителя
- 4) возможности реализации путей передачи возбудителя в конкретных условиях
- 5) восприимчивости окружающих

34. РЕАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) формы клинического течения болезни
- 2) периода болезни
- 3) вирулентности возбудителя и количества выделяемого возбудителя
- 4) возможность реализации путей передачи возбудителя в конкретных условиях
- 5) восприимчивости окружающих

35. ВЕЛИЧИНА ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКИ НАСЕЛЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) числом привитых
- 2) только числом лиц, имеющих естественный напряженный иммунитет
- 3) только числом лиц, имеющих искусственный напряженный иммунитет
- 4) числом лиц, имеющих иммунитет любого происхождения

36. ПРИРОДНЫМ ОЧАГОМ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ СЧИТАЮТ

- 1) сообщество биологических объектов
- 2) эпизоотический очаг
- 3) территорию, на которой постоянно регистрируются зоонозные инфекции
- 4) место заражения человека зоонозной инфекцией
- 5) участок территории географического ландшафта со свойственным ему биоценозом, среди особей которого стабильно циркулирует возбудитель болезни

37. СУЩЕСТВОВАНИЕ ПРИРОДНОГО ОЧАГА ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1) неблагоприятные социально-экономические и экологические условия
- 2) биоценотические связи между возбудителями, переносчиками и популяцией восприимчивых животных
- 3) высокая плотность заселения кровососущими членистоногими
- 4) трансовариальная передача возбудителя у кровососущих членистоногих
- 5) антропогенные воздействия

38. ТЕХНОГЕННЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ МОГУТ СФОРМИРОВАТЬСЯ В

- 1) системах водоснабжения, кондиционирования воздуха
- 2) системах замкнутого жизнеобеспечения человека
- 3) природных экосистемах
- 4) лечебно-профилактических учреждениях различного типа

39. ТЕРМИНОМ «ЭНДЕМИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) заболеваемость инфекционными болезнями, характерными для данной территории, не связанная с завозными случаями
- 2) заболеваемость любыми инфекционными болезнями, характерными для данной территории
- 3) заболеваемость любыми зоонозными инфекциями, характерными для данной территории
- 4) заболеваемость любыми инфекционными болезнями, нехарактерными для данной территории

40. ТЕРМИНОМ «СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ» ТРАДИЦИОННО ОПРЕДЕЛЯЛИ

- 1) низкий, характерный для данной местности уровень заболеваемости
- 2) заболеваемость болезнями, вызываемыми спорообразующими микроорганизмами
- 3) заболеваемость, годовой уровень которой не превышает 1 на 100000 населения
- 4) заболеваемость, достоверно не превышающую среднемноголетний уровень на данной территории

41. ТЕРМИН «СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ»

- 1) в настоящее время не используется
- 2) используется только при антропонозных инфекциях
- 3) используется для обозначения низкого, характерного для данной местности уровня заболеваемости
- 4) можно использовать, но обязательно в сочетании с дополнительной информацией об уровне заболеваемости

42. ЭНДЕМИЧЕСКОЙ СЧИТАЮТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, КОТОРАЯ

- 1) не превышает 1:100 000 населения в год
- 2) превышает уровень, обычный для данной местности
- 3) достоверно превышает среднемноголетний уровень на данной территории
- 4) нехарактерна для данной территории

43. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ЭНДЕМИЧЕСКОЙ ДЛЯ

- 1) всех инфекционных болезней
- 2) всех неинфекционных болезней
- 3) некоторых инфекционных болезней
- 4) некоторых неинфекционных болезней

44. УБИКВИТАРНЫМИ НАЗЫВАЮТ БОЛЕЗНИ

- 1) имеющие глобальное распространение
- 2) имеющие межзональное распространение
- 3) распространенные в определенных широтных зонах
- 4) распространенные в определенных природных зонах

45. НЕРАВНОМЕРНОСТЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЕЙ С ГЛОБАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) природными условиями
- 2) социальными условиями

46. ПЕРИОДИЧНОСТЬ, ТИПИЧНАЯ ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) изменением условий жизни
- 2) естественными колебаниями иммунной прослойки
- 3) изменением природно-климатических условий

4) изменением активности механизма передачи

47. СЕЗОННЫЕ ПОДЪЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СВОЙСТВЕННЫ

- 1) абсолютно всем инфекционным болезням
- 2) всем неинфекционным болезням
- 3) всем болезням независимо от их происхождения
- 4) большинству инфекционных болезней

48. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНОВЬ ВВЕДЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕРОПРИЯТИЯ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) тенденцию к снижению заболеваемости
- 2) изменение этиологической структуры заболеваемости
- 3) высокий уровень сероконверсий у лиц, получивших вакцину
- 4) статистически значимое снижение заболеваемости среди населения, подвергшегося воздействию нового мероприятия, по сравнению с населением, на которое эти меры не распространялись

49. ПРИ АНТРОПОНОЗАХ, ЗООНОЗАХ, САПРОНОЗАХ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) человек или животное, больные инфекционным заболеванием
- 2) больные или носители патогенных микроорганизмов, от которых возбудители инфекционной болезни могут передаваться здоровым людям
- 3) люди и животные, в организме которых патогенные микроорганизмы находят благоприятные условия для питания, развития и размножения
- 4) эволюционно обусловленная (естественная) среда обитания патогенных микроорганизмов, в которой они находят наиболее благоприятные условия для развития, размножения и откуда они могут перемещаться в восприимчивый организм
- 5) естественная среда обитания микроорганизмов, в которой они находят благоприятные условия для питания и размножения

50. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КАТЕГОРИЙ ИСТОЧНИКОВ ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ

- 1) больные с остро начавшейся манифестной (клинически отчетливо выраженной) формой болезни

- 2) больные со стертой формой болезни
- 3) транзиторные носители патогенных микроорганизмов
- 4) лица, с хронической бессимптомной инфекцией

51. ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗАРАЖЕННЫЕ ЛИЦА НЕ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ОПАСНОСТИ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ КАК ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ В

- 1) начале инкубационного периода
- 2) последние дни инкубационного периода
- 3) продромальном периоде
- 4) периоде разгара
- 5) периоде реконвалесценции

52. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК К ПОНЯТИЮ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) фекально-оральный
- 2) вертикальный
- 3) аэрозольный
- 4) парентеральный
- 5) трансмиссивный

53. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БОЛЕЗНЕЙ К ЕСТЕСТВЕННЫМ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) водный
- 2) пищевой
- 3) трансфузионный
- 4) половой
- 5) вертикальный

54. НАИБОЛЬШУЮ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОСТЬ В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ, ПОСТРОЕННАЯ НА ОСНОВЕ

- 1) этиологического принципа
- 2) клинических признаков
- 3) морфологических признаков
- 4) локализации патологического процесса в организме
- 5) эколого-этиологического признака

55. ПЕРВОЕ И ВАЖНЕЙШЕЕ МЕРОПРИЯТИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЛИКВИДАЦИЮ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОЧАГА - ЭТО

- 1) выявление больного и установление у него диагноза
- 2) госпитализацию больного
- 3) проведение дезинфекционных мероприятий
- 4) проведение экстренной профилактики среди контактных
- 5) лабораторное обследование соприкасавшихся с больным

56. СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ – ЭТО

- 1) групповые заболевания
- 2) единичные заболевания
- 3) легкие формы болезни
- 4) типичные формы болезни
- 5) носительство возбудителя

57. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ВСПЫШКА, ЭПИДЕМИЯ, ПАНДЕМИЯ

- 1) по скорости распространения инфекции
- 2) по механизму передачи возбудителя
- 3) по тяжести течения болезни
- 4) по числу выявленных носителей
- 5) по количеству зарегистрированных случаев болезни

58. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

КЛАСС (ГРУППА) ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) антропонозы
- 2) облигатные зоонозы
- 3) необлигатные зоонозы (зооантропонозы)

ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ

- а) зараженные люди
- б) зараженные животные
- в) зараженные насекомые
- г) контаминированные объекты внешней среды
- д) зараженные птицы

59. ИНФЕКЦИИ, УПРАВЛЯЕМЫЕ В ОСНОВНОМ СРЕДСТВАМИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ

- 1) антропонозы с аэрозольным механизмом передачи
- 2) антропонозы с фекально-оральным механизмом передачи
- 3) антропонозы с трансмиссивным механизмом передачи

4) антропонозы с контактным механизмом передачи

60. ИНФЕКЦИИ, УПРАВЛЯЕМЫЕ В ОСНОВНОМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ

- 1) антропонозы с аэрозольным механизмом передачи
- 2) антропонозы с фекально-оральным механизмом передачи
- 3) антропонозы с трансмиссивным механизмом передачи
- 4) антропонозы с контактным механизмом передачи

