



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)

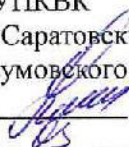
ПРИНЯТА

Ученым советом ИПКВК и ДПО ФГБОУ ВО
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России
Протокол от 28.03.2025 №3
Председатель ученого совета


А.В. Кулигин

УТВЕРЖДАЮ

Пачальник УПКВК
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России


С.А. Хмилевская
«31» _____ 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Эпидемиология»

ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ

Блок 1, Б1.Б.1

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

32.08.12 Эпидемиология

ФГОС ВО утвержден приказом 21

Министерства науки и высшего образования РФ

от 09.01.2023 года

Квалификация

Врач-эпидемиолог

Форма обучения

ОЧНАЯ

Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
Эпидемиологии

Протокол от 06.03.2025 № 8

Заведующий кафедрой:


С.Ю. Чехомов

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины:

- подготовка квалифицированного врача—эпидемиолога, владеющего универсальными и профессиональными компетенциями, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи; к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций.

Задачи освоения дисциплины:

1. Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-эпидемиолога, хорошо ориентирующегося в различных эпидемиологических ситуациях, имеющего базовые, фундаментальные медицинские знания и углубленные знания смежных дисциплин, обладающего эпидемиологическим мышлением и способного успешно решать свои профессиональные задачи
2. Овладение необходимым уровнем знаний в области эпидемиологии; обучение организации и проведению санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и ограничение распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций
3. Обучение проведению сбора и медико-статистического анализа информации о состоянии санитарно-эпидемиологической обстановки, предусмотренного законодательством в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия для обеспечения безопасной среды обитания человека
4. Ознакомление с принципами осуществления контрольно-надзорных функций в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе осуществление надзора в сфере защиты прав потребителей
5. Совершенствование знаний по оценке состояния здоровья населения и среды обитания человека
6. Приобретение знаний ведения документации, предусмотренной для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения
7. Совершенствование знаний основ медицинской этики и деонтологии, основ медицинской психологии

2. Перечень планируемых результатов

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями (УК):**

Коммуникация

- способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);

Выпускник программы ординатуры должен обладать **общепрофессиональными компетенциями (ОПК):**

Медицинская деятельность

- способен к организации и проведению эпидемиологического надзора (мониторинга) инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний (ОПК-4);

- способен к планированию, организации и контролю деятельности отделов эпидемиологического профиля органов, осуществляющих федеральный государственный надзор, и учреждений, обеспечивающих их деятельность, а также эпидемиологического отдела медицинской организации (ОПК-9);

- способен к организации и реализации деятельности по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации (ОПК-10).

2.1. Планируемые результаты обучения

2.1.1 Компетенции и индикаторы достижения компетенций

п/ №	номер/ индекс компетенции	содержание компетенции (или ее части)	наименование категории группы компетенций	код и наименование индикатора достижения компетенции	объекты или область знания	оценочные средства
1.	УК-4	способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Коммуникация	ИД-1 УК-4.1. Устанавливает и развивает профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия; ИД-2 УК-4.2. Составляет и заполняет типовую медицинскую документацию, как для медицинской, так и для научной деятельности.	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, контрольные вопросы
2.	ОПК-4	способен к организации и проведению эпидемиологического надзора (мониторинга) инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-4.1. организует сбор необходимого перечня документов для эпидемиологического надзора (мониторинга) инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний ИД-2 ОПК-4.2. проводит качественный эпидемиологический надзор (мониторинг) за очагами инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, контрольные вопросы

				медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний		
3.	ОПК-9	способен к планированию, организации и контролю деятельности отделов эпидемиологического профиля органов, осуществляющих федеральный государственный надзор, и учреждений, обеспечивающих их деятельность, а также эпидемиологического отдела медицинской организации	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-9.1. демонстрирует навыки использования основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности.	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, контрольные вопросы
4.	ОПК-10	способен к организации и реализации деятельности по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-10.1. организует деятельность по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации. ИД-2 ОПК-10.2. реализует деятельность медицинской организации в соответствии с требованиями эпидемиологической безопасности и проводит мероприятия по профилактике инфекционных (паразитарных) болезней, включая ИСМП, актуальных неинфекционных заболеваний, в том числе при возникновении ЧС.	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, контрольные вопросы
<p>Основание (ПС, анализ иных требований, предъявляемых к выпускникам): профессиональный стандарт "Специалист в области медико-профилактического дела", утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 июня 2015 г. N 399н "Об утверждении профессионального стандарта</p>						

2.1.2 Результаты обучения (показатели оценивания)

П/п	Результаты обучения (показатели оценивания)
-----	---

	Код индикатора достижения компетенции	Знать	Уметь	Владеть
1.	ИД-1 УК-4.1	Знает потребности современной деятельности	Умеет проводить обмен информацией и выработать единую стратегию взаимодействия	Имеет навык выработки единой стратегии взаимодействия, через реализацию контактов и обмен информацией
2.	ИД-2 УК-4.2	Знает медицинскую и научную документацию	Умеет работать (заполнять) медицинскую и научную документацию	Имеет навык обращения/работы с медицинской и научной документации
3.	ИД-1 ОПК-4.1.	Знает общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней; организацию эпидемиологических исследований; систему доказательств и принципы обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий; основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики; эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;	Умеет проводить статистический анализ; анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории; использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза; научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями;	Владеет (имеет навык) методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний; методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность

				инфекционных и неинфекционных заболеваний; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;
4.	ИД-2 ОПК-4.2.	<p>Знает тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций; основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях;</p> <p>основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям.</p>	<p>Умеет проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге;</p> <p>определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p> <p>заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и</p>	<p>Имеет навык организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации;</p> <p>методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p>

			<p>мероприятий; организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;</p> <p>проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показаниям.</p>	
5.	ИД-1 ОПК-9.1.	<p>Знает основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора;</p> <p>основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по</p>	<p>Умеет применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности;</p>	<p>Имеет навык использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага,</p>

		<p>обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения;</p> <p>нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога;</p> <p>мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки</p>	<p>применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p> <p>аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций.</p>	<p>«экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.);</p> <p>анализом применения и экономической целесообразностью вакцин.</p>
6.	ИД-1 ОПК-10.1.	<p>Знает нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП</p>	<p>Умеет организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации; организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП</p>	<p>Имеет навык учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии;</p> <p>навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала;</p> <p>проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по эпидемиологической</p>

				безопасности среди персонала медицинской организации;
7.	ИД-2 ОПК-10.2.	Знает классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними; типы средств индивидуальной защиты (СИЗ); алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте	Умеет организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую); правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами; организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности	Имеет навык организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Эпидемиология» относится к Блоку 1 базовой части (Б1.Б1.) федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 32.08.12 «Эпидемиология».

Для освоения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения, навыки, сформированные предшествующими дисциплинами специальности «Медико-профилактическое дело».

Учебная дисциплина не имеет последующих учебных дисциплин (модулей).

Обучение завершается проведением итоговой государственной аттестации с последующим присвоением квалификации «врач-эпидемиолог».

4. Общая трудоемкость дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость учебной дисциплины составляет 27 зачетных единиц. (972 акад. часа).

4.1. Трудоемкость учебной дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость		Количество часов в семестре			
	Объем в зачетных единицах (ЗЕТ)	Объем в академических часах (час.)	1-й	2-й	3-й	4-й
1	2	3	4	5	6	7
Аудиторная (контактная) работа, в том числе:	20,25	729				
лекции (Л)	1,78	64	18	12	18	16
практические занятия (ПЗ)	13,58	489	198	86	102	104
семинары (С)	4,89	176	54	37	42	42
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)	6,75	243	90	45	54	54
Вид промежуточной аттестации	Зачет (З)		зачет		Зачет	
	Экзамен (Э)			Экзамен		экзамен
ИТОГО общая трудоемкость	час.	972				
	ЗЕТ	27				

5. Структура и содержание учебной дисциплины «Эпидемиология»:

Дисциплина рассчитана на 2 года обучения.

