

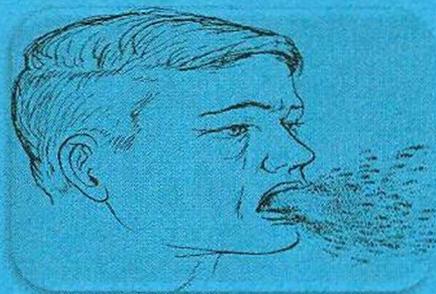
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**



**Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции
с фекально-оральным механизмом передачи.**

Учебно-методическая рекомендация по эпидемиологии для студентов

5 курса педиатрического и лечебного факультета медицинского
института



Самарканд- 2015

010.1
M917

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

Мустаева Г.Б., Красная М.Е.



«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной работе,
Допент: Курбанниязов З. Б.

«22» _____ 2015 год

Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции с фекально-оральным механизмом передачи.

Учебно-методическая рекомендация по эпидемиологии для студентов 5 курса педиатрического и лечебного факультета медицинского института



Самарканд- 2015

Составители:

Мустаева Гулистон Бурибаевна - ассистент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерических заболеваний СамМИ.

Красная Мария Ефимовна - ассистент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерических заболеваний СамМИ.

Рецензенты:

1. Мухаммадиева Л.А - зав.каф.3 педиатрии и медицинской генетики Сам МИ доцент

2. Ярмухамедова Н.А - зав.каф.инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СамМИ, доцент

Учебно-методическая рекомендация одобрено и утверждено на кафедральном совещании 24.12.2015 г. (протокол № 10)

Учебно-методическая рекомендация утверждено на заседании ЦМК
Протокол № 3 от 23.01.2015г.;

Учебно-методическая рекомендация утверждено на заседании ОУМК
Протокол №9 от 22.04.2015г.;

Содержание.

Эпидемиологическая характеристика инфекций кишечной группы.....	4
Общая характеристика группы.....	7
Особенности реализации механизма передачи при отдельных инфекциях.....	8
Проявления эпидемического процесса.....	9
Профилактические и противозидемические мероприятия.....	11
Эпидемиология и профилактика наиболее распространённых кишечных инфекций.....	12
Тесты.....	12
Задачи.....	16
Практические навыки.....	21
Литература.....	24

Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции с фекально-оральным механизмом передачи.

Эпидемиологическая характеристика инфекций кишечной группы

Актуальность темы: Кишечные инфекции до настоящего времени являются серьёзной проблемой здравоохранения стран всего мира. В Узбекистане и сопредельных с ним государствах также отмечается напряжённая эпидемическая обстановка по острым кишечным инфекциям, дизентерии, сальмонеллезу и тифопаратифозным заболеваниям.

Первичному звену здравоохранения принадлежит ведущая роль в профилактике, своевременном выявлении и осуществлении необходимых противоэпидемических мероприятий в очагах острых кишечных инфекций, дизентерии, сальмонеллеза и тифопаратифозных заболеваний. Вышесказанное определяет необходимость ознакомления студентов с эпидемиологией, особенностями организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении вышеупомянутых кишечных инфекций.

Содержание материала: Общая характеристика группы. Особенности реализации механизма передачи при отдельных инфекциях. Проявления эпидемического процесса. Роль социальных и природных условий в развитии эпидемического процесса. Сезонность заболеваемости. Возрастная структура. Заболеваемость среди городского и сельского населения. Эпидемиологические особенности кишечных групп инфекций в госпитальных условиях. Профилактические и противоэпидемические мероприятия. Значение мероприятий, направленных на разрыв механизма передачи. Санитарно-гигиенические мероприятия противоэпидемической направленности. Эпидемиология и профилактика наиболее распространенных заболеваний. Острые кишечные инфекции (ОКИ), дизентерия, сальмонеллы, тифопаратифозные заболевания (ТПЗ) и другие.

Основные направления эпидемиологического надзора кишечных групп инфекций.

Особенности реализации механизма передачи при отдельных инфекциях.

Охарактеризовать особенности появления эпидемического процесса и мероприятий, проводимых в эпидемических очагах кишечных групп инфекций.

Правила диспансеризации лиц переболевших брюшным тифом, дизентерией, сальмонеллезом, вирусными гепатитами и другие.

Технология проведения занятия:

Время – 6 часов	Количество студентов – 8
Форма проведения занятия	Учебная занятия
План занятия	<ol style="list-style-type: none">1. Общая характеристика группы2. Особенности реализации механизма передачи при отдельных инфекциях3. Проявления эпидемического процесса4. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах5. Эпидемиология и профилактика наиболее распространённых кишечных инфекций

Цель занятия: дать представление об эпидемиологии, основных принципах профилактических и противоэпидемических мероприятий при наиболее распространённых кишечных инфекциях

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Общая характеристика группы. Особенности реализации механизма передачи при отдельных инфекциях. Роль социальных и природных условий в развитии эпидемического процесса. Эпидемиологические особенности кишечных групп инфекций в госпитальных условиях. Профилактические и противозидемические мероприятия. Значение мероприятий, направленных на разрыв механизма передачи. Санитарно-гигиенические мероприятия противозидемической направленности.	Проявления эпидемического процесса. Уровень распространения. Сезонность заболеваемости. Возрастная структура. Заболеваемость среди городского и сельского населения. Факторы, влияющие на проявления эпидемического процесса. Значение мероприятий, направленных на звенья эпидемического процесса, источник инфекции, разрыв механизма передачи, повышение невосприимчивости населения при отдельных кишечных инфекциях.