61. ОПАСНОСТЬ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ ОБУСЛАВЛИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- 1) варианты течения болезни
- 2) длительность выделения возбудителя
- 3) санитарно-бытовые условия
- 4) активность источника инфекции
- 5) возраст
- 6) профессия
- 7) санитарная культура
- 8) массивность выделения возбудителя
- 9) сроки выявления источника инфекции

62. УКАЖИТЕ ВАРИАНТЫ МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) аспирационный
- 2) фекально-оральный
- 3) трансмиссивный
- 4) контактный
- 5) водный
- 6) пищевой
- 7) вертикальный
- 8) воздушно-пылевой
- 9) искусственный

63. СВОЕОБРАЗИЕ МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) клиническая форма болезни у источника инфекции
- 2) активность источника инфекции
- 3) иммунный статус источника инфекции
- 4) видовая принадлежность возбудителя

- 5) локализация возбудителя в организме источника инфекции
- 6) устойчивость возбудителя во внешней среде
- 7) патогенность и вирулентность возбудителя

64. КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, РАЗРАБОТАННАЯ Л. В. ГРОМАШЕВСКИМ, ОСНОВАНА НА

- 1) характеристике свойств возбудителя
- 2) различии в восприимчивости людей
- 3) своеобразии механизма передачи возбудителя
- 4) особенности клинического проявления болезни
- 5) типе паразитизма возбудителя

65. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ФАКТОРЫ (ДЕТЕРМИНАНТЫ) ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ
---	---------------

- | | |
|-----------------|--|
| 1 социальные | а) общественно-политический строй |
| 2 биологические | б) миграция населения |
| | в) состояние жилого фонда |
| | г) организация и состояние
медицинского обслуживания
населения |
| | д) количество дошкольных детских
учреждений и их санитарно-
гигиенического состояние |
| | е) климатические факторы |
| | ж) санитарно-гигиеническое
состояние |
| | з) состояние и тип водоснабжения |
| | и) источник возбудителя инфекции |
| | к) механизм передачи возбудителя |
| | л) транспортные связи |
| | м) восприимчивость населения |

66. НА ЗВЕНЬЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЛИЯЮТ ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ

- 1) источник инфекции
- 2) восприимчивость населения
- 3) пути и факторы передачи возбудителя

67. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ДЕТЕРМИНИРОВАН
- 1) природными факторами
 - 2) социальными факторами
 - 3) психогенными факторами
68. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЯВЛЕНИЕ
- 1) социально-биологическое
 - 2) социальное
 - 3) биологическое
69. НА КАЖДЫЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПОДОЗРЕНИЕ) НОСИТЕЛЬСТВА, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ, УКУС, ОЦАРАПАНИЕ, ОСЛЮНЕНИЕ ЖИВОТНЫМИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ФОРМА
- 1) № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний»
 - 2) № 058/у «Экстренное извещение»
 - 3) № 025-10/у -97 «Талон амбулаторного пациента»
70. ЗА ПОЛНОТУ, ДОСТОВЕРНОСТЬ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕСЁТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
- 1) заведующий отделением
 - 2) старшая медицинская сестра
 - 3) главный врач лечебно-профилактического учреждения
71. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, В КОТОРУЮ ВНОСЯТСЯ СВЕДЕНИЯ НА БОЛЬНОГО ИЗ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ, А ТАКЖЕ ВРЕМЯ И ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ НОМЕР О НЕМ
- 1) медицинская карта стационарного больного ф. № 003-1/у
 - 2) медицинская карта амбулаторного больного ф. № 025/у-87
 - 3) история развития ребенка ф. № 112/у
 - 4) журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у
 - 5) карта вызова скорой медицинской помощи ф. № 110/у
 - 6) история развития новорожденного ф. № 097/у
 - 7) медицинская карта ребенка ф. № 026/у
 - 8) карта диспансерного наблюдения ф. № 30/у

72. УЧЕТ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ШКОЛАХ, ДЕТСКИХ ДОМАХ, ЛЕТНИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ВОЗЛАГАЕТСЯ
- 1) на директора учреждения
 - 2) на медицинского работника учреждения
73. ДАННЫЕ ИЗ «ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ» ВО ВСЕХ ЛПУ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФГУЗ «ЦГ И Э» ВНОСЯТСЯ В УЧЕТНЫЕ ФОРМЫ
- 1) журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у
 - 2) медицинская карта стационарного больного ф. № 003-1/у
 - 3) карта вызова скорой медицинской помощи ф. № 110/у
 - 4) талон амбулаторного пациента ф. № 025-10/у -97
 - 5) медицинская карта амбулаторного больного ф. № 025/у-87
74. УЧЕТНЫЕ ФОРМЫ, ЗАПОЛНЯЕМЫЕ В ЛПУ ПО ВСЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, НА КОТОРЫЕ ПОДАЮТСЯ «ЭКСТРЕННЫЕ ИЗВЕЩЕНИЯ»
- 1) талон амбулаторного пациента ф. № 025-10/у -97
 - 2) медицинская карта ребенка ф. № 026/у
 - 3) медицинская карта стационарного больного ф. № 003-1/у
 - 4) журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у
75. ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА, ПРИ КОТОРЫХ СОСТАВЛЯЕТСЯ «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ» - Ф. № 058/У
- 1) в случае смерти больного от туберкулеза, состоявшего при жизни на учете
 - 2) бацилловыделение у больных закрытой формой туберкулеза (рецидив)
 - 3) с впервые в жизни установленным диагнозом бациллярная форма туберкулеза
 - 4) в случае смерти больного от туберкулеза, не состоявшего при жизни на учете
76. НА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ СЛУЧАИ СИФИЛИСА, ГОНОРЕИ, ТРИХОМОНИАЗА, ХЛАМИДИОЗА, ГЕРПЕСА УРОГЕНИТАЛЬНОГО, АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК,

МИКРОСПОРИИ, ФАВУСА, ТРИХОФИТИИ, МИКОЗА СТОП, ЧЕСОТКИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1) ф. № 089/у – туб
- 2) ф. № 089/у – кв
- 3) ф. № 058/у

77. НА НОСИТЕЛЕЙ БАКТЕРИЙ БРЮШНОГО ТИФА И ПАРАТИФОВ В ЛПУ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1) ф. № 364/у
- 2) ф. № 060у
- 3) ф. № 025-11у-02

78. ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ФГУЗ «ЦГ И Э ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ФОРМЫ

- 1) № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний»
- 2) № 025-10/у -97 «Талон амбулаторного пациента»
- 3) №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях»

79. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЛЕЖАЩИЕ СУММАРНОМУ УЧЕТУ В ФГУЗ «ЦГ И Э»

- 1) грипп и другие острые инфекции верхних дыхательных путей уточненной и неуточненной локализации
- 2) кожно-венерические заболевания
- 3) туберкулез
- 4) сочетание 1,2,3

80. ДЛЯ СУММАРНОГО УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОФИЛЬНЫХ ЛПУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) ф. № 089/у – кв
- 2) ф. № 089/у – туб
- 3) ф. № 025-11/у – 02
- 4) ф. № 060/у

81. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАКОНЕ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ» ПРЕДУСМОТРЕНО СТАТЬЕЙ

- 1) 36
- 2) 50
- 3) 15

82. ПРАВО ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ ГОССАНЭПИДНАДЗОРА ПРОВОДИТЬ ОТБОР ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБ И ОБРАЗЦОВ ПРОДУКЦИИ, В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ» ПРЕДУСМОТРЕНО СТАТЬЕЙ
- 1) 36 2) 50 3) 15
83. НЕСООТВЕТСТВУЮЩИЕ САНИТАРНЫМ ПРАВИЛАМ И ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ, ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЕ СЫРЬЕ, В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ» СНИМАЮТСЯ С ПРОИЗВОДСТВА И РЕАЛИЗАЦИИ СОГЛАСНО СТАТЬИ
- 1) 36 2) 50 3) 15
84. ПРАВО НА ВОЗМЕЩЕНИЕ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН ИЛИ ИХ ИМУЩЕСТВУ В СООТВЕТСВИИ С ЗАКОНОМ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ»: ПРЕДУСМОТРЕНО СТАТЬЕЙ
- 1) 15 2) 8 3) 9 4) 50
85. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ И ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ НА ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЛИЦ, А ТАКЖЕ КОНТАКТНЫХ, ИХ ИЗОЛЯЦИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ: С ЗАКОНОМ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ», СОГЛАСНО СТАТЬИ
- 1) 33 (пункт 1 и 2)
2) 51 (пункт 6)
3) 50 (пункт 1)
86. ПРАВО ГЛАВНЫХ САНИТАРНЫХ ВРАЧЕЙ И ИХ ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ ВЫНОСИТЬ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ ПОСТАНОВЛЕНИЯ О ВРЕМЕННОМ ОТСТРАНЕНИИ ОТ РАБОТЫ ЛИЦ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ В СООТВЕТСТВИИ: С ЗАКОНОМ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ

БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ», ПРЕДУСМОТРЕНО
СТАТЬЕЙ

- 1) 51 (пункт 6)
- 2) 33 (пункт 2)
- 3) 50 (пункт 1)
- 4) 34 (пункт 1)

87. ПРАВО ГРАЖДАН НА ИНФОРМИРОВАННОСТЬ КАК О СОСТОЯНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ, О ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТАХ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ, ТАК И О ПРИНИМАЕМЫХ МЕРАХ В СООТВЕТСТВИИ: С ЗАКОНОМ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ», ПРЕДУСМОТРЕНО СТАТЬЕЙ

- 1) 8
- 2) 9
- 3) 10
- 4) 11

88. ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (КАРАНТИН) В ПУНКТАХ ПРОПУСКА ЧЕРЕЗ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ГРАНИЦУ РФ ВВОДЯТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ» СОГЛАСНО СТАТЕЙ

- 1) 31 (пункт 1)
- 2) 51 (пункт 6)
- 3) 50
- 4) 15

89. СОКРЫТИЕ ДОЛЖНОСТНЫМИ ЛИЦАМИ ФАКТОВ И ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, СОЗДАЮЩИХ УГРОЗУ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ ЛЮДЕЙ ВЛЕЧЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СООТВЕТСТВИИ С КОНСТИТУЦИЕЙ РФ СОГЛАСНО СТАТЬИ

- 1) 4 (пункт 3)
- 2) 5 (пункт 2)
- 3) 2 (пункт 1)

90. КАЖДЫЙ ГРАЖДАНИН РОССИИ ИМЕЕТ ПРАВО НА БЛАГОПРИЯТНУЮ СРЕДУ ОБИТАНИЯ И ДОСТОВЕРНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ЕЕ СОСТОЯНИИ СОГЛАСНО КОНСТИТУЦИИ РФ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ

- 1) 2
- 2) 17
- 3) 42

91. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ — ЭТО СОВОКУПНОСТЬ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫХ МЕР, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ

- 1) предупреждение инфекционных заболеваний среди отдельных групп населения
- 2) снижение заболеваемости совокупного населения инфекционными болезнями
- 3) снижение заболеваемости совокупного населения неинфекционными болезнями
- 4) ликвидацию отдельных инфекций

92. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТ НЕМЕДИЦИНСКИЕ СИЛЫ

- 1) изоляция инфекционных больных
- 2) вакцинация животных
- 3) обеззараживание питьевой воды
- 4) экстренная профилактика
- 5) санитарная очистка населенных мест

93. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТ МЕДИЦИНСКИЕ СИЛЫ

- 1) лечение инфекционных больных
- 2) выявление бактерионосителей
- 3) отлов безнадзорных животных
- 4) захоронение радиоактивных отходов
- 5) вакцинация населения

94. КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- 1) соответствие требованиям государственных и отраслевых стандартов
- 2) марка и авторитет фирмы-производителя
- 3) низкая стоимость производства
- 4) требования потребителя

95. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОЦЕНИВАЮТ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ

- 1) эпидемиологической
- 2) социальной
- 3) экономической
- 4) эпидемиологической, социальной и экономической

96. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТ

- 1) вне зависимости от наличия случаев инфекционных заболеваний
- 2) при единичных случаях инфекционных заболеваний
- 3) при множественных случаях инфекционных заболеваний
- 4) как при инфекционных, так и при неинфекционных заболеваниях

97. СОБСТВЕННО ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТ

- 1) вне зависимости от наличия случаев инфекционных заболеваний
- 2) при единичных случаях инфекционных заболеваний
- 3) при множественных случаях инфекционных заболеваний
- 4) при неинфекционных заболеваниях

98. КОГДА СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ НАБЛЮДЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ

- 1) немедленно после госпитализации больного
- 2) по истечении срока максимальной инкубации у контактировавших, исчисляемого после даты проведения заключительной дезинфекции
- 3) немедленно после заключительной дезинфекции
- 4) после введения контактировавшим больным иммуноглобулина, вакцины или бактериофага

99. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКУЮ РАБОТУ В ОЧАГЕ ОРГАНИЗУЕТ И ПРОВОДИТ

- 1) участковый педиатр
- 2) участковый терапевт
- 3) врач-бактериолог
- 4) врач-инфекционист
- 5) врач-эпидемиолог
- 6) врач-гигиенист
- 7) персонал дезинфекционной службы

100. "ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ" ЗАПОЛНЯЕТ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК

- 1) заподозривший инфекционную болезнь

- 2) подтвердивший диагноз инфекционной болезни
- 3) установивший границы эпидемического очага

101. КОГДА СЛЕДУЕТ ЗАПОЛНЯТЬ "ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ" ОБ ИНФЕКЦИОННОМ БОЛЬНОМ

- 1) немедленно при подозрении на инфекционную болезнь
- 2) после консультации с врачом-инфекционистом
- 3) после лабораторного подтверждения диагноза

102. "ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ" ОБ ИНФЕКЦИОННОМ БОЛЬНОМ СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ

- 1) в управление здравоохранения
- 2) в районную бактериологическую лабораторию
- 3) в территориальный филиал ФГУЗ ЦГ и Э
- 4) в дезинфекционную станцию

103. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО

- 1) обязательна
- 2) необязательна
- 3) сомнительна

104. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ

- 1) поликлиника
- 2) ФГУЗ ЦГ и Э

ДОКУМЕНТЫ, ЗАПОЛНЯЕМЫЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО

- 1) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- 2) статистический талон
- 3) карта эпид. обследования очага
- 4) карта диспансерного наблюдения за переболевшими

105. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО

- 1) клинические
- 2) эпидемиологические

ПРИЗНАКИ

- 1) возраст
- 2) тяжесть течения болезни
- 3) профессия больного
- 4) профессия лиц, контактировавших с

- инфекционным больным
- 5) санитарно-бытовые условия проживания больного и лиц контактировавших с инфекционным больным
- 6) наличие восприимчивых среди контактировавших с инфекционным больным
- 7) возвращение больного из района, эндемичного по ООИ

106. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ЗВЕНЬЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА

МЕРОПРИЯТИЯ

- 1) источник инфекции
- 2) пути и факторы передачи возбудителя
- 3) восприимчивые лица

- 1) текущая дезинфекция
- 2) заключительная дезинфекция
- 3) госпитализация больного в стационар
- 4) отстранение от работы бактерионосителей, лиц эпидемиологически значимых профессий
- 5) санитарно-просветительная работа
- 6) изоляция больного дома
- 7) применение бактериофага
- 8) наблюдение в течение максимального инкубационного периода
- 9) введение вакцины
- 10) введение иммуноглобулина
- 11) дезинсекция
- 12) уничтожение грызунов

107. ЦЕЛИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОЧАГОВ

- 1) определение роли социальных и природных условий, способствовавших возникновению очага

2) выявление источника инфекции, круга контактных лиц, а также механизма, путей и факторов передачи возбудителя конкретной инфекции

3) определение пространственных и временных границ эпидемического очага

108. К АКТИВНОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ИСТОЧНИКОВ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

1) обследование «пищевиков» в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям

2) медицинский осмотр и обследование врачей, младшего и среднего медперсонала при поступлении на работу

3) посещение больного на дому по вызову

4) выявление бактерионосительства или антигеноносительства перед плановой госпитализацией

109. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ АНТРОПОНОЗАХ

1) выявление заболевших

2) изоляция больных

3) дезинфекция нательного и постельного белья инфекционного больного

4) уничтожение грызунов

5) обследование объектов внешней среды на микробное загрязнение

110. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ЗООНОЗАХ

1) профилактическая вакцинация животных

2) ветеринарно-санитарная экспертиза мяса

3) обеззараживание сырья животного происхождения

4) истребление грызунов (хранителей инфекции) на территории природного очага

5) вынужденный забой заболевших животных

111. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ПОКАЗАНИЯ

ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗОЛЯЦИИ

1) эпидемиологические

1) все заболевшие

2) клинические

2) с тяжелой формой заболевания

3) проживающие в
неблагоустроенных или
перенаселенных жилищах

4) из декретированных групп
населения

112. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЗА

1) инфекционным больным в разгар заболевания

2) здоровыми лицами, находившимися в контакте с

инфекционным больным

3) больным с хронической формой инфекционного заболевания

4) больным с рецидивирующим течением инфекционного
заболевания

113. КАРАНТИН В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ

1) максимальное разобщение групп

2) прекращение приема новых детей

3) запрещение проведения плановых прививок

4) запрещение проведения массовых мероприятий

5) все перечисленное

114. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОТИВО- ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

1) обеспечение населения доброкачественной питьевой водой

2) обеспечение населения безопасными в эпидемическом
отношении продуктами питания

3) санитарная охрана почвы населенных мест

4) охрана поверхностных водных объектов от загрязнения
фекально-бытовыми стоками

115. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ АНТРОПОНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЙ

1) выявление и изоляция больного

2) дезинфекция помещения и личных вещей больного

3) экстренная профилактика заболеваний у лиц,
контактировавших с больным

4) сокращение численности переносчиков возбудителей инфекционных болезней человека

116. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) предупреждение микробного загрязнения окружающей среды
- 2) обеззараживание воды в соответствии с требованиями стандарта на питьевую воду
- 3) предупреждение заноса инфекции на эпидемиологически значимые объекты
- 4) санитарную охрану территории страны от завоза и распространения инфекционных болезней
- 5) ликвидацию эпидемических очагов

117. ДЕЗИНФЕКЦИЯ — ЭТО УДАЛЕНИЕ И (ИЛИ) УНИЧТОЖЕНИЕ

- 1) возбудителей инфекционных болезней с кожи рук человека
- 2) всех микроорганизмов с объектов внешней среды
- 3) возбудителей инфекционных болезней с окружающих человека объектов внешней среды
- 4) возбудителей инфекционных болезней с изделий медицинского назначения

118. С ПОМОЩЬЮ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО УСТРАНЯЕТСЯ ОДНА ИЗ НЕОБХОДИМЫХ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- 1) источник инфекции
- 2) механизм передачи инфекции
- 3) восприимчивый организм (коллектив)

119. НЕОБХОДИМОСТЬ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) характером путей передачи
- 2) особенностями факторов передачи
- 3) типом механизма передачи
- 4) устойчивостью возбудителя во внешней среде

120. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

Вид дезинфекции

Проводится по ситуации

- 1) профилактическая

- 1) после госпитализации больного

- | | |
|-------------------|--|
| 2) текущая | дизентерией |
| 3) заключительная | 2) в детском дошкольном учреждении при отсутствии инфекционных заболеваний |
| | 3) в детском дошкольном учреждении во время карантина по дифтерии |
| | 4) систематическая в родильном доме |
| | 5) в перевязочной гнойного хирургического отделения в течение дня |

121. ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ, КАК ПРАВИЛО, ПРОВОДЯТ В

- 1) детском терапевтическом отделении
- 2) туберкулезном диспансере
- 3) инфекционном стационаре
- 4) хирургическом отделении
- 5) кожно-венерологическом диспансере

122. ТЕКУЩУЮ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В КВАРТИРЕ НЕГОСПИТАЛИЗИРОВАННОГО ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ

- 1) медицинский персонал участковой поликлиники
- 2) сотрудники дезинфекционной службы
- 3) родственники больного
- 4) участковый эпидемиолог

123. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ

- 1) гриппом
- 2) чумой
- 3) гепатокарциномой, развившейся после перенесенного вирусного гепатита
- 4) дифтерией
- 5) после оперативного вмешательства при гнойном перитоните

124. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ОЧАГАХ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 3 ч 2) 6 ч 3) 24 ч 4) 72 ч

125. В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД ДЕЗИНФЕКЦИИ

- 1) механический
- 2) физический
- 3) биологический
- 4) химический

126. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

МЕТОД ДЕЗИНФЕКЦИИ

- 1) механический
- 2) физический
- 3) химический

СПОСОБ ЕГО РЕАЛИЗАЦИИ

- 1) использование ультрафиолетовых лучей
- 2) мытье поверхностей
- 3) обработка пылесосом
- 4) вентиляция
- 5) орошение дезсредствами
- 6) стирка белья
- 7) погружение в растворы с дезсредствами
- 8) кипячение
- 9) засыпание дезсредствами

127. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ В ОЧАГЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ

- 1) постельное белье
- 2) поверхности в помещении
- 3) посуду
- 4) книги

128. ПОСТЕЛЬНЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ

- 1) погружением в дезинфицирующий раствор
- 2) автоклавированием
- 3) в дезинфекционной камере
- 4) орошением дезинфицирующим раствором

129. РЕЖИМ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОНКРЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ УТОЧНИТЬ В
- 1) учебнике
 - 2) учебно-методическом пособии
 - 3) методическом указании по применению препарата
 - 4) инструкциях (приказах) по инфекциям
130. ВИД ДЕЗИНФЕКЦИИ В ЛПУ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ, ОЧАГОВАЯ) ЗАВИСИТ ОТ
- 1) профиля стационара
 - 2) наличия внутрибольничных инфекций
 - 3) оснащения стационара сложной лечебно-диагностической аппаратурой
 - 4) степени микробной обсемененности различных объектов
131. ПОСТЕЛЬНОЕ БЕЛЬЕ И СТОЛОВУЮ ПОСУДУ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ
- 1) кипячением
 - 2) погружением в дезинфицирующий раствор
 - 3) автоклавированием
 - 4) в дезинфекционной камере
132. ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В КВАРТИРЕ БОЛЬНОГО ДИЗЕНТЕРИЕЙ, ОСТАВЛЕННОГО ДОМА, НАЗНАЧАЕТ
- 1) участковый эпидемиолог
 - 2) участковый терапевт
 - 3) врач-инфекционист
 - 4) врач дезинфекционной станции
133. МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ РАБОТЫ В ВОЗРАСТЕ
- 1) независимо от возраста, после инструктажа
 - 2) лица старше 18 лет
134. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОЧАГА В КОЛЛЕКТИВЕ ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ
- 1) санитарно-гигиеническое изучение очага
 - 2) определение конкретного источника инфекции

- 3) оценку качества мероприятий, проведенных врачом, диагностировавшим заболевание
- 4) определение путей и факторов передачи возбудителя
- 5) уточнение регистрационных сведений о больном и организацию эпидемиологического обследования

135. ОДНОВРЕМЕННО ВОЗНИКШИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГРУППЫ ОДНОВРЕМЕННО ВОЗНИКШИХ ОЧАГОВ - ЭТО СЛЕДСТВИЕ

- 1) действия общих причин заболеваний и условий, проявивших свое влияние в короткий промежуток времени
- 2) трудовой деятельности в одном коллективе
- 3) наличия у заболевших одинаковых хронических соматических заболеваний
- 4) заражения одним видом возбудителя
- 5) проживания в одном здании

136. ОПРОС БОЛЬНОГО В ХОДЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОЧАГА ПРОВОДЯТ ДЛЯ

- 1) уточнения сведения о качестве полученных больным прививок
- 2) определения симптомов болезни
- 3) установления места и времени заражения
- 4) определения этиологии болезни
- 5) выявления тяжести заболевания.

137. ГЛАВНОЙ ЧАСТЬЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОЧАГА ЯВЛЯЕТСЯ ТА, КОТОРАЯ СОДЕРЖИТ ХАРАКТЕРИСТИКУ

- 1) причины и условия возникновения заболеваний
- 2) количества заболевших
- 3) коллектива, в котором возникли заболевания
- 4) санитарно-коммунального благоустройства территории
- 5) коллективного иммунитета населения

138. НАЗНАЧЕНИЕ РАЗОБЩЕНИЯ ЛИЦ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ, ЗАВИСИТ ОТ

- 1) нозологической формы

- 2) места работы
- 3) срока получения результатов бактериологических исследований
- 4) проведения заключительной дезинфекции

139. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ПРИ АНТРОПОНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ УСТАНОВЛИВАЮТ

- 1) только за лицами, ухаживающими за больным на дому
- 2) за всеми лицами, которые находились в контакте с больным и факторами передачи
- 3) только за членами семьи больного в коммунальной квартире
- 4) только за маленькими детьми, проживающими вместе с заболевшим
- 5) только за лицами, чья профессиональная деятельность связана с высоким риском распространения инфекционного заболевания

140. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИН ВЫРАЖАЕТСЯ

- 1) показателем наглядности
- 2) индексом эффективности
- 3) показателем защищенности
- 4) коэффициентом корреляции

141. ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ТОЧНОГО И ПОЛНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЛИЦ, СОПРИКАСАВШИХСЯ С ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ И ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧ

- 1) продолжительность периода заразительности в инкубации
- 2) дату заболевания
- 3) дату постановки диагноза
- 4) дату изоляции
- 5) дату проведения заключительной дезинфекции

142. ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАТЫ НАЧАЛА ЗАРАЖЕНИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ПЕРВЫХ КОНТАКТНЫХ

- 1) продолжительность периода заразительности в инкубации

- 2) дату заболевания
- 3) дату постановки диагноза
- 4) дату изоляции
- 5) дату проведения заключительной дезинфекции

143. ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАТЫ ЗАРАЖЕНИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ
ОЧАГЕ ПОСЛЕДНИХ КОНТАКТНЫХ

- 1) продолжительность периода заразительности в инкубации
- 2) дату заболевания
- 3) дату постановки диагноза
- 4) дату изоляции
- 5) дату проведения заключительной дезинфекции

144. ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СУЩЕСТВОВАНИЯ
ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОЧАГА ВО ВРЕМЕНИ