5.1. Разделы, содержание учебной дисциплины, осваиваемые компетенции и формы контроля

№ п/п	Индекс компетенции	Индекс индикатора компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Содержание раздела в дидактических единицах	Формы контроля
Б.1.Б. 1.1	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2.	Общая эпидемиология	<p>Краткая история эпидемиологии: этапы развития эпидемиологии. Формирование эпидемиологии как дисциплины с античного периода до настоящего времени. Эпидемиология как общемедицинская наука. Отличие эпидемиологического подхода от других специфических научных подходов используемых в медицине для изучения причинно-следственных отношений.</p> <p>Определения предмета «эпидемиология» – медицинская наука, изучающая причины возникновения и особенности распространения заболеваний в обществе с целью применения полученных знаний для решения проблем здравоохранения.</p> <p>Структура эпидемиологии. Эпидемиология инфекционных болезней и эпидемиология неинфекционных болезней как 2 раздела одной дисциплины.</p> <p>Атрибуты эпидемиологии как науки: предмет эпидемиологии – заболеваемость; метод–эпидемиологический метод, позволяющий установить причины, условия и механизмы возникновения и распространения болезней; цель – профилактика болезней человека.</p> <p>Общая эпидемиология инфекционных болезней – система знаний об общих закономерностях возникновения, развития и угасания эпидемического процесса инфекционных (паразитарных) болезней и основных принципах профилактики и борьбы с этими болезнями. Разделы общей эпидемиологии инфекционных болезней: предмет и метод эпидемиологии, учение об эпидемическом процессе, эпидемиологический надзор, научные и организационные принципы борьбы и профилактики инфекционных (паразитарных) болезней.</p> <p>Эпидемиологические характеристики, сочетание которых присуще эпидемиологии: детерминизм (причинность) – мышление эпидемиолога основано на законах причинности; популяционный уровень изучения патологии; действенность – формулируются обоснованные управленческие решения по борьбе с болезнями; медицинская универсальность – эпидемиология получила интенсивное развитие в трудах отечественных и зарубежных кардиологов, онкологов, токсикологов, аллергологов и других специалистов.</p> <p>Задачи эпидемиологии: определение медицинской и социально-экономической значимости болезни и ее места в структуре патологии населения; изучение распространенности болезни во времени (по годам, месяцам, неделям,</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

			<p>дням), по территории и среди различных (возрастных, половых, профессиональных, бытовых, этнических и др.) групп населения; выявление причин и условий, определяющих наблюдаемый характер распространения болезни; разработка рекомендаций по профилактике и борьбе с данной болезнью; формулирование прогноза распространения изучаемой болезни.</p> <p>Фундаментальный характер эпидемиологии – в эпидемиологических исследованиях приобретает неизвестное в медицине знание о причинах, условиях и механизмах развития заболеваемости населения отдельными болезнями, что способствует обобщениям по проблеме причинности в патологии.</p> <p>Прикладной характер эпидемиологии – на основе накопленных фундаментальных знаний решаются практические задачи здравоохранения (профилактика заболеваний, снижение заболеваемости).</p> <p>Эпидемиология как диагностическая дисциплина профилактического здравоохранения, устанавливающая конкретное проявления, причины, условия и механизмы формирования патологии, необходимые для обоснования практических рекомендаций.</p> <p>Роль эпидемиологии как науки в современный период – основной инструмент, позволяющий выявлять и находить решения проблем здоровья современного общества.</p> <p>Эпидемиологическое значение инфекционных болезней. Социальная и экономическая значимость инфекционных болезней.</p> <p>Взаимодействие триады факторов, формирующих патологию: факторы среды обитания (климат, вода, питание, условия быта, радиация, шум, загрязнение атмосферного воздуха, жилищные условия, плотность населения); факторы хозяина (пол, возраст, раса, наследственность, обычаи, профессия, перенесенные заболевания, семейные условия и другие); патогенные факторы (биологические – бактерии, вирусы и другие; химические – яды, алкоголь и другие; физические – тепло, радиация и другие; психогенные).</p> <p>Эпидемиологический надзор - основа любой программы борьбы с инфекционными заболеваниями. Значение эпидемиологического надзора в целях управления эпидемическим процессом в современных условиях. Управление эпидемиологическим процессом – главная проблема здравоохранения.</p> <p>Две подсистемы системы управления эпидемическим процессом: эпидемиологический надзор и эпидемиологический контроль. Понятия «эпидемиологический надзор» (surveillance) и «эпидемиологический контроль» (control), вошедшие в отечественную эпидемиологию из обихода Всемирной организации здравоохранения.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Основные признаки эпидемиологического надзора: непрерывный сбор и систематическое накопление данных об инфекционной заболеваемости; обобщение и анализ собранных данных; распространение обобщенной информации. Понятие «надзор» не включает систему борьбы с инфекциями, а лишь служит целям борьбы.</p> <p>Эпидемиологический надзор (мониторинг, ЭН) – это система постоянного динамического и многоаспектного слежения за эпидемическим процессом конкретной инфекционной (паразитарной) болезни или за эпидемиологической ситуацией в целом на определенной территории в конкретный период времени в целях рационализации и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий.</p> <p>Слежение (наблюдение) за эпидемическим процессом означает:</p> <ul style="list-style-type: none">• непрерывный сбор, передачу, обобщение и анализ эпидемиологически значимой информации,• перманентную диагностическую оценку эпидемиологической ситуации и тенденций ее развития,• разработку на этой основе оптимальных управленческих решений по борьбе и профилактике инфекционных болезней. <p>Цель ЭН – оценка эпидемиологической ситуации в интересах сведения к минимуму информационной неопределенности при принятии управленческих решений, то есть получение объективной эпидемиологической информации в объеме, достаточном для обеспечения рационального планирования, осуществления и корректировки мероприятий по профилактике и борьбе с инфекционными (паразитарными) болезнями.</p> <p>Задачи ЭН:</p> <ul style="list-style-type: none">• постоянная и объективная оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости, наблюдаемой инфекционной (паразитарной) болезни и ее «вклада» в нарушение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;• выявление тенденций и оценка темпов и изменчивости динамики эпидемического процесса (колебания уровня заболеваемости и смертности, появление вспышек или эпидемий данной инфекционной болезни) во времени («время риска»);• районирование территории с учетом территориальной дифференциации эпидемиологического неблагополучия по данной инфекционной болезни («территории риска»);• выявление контингентов населения, подверженных повышенному риску заболевания в силу особенностей их производственно-бытовых или иных	
--	--	--	--	--

			<p>условий жизни («контингенты риска»);</p> <ul style="list-style-type: none">• выявление причин и условий, т.е. биологических, природных и социальных факторов, определяющих наблюдаемый характер проявлений эпидемического процесса данной инфекционной болезни в конкретных условиях места и времени;• контроль и обоснованная оценка масштабов, качества и эффективности, осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки, определение целей и задач, планирование последовательности и сроков их реализации (разработка «управленческих, или управляющих», решений);• разработка периодических прогнозов эпидемиологической ситуации. <p>Основные принципы ЭН:</p> <ul style="list-style-type: none">• активный и систематический сбор, анализ и оценка необходимой информации;• разграничение задач и функций федерального, регионального и локального уровней ЭН;• использование единых для всех субъектов ЭН методологических подходов, сертифицированных критериев и методов оценки влияния биологических, природных и социальных факторов на эпидемический процесс наблюдаемой инфекции;• унификация способов сбора, накопления, обработки, анализа, передачи и хранения информации, в частности, унификация соответствующих нормативно-методических документов;• открытость информации для широкого круга пользователей и широкий обмен ею со всеми учреждениями и организациями, заинтересованными в результатах ЭН, а также информирование граждан. <p>Организационная структура системы ЭН – установленный порядок подчинения и взаимодействия субъектов ЭН в процессе выполнения ими функций в области ЭН.</p> <p>Субъекты ЭН за инфекционными (паразитарными) болезнями – центры Госсанэпиднадзора Российской Федерации, взаимодействующие с отраслевыми мониторинговыми системами лечебно-профилактической, ветеринарной и других служб и ведомств.</p> <p>Система ЭН за инфекционными (паразитарными) болезнями имеет многоуровневую иерархическую структуру в соответствии с иерархической структурой службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора страны. Система ЭН структурируется по следующим взаимодействующим</p>	
--	--	--	--	--