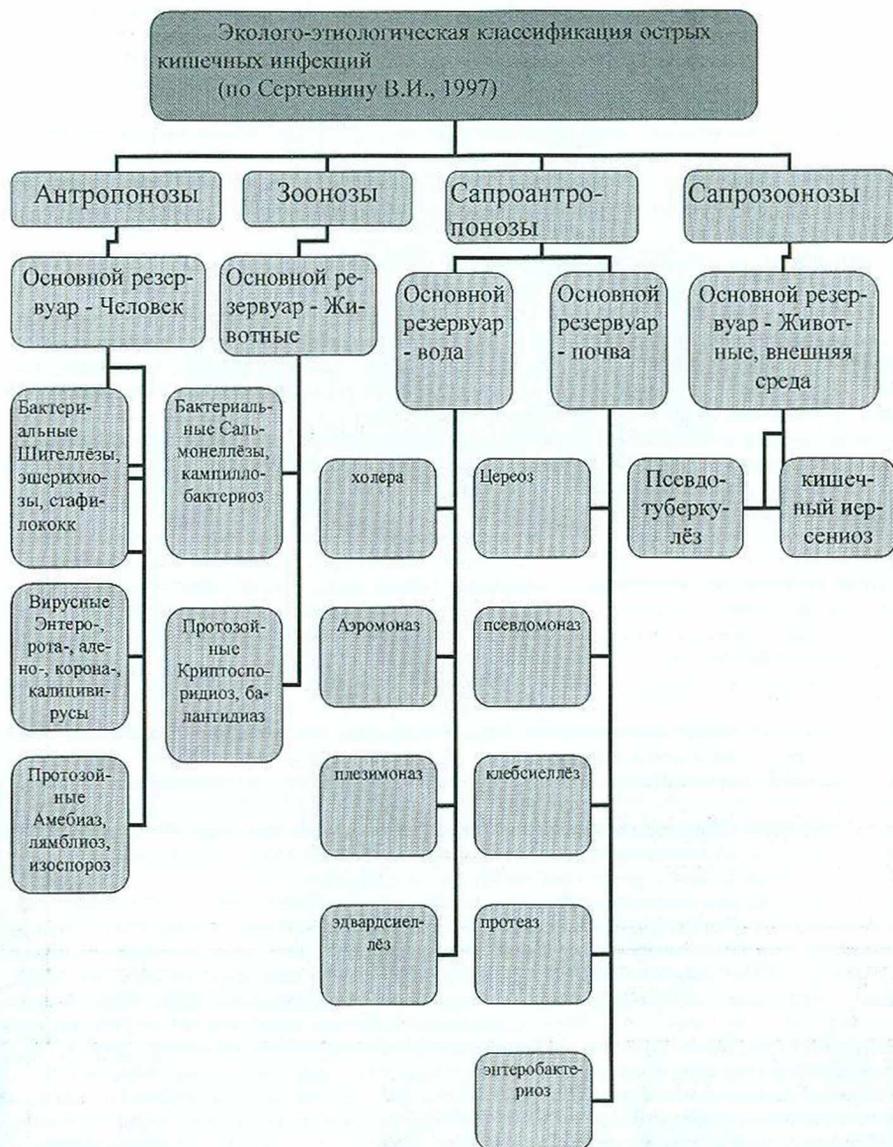
Методы и техника обучения	
Средства обучения	
Условия обучения	

Технологическая карта занятия

Этапы, время	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово: с использованием модуля объясняет тему занятия, её актуальность, ставит цель и основные задачи, приводит перечень учебных вопросов, которые должны быть пройдены во время занятия, указывает, какие ожидаются результаты занятия (что студент должен усвоить, какие приобрести навыки)	Работает в модуле, записывает
2 этап: теоретический разбор - (35 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы: Особенности эпидемического процесса при кишечных инфекциях, в чём основные различия эпидемического процесса при кишечных и капельных инфекциях Основные пути реализации фекально-орального механизма передачи Этиологические особенности возбудителей кишечной группы, обусловленные механизмом передачи и локализацией возбудителя Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Общая характеристика группы, особенности реализации механизма передачи при отдельных инфекциях 2. Проявления эпидемического процесса 3. Профилактические и противозидемические мероприятия 4. Эпидемиология и профилактика наиболее распространённых кишечных инфекций	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. С использованием модуля активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Обработка	5. Разбор основных лечебно-диагностических и противозидемических мероприятий (правила	Уточняет неясные вопросы.

Общая характеристика группы

Кишечные инфекции - это большая группа заболеваний, общим для которых является основная эпидемиологическая локализация возбудителя в желудочно-кишечном тракте и фекально-оральный механизм передачи.



Кроме того существует эпидемиологическое разделение кишечных инфекций с учётом их патогенеза на 4 группы:

1. Типичные кишечные инфекции - возбудитель как правило не выходит за пределы пищеварительного тракта (холера, бак. дизентерия, эшерихиоз, энтеробиоз, гименолепидоз)
2. Токсикоинфекции - патологический процесс обусловлен прежде всего воздействием экзотоксина, накопленного в пищевых продуктах (ботулизм, стафилококковая и другие пищевые токсикоинфекции)
3. Инфекции, при которых возбудитель выходит за пределы пищеварительного тракта, но единственный фекально-оральный механизм передачи сохраняется (амебиаз, аскаридоз, трихинеллёз, эхинококкоз)
4. Возбудитель проникает в кровь, другие системы, при этом возможны дополнительные механизмы передачи (урино-оральный, через молоко кормящей матери, проникновение через кожу и др.) или изменение механизма передачи (тифопаратифозные заболевания, сальмонеллёзы, полиомиелит, дракункулёз).

Особенности реализации механизма передачи при отдельных инфекциях

Варианты пищевого и водного путей заражений весьма разнообразны и зависят от эколого-биологических свойств возбудителя (прежде всего от вирулентности и устойчивости во внешней среде) и способа его попадания в пищевые продукты и воду. При брюшном тифе и дизентерии, вызванной шигеллами Флекснера, отмечают преимущественное заражение через воду или посредством контактно-бытовой передачи. При дизентерии, вызванной шигеллами Зонне, чаще выявляют пищевой путь передачи инфекции (главным образом с молоком и молочными продуктами). Пищевой и водный пути передачи разделяют по конечному фактору. Контактнo-бытовая передача реализуется в организованных коллективах и семьях; она определяется действием санитарно-гигиенических факторов и соблюдением личной гигиены.

Как уже говорилось, фекально-оральный механизм передачи может реализовываться посредством нескольких основных путей передачи: водного, алиментарного и бытового. Большинство кишечных инфекций может передаваться различными путями, но для каждой инфекции характерен основной путь передачи, который обеспечивает её сохранение в природном ареале и популяции людей или животных. Перечислим основные пути реализации фекально-орального механизма передачи и инфекции, для которых эти пути являются основными:

Водный путь - холера, брюшной тиф, дизентерия Флекснера, вирусный гепатит Е, лептоспироз и др.

Алиментарный путь - сальмонеллёз, бруцеллёз, пищевые токсикоинфекции, дизентерия Зонне, аскаридоз, тенидозы и др.