- 1) продолжительность максимального инкубационного периода
- 2) продолжительность минимального инкубационного периода
- 3) продолжительность заразительности в инкубации
- 4) дату заболевания
- 5) дату постановки диагноза
- 6) дату изоляции больного
- 7) дату проведения заключительной дезинфекции

Ответы на тестовые задания

1.	3	37.	2	73.	1	109.	1,2
2.	1	38.	1, 2, 4	74.	4	110.	3,4,5
3.	2	39.	1	75.	2,3,4	111.	1-3,4; 2-2
4.	3	40.	1	76.	2	112.	3,4
5.	3	41.	4	77.	1	113.	5
6.	3	42.	2	78.	1	114.	1,2,3,4
7.	2	43.	3, 4	79.	4	115.	2,4
8.	2	44.	1	80.	1,2,3	116.	1,2,3,4
9.	3	45.	2	81.	1	117.	1,3,4
10.	3	46.	2	82.	2	118.	2
11.	2	47.	4	83.	3	119.	4
12.	1	48.	4	84.	2,3	120.	1-2,3,4;2-5;3-1
13.	2	49.	4	85.	1,2	121.	2,3,5
14.	3	50.	4	86.	1,2	122.	3
15.	1-4; 2-3, 3-2; 4-1	51.	1	87.	1,2,4	123.	2,4,5
16.	4	52.	4	88.	1,2	124.	2
17.	3	53.	3	89.	1	125.	1,2,4
18.	2	54.	5	90.	3	126.	1-2,3,4,6; 2-1;8 3-5,7,9
19.	4	55.	1	91.	1,2,4	127.	1,2,3
20.	1, 3, 4	56.	2	92.	2,3,5	128.	2
21.	2, 3	57.	5	93.	1,2,5	129.	3,4
22.	1	58.	1-1; 2 - 2,5; 3 - 2,3,5	94.	1	130.	1,2
23.	3	59.	1	95.	4	131.	1,2
24.	1	60.	2	96.	1	132.	2
25.	2	61.	1,2,3,4,6,7,8,9	97.	2,3	133.	2
26.	5, 6, 7	62.	1,2,3,4,7,9	98.	2	134.	5
27.	2,4,5,6	63.	5	99.	1,2,4,5,7	135.	1
28.	1, 2, 5	64.	3	100.	1	136.	3
29.	3, 5, 6	65.	1-2,3,4,5 ,7,8,11; 2-9,10,12	101.	1	137.	1
30.	1	66.	3	102.	3	138.	1,2
31.	1, 3	67.	1,2	103.	2	139.	2
32.	1, 2, 3, 4	68.	1	104.	1-1,2,4; 2-3	140.	2,3
33.	1, 2, 3	69.	2	105.	1-1,2; 2-3,4,5,6,7	141.	1,2,5
34.	1, 2, 3, 4, 5	70.	3	106.	1-3,4,5,6,12; 2-1,2,11; 3-5,7,8,9,10	142.	1,2
35.	4	71.	1,2,3,5,6,7	107.	1,2,3	143.	5
36.	5	72.	2	108.	1,2,4	144.	1,7
37.		73.		109.		145.	

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Беляков В. Д., Яфаев Р. Х. Эпидемиология. - М.: Медицина, 1989. - 415 с.
2. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2005. – 752с.
3. Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАР - МЕДИЯ, 2007. – 814 с.

Дополнительная:

4. Брусина Е.Б., Дроздова О.М., Цитко А.А. К дискуссии об эпидемиологии как науке. Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008.-№5.- С.17 -
5. Громашевский Л.В. Общая эпидемиология. – М.: Медицина, 1965. – 290 с.
6. Далматов В. В., Стасенко В. Л. Современная эпидемиология: предмет, метод, цель. Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2008. - №5 – С. 8 – 14.
7. Далматов В.В., Стасенко В.Л., Турчанинов Д.В.. Социально-экологическая концепция эпидемического процесса: новый взгляд. Труды Всероссийской науч. конф. «Проблемы современной эпидемиологии. Перспективные средства и методы лабораторной диагностики и профилактика актуальных инфекций». СПб., 19 - 20 ноября 2009 года. –С. 9 – 11.

8. Павловский Е.Н. Современное состояние учения о природной очаговости болезней человека. – В кн.: Природно-очаговые болезни человека. – М.: Медгиз, 1960. – С. 6-40

Нормативно-правовые материалы:

9. Закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекции)». М., 1995г.
10. Закон РФ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний». М., 1998г.
11. Закон РФ «О защите прав потребителей». М., 1992г.
12. Закон РФ «Об обжаловании в суде действий и решений, нарушающих права и свободы граждан». М.,1993г.
13. Закон РФ - 34 «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)». М.,2001г.
14. Закон РФ №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». М.,1999г.
15. Конституция Российской Федерации. М., 1993г.
16. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. М., 1993г.
17. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 59 от 25 февраля 2009 г. «Об утверждении номенклатуры специальностей научных работников».
18. Постановление Федеральной службы государственной статистики (Росстат) № 51 «Об утверждении статистического инструментария для организации Роспотребнадзором

статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями, профилактическими прививками, санитарным состоянием территорий, детских и подростковых летних оздоровительных учреждений, о дезинфекционной деятельности, о дозах облучения». М., 2006г.

19. Приказ N 751 «Об утверждении временного регламента взаимодействия территориальных управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и федеральных государственных учреждений здравоохранения – Центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации». М., 2005г.
20. Приказ МЗ СССР № 654. «О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний». М., 1989 г.
21. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 254 «О развитии дезинфекционного дела в стране». М., 1991г.
22. Приказ Управления здравоохранения администрации г. Уфы № 448-ОД. «О порядке регистрации, учета, госпитализации и получения оперативной информации об инфекционных и паразитарных заболеваниях в г. Уфе» Уфа, 2005г.
23. Приказ МЗ СР № 656 « Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по исполнению государственной функции по информированию органов государственной власти Российской Федерации, органов

государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и населения о санитарно-эпидемиологической обстановке и принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия». М., 2007г.

24. СП 3.1.084-96 «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных».
25. Уголовный кодекс Российской Федерации. М.,1996г.

Перечень инфекционных и паразитарных болезней, подлежащих индивидуальному учету в лечебно-профилактических учреждениях и территориальных ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в соответствии с приказом МЗ СССР № 654 "О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний" - пункты 1.5 и 1.7.

№	Наименование заболеваний	Шифр по МКБ Х пересмотра
	Пункт 1.5 приказа №654	
1	Брюшной тиф	A01.0
2	Паратиф А	A01.1
3	Паратиф Б	A01.2
4	Паратиф С	A01.3
5	Паратиф неуточненный	A01.4
6	Другие сальмонеллезные инфекции	A02
7	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i>	A03.0
8	Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i>	A03.1
9	Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i>	A03.2
10	Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i>	A03.3
11	Другой шигеллез	A03.8
12	Шигеллез неуточненный	A03.9
13	Амебиаз	A06
14	Балантидиаз	A07.0
15	Острые кишечные инфекции, вызванные установленными бактериальными и вирусными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции установленной этиологии:	A04.0,1,2,3,4,5,6,7,8 A05.0,2,3,4,8 A08.0,1,2,3,5
15.1	Энтеропатогенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A04.0
15.2	Энтеротоксигенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A04.1
15.3	Энтероинвазивная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A 04.2
15.4	Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A04.3
15.5	Другие кишечные инфекции, вызванные <i>Escherichia coli</i>	A04.4
15.6	Энтерит, вызванный <i>Campylobacter</i>	A04.5
15.7	Энтерит, вызванный <i>Yersinia enterocolitica</i>	A04.6
15.8	Энтероколит, вызванный <i>Clostridium difficile</i>	A04.7
15.9	Другие уточненные бактериальные кишечные	A04.8

	инфекции	
15.10	Стафилококковые пищевые отравления	A05.0
15.11	Пищевое отравление, вызванное <i>Clostridium perfringens</i>	A05.2
15.12	Пищевое отравление, вызванное <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	A05.3
15.13	Пищевое отравление, вызванное <i>Bacillus cereus</i>	A05.4
15.14	Другие уточненные бактериальные пищевые отравления	A05.8
15.15	Ротавирусный энтерит	A08.0
15.16	Острая гастроэнтеропатия, вызванная возбудителем Норволк	A08.1
15.17	Аденовирусный энтерит	A08.2
15.18	Другие вирусные энтериты	A08.3
15.19	Другие уточненные кишечные инфекции	A08.5
16	Острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными инфекционными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии:	A04.9, A05.9, A08.4, A09
16.1	Бактериальная кишечная инфекция неуточненная	A04.9
16.2	Бактериальное пищевое отравление неуточненное	A05.9
16.3	Вирусная кишечная инфекция нечеточненная	A08.4
16.4	Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	A09
17	Листериоз	A32
18	Эризипилоид	A26
19	Пастереллез	A28.0
20	Лихорадка от кошачьих царапин	A28.1
21	Экстраинтестинальный иерсиниоз	A28.2
22	Туберкулез	A15
23	Дифтерия	A36
24	Коклюш (включая паракоклюш, бактериологически подтвержденный)	A37
25	Скарлатина	A38
26	Менингококковая инфекция всех форм	A39
27	Столбняк	A35
28	Тулярия	A21
29	Сибирская язва	A22
30	Бруцеллез	A23
31	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней:	B20:
31.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции	B20.0