			<p>иерархическим уровням: локальный, или местный (уровень городов, сельских и городских районов); региональный (уровень субъектов федерации); федеральный (уровень страны в целом).</p> <p>Функциональная структура системы ЭН – способы взаимодействия составляющих ее подсистем и элементов. Функциональная структура системы ЭН представлена в виде последовательной цепи мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none">• наблюдение на месте, сбор и регистрация информации;• поэтапная передача данных «по вертикали», или «снизу-вверх», т.е. от нижестоящих в вышестоящие уровни (звенья, подсистемы) системы ЭН (от районных в областные, краевые и т. п., далее - в республиканский);• обмен информацией «по горизонтали», т.е. между заинтересованными ведомствами и учреждениями (на уровне районов, областей, краев, республик, страны), а также информирование граждан;• в эпидемиологический анализ и оценка данных по программам, специфичным для каждого уровня ЭН;• оценка эпидемиологической ситуации, т.е. постановка эпидемиологического диагноза;• обмен информацией по принципу «обратной связи», или «сверху вниз», т.е. распространение обобщенной информации от вышестоящих в нижестоящие уровни (звенья, подсистемы) системы ЭН;• разработка управленческих (управляющих) решений, т.е. рекомендаций по планированию, организации и корректировке осуществляемых мероприятий;• разработка прогноза развития эпидемиологической ситуации. <p>Функции субъектов ЭН структурируются по иерархическим уровням (локальный, региональный, федеральный).</p> <p>Информационная база эпидемиологического надзора. Система регистрации, учета и отчетности об инфекционных болезнях, принятая в Российской Федерации. Своевременная осведомленность санитарно-эпидемиологических учреждений и вышестоящих органов здравоохранения о появлении случаев инфекционных болезней в целях принятия всех необходимых оперативных мер для предотвращения их дальнейшего распространения. Правильный учет случаев инфекционных болезней, гарантирующий возможность проверки и уточнения как диагнозов, так и эпидемиологической ситуации в целом. Возможность разработки программ профилактики (в том числе долгосрочных); прогнозирования динамики эпидемического процесса. Составление программ иммунизации населения (отмена одних и введение новых иммунологических</p>
--	--	--	---

			<p>препаратов) и вытекающих отсюда задач по планированию выпуска бактериальных, вирусных препаратов и других биологических и лекарственных средств, необходимых для профилактики и борьбы с инфекционными болезнями.</p> <p>Программа ЭН и ее соответствие с комплексно-целевыми программами, разрабатываемыми для каждой нозологической формы инфекционных болезней.</p> <p>Содержание программы ЭН: цель и задачи планируемого надзора; территорию, охватываемую надзором; часть или группу (группы) населения, берущуюся под надзор; длительность предстоящего периода наблюдения; характер и объем информации, подлежащей сбору; источники получения информации, (медицинские организации) клинические, микробиологические, вирусологические, паразитологические лаборатории и др.); способы и периодичность сбора первичной информации; частоту (периодичность) анализа информации; методы анализа информации; первичные и окончательные формы таблиц и отчетности; периодичность и адресность представления отчетности; способы представления отчетности.</p> <p>Критерии оценки программ ЭН: простота; гибкость; приемлемость; чувствительность; достоверность; специфичность; репрезентативность; оперативность (степень запаздывания); стоимость.</p> <p>Обеспечение эффективности и экономичности работы учреждений санитарно-эпидемиологической службы в свете современных представлений об управлении эпидемическим процессом при осуществлении ЭН и контроля за инфекционными заболеваниями.</p> <p>Эпидемиологический метод, как специфическая совокупность приемов и способов, позволяющих обеспечить наиболее полное познание эпидемиологических явлений, то есть возникновения, распространения, профилактики, борьбы и ликвидации болезней человека. Эпидемиологический метод, включающий различные методические подходы, приемы и способы. Термин эпидемиологический метод и его синонимы (эпидемиологические исследования, эпидемиологический анализ).</p> <p>Описание заболеваемости, выяснение причин, механизма развития и распространения болезней, прогноз заболеваемости, оценка качества и эффективности лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий как основные цели эпидемиологических исследований. Абсолютные и относительные величины. Показатели заболеваемости и превалентности (распространенности, болезненности), область применения, эпидемиологический смысл.</p>	
--	--	--	---	--

				<p>Показатель заболеваемости (частоты новых случаев заболеваний), отражающий интенсивность развития эпидемического процесса на какой-либо территории за определенный период времени, его расчет. Показатель летальности – количество умерших от 100 заболевших данной нозологической формы, выраженной в процентах. Показатель распространенности – отношение числа всех существующих в определенный момент времени случаев заболевания к численности популяции риска в этот же момент времени. Показатели очаговости, способы расчета.</p> <p>Экстенсивный показатель – показатель распределения, характеризующий состав явления или его структуру. Использование экстенсивного показателя при проведении эпидемиологических исследований.</p> <p>Сравнение показателей. «Абсолютное» сравнение (разность показателей). Относительное сравнение (отношение показателей), необходимость его использования. Относительный риск, этиологическая доля, способы расчета, эпидемиологический смысл. Информационное обеспечение исследований, содержание и источники информации. Необходимость применения различных статистических методов выявления и оценки закономерностей распределения показателей. Возможность использования вычислительной техники для сбора, обработки и распространения информации. Типы эпидемиологических исследований. Сплошные и выборочные, описательные и аналитические, наблюдательные и экспериментальные, рутинные и специальные, одномоментные (поперечные) и продольные (продолжительные) ретроспективные, динамические и смешанные, полевые и клинические, ориентировочные (пробные), «случай-контроль» и «когортные». Принципиальная схема организации, основные этапы исследования.</p> <p>Описательные эпидемиологические исследования как самостоятельный тип и обязательная составная часть большинства исследований. Выводы об особенностях распространения частоты заболеваемости и удельного веса заболевших. Эпидемиологический смысл наличия статистически значимых различий показателей заболеваемости. Особенности распространения заболеваемости во времени. Многолетняя динамика заболеваемости. Необходимая информация, её объем, особенности иллюстрации. Многолетняя тенденция, методы её выявления.</p> <p>Помесячная динамика показателей заболеваемости. Необходимая информация, её объем и особенности иллюстрации. Уровни, динамика и структура заболеваемости, сгруппированной по признаку места (территории) возникновения заболеваний. Характеристика территориальных группировочных</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>признаков. Определение эпидемиологической значимости групп путем сочетанной оценки величины интенсивных и экстенсивных показателей.</p> <p>Аналитические методические приёмы. Изучение эпидемиологического риска. «Когортные» исследования и исследования «случай-контроль» – два основных типа наблюдательных аналитических исследований, предназначенных для выявления причин возникновения и распространения болезни. Особенности формирования групп при когортных исследованиях и исследованиях типа «случай-контроль». Достоинства и недостатки когортных исследований и исследований типа «случай-контроль».</p> <p>Сплошные и выборочные, рутинные и специальные, ретроспективные, проспективные и смешанные, полевые и клинические варианты. Потенциальные ошибки различных эпидемиологических исследований. Виды ошибок и пути их минимизации.</p> <p>Рандомизированные клинические контролируемые испытания – единственный способ получения достоверных и надежных данных об эффективности профилактических и противоэпидемических средств. Требования к организации контролируемого эпидемиологического опыта. Определение объема выборки: необходимый объем выборки определяется по стандартным формулам. Участвующие в эксперименте лица не осведомлены, какая из групп является опытной, а какая – контрольной. Сущность «шифрования». Физическое и биологическое моделирование эпидемического процесса, как один из вариантов экспериментальных эпидемиологических исследований.</p> <p>Мета-анализ (анализ анализов) – обзор для обобщения данных нескольких исследований (рандомизированных клинических исследований), посвященных одной проблеме – итоговый результат представляется в виде одного обобщенного показателя с целью повышения достоверности оценок одноименных результатов, обеспечивающих большую статистическую мощность за счет увеличения размера выборки.</p> <p>Использование эпидемиологического метода на современном этапе развития медицины различными специалистами – кардиологами, онкологами и др. Основная цель эпидемиологических исследований при неинфекционной патологии – изучение причинно-следственных связей между факторами риска и заболеваемостью населения различной патологией для принятия управленческих решений по ее профилактике. Основы доказательной медицины. Алгоритм написания научных статей.</p> <p>Эпидемический очаг (ЭО) - место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в тех пределах, в которых он способен в данной</p>
--	--	--	---