Бытовой путь - дизентерия Григорьева-Шига, вирусный гепатит А, энтеробиоз, гименолепидоз и др.

Дополнительным путём или фактором, который значительно увеличивает интенсивность распространения многих кишечных инфекций являются механические живые переносчики, в основном мухи.

Целый ряд эволюционно выработанных компенсаторных механизмов обеспечивают реализацию сложного эстафетного фекально-орального механизма передачи, это - сравнительно высокая устойчивость возбудителей кишечных инфекций во внешней среде. Так, например, возбудитель брюшного тифа выживает в воде до 3 недель, возбудитель холеры - в течение нескольких месяцев, возбудитель сальмонеллёза выдерживает варку в куске мяса до 3 часов, возбудитель бруцеллёза выживает в почве до 100 дней, в сыре - до 6 недель, в выделениях животных - до 4-5 месяцев, возбудитель аскаридоза (яйца аскарид) в почве могут сохраняться до 10 и более лет. Другим компенсаторным механизмом является огромное количество микробов, которые выделяют больные, например, манифестной формой холеры, или носители - брюшного тифа и других заболеваний. Диарею также можно отнести к компенсаторным механизмам, обеспечивающим рассеивание возбудителя во внешней среде. При ряде инфекций и инвазий существуют специфические компенсаторные механизмы, такие как

плекса мер в эпидемическом очаге с учётом нозологической формы болезни и конкретных условий развития эпидемического процесса.



К основным факторам, определяющих уровень эпидемического процесса при кишечных зоонозах являются :

- Уровень развития животноводства;
- Состояние животноводческих хозяйств;
- Соотношение общественного и частного сектора животноводства
- Состояние ветеринарного надзора
- Наличие природных и антропогенных очагов.

При большинстве кишечных инфекций отмечается выраженная сезонность, совпадающая с тёплым временем года - в зависимости от вида заболеваний - весенне-летне-осеннюю. Так, например при ОКИ, дизентерии сезонный подъём заболеваемости приходится на весенне-летний период,

при брюшном тифе - на летне-осенний период. В то же время не совсем характерная сезонность отмечается при вирусном гепатите А - осенне - зимняя, ротавирусном гастроэнтерите - зимняя.

Какие факторы обуславливают сезонность? Прежде всего - это конечно активизация механизма передачи - увеличение числа факторов (фрукты, овощи, зелень, скоропортящиеся продукты, мухи и др.), а также увеличение числа условий реализации фекально-орального механизма передачи (употребление большого количества воды, прохладительных напитков, купание в открытых водоёмах и др.). Следующим фактором, который может определять время сезонного подъёма, является длительность инкубационного периода, которая в свою очередь приводит к разной скорости нарастания числа источников инфекции. (В.Р. Лемелев, 1990 г.). Кроме того формирование сезонного подъёма заболеваемости может быть обусловлено фазностью эпидемического процесса (сезонное формирование эпидемического штамма).

При некоторых кишечных инфекциях отмечаются более или менее выраженные периодические колебания многолетней заболеваемости, так при брюшном тифе периодичность может составлять от 10 до 12 лет (Зарицкий А.Е., 1982), при вирусном гепатите А периодические подъёмы заболеваемости могут наблюдаться на различных территориях от 3-5 до 8-10 лет, эпидемический процесс при дизентерии Зонне активизируется через 4-5 лет (Шапиро М.И., 1990), заболеваемость энтеровирусными диареями увеличивается через 3 г. (Беляков В.Д., 1989). Интервал между подъёмами заболеваемости может значительно варьировать на различных территориях и в различных группах населения. Так, при водном пути передачи наиболее поражаемой возрастной группой является школьный и активный возраст (20-40 лет), при бытовом пути распространения в первую очередь поражаются ранний дошкольный возраст.

Профилактические и противоэпидемические мероприятия

Кишечные инфекции - это прежде всего социально-экономическая проблема, решение которой требует комплексного подхода, затрагивающего различные стороны общественной и социальной жизни, и в первую очередь осуществление комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на разрыв механизма передачи.

Комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на профилактику и снижение уровня кишечных инфекций, включает в себя:

1. Санитарный контроль за водоснабжением

- строительство и ремонт водопроводных сетей;
- обеспечение бесперебойного снабжения доброкачественной водой;
- приведение источников водоснабжения в надлежащее санитарно-техническое состояние;
- строительство и благоустройство зон санитарной охраны всех водисточников;
- систематический лабораторный контроль за качеством воды как на головных сооружениях, так и в периферической сети;
- санитарная охрана водоёмов;
- обеспечение безопасности рекреационного водопользования;
- организация водоснабжения в местах общего пользования (больницы, школы, детские учреждения) и при проведении сельскохозяйственных работ)

2. Санитарный контроль за территорией

- санитарная очистка населённых мест;
- усовершенствование системы сбора, удаления и обезвреживания мусора, нечистот и отбросов;
- установление систематического контроля за работой очистных сооружений, за обезвреживанием воды и сточных вод;
- дезинфекция мест общего пользования;

3. Санитарный контроль за питанием

- систематический контроль за работой рынков, учреждений общественного питания, продовольственных магазинов и торговых точек, цехов, производящих колбасные, кондитерские изделия, прохладительные напитки и т.д.
- контроль за хранением и транспортировкой пищевых продуктов;

- лабораторный контроль за качеством пищевых продуктов;
- регулярное обследование декретированных контингентов;
- занятия по санитарно-техническому минимуму с работниками, занятыми производством, обработкой, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов.

4. Повышение общей санитарной культуры населения.

Эпидемиология и профилактика наиболее распространённых кишечных инфекций

При проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении отдельных кишечных инфекций очень важно выбрать наиболее эффективное и адекватное направления воздействия на эпидемиологический процесс.

При брюшном тифе

- это раннее выявление больных из числа лихорадящих;
- обязательная, своевременная госпитализация в инфекционные стационары;
- соблюдение правил выписки и диспансеризации;
- выявление носителей среди контактных, переболевших, лиц с хроническими заболеваниями печени, желче- и мочевыводящих путей
- дезинфекционные и обще санитарные мероприятия в очагах;
- специфическая профилактика бактериофагом в очагах;
- вакцинопрофилактика убитой моновакциной, химической вакциной - Vi антиген, живой пероральной вакциной - Ту 21.