31.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций	B20.1
31.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания	B20.2
31.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций	B20.3
31.5	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза	B20.4
31.6	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов	B20.5
31.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i>	B20.6
31.8	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций	B20.7
31.9	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней	B20.8
31.10	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней	B20.9
32	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде злокачественных новообразований:	B21:
32.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши	B21.0
32.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта	B21.1
32.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжинских лимфом	B21.2
32.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственной им тканей	B21.3
32.5	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований	B21.7
32.6	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований	B21.8
32.7	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований	B21.9
33	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других уточненных болезней	B22:
33.1	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии	B22.0
33.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями	B22.1

	лимфатического интерстициального пневмонита	
33.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома	B22.2
33.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках	B22.7
34	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других состояний	B23:
34.1	Острый ВИЧ-инфекционный синдром вирусом иммунодефицита	B23.0
34.2	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии	B23.1
34.3	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках	B23.2
34.4	Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний	B23.8
35	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита [ВИЧ], неуточненная	B24
36	Полиомиелит острый	A80
37	Ветряная оспа	B01
38	Корь	B05
39	Краснуха	B06
40	Медленные вирусные инфекции центральной нервной системы	A81
41	Японский комариный энцефалит	A83.0
42	Дальневосточный клещевой энцефалит (русский весенне-летний энцефалит)	A84.0
43	Другие вирусные энцефалиты, не классифицированные в других рубриках	A85
44	Вирусный энцефалит неуточненный	A86
45	Хориоменингит лимфоцитарный острый	A87.2
46	Вирусная инфекция центральной нервной системы неуточненная	A89
47	Другие вирусные инфекции центральной нервной системы, не классифицированные в других рубриках	A88
48	Другие уточненные вирусные лихорадки, передаваемые членистоногами	A93.8
49	Вирусная лихорадка, передаваемая членистоногими, неуточненная	A94

50	Другие вирусные геморрагические лихорадки, не классифицированные в других рубриках:	A98:
50.1	Крымская геморрагическая лихорадка	A98.0
50.2	Омская геморрагическая лихорадка	A98.1
50.3	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A98.3
50.4	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A98.4
50.5	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	A98.5
50.6	Другие уточненные вирусные геморрагические лихорадки	A98.8
51	Вирусная геморрагическая лихорадка неуточненная	A99
52	Вирусные гепатиты:	B15, B16, B17.1 B18.1, B18.2
52.1	Острый вирусный гепатит А	B15
52.2	Острый вирусный гепатит В	B16
52.3	Острый вирусный гепатит С	B17.1
52.4	Хронический вирусный гепатит В	B18.1
52.5	Хронический вирусный гепатит С	B18.2
53	Бешенство	A82
54	Паротит эпидемический	B26
55	Орнитоз (пситтакоз)	A70
56	Инфекционный мононуклеоз	B27
57	Эпидемический сыпной тиф	A75.0
58	Болезнь Брилла	A75.1
59	Лихорадка КУ	A78
60	Клещевой сыпной тиф	A77
61	Мышиный тиф	A75.2
62	Другие риккетсиозы	A79
63	Малярия, вызванная <i>Plasmodium falciparum</i>	B50
64	Лейшманиоз	B55
65	Лептоспироз	A27
66	Завозные тропические заболевания (паразитарные и вирусные -шистосомозы	B65
67	Филяриатозы	B74
68	Дракункулез	B72
69	Трипаносомоз африканский/американский	B56/B57
70	Трематодозы	B66
71	Эхинококкозы	B67
72	Тениоз	B68
73	Тениаринхоз	B68.1
74	Дифиллоботриоз	B70.0

75	Гименолепидоз	B71.0
76	Трихинеллез	B75
77	Анкилостомидозы	B76
78	Аскаридоз	B77
79	Стронгилоидоз	B78
80	Трихоцефалез	B79
81	Энтеробиоз	B80
82	Педикулез	B85
83	Пневмоцистоз	B59
84	Болезнь легионеров	A48.1
85	Болезнь легионеров без пневмонии (лихорадка Понтиак)	A48.2
	Пункт 1.5.40 приказа № 654	
86	Внутрибольничные инфекции	
86.1	Стрептококковые септицемии:	A40:
86.1.1	Септицемия, вызванная стрептококком группы А	A40.0
86.1.2	Септицемия, вызванная стрептококком группы В	A40.1
86.1.3	Септицемия, вызванная стрептококком группы D	A40.2
86.1.4	Септицемия, вызванная Streptococcus pneumoniae	A40.3
86.1.5	Другие стрептококковые септицемии	A40.8
86.1.6	Стрептококковая септицемия неуточненная	A40.9
86.2	Другие септицемии:	A41:
86.2.1	Септицемия, вызванная Staphylococcus aureus	A41.0
86.2.2	Септицемия, вызванная другим уточненным стафилококком	A41.1
86.2.3	Септицемия, вызванная неуточненным стафилококком	A41.2
86.2.4	Септицемия, вызванная Haemophilus influenzae	A41.3
86.2.5	Септицемия, вызванная анаэробами	A41.4
86.2.6	Септицемия, вызванная другими грамотрицательными микроорганизмами	A41.5
86.2.7	Другая уточненная септицемия	A41.8
86.2.8	Септицемия неуточненная	A41.9
86.3	Бактериальный сепсис новорожденного:	P36:
86.3.1	Сепсис новорожденного, обусловленный стрептококком группы В	P36.0
86.3.2	Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стрептококками	P36.1
86.3.3	Сепсис новорожденного, обусловленный золотистым стафилококком	P36.2
86.3.4	Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стафилококками	P36.3

86.3.5	Сепсис новорожденного, обусловленный кишечной палочкой	P36.4
86.3.6	Сепсис новорожденного, обусловленный анаэробными микробами	P36.5
86.3.7	Сепсис новорожденного, обусловленный другими бактериальными агентами	P36.8
86.3.8	Бактериальный сепсис новорожденного, неуточненный	P36.9
86.3.9	Омфалит новорожденного с небольшим кровотечением или без него	P38.0
86.4	Другие инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода:	P39:
86.4.1	Неонатальный инфекционный мастит	P39.0
86.4.2	Конъюнктивит и дакриоцистит у новорожденного	P39.1
86.4.3	Внутриамниотическая инфекция плода, не классифицированная в других рубриках	P39.2
86.4.4	Неонатальная инфекция мочевых путей	P39.3
86.4.5	Неонатальная инфекция кожных покровов	P39.4
86.4.6	Другая уточненная инфекция, специфичная для перинатального периода	P39.8
86.4.7	Инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная	P39.9
86.4.8	Синдром стафилококкового поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей	L00
86.4.9	Импетиго	L01
86.5	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул:	L02:
86.5.1	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица	L02.0
86.5.2	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи	L02.1
86.5.3	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища	L02.2
86.5.4	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы	L02.3
86.5.5	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечности	L02.4
86.5.6	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций	L02.8
86.5.7	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул неуточненной локализации	L02.9
86.6	Флегмона:	L03:
86.6.1	Флегмона пальцев кисти и стопы	L03.0
86.6.2	Флегмона других отделов конечностей	L03.1
86.6.3	Флегмона лица	L03.2
86.6.4	Флегмона туловища	L03.3
86.6.5	Флегмона других локализаций	L03.8
86.6.6	Флегмона неуточненная	L03.9
86.7	Острый лимфаденит:	L04:
86.7.1	Острый лимфаденит лица, головы, шеи	L04.1