				<p>конкретной обстановке при данной инфекции передавать заразное начало окружающим (Громашевский Л.В., 1965).</p> <p>Размеры и длительность существования очагов. Единичные и множественные очаги.</p> <p>Принципиальные типы эпидемических очагов при различных инфекционных и паразитарных заболеваниях.</p> <p>Цель и задачи проведения эпидемиологического обследования.</p> <p>Алгоритм эпидемического обследования очага.</p> <p>Составление заключения по итогам эпидемиологического обследования.</p> <p>Особенности сбора эпидемиологического анамнеза. Время действия очага.</p> <p>Условия, определяющие ликвидацию очагов инфекционных болезней.</p> <p>Выявление источников инфекции, путей и факторов передачи инфекции.</p> <p>Выявление контактных, подвергшихся риску заражения. Установление вероятных сроков заражения в ходе вспышки инфекционных болезней.</p> <p>Взаимосвязь эпидемиологического и уголовного расследования. Диагностика биологического террористического акта. Признаки биологического террористического акта. Эпидемиологические ключи изучения вспышек инфекционных болезней при исполнении актов биологического терроризма.</p> <p>Классификация вспышек кишечных антропонозов: по путям передачи, по масштабам, по времени.</p> <p>Расследование вспышек инфекционных заболеваний. Этапы и методика расследования вспышек. Разработка и оценка гипотез о причинах вспышки.</p> <p>Организация противоэпидемических мероприятий.</p> <p>Форма письменного донесения о вспышке острой кишечной инфекции.</p> <p>Естественная классификация (филогенетическая) учитывает совокупность признаков, присущих классифицируемым живым объектам, что позволяет их сближать и противопоставлять друг другу; она отражает исторически сложившиеся закономерные связи между ними.</p> <p>Клиническая классификация. Инфекционные болезни сгруппированы по различным признакам, например, сыпные болезни, либо по признаку пораженного органа (болезни ЦНС). Эпидемиологически такая группировка не оправдана: в группе сыпных болезней были сыпной тиф и краснуха; в группе болезней ЦНС – полиомиелит и клещевой энцефалит.</p> <p>Классификация Л.В. Громашевского (1941 год). В основе классификации был механизм передачи возбудителя, который определяется основной локализацией в организме хозяина (второй экологический признак). Выделение 4 групп инфекций, внутри групп выделялся ряд подгрупп. <u>Недостаток</u>: не отражала факта, что источником инфекции, помимо человека являются и животные.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Теория этого вопроса разработана Л. В. Громашевским, и с некоторыми дополнениями и уточнениями утвердилась в эпидемиологии инфекционных болезней. Л.В. Громашевский исходил из антропоцентристского взгляда на классификацию болезней по механизмам передачи, поэтому не смог рационально классифицировать зоонозы.</p> <p>Эволюционно сформировавшиеся системы соответствия основной локализации возбудителя в организме и механизма передачи.</p> <p>Наружные покровы (кожа, некоторые открытые слизистые – конъюнктивы, наружные отделы половых органов) – контактный (прямой и не прямой контакт).</p> <p>Дыхательные пути – воздушно-капельный (аэрозольный, аспирационный).</p> <p>Желудочно-кишечный тракт – фекально-оральный.</p> <p>Кровеносная система (кровь, эндотелий кровеносных сосудов) – трансмиссивный (векторный) – за счет эктопаразитов-членистоногих.</p> <p>Классификация инфекционных болезней по Л. В. Громашевскому.</p> <p>Кишечные инфекции: брюшной тиф, дизентерия и др.</p> <p>Воздушно-капельные инфекции: грипп, корь и др.</p> <p>Трансмиссивные инфекции: сыпной тиф, малярия и др.</p> <p>Инфекции наружных покровов: бешенство, сибирская язва и др.</p> <p>Смешанные инфекции: чума, туляремия.</p> <p>Классификация И.И. Ёлкина с соавт. (1952). Распределение инфекционных болезней на антропонозы и зоонозы. Недостаток: некоторые зоонозы (чума, жёлтая лихорадка, сальмонеллёзы) могут передаваться от человека к человеку. При некоторых других заболеваниях (туляремия, дифтерия) имеется несколько механизмов передачи болезни. Классификация не включала сапронозы.</p> <p>Дальнейшее совершенствование классификации инфекционных болезней в трудах Э.Н. Шляхова, В.И. Терских, В.Д. Белякова и др. Распределение зоонозов по механизмам передачи возбудителей реализующихся в популяции животных. Механизм заражения людей зоонозами. Неприемлемость понятия «механизм передачи» применительно к человеку при сапронозах. Однако существуют механизмы заражения людей и позвоночных животных от растений и беспозвоночных животных. Существование отдельных нозологических форм, резервуары возбудителей, которых многообразны включают даже человеческую популяцию (холера ЭльТор).</p> <p>Группировка инфекционных болезней человека на основе филогенетической близости возбудителей. Эволюция возбудителей инфекционных болезней.</p> <p>Классификация инфекционных болезней человека Б.Л. Черкасского, В.Д. Белякова.</p> <p>Условность деления болезней на инфекционные и паразитарные.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Значение классификации инфекционных болезней. Международная классификация болезней (МКБ – 10). Категории классификации. Критерии: клинический и эпидемиологический. Нозоформы. Интеграция в терминологии. Критерии для рубрик. Идеальная классификация. Структура МКБ-10. Несовпадения номенклатурных рубрик (Беляков В.Д.). Перспективы использования МКБ-10.</p>	
Б.1.Б. 1.2	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2.	Эпидемиология инфекционных болезней	<p>Понятие об эпидемическом процессе. Эпидемический процесс – процесс возникновения и распространения в человеческом обществе специфических инфекционных состояний. Структура эпидемического процесса. Факторы эпидемического процесса: биологический, социальный и природный. Биологический фактор – проявление жизнедеятельности возбудителей инфекционных болезней, эволюционно выработанные взаимоотношения возбудителей с организмом человека и внешней средой, обеспечивающий их существование как биологических видов и отдельных популяций. Биологический фактор – экология возбудителя инфекционных болезней. Классификация организмов по общности типов питания: облигатные, факультативные и случайные паразиты. Признак паразитизма, свойственный для всех возбудителей инфекционных болезней. Две фазы жизненного цикла паразитов: фаза пребывания (жизнедеятельности) в другом живом организме и фаза перемещения из одного организма в другой. Значение смены сред обитания возбудителей для их сохранения в природе как биологического вида. Понятие о главной среде обитания возбудителя. Три главные среды обитания возбудителя: организм людей; организм животных; неживая среда. Три группы болезней: антропонозы; зоонозы; сапронозы. Социальный фактор в эпидемиологии – совокупность общественных отношений и обусловленные ими отдельные социальные элементы, которые оказывают воздействие на эпидемический процесс, способствуя или препятствуя проявлению паразитизма возбудителей инфекционных болезней. Социальные факторы, способствующие проявлению жизнедеятельности возбудителей. Социальные факторы, препятствующие проявлению жизнедеятельности возбудителей. Природный фактор в эпидемиологии – совокупность абиотических и биотических элементов внешней среды, которые непосредственно или опосредованно (через изменения социальных условий) оказывает воздействие на эпидемический процесс, способствуя или препятствуя проявлению</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

			<p>жизнедеятельности возбудителей инфекционных болезней. Влияние природных факторов на развитие эпизоотического процесса при отдельных зоонозах.</p> <p>Механизм развития эпидемического процесса: теория механизма передачи инфекции Л.В. Громашевского; учение Е.Н. Павловского о природной очаговости некоторых инфекционных болезней; теория саморегуляции паразитарных систем В.Д. Белякова, ее общепаразитологическое значение; механизмы саморегуляции паразитарных систем и фазность эпидемического процесса; социально-экологическая концепция эпидемического процесса Б.Л. Черкасского.</p> <p>Теория механизма передачи инфекции Л.В. Громашевского. Три звена эпидемического процесса. Источник инфекции – зараженный организм человека или животного, от которого заражаются люди. Основные и дополнительные источники инфекции. Больной человек как источник инфекции. Значение различных форм заболевания. Заразительность больного в разные периоды болезни. Носитель как источник инфекции. Классификация носителей и их эпидемиологическое значение. Животные как источники инфекции.</p> <p>Механизм передачи – эволюционно выработанные способы перемещения возбудителя из одного организма в другой, обеспечивающие поддержание его как биологического вида. Три стадии механизма передачи инфекции.</p> <p>Пути передачи инфекции. Элементы внешней среды (факторы передачи) или их сочетание, которое обеспечивает перенос возбудителя от источника к окружающим людям в конкретной эпидемиологической обстановке. Закон соответствия механизма передачи инфекции основной локализации возбудителя в организме хозяина. Четыре группы антропонозов: с кишечной локализацией и фекально-оральным механизмом передачи; с локализацией в дыхательных путях и аэрозольным механизмом передачи; с локализацией на кожных покровах и слизистых и контактным механизмом передачи; с локализацией в крови и трансмиссивным механизмом передачи.</p> <p>Пути распространения инфекции. Контакт прямой и непрямой. Водный, алиментарный, трансмиссивный, почвенный, воздушно-капельный пути передачи. Передача инфекции при парентеральных медицинских манипуляциях.</p> <p>Факторы передачи инфекции: воздух, вода, пища, почва, предметы обихода и живые переносчики. Первичные, конечные и промежуточные факторы передачи.</p> <p>Характеристика эпидемий (вспышек) при кишечных антропонозах.</p> <p>Основные эпидемические черты острых водных эпидемий: массовость заболеваний; территориальный признак; быстрое снижение заболеваемости после ликвидации причины, вызвавшей вспышку; полиэтиологичность;</p>	
--	--	--	--	--