При острых кишечных инфекциях и дизентерии

- организация рационального вскармливания детей грудного возраста;
- оздоровительные мероприятия среди ослабленных и часто болеющих детей раннего возраста;
- раннее выявление и изоляция больных с диарейным синдромом, госпитализация их по клиническим и эпидемиологическим показаниям;
- своевременное лечение больных, проведение оральной регидратационной терапии, особенно детям раннего возраста.
- Дезинфекционные мероприятия в очагах;
- Фагопрофилактика дизентерийным бактериофагом, особенно "организованных" детей, контактных в очагах дизентерии.

Тесты

1. В развитии эпидемического процесса при кишечных инфекциях приоритет имеют:
 - A. Биологические свойства возбудителя
 - B. Неспецифическая резистентность организма
 - C. Видовой иммунитет
 - D. *Условия водоснабжения
 - E. Плановая иммунизация населения
2. Для фекально-орального механизма свойственны такие пути передачи возбудителей:
 - A. Капельный и пылевой
 - B. Облигатный и факультативный
 - C. *Водный, пищевой, контактно-бытовой
 - D. Контактно-бытовой, прямой и непрямой
 - E. Все перечисленные
3. Противоэпидемические мероприятия, которые применяют относительно лиц из декретированных групп, контактных по шигеллезу
 - A. Только наблюдение
 - B. Наблюдение в условиях изолятора
 - C. Отстранение от работы на период лабораторного обследования

- D. *Лабораторное обследование
 - E. Не проводят
4. Противозидемические мероприятия, которые применяют относительно лиц из недекретированных групп, контактных по шигеллезу
- A. *Только наблюдение
 - B. Наблюдение в условиях изолятора
 - C. Отстранение от работы на период лабораторного обследования
 - D. Лабораторное обследование
 - E. Не проводят
5. В профилактике и борьбе с кишечными инфекциями основными являются мероприятия:
- A. по изоляции источника инфекции
 - B. *мероприятия, направленные на пути передачи
 - C. мероприятия, направленные на создание невосприимчивости населения
 - D. дератизационные
 - E. санитарно-просветительная работа
6. В развитии эпидемического процесса при кишечных инфекциях приоритет имеют:
- A. Биологические свойства возбудителя
 - B. Неспецифическая резистентность организма
 - C. Видовой иммунитет
 - D. *Условия водоснабжения
 - E. Плановая иммунизация населения
7. Декретированных лиц, которые перенесли шигеллезу, выписывают из стационара после:
- A. *одноразового негативного бактериологического исследования испражнений
 - B. двукратного негативного бактериологического исследования испражнений
 - C. трехкратного негативного бактериологического исследования испражнений
 - D. клинического выздоровления и нормализации ректороманоскопической картины
 - E. нормализации ректороманоскопической картины и при отсутствии титра антител в РНГА
8. За лицами, которые контактировали с больным шигеллезу, устанавливают медицинское наблюдение в течение:
- A. 5 дней
 - B. 6 дней
 - C. *7 дней
 - D. 14 дней
 - E. 21 день
9. Иммунитет после перенесенного шигеллезу:
- A. *видоспецифичный
 - B. пожизненный
 - C. перекрестный
 - D. не формируется
 - E. клеточный
10. Источником возбудителя при шигеллезу является:
- A. *больной человек
 - B. больные сельскохозяйственные животные
 - C. больные грызуны
 - D. почва
 - E. испражнения больных
11. К какой группе инфекционных болезней принадлежит шигеллезу?
- A. сапроноз
 - B. зооноз
 - C. *антропоноз
 - D. зооантропоноз
 - E. группа не определена
12. Какая сезонность характерна для шигеллезу?
- A. не характерна
 - B. зимняя

- С. зимне-весенняя
 D. *летне-осенняя
 E. летняя
13. Какие из перечисленных пищевых продуктов могут быть питательной средой для возбудителей кишечных инфекций?
 A. *Молоко
 B. Жареное мясо
 C. Квашеная капуста
 D. Компот
 E. Яблоки
14. Какие мероприятия направлены на третье звено эпидпроцесса при шигеллезе?
 A. ограничительные мероприятия
 B. выявление, госпитализация и лечение больных
 C. систематический санитарно-гигиенический контроль
 D. дезинфекция
 E. *использования дизентерийного бактериофага
15. Какие противоэпидемические мероприятия направлены на механизм передачи возбудителя инфекции?
 A. карантин
 B. *дезинфекция
 C. иммунопрофилактика
 D. популяризация здорового образа жизни
 E. профилактическая антибиотикотерапия
16. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия при шигеллезе направлены на второе звено эпидпроцесса?
 A. ограничительные мероприятия
 B. выявление, госпитализация и лечение больных
 C. *систематический санитарно-гигиенический контроль
 D. диспансерное наблюдение реконвалесцентов
 E. карантин
17. Каким путем чаще всего реализуется механизм передачи шигелл Зонне?
 A. *молочным
 B. контактно бытовым
 C. водным
 D. половым
 E. пищевым
18. Каким путем чаще всего реализуется механизм передачи шигелл Флекснера?
 A. молочным
 B. контактно бытовым
 C. *водным
 D. половым
 E. пищевым
19. Какой механизм передачи характерен для кишечных инфекций?
 A. *Фекально-оральный
 B. Воздушно-капельный
 C. Трансмиссивный
 D. Контактный
 E. Вертикальный
20. Какой тип вспышек шигеллеза Флекснера является основным?
 A. *водный
 B. бытовой
 C. сельскохозяйственный
 D. пищевой
 E. молочный
21. Кто является источником возбудителя при шигеллезе?