86.7.2	Острый лимфаденит туловища	L04.2
86.7.3	Острый лимфаденит верхней конечности	L04.3
86.7.4	Острый лимфаденит других локализаций	L04.8
86.7.5	Острый лимфаденит неуточненный	L04.9
86.7.6	Пиодермия	L08.0
86.7.7	Другие уточненные местные инфекции кожи и подкожной клетчатки	L08.8
86.7.8	Местная инфекция кожи и подкожной клетчатки неуточненная	L08.9
86.8	Остеомиелит:	M86:
86.8.1	Острый гематогенный остеомиелит	M86.0
86.8.2	Другие формы острого остеомиелита	M86.1
86.8.3	Подострый остеомиелит	M86.2
86.8.4	Другой остеомиелит	M86.8
86.8.5	Острый гнойный средний отит	H66.0
86.8.6	Гнойный средний отит неуточненный	H66.4
86.9	Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках:	J12:
86.9.1	Аденовирусная пневмония	J12.0
86.9.2	Пневмония, вызванная респираторным синцитиальным вирусом	J12.1
86.9.3	Пневмония, вызванная вирусом парагриппа	J12.2
86.9.4	Другая вирусная пневмония	J12.8
86.9.5	Вирусная пневмония неуточненная	J12.9
86.9.6	Пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae	J13
86.9.7	Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева-Пфейффера]	J14
86.9.8	Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках	J15
86.9.9	Другие инфекции во время родов	O75.3
86.9.10	Послеродовой сепсис	O85
86.10	Другие послеродовые инфекции:	O86:
86.10.1	Инфекция хирургической акушерской раны	O86.0
86.10.2	Другие инфекции половых путей после родов	O86.1
86.10.3	Инфекции мочевых путей после родов	O86.2
86.10.4	Другие инфекции мочеполовых путей после родов	O86.3
86.10.5	Гипертермия неясного происхождения, возникшая после родов	O86.4
86.10.6	Другие уточненные послеродовые инфекции	O86.8
86.10.7	Расхождение швов промежности	O90.1
86.10.8	Инфекции соска, связанные с деторождением	O91.0
86.10.9	Абсцесс молочный железы, связанный с деторождением	O91.1
86.10.10	Инфекция и воспалительная реакция вследствие	T82.6

	сердечного клапанного протеза	
86.10.11	Инфекция и воспалительная реакция вследствие других сердечных и сосудистых устройств	T82.7
86.10.12	Инфекция и воспалительная реакция вследствие протеза, имплантата и пересаженного лоскута ткани в мочевой системе	T83.5
86.10.13	Инфекция и воспалительная реакция вследствие протеза, имплантата и пересаженного лоскута ткани в половом тракте	T83.6
86.10.14	Инфекция и воспалительная реакция вследствие внутреннего суставного протеза	T84.5
86.10.15	Инфекция и воспалительная реакция вследствие внутреннего фиксирующего устройства (любой локализации)	T84.6
86.10.16	Инфекция и воспалительная реакция вследствие других внутренних ортопедических протезов, имплантатов и пересаженных лоскутов ткани	T84.7
86.10.17	Инфекция и воспалительная реакция вследствие других внутренних протезов, имплантатов и пересаженных лоскутов ткани	T85.7
86.10.18	Расхождение швов операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
86.10.19	Инфекция, вследствие процедуры, не классифицированная в других рубриках	T81.4
86.10.20	Инфекция ампутационной культи	T87.4
86.11	Бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках:	G00:
86.11.1	Гриппозный менингит	G00.0
86.11.2	Пневмококковый менингит	G00.1
86.11.3	Стрептококковый менингит	G00.2
86.11.4	Стафилококковый менингит	G00.3
86.11.5	Менингит, вызванный другими бактериями	G00.8
86.11.6	Бактериальный менингит неуточненный	G00.9
86.11.7	Бактериальный менингоэнцефалит и менингомиелит, не классифицированные в других рубриках	G04.2
86.11.8	Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит	G04.8
86.11.9	Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный	G04.9
86.11.10	Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
86.11.11	Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью	O08.0

86.11.12	Острый перитонит	K65.0
86.11.13	Другие виды перитонита	K65.8
86.12	Остеомиелит:	M86:
86.12.1	Острый гематогенный остеомиелит	M86.0
86.12.2	Другие формы острого остеомиелита	M86.1
86.12.3	Подострый остеомиелит	M86.2
86.12.4	Хронический многоочаговый остеомиелит	M86.3
86.12.5	Хронический остеомиелит с дренированным синусом	M86.4
86.12.6	Другие хронические гематогенные остеомиелиты	M86.5
86.12.7	Другой хронический остеомиелит	M86.6
86.12.8	Другой остеомиелит	M86.8
86.12.9	Остеомиелит неуточненный	M86.9
86.13	Флебит и тромбофлебит:	I80:
86.13.1	Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	I80.0
86.13.2	Флебит и тромбофлебит бедренной вены	I80.1
86.13.3	Флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей	I80.2
86.13.4	Флебит и тромбофлебит нижних конечностей неуточненный	I80.3
86.13.5	Флебит и тромбофлебит других локализаций	I80.8
86.13.6	Флебит и тромбофлебит неуточненной локализации	I80.9
86.13.7	Инфекция, связанная с искусственным оплодотворением	N98.0
86.13.8	Инфекция вследствие инфузии, трансфузии и терапевтической инъекции	T80.2
86.13.9	Инфекция, осложняющая вакцинацию	T88.0
86.13.10	Острый цистит	N30.0
86.13.11	Инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации	N39.0
	Пункт 1.7 приказа №654	
87	Другие состояния:	
87.1	Носительство брюшного тифа	Z22.0
87.2	Носительство возбудителей других желудочно-кишечных болезней	Z22.1
87.3	Носительство токсигенных штаммов дифтерии	Z22.2
87.4	Паразитоносительство малярии	Z22.3
87.5	Носительство возбудителя вирусного гепатита В	Z22.5
87.6	Носительство возбудителя вирусного гепатита С	Z22.8
87.7	Носительство человеческого Т-лимфотропного вируса типа 1 (HTLV-1)	Z22.6
88	Укусы, ослюнения, оцарапывания животными:	W53, W54,

		W55.
88.1	укус крысы;	W53
88.2	укус или удар, нанесенный собакой;	W54
88.3	укус или удар, нанесенный другими млекопитающими	W55
89	Необычные реакции на профилактические прививки – поствакцинальные осложнения:	Y58, Y 59
89.1	бактериальные вакцины;	Y58
89.2	другие и неуточненные вакцины и биологические субстанции.	Y 59
90	Другие инфекционные заболевания, а также «носительство» возбудителей инфекционных заболеваний, инфицирование которыми произошло во время пребывания больных в лечебно-профилактических учреждениях	Обозначаются кодами по МКБ X

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ

об инфекционном заболевании, пищевом, остром
профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

1. Диагноз _____
_____ подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол _____
4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____
5. Адрес, населенный пункт _____ район _____
улица _____ дом № _____ кв. № _____

(индивидуальная, коммунальная, общежитие – вписать)
6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения) _____
7. Даты:
заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установления диагноза _____
последующего посещения детского учреждения, школы _____
госпитализации _____
8. Место госпитализации _____
9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен
пострадавший _____
10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и
дополнительные сведения _____
11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС*

- Фамилия сообщившего _____
Кто принял сообщение _____
12. Дата и час отсылки извещения _____
Подпись пославшего извещение _____
Регистрационный № _____ в журнале ф. № _____ санэпидстанции
Подпись получившего извещение _____

Экстренное извещение составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих их, а также при изменении диагноза. Посылается в санэпидстанцию* по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного. В случае сообщения об изменении диагноза п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз. Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапывания, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

* После реформирования СЭС - Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии» (ФГУЗ ЦГиЭ)

(наименование учреждения)

Приложение 3
Учетная форма № 060/у

Журнал регистрации инфекционных заболеваний

№	Дата и час сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения; кто передал, кто принял	Наименование ЛПУ, следившего сообщения	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения)	Домашний адрес (город, село, улица, № дома, № квартиры)	Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения	Дата заболевания	Диагноз и дата его установления	Дата, место госпитализации	Дата первичного обращения	Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления	Дата эпид. обследования. Фамилия обследовавшего	Сообщено о заболеваниях в СЭС* по месту постоянного жительства, посещения детского учреждения по месту учебы, работы и др.	Лабораторное обследование и его результат	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

*После реформирования СЭС - Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии» (ФГУЗ ЦГиЭ)

Перечень инфекционных и паразитарных заболеваний и объектов, на которых санитарно - эпидемиологические обследования проводятся специалистами Управления Роспотребнадзора по РБ

№ п\п	Инфекционные и паразитарные заболевания	Учреждения, организации	Количество случаев
1.	Дифтерия	любые	каждый случай
2.	Корь	любые	каждый случай
3.	Полиомиелит, острые вялые параличи	любые	каждый случай
4.	Поствакцинальные осложнения	любые	каждый случай
5.	Менингококковая инфекции	любые	каждый случай
6.	Столбняк	любые	каждый случай
7.	Брюшной тиф, паратифы	любые	каждый случай
8.	Внутрибольничные инфекции	ЛПУ независимо от форм собственности, санатории-профилактории	каждый случай
9.	Карантинные и особо опасные инфекции	любые	каждый случай
10.	Острые вирусные гепатиты В и С, др. гемоконтактные вирусные гепатиты и микст-инфекции	Дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, ЛПУ, санатории-профилактории, маникюрные, педикюрные и косметические кабинеты	каждый случай
11.	Зооантропонозные инфекции и природно-очаговые инфекции (кроме ГЛПС)	любые	каждый случай
12.	ГЛПС	Детские и взрослые учреждения отдыха, расположенные в лесопарковой зоне	каждый случай
13.	Коклюш	Дома ребенка, детские дома, детские отделения ЛПУ, ДОУ	каждый случай