			<p>превалирование легких, стертых форм; низкая интенсивность заболеваемости; наличие «эпидемического хвоста»; длительный инкубационный период.</p> <p>Основные эпидемические черты хронических водных эпидемий: высокий уровень заболеваемости, превышающий спорадический; извращённая сезонность (торможение механизма самоочистки воды в холодное время года); характеризуется теми же чертами, что и острые водные эпидемии, за исключением признаков, касающихся динамики ЭП; для установления природы эпидемий решающее значение имеет эпидемиологический анализ.</p> <p>Основные эпидемические черты пищевых эпидемий: напоминают острые водные эпидемии (носит взрывообразный характер); моноэтиологичность; короткий инкубационный период; преобладают тяжелые формы заболеваний (до 60 – 80 %); при молочном факторе среди заболевших преобладают дети; отсутствует «эпидемический хвост».</p> <p>Основные эпидемические черты контактно-бытовых эпидемий: медленное развитие эпидемий: постепенный подъем и постепенный спад заболеваемости; «гнездный» характер заболеваемости; влияние национальных традиций, обычаев; отсутствие выраженной сезонности; существует длительное время – трудно поддаются воздействиям противоэпидемических мероприятий.</p> <p>Восприимчивость к инфекционным болезням. Значение иммунитета населения в развитии эпидемического процесса. Пути приобретения иммунитета. Естественный и искусственный иммунитет.</p> <p>Значение природных условий в эпидемическом процессе. Сезонные и периодические колебания заболеваемости и их причины.</p> <p>Теория природной очаговости инфекционных болезней (Е.Н. Павловский, 1939г.). Сущность теории: природные очаги инфекционных болезней возникают и длительно существуют вне зависимости от человека в результате сложившихся межвидовых взаимоотношений биоценозов; заражение восприимчивого человека связано с пребыванием его без специальной защиты на территории природного очага, когда он находится в валентном состоянии, то есть в период эпидемической активности зараженных животных – хозяев и членистоногих; сельскохозяйственные животные и синантропные грызуны могут служить звеном перехода возбудителя из дикой природы к человеку.</p> <p>Теория саморегуляции паразитарных систем, сформулированная в 80-х гг. В.Д. Беляковым с сотрудниками, раскрывающая внутренние механизмы развития ЭП, характеризуя явления, свойственные его биологической основе, то есть его паразитарной системе. Основные положения теории: генотипическая и фенотипическая гетерогенность популяции паразита и хозяина по признакам отношения друг к другу; взаимообусловленная изменчивость биологических</p>	
--	--	--	--	--

			<p>свойств взаимодействующих популяций; фазовая самоперестройка популяций паразита, определяющая неравномерность развития эпидемического процесса; регулирующая роль социальных и природных условий в фазовых преобразованиях эпидемического процесса.</p> <p>Социально-экологическая теория (Б.Л. Черкасский, 1984 г.), основанная на использовании системного подхода к анализу явления в природе и обществе. ЭП рассматривается как система, состоящая из соподчиненных и взаимосвязанных компонентов (подсистем разных уровней). Компоненты системы объединены в систему выполнением общей функции. Каждая подсистема входит в состав подсистемы более высокого уровня (принцип иерархии строения системы). Специфическая особенность системы ЭП – является лежащая в ее основе экология паразита в населении.</p> <p>Проявления эпидемического процесса: спорадическая заболеваемость, эпидемическая вспышка, эпидемия, пандемия, экзотическая заболеваемость, эндемическая заболеваемость.</p> <p>Эпидемический процесс в эпоху научно-технического прогресса. Факторы, способствующие росту внутрибольничных инфекций на современном этапе развития общества. Факторы, способствующие появлению и распространению вновь возникающих заболеваний (легионеллез, псевдотуберкулез, ВИЧ – инфекция).</p> <p>Профилактические и противоэпидемические мероприятия – как раздел общей эпидемиологии инфекционных болезней. Предупредительный характер профилактических мероприятий, их цель. Проведение противоэпидемических мероприятий по поводу уже появившихся заболеваний в эпидемических очагах.</p> <p>Различают четыре уровня профилактики: преморбидный (исходный); первичный; вторичный; третичный.</p> <p>Основу профилактики инфекционных болезней в масштабах государства Общегосударственные мероприятия по предупредительному санитарному надзору, обеспечивающие создание наилучших условий труда и быта, что способствует предупреждению инфекционных и паразитарных болезней.</p> <p>Профилактические медицинские мероприятия, их направленность на одной из трех звеньев эпидемического процесса: 1) предупреждение появления или ликвидацию (обезвреживание, устранение) источника возбудителя инфекции; 2) предупреждение возможности реализации или выключение (разрыв) механизма передачи возбудителя; 3) создание или повышение уровня иммунной прослойки среди населения.</p> <p>Профилактические мероприятия по предупреждению возникновения источников возбудителей инфекции: карантинные меры на границах,</p>	
--	--	--	--	--

			<p>профилактическая дератизация, ветеринарно-санитарная профилактика среди животных, общесанитарные меры, повышение санитарной грамотности населения.</p> <p>Карантинные мероприятия в соответствии с «Международными медико-санитарными правилами». Правила распространяются на такие особо опасные инфекционные болезни, как чума, желтая лихорадка, холера, вирусные геморрагические лихорадки, малярия и другие опасные болезни. Роль санитарно-эпидемиологического надзора в профилактике инфекционных болезней.</p> <p>Направления деятельности.</p> <p>Структура профилактических мероприятий (их содержание и цель):</p> <p>Источники возбудителя инфекции: обеспечение квалифицированной и доступной медицинской помощью; санитарно-эпидемиологический надзор; международный карантин; профилактическая дератизация; ветеринарно-санитарная профилактика заболеваний, общих для человека и животных. Цель – выявление и изоляция источников возбудителей инфекций.</p> <p>Механизм передачи возбудителей: повышение материального благосостояния населения, благоустройство жилья, водоснабжения, очистки населенных мест, условий труда и отдыха, оптимизация снабжения пищевыми продуктами; санитарно-эпидемиологический надзор; профилактическая дезинфекция; профилактическая дезинсекция; гигиеническое воспитание населения. Цель – предотвращение реализации механизмов передачи возбудителей инфекций.</p> <p>Восприимчивое население: повышение материального благосостояния населения; иммунопрофилактика. Цель – повышение неспецифической резистентности; повышение специфической резистентности.</p> <p>Профилактическая дератизация заключается в создании неблагоприятных условий для существования грызунов с целью снижения их численности на объектах, имеющих эпидемиологическое значение.</p> <p>Ветеринарно-санитарная профилактика сводится к предупреждению и ликвидации среди сельскохозяйственных и домашних животных болезней, которыми может заразиться человек.</p> <p>Предотвращение реализации механизма передачи возбудителей инфекций, прежде всего, достигается осуществлением так называемых общесанитарных мер, включающих строгое соблюдение санитарного и технологического режимов водоснабжения и питания населения, улучшение коммунального благоустройства населенных мест и т.д. Задача санитарно-эпидемиологической службы – санитарно-эпидемиологический надзор за этими мероприятиями.</p> <p>К мерам по предотвращению реализации механизма передачи возбудителей относится профилактическая дезинфекция и профилактическая дезинсекция.</p>
--	--	--	--