- А. птицы
 - В. крупный рогатый скот
 - С. *больной человек + бактерионосители
 - Д. бактерионосители
 - Е. больной человек
22. Наибольшую эпидемиологическую роль при шигеллезе играют:
- А. больные с острой формой болезни
 - В. больные с хронической формой болезни
 - С. *больные со стертой формой болезни
 - Д. здоровые носители
 - Е. дети
23. Недекретированных лиц, которые перенесли шигеллез, выписывают из стационара после:
- А. однократного бактериологического исследования испражнений
 - В. двукратного бактериологического исследования испражнений
 - С. *без контрольного бактериологического исследования испражнений
 - Д. клинического выздоровления и нормализации ректороманоскопичной картины
 - Е. нормализации ректороманоскопичной картины и при отсутствии титра антител в РНГА
24. Выберите кишечные инфекции, в основном передаваемые через воду
- А. дизентерия Зонне
 - Б. энтеробиоз
 - В. тениоз
 - Г. лептоспироз
 - Д. орнитоз
25. Выберите кишечные инфекции, в основном передаваемые через пищевые продукты
- А. дизентерия Зонне
 - Б. энтеробиоз
 - В. гепатит А
 - Г. лептоспироз
 - Д. орнитоз
26. Выберите кишечные инфекции, в основном передаваемые контактно-бытовым путём
- А. дизентерия Зонне
 - Б. аскаридоз
 - В. гепатит А
 - Г. лептоспироз
 - Д. орнитоз
27. Выберите возбудитель ОКИ, который может вызвать заболевание по типу пищевой токсикоинфекции
- А. Кампилобактер
 - Б. Иерсиния
 - В. Энтеновирусы
 - Г. Протей
 - Д. Гафнии
28. Выберите кишечные сапроантропонозы, при которых основным резервуаром является вода
- А. Кампилобактериоз
 - Б. Иерсиниоз
 - В. Холера
 - Г. Протеаз
 - Д. Лямблиоз
29. Выберите кишечные сапрозоонозы
- А. Кампилобактериоз
 - Б. Иерсиниоз
 - В. Холера
 - Г. Протеаз
 - Д. Лямблиоз

30. Первичный комплекс противозидемических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага, осуществляет:

- А. врач-инфекционист
- В. врач-эпидемиолог
- С. *врач, который обнаружил больного
- Д. врач-дезинфектор
- Е. врач профдезотдела

Задачи

1. В разных местах населенного пункта выявлены несколько случаев заболевания холерой. Кого из очага холеры направляют в изолятор?
 - А. Вибрионосителей.
 - В. Больных холерой.
 - С. *Лиц, что общались с больным.
 - Д. Лиц с дисфункцией кишок.
 - Е. Лиц, что выезжают из очага.
2. В разных местах населенного пункта выявлены несколько случаев заболевания холерой. Какие мероприятия необходимо провести по отношению к контактным лицам?
 - А. Помещение в изолятор
 - В. Медицинское наблюдение
 - С. Лабораторное обследование.
 - Д. Экстренная профилактика антибиотиками.
 - Е. *Все выше перечисленное
3. Больная А., 23 г., заболела в конце лета, когда повысилась температура до 37,2 °С, появились незначительная головная боль, слабость. До 9-го дня болезни лечилась амбулаторно по поводу ОРЗ, хотя катаральных явлений не было. Состояние ухудшилось, госпитализирована в стационар. Температура тела 40 °С, кожа бледная, резкая слабость. Пульс 96 за 1 мин, АД 110 и 70 мм рт. ст., живот мягкий, вздут, гепатоспленомегалия. Стула нет. О каком заболевании нужно думать?
 - А. *Брюшной тиф
 - В. Туберкулез
 - С. Сепсис
 - Д. Кишечный иерсиниоз
 - Е. Сыпной тиф
4. Больная Н., 30 лет, повар, направлена в инфекционное отделение на обследование с предварительным диагнозом шигеллеза. Условия выписки из стационара.
 - А. Одноразово негативное бактериологическое исследование кала
 - В. Двукратное негативное бактериологическое исследование кала
 - С. Без бактериологического контроля
 - Д. Клиническое выздоровление и нормализация ректороманоскопической картины
 - Е. Нормализация ректороманоскопической картины при отсутствии титра антител в РНГА
5. Больная Н., 30 лет, повар, направлена в инфекционное отделение на обследование по поводу болей в животе, учащения стула (6 раз в сутки). Кал жидкой консистенции с примесью слизи. Болеет 2 суток. Заболевание связывает с употреблением сырого молока. При осмотре – язык обложен белым налетом, при пальпации болезненность по ходу нисходящего отдела толстой кишки, сигмовидная кишка утолщена, плотная. Наиболее вероятный предварительный диагноз.
 - А. Пищевая токсикоинфекция
 - В. *Шигеллез
 - С. Сальмонеллез
 - Д. Ротавирусный энтерит
 - Е. Кишечный иерсиниоз
6. Больная Н., 30 лет, повар, направлена в инфекционное отделение на обследование с предварительным диагнозом шигеллеза. Условия выписки из стационара.
 - А. *Одноразово негативное бактериологическое исследование кала

- В. Двукратное негативное бактериологическое исследование кала
 С. Без бактериологического контроля
 D. Клиническое выздоровление и нормализация ректороманоскопичной картины
 E. Нормализация ректороманоскопичной картины при отсутствии титра антител в РНГА
7. Больная Т., 18 лет, заболела остро, когда появились озноб, повышение температуры до 39,6 °С, слабость, головная боль. На 2-й день болезни присоединилась диарея до 10 раз в сутки, без примесей. Несколько дней назад ела шашлык из говядины. На 5-й день болезни на теле появилась макуло-папулезная сыпь. Пульс 100 за 1 мин, АД 110 и 60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и мезогастррии. Печень +1 см. Понос водянистый до 5 раз в сутки. Подберите наиболее достоверный диагноз.
- A. *Паратиф В
 B. Брюшной тиф
 C. Иерсиниоз
 D. Сепсис
 E. Паратиф А
8. Больной А., 17 лет, школьник, поступил в инфекционное отделение на 3-й день болезни с жалобами на схваткообразную боль в животе, повышение температуры, учащенный стул, кал жидкой консистенции, скудный, с примесями слизи и крови. Из эпиданамнеза известно, что вместе с учениками класса ездил в лес. Из еды употреблял: яйца вареные, мясо копченое, сыр российский, рыбные консервы, пил ключевую воду. Аналогичное заболевание возникло у двух учеников, которые были вместе с больным. Установлено предварительный диагноз шигеллеза. Укажите наиболее достоверный фактор передачи.
- A. Яйца
 B. Мясо
 C. Сыр
 D. Рыбные консервы
 E. *Вода
9. Больной Г., 20 лет, прооперирован на 5-й день болезни (проведена аппендектомия). При операции выявлен аппендикс с признаками катарального воспаления и гиперплазия лимфатических узлов брыжейки. Спустя сутки состояние тяжелое: температура тела 40 °С, бредит, гепатоспленомегалия. На 10-й день появились одиночные розеолезные элементы на коже живота. Язык густо обложен, с отпечатками зубов, послеоперационная рана спокойная. В общем анализе крови – лейкопения, относительный лимфо- и моноцитоз. В анамнезе – контакт с больным брюшным тифом. Какой из ниже перечисленных методов обследования имеет абсолютную диагностическую ценность в данном случае?
- A. Уринокультура
 B. Копрокультура
 C. Биликультура
 D. *Гемокультура
 E. Реакция Видала
10. Больной П., 55 лет, учитель, обратился в больницу с жалобами на схваткообразные боли в животе, учащенные жидкие испражнения, повышение температуры тела до 39 °С, ложные позывы на дефекацию, в кале примеси слизи и крови, вздутие живота. Среди учеников его класса в течение последней недели были случаи заболевания шигеллезом. Какие симптомы наиболее характерны для диагностики шигеллеза?
- A. Схваткообразные боли в животе
 B. Ложные позывы на дефекацию
 C. Примеси слизи и крови в кале
 D. Повышение температуры тела
 E. *Все выше перечисленные
11. Больной с диагнозом “брюшной тиф” госпитализирован в инфекционную больницу. Проживает в изолированной квартире с женой и двумя детьми. Какой из препаратов является средством защиты от брюшного тифа лиц, общавшихся с больным?
- A. Вакцина
 B. Антибиотик