14.	Эпидемический паротит	Дома ребенка, детские дома, ЛПУ	по первому случаю, повторные не надо
15.	Краснуха	ЛПУ	по первому случаю, повторные не надо
16.	Скарлатина	Дома ребенка, детские дома, детские отделения ЛПУ	каждый случай
17.	Ветряная оспа	Дома ребенка, детские дома, детские отделения ЛПУ	каждый случай
18.	Туберкулез ВК(+) или в стадии распада	Дома ребенка, детские дома, ДОУ, школы, школы-интернаты, СУЗы, ВУЗы, ЛПУ	каждый случай
19.	Вирусные гепатиты А,Е	любые	2 и более случаев
		Дома ребенка, детские дома, ДОУ, школы, школы-интернаты, детские учреждения отдыха, детские отделения ЛПУ	каждый случай
20.	Сальмонеллезы	любые	2 и более случаев
		Дома ребенка, детские дома, детские учреждения отдыха родильные и детские отделения ЛПУ, предприятия пищевой промышленности, общественного питания	каждый случай
21.	ОКИ установленной и не установленной этиологии, бактериальная дизентерия	любые	2 и более случаев
		Дома ребенка, детские дома, детские учреждения отдыха родильные и детские отделения ЛПУ, предприятия пищевой промышленности, общественного питания	каждый случай

Справка № _____

О временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи «...» _____ 200 г.

Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное учреждение
(нужное подчеркнуть) _____
название учебного заведения, дошкольного
_____ учреждения

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения (год, месяц, для детей до года - день) _____

Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) _____

Наличие контакта с инфекционными больными (да, нет, какими) _____
подчеркнуть, вписать

освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения _____

С _____

По _____

С _____

По _____

М. П.
поликлиники

Подпись врача

(наименование учреждения)

Извещение

о больном с впервые в жизни установленном диагнозе туберкулеза - 1, с рецидивом туберкулеза - 2

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол: муж. - 1; жен. - 2 _____
3. Дата рождения _____
4. Место работы, должность: _____
5. Адрес фактического проживания больного: населенный пункт _____
район _____ улица _____ дом _____ корпус _____ кв. _____
6. Житель: города - 1; села - 2 _____
7. Социально-профессиональная принадлежность: рабочий - 1; служащий - 2;
учащийся - 3; инвалид - 4; дошкольник, посещающий ДДУ - 5; дошкольник
неорганизованный - 6; пенсионер по возрасту - 7; не работающий трудоспособного
возраста - 8; безработный - 9.
8. Категория населения: житель данной территории - 1; житель другой территории
РФ - 2; иммигрант - 3*; осужденный (УИН) - 5; подследственный (СИЗО) - 6; лицо
БОМЖ - 7; другое ведомство (указать какое) - 7 _____ иностранный гражданин -
8; находится в учреждении соцзащиты - 9.
9. Принадлежность к декретированным группам: нет - 1; да - 2.
10. Сроки предыдущего ФГ обследования до 1 года - 1; 1 - 2 года - 2; 3 - 5 лет - 3;
более 5 лет - 4.
11. Место выявления: поликлиника - 1; стационар нетуберкулезного профиля - 2,
учреждение соцзащиты - 3; противотуберкулезное учреждение - 4, учреждение
другого ведомства (указать, какое) - 5 _____
12. Дата первого обращения за медицинской помощью _____
13. Дата взятия на учет в противотуберкулезном учреждении _____
14. Обстоятельства, при которых выявлено заболевание (пути выявления):
обращение с жалобами - 1; активное выявление - 2; посмертное выявление - 3.
15. Выявлен из наблюдаемых в тубучреждениях групп: "О" - 1; "Ш" - 2; "1У" - 3;
"ША" (ребенок) - 4; "У1А" - 5; "У1Б" - 6; "У1В" - 7.
16. Метод выявления: микроскопия по Циль-Нельсену - 1, люминесцентная
микроскопия - 2, посев - 3, флюорография - 4, рентгенография - 5,
туберкулинодиагностика - 6; гистология - 7; другой (указать, какой) - 8 _____.
17. Диагноз _____ код по МКБ-10** _____ туберкулез легких - 1, туберкулез
плевры, ВДП, трахеи и бронхов, ВГДЛУ - 2; внелегочный туберкулез - 3.
18. Наличие распада: нет - 1; да - 2.
19. Подтверждение бактериовыделения: нет - 1; да - 2.
- 19.1. Метод подтверждения бактериовыделения: микроскопия по Циль-Нельсену - 1;
люминесцентная микроскопия - 2; посев - 3.
20. Сопутствующие заболевания: нет - 1; сахарн. диабет - 2; ХНЗЛ - 3; гипертон.
болезнь, ИБС - 4; язв. болезнь жел. и 12 перст. кишки - 5; психическое заболевание -
6, онкологическое заболевание - 7, прочее (указать, какое) - 8 _____
- 20.1. Состоит на учете в наркологическом диспансере: нет - 1; да - 2 (хрон. алкогол.,
наркомания) (нужное подчеркнуть).
21. Дата подтверждения диагноза туберкулеза ЦВКК _____
- Ф.И.О. врача _____ Дата заполнения извещения _____

* к иммигрантам относятся лица, зарегистрированные миграционной службой

** двойной код по МКБ-10.

(наименование учреждения)

**Извещение о больном с вновь установленным диагнозом:
сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального,
аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии,
микоза стоп, чесотки**

1. Ф.И.О. или код больного _____
2. Пол: м 1 ☐, ж 2 ☐
3. Профессия _____
4. Дата рождения ☐☐☐☐☐☐☐☐
5. Адрес фактического проживания больного: населенный пункт _____
район _____ улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____
6. Житель: города 1 ☐, села 2 ☐
7. Социальная группа: рабочий 1 ☐, служащий 2 ☐, неработающий 3 ☐,
учащийся 4 ☐, пенсионер 5 ☐, инвалид 6 ☐, другая (указать) 7 ☐ _____
8. Категория больного: житель данного субъекта РФ 1 ☐, другого субъекта РФ
2 ☐, СНГ 3 ☐, БОМЖ 4 ☐, контингент УИН 5 ☐, СИЗО 6 ☐, других
ведомств (указать какое) 7 _____ иностранный гражданин 8 _____,
другое 9 _____
9. Место работы и должность (для декретиров. контингента) _____
10. Детское учреждение (для детей) _____
11. Диагноз _____ Реинфекция да 1 ☐, нет 2 ☐ Код МКБ-10 ☐☐☐☐☐☐
12. Путь передачи: половой 1 ☐, в т.ч. при сексуальном насилии 2 ☐, бытовой 3 ☐
13. Наличие беременности: I триместр - 1 ☐, II триместр - 2 ☐, III триместр - 3 ☐
14. Лабораторное подтверждение: бактериоскопически 1 ☐, серологически 2 ☐,
бактериологически 3 ☐, другое (указать) 4 _____
15. Место выявления заболевания: КВУ 1 ☐, в т.ч. в КАОЛ 2 ☐, в стационаре 3 ☐,
(профиль койки _____), в амбулаторно-поликлиническом учреждении 4 ☐
(специалист _____), в женской консультации 5 ☐, другое 6 ☐ (вписать) _____
16. Обстоятельства выявления: самостоятельное обращение к
специалисту (указать к какому) _____, в т.ч. по контакту 1 ☐, активное
выявление: как контакт больного 2 ☐, донор 3 ☐, при периодических
медицинских осмотрах 4 ☐, при поступлении на работу 5 ☐, во время
родов 6 ☐, прочее 7 ☐| (указать) _____
17. Дата установления диагноза ☐☐☐☐☐☐☐☐

Ф.И.О. врача, установившего диагноз _____

Подпись и печать _____

(наименование учреждения)

Контрольная карта диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____ Код или № медицинской карты
амбулаторного больного (история развития ребенка)

Дата взятия на учет _____ Дата снятия с учета _____

Причина снятия _____

Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение _____

Диагноз установлен впервые в жизни _____ дата _____

Заболевание выявлено при обращении на лечение, или профосмотре
(подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол: М; Ж 3. Дата рождения _____

4. Адрес _____

5. Место работы (учебы) _____

6. Профессия (должность) _____

7. Контроль посещений _____

Назначено												
Явиться												
Явился												
Назначено												
Явиться												
Явился												

Оборотная сторона карты

Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Дата	Мероприятия

Подпись врача _____

**Ефимов Георгий Емельянович
Кайданек Тамара Вячеславовна**

**ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебное пособие

Подписано в печать 06.02.09
Объем 10 п.л. Формат 60×84¹/₁₆
Тираж 300 экз.