			<p>Повышение невосприимчивости населения к возбудителям инфекций достигается путем массовой иммунопрофилактики, осуществляемой планомерно или по эпидемиологическим показаниям.</p> <p>Важное профилактическое мероприятие – повышение санитарной грамотности населения в области эпидемиологии и профилактики инфекционных и паразитарных болезней. Эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий зависит от степени участия в них населения и от уровня его санитарной культуры.</p> <p>Противоэпидемические мероприятия – это комплекс мер, осуществляемых в эпидемическом очаге с целью его локализации и ликвидации. Значение результатов эпидемиологического обследования очага для принятия управленческих решений при проведении противоэпидемических мероприятий.</p> <p>Организация противоэпидемических мероприятий включает: разработку обоснованного плана проведения работ; определение сроков их осуществления; установление последовательности применения разных средств и методов противоэпидемических мероприятий; определение порядка деятельности врача-эпидемиолога и врачей других специальностей (инфекционистов, лаборантов, гигиенистов), среднего и вспомогательного медицинского персонала, а также представителей других служб (например, ветеринарной) и ведомств. Организатором противоэпидемических мероприятий в очаге является врач-эпидемиолог. Он проводит эпидемиологическое обследование, формулирует эпидемиологический диагноз, координирует усилия всех привлекаемых к проведению противоэпидемических мероприятий специалистов, критически оценивает эффективность и качество проводимых мероприятий и несет ответственность за ликвидацию эпидемического очага.</p> <p>Противоэпидемические мероприятия, как и профилактические, всегда направлены на одно (или более) из трех звеньев эпидемического процесса.</p> <p>Противоэпидемические мероприятия в очаге (их направленность, содержание и цель):</p> <p>Выбор стратегии противоэпидемических мероприятий. Выбор тактики деятельности – использование методов, средств, форм и последовательности реализации противоэпидемических мероприятий в очаге.</p> <p>Тактика противоэпидемических мероприятий будет различной в зависимости от того, имеется ли возможность полностью ликвидировать не только очаг, но и предпосылки к его возникновению.</p> <p>Возможности выбора противоэпидемических мероприятий во многом зависят от их потенциальной эффективности, а также от условий, свойственных данному очагу. Госпитализация инфекционных больных – эффективное</p>	
--	--	--	--	--

				<p>противоэпидемическое мероприятие. Противоэпидемический режим инфекционного стационара. Порядок захоронения трупов людей и животных. Нейтрализация факторов передачи инфекционных болезней, включая насекомых и клещей.</p> <p>Ветеринарный карантин при зоонозах. Обсервация и карантин при особо опасных инфекциях (чума).</p> <p>Полная санитарная обработка контактных лиц в очагах паразитарных тифов (сыпной тиф). Работа санитарного пропускника. Экстренная комбинированная профилактика (антирабическое лечение) при бешенстве.</p> <p>Повышение санитарной грамотности населения. Своевременное проведение противоэпидемических мероприятий ведет к локализации и ликвидации эпидемического очага.</p> <p>Оценка качества и результативности противоэпидемических мероприятий служит основой для необходимой их коррекции.</p> <p>Место иммунопрофилактики в системе профилактических и противоэпидемических мероприятий, её значение при разных группах инфекционных заболеваний. Экономическая значимость.</p> <p>Работы Э. Дженнера, Л. Пастера, Г. Рамона. Роль отечественных ученых И.И. Мечникова, Л.С. Ценковского, Н.Ф. Гамалеи, А.А. Смородинцева, П.Ф. Здродовского, М.П. Чумакова в развитии учения об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний.</p> <p>Иммунитет. Виды: естественный иммунитет: видовой, врожденный (материнский), постинфекционный, латентный (проэпидемичивание). Искусственный иммунитет: активный и пассивный: сроки формирования, продолжительность.</p> <p>Активная иммунизация – это введение в организм препарата (вакцина, анатоксин), содержащего ослабленный возбудитель, его антигены или токсины (корь, дифтерия, полиомиелит, сибирская язва, туляремия и др.). Выработка активного иммунитета при активной иммунизации.</p> <p>Пассивная иммунизация (серопрофилактика) – это введение препарата, содержащего готовые специфические антитела (иммунные сыворотки, иммуноглобулины). Кратковременность как характерная черта пассивной иммунизации. Достоинство: иммунитет образуется быстро.</p> <p>Комбинированная (активно-пассивная) иммунизация – последовательное введение иммуноглобулина (сыворотки) для быстрого формирования иммунитета и вакцины (анатоксина) для закрепления иммунного эффекта, создания стойкого, длительного иммунитета (например, при бешенстве).</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Виды вакцин: живые, инактивированные, анатоксин, химические, современные и перспективные; их особенности, достоинства и недостатки.</p> <p>Требования к идеальной вакцине: компоненты вакцины (антигены, адъюванты и пр.) должны иметь точно установленную структуру; вакцина должна вводиться один раз; вакцина должна быть комплексной и создавать иммунитет ко многим инфекциям; вакцина должна обеспечивать пожизненный иммунитет у 100 % привитых; вакцина должна быть безопасной и не обладать побочным действием; вакцина должна вводиться неинвазивным методом, удобным для медицинского персонала; вакцина должна быть стабильной, иметь длительный срок хранения; вакцина не должна нуждаться в соблюдении «холодовой цепи»; технология изготовления вакцин должна отвечать современным требованиям; вакцина не должна быть дорогой.</p> <p>Требования, предъявляемые к вакцинам нового поколения: высокая иммуногенность; стабильность; высокая степень очистки; низкая реактогенность; низкая стоимость полного курса лечения; проста и удобна в использовании; достаточно всего нескольких инъекций; надежная защита против различных видов вирусов; утверждена Министерством Здравоохранения РФ и рекомендована к использованию.</p> <p>Пути совершенствования вакцин: уменьшение побочного действия вакцин; замена реактогенных вакцин на более безопасные; исключение нежелательных примесей и добавок; разработка вакцин для щадящих методов введения; повышение иммуногенности вакцин; поиски новых эффективных и безопасных адъювантов; создание принципиально новых вакцин; разработка комплексных вакцин; увеличение стабильности вакцин; уменьшение стоимости вакцин.</p> <p>Виды сывороток (иммунных глобулинов): гомологичные и гетерологичные. Способы получения, особенности введения.</p> <p>Техника проведения прививок.</p> <p>Вакцины, не подлежащие для использования: с несоответствующими физическими свойствами; с нарушением целостности ампул; с неясной или отсутствующей маркировкой на ампуле (флаконе); сорбированные вакцины (в частности АКДС, АДС, АДС-М и т.д.), хранившиеся или транспортировавшиеся с нарушением температурного режима, особенно подвергшиеся замораживанию; живые (коровая, паротитная), подвергшиеся действию температуры более +8 С; БЦЖ – более +4 С.</p> <p>Реакции на введение прививок: общие и местные. Поствакцинальные осложнения и их профилактика.</p> <p>Пути введения иммунобиологических препаратов: интраназальное введение; оральное введение вакцин; внутримышечная вакцинация; внутривенная</p>	
--	--	--	---	--