- С. *Бактериофаг
 D. Иммуноглобулин
 E. Анатоксин
12. Гражданке К., 30 лет, при прохождении медосмотра проведено бактериологическое исследование кала и выделено шигеллу Зонне. Никаких жалоб не предъявляет. При осмотре – живот не напряжен, при пальпации умеренная болезненность по ходу нисходящего отдела толстой кишки. Кал оформлен, без патологических примесей. Из анамнеза известно, что три недели назад отмечала тошноту и однократно был жидкий массивный кал желтого цвета, по поводу чего лечения не принимала. Какой предварительный диагноз?
 A. Бактерионоситель шигеллы Зонне
 B. Хронический шигеллез
 C. *Острый шигеллез Зонне
 D. Здорова
 E. Транзитное носительство шигелл Зонне
13. К., 32 года, строитель, проживает в 3-комнатной квартире со всеми удобствами, болеет легкой формой дизентерии. Состав семьи: жена, находящаяся в декретном отпуске, ребенок 2 лет, не организованный. От стационарного лечения больной отказывается. Решить вопрос об изоляции.
 A. Обязательная госпитализация в инфекционный стационар.
 B. Организовать стационар на дому
 C. Можно лечить амбулаторно
 D. *Изолировать в отдельной комнате дома
 E. Изоляция не нужна
14. Лиц декретированной группы, которые перенесли холеру, выписывают из стационара после:
 A. Однократного негативного бактериологического исследования кала
 B. Двукратного негативного бактериологического исследования кала и мочи
 C. *Трехкратного негативного бактериологического исследования кала и однократного желчи
 D. Клинического выздоровления и нормализации ректороманоскопичной картины
 E. Нормализации ректороманоскопичной картины и при отсутствии титра антител в РНГА
15. Мать с ребенком госпитализированы с диагнозом шигеллез, типичное течение, средней тяжести. Другие члены семьи здоровы. Какие противоэпидемические мероприятия проводят по отношению к контактным лицам?
 A. Наблюдение 7 дней. Однократное серологическое исследование крови.
 B. *Наблюдение 7 дней. Однократное бактериологическое обследование кала на дизентерийную группу.
 C. Наблюдение 2 недели. Однократное бактериологическое обследование кала на дизентерийную группу.
 D. Наблюдение в течение 24 часов с момента выявления больного.
 E. Госпитализация контактных лиц на 7 дней. Однократное серологическое исследование крови.
16. Мать с ребенком госпитализированы с диагнозом шигеллез, типичное течение, средней тяжести. Другие члены семьи здоровы. Какие противоэпидемические мероприятия проводят по отношению к контактным лицам?
 A. Наблюдение 7 дней. Однократное серологическое исследование крови.
 B. *Наблюдение 7 дней. Однократное бактериологическое обследование кала на дизентерийную группу.
 C. Наблюдение 2 недели. Однократное бактериологическое обследование кала на дизентерийную группу.
 D. Наблюдение в течение 24 часов с момента выявления больного.
 E. Госпитализация контактных лиц на 7 дней. Однократное серологическое исследование крови.
17. На 4-й день болезни в отделение госпитализирован больной М., 23 года, у которого был контакт с брюшнотифозным больным. При госпитализации температура тела 37,8 °С, сильная го-

- ловная боль. Язык обложен желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный, урчание в илеоцекальном углу. Печень +1 см. Испражнения отсутствуют в течение 3 суток. Госпитализирован для обследования на брюшной тиф. Достоверным подтверждением брюшного тифа у больного является:
- Выделение возбудителя из мочи
 - Выделение возбудителя из кала
 - *Выделение возбудителя из крови
 - Выделение возбудителя из желчи
 - Позитивная РНГА с брюшнотифозным антигеном 1:200
18. Одним из методов диагностики брюшного тифа и паратифа является выделение гемокультуры. С этой целью в лихорадочный период делают посев крови из вены на желчный бульон или среду Раппопорта в соотношении 1:10. Какой объем крови необходимо взять на 2-ой неделе заболевания?
- 5 мл крови
 - 10 мл крови
 - *15 мл крови
 - 20 мл крови
 - 25 мл крови
19. Пациент заболел через 4 дня по возвращении из Египта. Заболевание началось с поноса, испражнения приобрели водянистый вид, позже присоединились многократная рвота, выраженная слабость и жажда. Состояние прогрессивно ухудшалось и через 18 час доставлен в инфекционное отделение в очень тяжелом состоянии. Черты лица заострены, кожа холодная, цианотична, температура тела 35,5 °С. Афония, судороги рук и ног. Кожная складка расправляется за 3 мин. Живот втянут, не болезненный при пальпации. Артериальное давление 70 и 30 мм рт. ст. Пульс на лучевой артерии не определяется, мочеиспускание и стул отсутствуют. Условия госпитализации больного?
- В холерный госпиталь
 - В провизорное отделение
 - В инфекционное отделение горбольницы
 - В изолятор
 - В обсерватор
20. Пациент К., 43 г., болеет 2 недели. Заболевание началось с повышения температуры до 37,2°С, головной боли, снижения аппетита, слабости. Потом температура достигла 39-40 °С. Объективно: состояние тяжелое, на вопросы отвечает медленно. Адинамия. Пульс 80 в 1 мин. АД 100 и 60 мм рт. ст. Живот безболезненный, метеоризм. Гепатоспленомегалия. Стул зеленого цвета. Какой срок необходимо наблюдать за контактными?
- 35 суток
 - 1 месяц
 - *21 сутки
 - 1 неделю
 - 12 суток
21. 21. Терапевтом на консультацию к инфекционисту направлен больной 43 лет, с диагнозом „лихорадка неясной этиологии”. 15-й день болезни: температура тела при осмотре 39,3 °С. Бледный. Пульс 86 за 1 мин., удовлетворительных свойств. АД 110 и 70 мм рт. ст. Язык утолщен, с отпечатками зубов. Живот немного вздут. На животе 10-12 розеол до 5 мм в диаметре. Увеличены печень и селезенка. Наиболее вероятный диагноз?
- Иерсиниоз
 - *Брюшной тиф
 - Сыпной тиф
 - ЕСНО-эксантема
 - Сепсис
22. У больного Г., 32 лет, на 9-й день болезни, которая началась постепенно, с медленного нарастания лихорадки и интоксикации, появилась необильная розеолезная сыпь на коже живота. Объективно: бледный, температура тела 40,4 °С, пульс 80 за 1 мин, АД 100 и 65 мм рт. ст.

- Язык обложен, живот вздут, пальпируется селезенка и увеличенная печень. Обследование на какое заболевание нужно провести в первую очередь?
- Сыпной тиф
 - *Брюшной тиф
 - Корь
 - Скарлатина
 - Сепсис
23. У больного К., 30 лет, заболевание началось с поноса, дефекация не сопровождается болью в животе и повышением температуры. Рвота возникла позже, без тошноты и не принесла облегчения. Быстро развилось обезвоживание организма. С подобной симптоматикой поступила вчера жена. Наиболее вероятный диагноз?
- Холера
 - Шигеллез
 - ПТИ
 - Сальмонеллез
 - Менингит
24. У больного Л., который вернулся из Крыма, в 5 час утра начался понос. Испражнения каждые 1-1,5 час, обильные, водянистые, без слизи и крови, в дальнейшем ? бескаловые. Через 12 час появилась водянистая, обильная рвота. Температура тела сначала повысилась до 37,3 °С, дальше ? нормальная, боли в животе отсутствуют. Осмотрен врачом скорой помощи, доставлен в инфекционное отделение с диагнозом острой кишечной инфекции. Какое заболевание вероятнее всего у пациента?
- Кишечный иерсиниоз
 - Сальмонеллез
 - Эшерихиоз
 - Пищевая токсикоинфекция
 - *Холера
25. У больного, который прибыл из Крыма, в 5 часов утра начался понос, испражнения каждые 1-1,5 час. Стул обильный, водянистый, без слизи и крови. Доставлен в инфекционное отделение с диагнозом „Острая кишечная инфекция”. Какие лабораторные исследования необходимы для этиологического подтверждения диагноза?
- Общий анализ крови
 - Паразитоскопия толстой капли крови.
 - Микроскопия кала
 - *Бакпосев кала.
 - Биологическая проба на белых мышах.
26. Участковым врачом у больного Г., 15 лет, заподозрен брюшной тиф. Для обезвреживания больного как источники возбудителей инфекции следует провести следующие мероприятия, за исключением:
- *Введение больному брюшнотифозной моновакцины
 - Госпитализация в инфекционное отделение в течение 3-6 часов
 - Назначение этиотропного антибактериального лечения
 - Проведение контрольных бактериологических исследований кала и мочи (трехкратно) и желчи перед выпиской
 - Диспансерное наблюдение после выписки в КИЗе в течение 3-х месяцев

Практические навыки.

Организация текущей дезинфекции в эпидемическом очаге по месту проживания больного

Цель - предупредить распространение возбудителя инфекции в эпидемическом очаге.

Оснащение:

- методические указания по организации и проведению дезинфекции при кишечных инфекциях бактериальной этиологии;

- регламенты по применению средств "Хлорная известь", "Дезактин" с целью дезинфекции.

Методика: в эпидемическом очаге, где находится больной, врач организывает проведение текущей дезинфекции.

Текущую дезинфекцию выполняет младший и средний медицинский персонал, в домашнем очаге - лица, которые обслуживают больного, или сам больной.

При выявлении больного в домашнем очаге врач обучает членов семьи или больного правилам проведения дезинфекции, акцентируя внимание на том, что подлежит дезинфекции, когда и какими способами следует ее проводить. При кишечных инфекциях постоянно дезинфицируют кал, мочу больного, посуду для пищи и выделений. Выделения больного обеззараживают путем засыпания сухой хлорной известью из расчета 200 граммов хлорной извести на 1 л выделений с последующим размешиванием и экспозицией в соответствии с регламентом для применения дезсредства. Предметы ухода за больным, туалет дезинфицируют после каждого пользования. Комнату больного убирают не менее 2-х раз в день. Мебель протирают ветошью, смоченной дезинфицирующими растворами. Для проведения текущей дезинфекции в домашних очагах преимущество отдают наиболее простым способам обеззараживания: кипячение (30 минут в воде или 15 минут в 2 % растворе соды), глажение, сжигание.

Проведение текущей дезинфекции в инфекционном отделении для больных кишечной инфекцией

Цель - освоить принципы проведения дезинфекции в инфекционном отделении, научиться правильно выбирать и применять дезинфицирующие средства.

Оснащение:

- приказ № 916 от 04.08.83 г. "Об утверждении инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений)";

- временные методические рекомендации относительно проведения дезинфекции с профилактической целью в лечебно-профилактических учреждениях Сумской области, 2004 г.;

- государственный реестр дезинфицирующих средств;

- регламенты по применению дезинфицирующих средств;

- навески дезинфицирующих средств для приготовления рабочих растворов;

- емкости для приготовления рабочих растворов.