				<p>вакцинация; подкожная вакцинация; внутривенное введение; накожная (скарификационная) вакцинация.</p> <p>Учетные формы для занесения сведений о проведенной вакцинации: история развития ребенка (ф.112/у) или история развития новорожденного (ф.097/у); медицинская карта ребенка (ф.026/у); медицинская карта амбулаторного больного (ф.025-87); карта вызова скорой медицинской помощи (ф.110/у); карта обратившегося за антирабической помощью (ф.045/у); журнал учета инфекционных заболеваний (ф.60/у); сертификат профилактических прививок (ф.156/у-93) с указанием номера серии, контрольного номера, срока годности, предприятия изготовителя, даты введения, характера реакции.</p> <p>Понятие о «холодовой цепи». Уровни «холодовой цепи». Требования к температурному режиму транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов. Требования к оборудованию для «холодовой цепи».</p> <p>Календарные профилактические прививки всему населению, отдельным группам и лицам, проживающим на эндемичных и энзоотических территориях. Прививки по эпидемическим показаниям, экстренная иммунизация (неспецифическая и специфическая). Туровая иммунизация.</p> <p>Национальный календарь профилактических прививок как инструктивно-методический документ, регламентирующий сроки, последовательность, показания и схему применения вакцины. Принципы его составления. Пути совершенствования календаря прививок.</p> <p>Перспективы ликвидации некоторых антропонозов. Постликвидационные проблемы: экологические проблемы ликвидации возбудителей инфекционных (паразитарных) болезней; вероятность использования возбудителя ликвидированной инфекционной болезни в качестве биологического оружия.</p> <p>Расширенная программа иммунизации (РПИ). Федеральная программа «Вакцинопрофилактика». Региональные программы вакцинопрофилактики.</p> <p>Задача кабинетов (центров) иммунопрофилактики по определению возможности и сроков иммунизации детей с патологическими состояниями. Оценка и учет поствакцинальных осложнений. Оценка эффективности вакцинопрофилактики. Критерии её эффективности. Методы оценки эпидемиологической и иммунологической эффективности. Методы изучения иммунного статуса населения.</p> <p>Понятие «серологический мониторинг». Организация надзора за вакцинопрофилактикой на учрежденческом уровне.</p> <p>Правовые основы иммунопрофилактики – закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», основы законодательства РФ об</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>охране здоровья граждан. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней человека».</p> <p>Значение иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в снижении заболеваемости населения инфекционными заболеваниями, «управляемыми» средствами специфической профилактики. Роль иммунопрофилактики в ликвидации отдельных нозологических форм. Постликвидационные проблемы инфекционных болезней (на примере натуральной оспы).</p> <p>Дезинфекция – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение (удаление) патогенных и условно патогенных микроорганизмов, находящихся на различных объектах и в субстратах внешней среды. Виды дезинфекции. Профилактическая и очаговая (текущая и заключительная). Методы дезинфекции. Механический, физический и химический методы. Антимикробные действия химических средств – дезинфектантов: бактерицидное, туберкулоцидное, вирулицидное, фунгицидное, спороцидное. Формы выпуска дезинфектантов.</p> <p>Требования к дезинфицирующим средствам. Индивидуальные средства и композиции. Основные группы химических веществ, используемые в качестве дезинфицирующих средств. Общая характеристика групп. Содержание активнодействующих веществ (АДВ) в конкретных препаратах.</p> <p>Обеззараживание рук. Антисептики для обработки кожи и слизистых оболочек.</p> <p>Гигиеническая и хирургическая дезинфекция рук. Использование препаратов с полифункциональным действием (в том числе для других объектов) и специальных препаратов – кожных антисептиков.</p> <p>Дезинфекция при различных группах инфекций.</p> <p>Особенности обеззараживания при капельных, кишечных и особо опасных инфекциях. Дезинфекция в детских учреждениях. Особенности дезинфекции в ЛПУ в зависимости от профиля стационара, эпидемической обстановки.</p> <p>Средства и способы обеззараживания изделий медицинского назначения. Сроки и кратность проведения обработки различных объектов. Меры защиты персонала и больных. Техника обработки, объем проводимой работы. Контроль качества дезинфекции: физический, химический, биологический.</p> <p>Стерилизация – комплекс мероприятий, направленных на полное уничтожение всех форм микроорганизмов, включая споровые формы. Значение стерилизации в профилактике госпитальных инфекций. Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения (после дезинфекции). Требования к её проведению. Ручной и механизированный способы. Алгоритм действия при ручной обработке.</p>	
--	--	--	---	--

				Использование специальных средств для механизированной очистки. Требования к средствам очистки. Препараты из различных групп химических соединений. Контроль предстерилизационной очистки. Методы стерилизации: паровой, воздушный, радиационный, термический (глассперленовые стерилизаторы), химический (растворами и газами). Химические средства для стерилизации из различных групп химических соединений. Централизованная и нецентрализованная стерилизация. Централизованное стерилизационное отделение: значение, организация, структура, содержание деятельности. Контроль стерилизации.	
Б.1.Б. 1.3	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2.	Эпидемиология и профилактика инфекций дыхательных путей	<p>Грипп - острая респираторная антропонозная инфекция, вызываемая вирусами типов А, В и С, протекающая с развитием интоксикации и поражением эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, чаще трахеи. Заболевание склонно к быстрому и глобальному распространению.</p> <p>Возбудитель – РНК-геномный вирус рода <i>Influenzavirus</i> семейства <i>Orthomyxoviridae</i>.</p> <p>Известно 3 типа вирусов - А, В, С. Тип вируса определяет набор внутренних Аг, проявляющих слабую иммуногенность. Вирусы гриппа типа А поражают человека, некоторые виды животных (лошадей, свиней и др.) и птиц. Вирусы гриппа типов В и С патогенны только для людей.</p> <p>Поверхностные Аг вирусов гриппа - гемагглютинин и нейраминидаза. Они играют важную роль в формировании иммунного ответа организма при гриппе и позволяют разделить вирус гриппа типа А на подтипы Н₁Н₁, Н₃Н₂ и др. Вирус типа А обладает наиболее выраженными вирулентными свойствами и склонен к эпидемическому распространению.</p> <p>Из трех известных типов вирус гриппа А выступает наиболее патогенным и инфицирует разнообразные виды животных, включая свиней, лошадей, морских млекопитающих и птиц, периодически вызывая пандемии в человеческой популяции. Дальнейшее разделение вируса гриппа А на субтипы основано на антигенных свойствах 2 поверхностных гликопротеинов - гемагглютинина (Н) и нейраминидазы (N). В настоящее время известны 16 вариантов гемагглютининов (Н1-Н16) и 9 вариантов нейраминидаз (N1-N9). Только вирусы гриппа А вызывают инфекции птиц. Все известные на сегодняшний день комбинации из гемагглютининов (Н1-Н16) и нейраминидаз (N1-N9) гриппа были изолированы от птиц.</p> <p>Особенность вирусов гриппа - их способность к антигенной изменчивости. Она может реализовываться путем дрейфа (частичная изменчивость антигенных детерминант) или шифта (полное замещение фрагмента генома, кодирующего</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