Методика: текущая дезинфекция в отделении проводится на протяжении всего времени пребывания больного. Помещение отделения убирают с применением дезинфицирующих средств не реже 2 раз в день. Уборочный инвентарь обеззараживают после каждой уборки.

В случае отсутствия локальных сооружений для обеззараживания сточных вод больницы, обеззараживание выделений проводят в туалете в горшках, подкладных суднах, специально приспособленных для этого емкостях. Обеззараженные выделения сливают в канализацию, емкости дезинфицируют, моют.

Предметы ухода за больным обеззараживают после каждого использования.

Столовая посуда больного, освобожденная от остатков пищи, обеззараживается кипячением или замачиванием в дезинфицирующем растворе с дальнейшим мытьем. Остатки пищи отдельно обеззараживают кипячением или засыпают дезсредствами.

Игрушки каждый день обеззараживают кипячением или дезсредством в специально маркированных емкостях.

Грязное белье больных каждый день собирают в клеенчатые мешки, обеззараживают в отделении до отправки в прачечную путем замачивания в дезинфицирующем растворе.

Обработку проводят дезинфицирующими растворами соответственно регламенту по применению средств и режиму обеззараживания при кишечных инфекциях бактериальной этиологии.

Обеззараживание посуды больного сальмонеллезом

Цель - провести обеззараживание посуды больного сальмонеллезом для предупреждения повторного заражения и распространения заболевания.

Оснащение:

- методические указания по организации и проведению дезинфекции при кишечных инфекциях бактериальной этиологии;

- регламенты по применению дезинфицирующих средств;
- емкость для кипячения;
- емкость с дезинфицирующим раствором;
- столовая посуда больного.

Шаги выполнения:

№	Мероприятия	Не выполнил	Выполнил точно (10 баллов)
1.	Одевают стерильную резиновую перчатку	0	10
2.	Посуду больного освобождают от остатков пищи	0	10
3.	Полностью погружают в рабочий раствор дезинфекционного средства, разрешенного для использования.	0	20
4.	Норма затрат рабочего раствора составляет 2 л на 1 комплект посуды (чашка, блюдце, глубокая и мелкая тарелки, чайная и столовая ложки, вилка, нож).	0	20
5.	После экспозиции посуду моют с помощью щетки или губки	0	20
6.	Дважды ополаскивают теплой водой 45-50° С.	0	20
	Всего	0	100

Обеззараживание фекалий больного брюшным тифом

Цель - провести обеззараживание фекалий больного брюшным тифом для предупреждения распространения инфекции.

Оснащение:

- методические указания по организации и проведению дезинфекции при кишечных инфекциях бактериальной этиологии;

- регламенты по применению средств "Хлорная известь", "Хлорантоин";
- емкость для фекалий;
- хлорная известь, 2 % раствор хлорантоина.

Методика: выделения больного - оформленные фекалии, смешанные с мочой или водой в соотношении 1:5, жидкие фекалии - засыпают сухой хлорной известью из расчета 200 г на 1 л выделений с последующим размешиванием и экспозицией 60 минут.

Можно применять растворы дезсредств, разрешенных для использования с этой целью, например, хлорантонин. Фекалии заливают 0,2 % раствором в соотношении объема раствора к объему выделений 2:1.

После обеззараживания, фекалии выливают в канализационную сеть.

Дворовые туалеты орошают 10 % раствором хлорной извести из расчета затрат раствора - 500 мл на 1 м².

Забор материала (моча, кал, желчь) для бактериологического исследования.

Цель: Выявление возбудителя и выделение его в чистой культуре.

Показания: Шигеллез, эшерихиоз, сальмонеллез, холера, брюшной тиф.

Необходимое оборудование: Стерильные резиновые перчатки, защитные очки, стерильные пробирки, посуда, ватные шарики, спирт, маска, металлические пелти, консерванты, спиртовка и питательные среды для выращивания возбудителя, направительный бланк в лабораторию.

Шаги выполнения:

№	Мероприятия	Не выполнил	Выполнил точно (10 баллов)
1.	Забор материала проводить до начала этиотропной терапии или после ее окончания (не раньше, чем через 48 часов)	0	10
2.	В посуде для сбора материала не должно быть даже следов дезинфицирующих веществ (с этой целью судна, горшки, банки и тому подобное обрабатывают кипячением или сухим жаром)	0	10
3.	Посев на питательные среды желательно проводить у постели больного	0	10
4.	При невозможности доставки материала в бактериологическую лабораторию в первые три часа после забора необходимо использовать консерванты (например, для испражнений смесь глицерина и физраствора в соотношении 3:7) или хранить материал в холодильнике (+ 4 °С).	0	10
5.	Надеваются стерильные резиновые перчатки и маска.	0	10
6.	Мочу для бактериологического исследования собирают в стерильную пробирку в количестве 10-20 мл после предыдущей обработки внешних половых органов. У мужчин возможен забор мочи во время естественного мочеиспускания, у женщин – с помощью стерильного катетера.	0	10
7.	Желчь собирают во время дуоденального зондирования в отдельные стерильные пробирки все порции желчи (А, В, С) по 10-20 мл. Конец зонда предварительно обрабатывают спиртом, наполняют пробирки непосредственно через зонд или путем отсасывания желчи из зонда стерильным шприцом.	0	10
8.	Испражнения для бактериологического исследования собирают после акта дефекации в чистое судно или горшок.	0	10
9.	Из горшка с помощью стерильного шпателя в количестве 3-5 г переносят в стерильную пробирку.	0	10
10.	Оформляется направление и отправляется в лабораторию	0	10
	Всего	0	100

Рекомендуемая литература:

1. Приказ МЗ Р Уз № 595 от 29.12.2007 г. «О совершенствовании профилактики острых диарейных заболеваний в республике»
2. Покровский В.И., “Инфекционные болезни и эпидемиология”: - М., ГЭОТАР-Медиа, 2008
3. Власов В.В. “Эпидемиология”. М., ГЭОТАР-Медиа, 2008
4. Миртазаев О. М. Эпидемиологиядан амалий машғулотлар учун қўлланма. – Тошкент, 2003. – 242 б.
5. Шкарян В.В. Дезинфекция. Дезинсекция. Дератизация. Нижний Новгород. Руководство для студентов мед. Вузов и врачей. – 578 с. 2002 г.
6. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям. Учебное пособие. Москва: ГЭОТАР – Медиа. 2004.