			<p>синтез гемагглютинина или нейраминидазы). Наиболее часто дрейф происходит у вируса гриппа типа А, но встречается и у типа В. Антигенный шифт — это специфическая особенность вируса гриппа типа А, приводящая к появлению его новых подтипов. Высокая изменчивость вирусов гриппа объясняет непредсказуемость эпидемий заболевания. Вирус типа С менее изменчив и вызывает лишь небольшие эпидемические вспышки.</p> <p>Пандемический вирус гриппа (H1N1) – 2009 как тройной реассортант.</p> <p>Вирус гриппа может сохраняться при температуре 4 °С в течение 2-3 нед, прогревание при температуре 50-60 °С вызывает инактивацию вируса в течение нескольких минут, дезинфектанты быстро инактивируют вирус.</p> <p>Резервуар и источник инфекции- человек с явными и стертыми формами болезни. Эпидемиологическую опасность больного человека определяют количество вирусов в отделяемом верхних дыхательных путей и выраженность катарального синдрома. Контагиозность максимальна в первые 5-6 дней болезни. Длительное выделение вируса наблюдают у немногих больных с тяжелым или осложненным течением заболевания. Эпидемиологическое значение скрытого вирусоносительства при гриппе не доказано. Вирус серотипа А выделен также от свиней, лошадей и птиц. Основные носители вируса гриппа птиц в природе - дикie птицы околородного комплекса (в основном представители отряда гусеобразных, ржанкообразных, чайкообразных и аистообразных). Зарегистрировано более 100 видов птиц из 15 отрядов, спонтанно зараженных этой инфекцией. Из домашних птиц основная роль в качестве носителей вируса H5N1 принадлежит уткам и гусям. В настоящее время существует предположение о роли перелетных птиц в эпидемическом процессе гриппа. Возможно, что при эпизоотии гриппа среди птиц, реже млекопитающих (свиней, лошадей и др.) формируются новые антигенные варианты вируса, поражающие затем человека.</p> <p>Механизм передачи - аэрозольный, путь передачи - воздушно-капельный. Вирус выделяется с каплями слюны, слизи и мокроты при дыхании, разговоре, плаче, кашле и чихании. Естественная восприимчивость людей.</p> <p>Естественная восприимчивость людей высокая, но имеет индивидуальные колебания. Материнские противогриппозные АТ выявляют у детей, находящихся на естественном вскармливании, до 9-10-го месяца, а у находящихся на искусственном - только до 2-3 мес. Однако они не в состоянии предохранить от заболевания. При вспышках гриппа в родильных домах новорожденные заболевают чаще и болеют тяжелее, чем их матери. Постинфекционный иммунитет при гриппе, вызванном вирусом типа А, длится 1-3 года, а вирусом типа В - 3-4 года.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Болезнь распространена повсеместно и проявляется в виде вспышек и эпидемий, охватывающих значительную часть восприимчивого населения, что представляет серьезную социальную и медицинскую проблему. На долю гриппа и ОРВИ приходится 90-95% всех заболеваний инфекционной природы. Периодически (через каждые 2-3 года) возникают пандемии гриппа, связанные с формированием новых антигенных вариантов вируса. Главным образом это касается вируса гриппа А. Эпидемии гриппа В распространяются медленнее и поражают не более 25% населения. Грипп С регистрируют как спорадические случаи. Заболевания регистрируют в течение всего года, они значительно учащаются в осенне-зимний период, чему способствуют скученность населения и влияние климатических факторов.</p> <p>Смертность от самого гриппа невелика, однако смертность от гриппа, других ОРВИ и острой пневмонии, являющейся самым частым и опасным постгриппозным осложнением, у детей до 1 года составляет 30% общей смертности и 90% смертности от инфекционных болезней, а у детей до 2 лет - 15% общей смертности. Следует иметь в виду, что грипп отягощает течение хронических заболеваний, приводя к так называемым дополнительным соматическим заболеваниям и смертности населения, достигающей наибольших показателей по сердечно-сосудистым заболеваниям, нарушениям кровообращения мозга и поражениям легких. Экономические потери от гриппа составляют миллиарды рублей только за одну эпидемию. По данным ВОЗ, при ежегодных эпидемиях гриппа заболевает от 5 до 10% взрослых, от 20 до 30% детей, смертность составляет от 250 тыс. до 500 тыс. человек и экономический ущерб от 1 до 6 млн долларов США (на 100 тыс. населения).</p> <p>Быстрому распространению гриппа способствуют короткий инкубационный период, аэрогенный путь передачи, высокая восприимчивость людей к гриппу, а также социальные условия жизни населения, в первую очередь характер современных транспортных средств, обеспечивающих быстрое передвижение населения и тесный контакт не только между соседними странами, но и между континентами. За последние 120 лет пандемии гриппа зарегистрированы в 1889, 1918, 1957 и 1968 гг.</p> <p>С 1997 г. отмечают эпизоотии среди диких и домашних птиц, вызванных высокопатогенными вирусами гриппа А субтипа H5N1. Устойчивые природные очаги гриппа птиц находятся в странах Юго-Восточной Азии.</p> <p>Инкубационный период короткий - от нескольких часов до 3 дней. Различают 3 ведущих синдрома: интоксикационный синдром; катаральный синдром; геморрагический синдром проявляется лишь в 5-10% случаев.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Длительность заболевания обычно не превышает 3-5 дней, иногда дольше. Грипп может протекать в атипичной, более легкой форме, а также сочетаться с другими вирусными инфекциями, вызванными аденовирусами, энтеровирусами, парамиксовирусами, РС-вирусом (у детей) и др. В таких случаях диагностика гриппа только на основании клинической симптоматики оказывается затруднительной.</p> <p>Возможно вирусологическое выделение вируса из отделяемого носоглотки, бронхов и трахеи, однако на практике его не проводят. Экспресс-диагностику выполняют с помощью РНИФ, а также ИФА, выявляющего Аг вируса в мазках, взятых со слизистой оболочки нижних носовых раковин. Ретроспективную серологическую диагностику проводят с помощью РТГА, РСК, РНГА, ИФА. Реакции ставят с парными сыворотками, взятыми на 4-5-й день болезни и через 5-7 суток после этого. Диагностическим считается нарастание титров АТ не менее чем в 4 раза. Применяют метод ПЦР.</p> <p>Лечение: госпитализацию больных проводят по клиническим и эпидемиологическим показаниям; в случаях тяжелого и (или) осложненного гриппа; при гриппе средней тяжести у больных с неблагоприятным преморбидным фоном; при заболеваниях в общежитиях, школах-интернатах, детских домах. В остальных случаях лечение проводят на дому.</p> <p>Эпидемиологический надзор: слежение за антигенной структурой циркулирующих возбудителей; быстрое обнаружение новых вариантов вируса; оперативная оценка эпидемиологической ситуации; контроль за иммунологической характеристикой населения; сбор информации о птичьих вирусах гриппа; краткосрочное и долгосрочное прогнозирование. Надзор за гриппом осуществляют на международном и национальном уровнях. ВОЗ разрабатывает программу по эпидемиологическому надзору и борьбе с гриппом.</p> <p>Вакцинопрофилактике против гриппа в предэпидемический период в первую очередь, подлежат группы высокого риска заболеваемости.</p> <p>Для специфической профилактики гриппа используют живые, инактивированные, расщепленные и субъединичные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, приготовленные из эпидемически актуальных штаммов вируса А(Н1N1), А(Н3N2) и В.</p> <p>Прививки против гриппа проводят ежегодно осенью (октябрь-ноябрь) в предэпидемический по гриппу период.</p> <p>Неспецифическая профилактика гриппа и острых респираторных вирусных инфекций включает: экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемической вспышки, с применением противовирусных химиопрепаратов (интерферонов, индукторов эндогенного интерферона); сезонную профилактику,</p>	
--	--	--	---	--

			<p>в предэпидемический период, с применением иммунокорректирующих препаратов; санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия.</p> <p>Закаливающие процедуры: повышают сопротивляемость организма к гриппу и ОРВИ.</p> <p>Больных изолируют дома или в стационаре (по клиническим и эпидемиологическим показаниям). Диспансерное наблюдение за переболевшим осуществляют в случае перенесения осложненной формы гриппа. Сроки диспансеризации определяет состояние здоровья реконвалесцента и составляет не менее 3-6 нед.</p> <p>Экстренная химиопрофилактика: внутриочаговая и внеочаговая. Использование противовирусных химиопрепаратов (ремантадин, арбидол, оксолиновая мазь и ИФН).</p> <p>Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является пневмония, у значительного числа пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс - синдрома (ОРДС).</p> <p>Коронавирусы (<i>Coronaviridae</i>) – это большое семейство РНК- содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и - HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней тяжести. Коронавирусы разделяются на три рода: <i>Alphacoronavirus</i>, <i>Betacoronavirus</i> и <i>Gammacoronavirus</i>. Естественными хозяевами большинства из известных в настоящее время коронавирусов являются млекопитающие.</p> <p>В конце 2002 года появился коронавирус (SARS-CoV), возбудитель атипичной пневмонии, который вызывал ТОРС у людей. Данный вирус относится к роду <i>Betacoronavirus</i>. Природным резервуаром SARS-CoV служат летучие мыши, промежуточные хозяева – верблюды и гималайские циветты. Всего за период эпидемии в 37 странах по миру зарегистрировано более 8000 случаев, из них 774 (9,6%) со смертельным исходом. С 2004 года новых случаев атипичной пневмонии, вызванной SARS-CoV, не зарегистрировано.</p> <p>В 2012 году мир столкнулся с новым коронавирусом MERS (MERS- CoV), возбудителем ближневосточного респираторного синдрома, также принадлежащему к роду <i>Betacoronavirus</i>. Основным природным резервуаром коронавирусов ERS-CoV являются верблюды. С 2012 года зарегистрировано</p>	
--	--	--	--	--

			<p>2494 случая коронавирусной инфекции, вызванной вирусом MERS-CoV, из которых 858 (34%) закончились летальным исходом. Все случаи заболевания географически ассоциированы с Аравийским полуостровом (82% случаев зарегистрированы в Саудовской Аравии). В настоящий момент MERS-CoV продолжает циркулировать и вызывать новые случаи заболевания.</p> <p>Новый коронавирус 2019-nCoV представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae, относится к линии Beta-CoV В. Вирус отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV). Коронавирус 2019-nCoV предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом. Генетическая последовательность 2019-nCoV сходна с последовательностью SARS-CoV по меньшей мере на 70%. Эксперты Южно-Китайского сельскохозяйственного университета провели анализ более 1000 образцов метагеномов диких животных и обнаружили, что коэффициент позитивности бетакоронавируса у панголинов составляет 70%. При этом штамм коронавируса, которым заразились панголины, на 99% идентичен тому, что обнаружен у людей.</p> <p>Патогенез новой коронавирусной инфекции изучен недостаточно. Данные о длительности и напряженности иммунитета в настоящее время отсутствуют.</p> <p>Иммунитет при инфекциях, вызванных другими представителями семейства коронавирусов, не стойкий и возможно повторное заражение.</p> <p>В настоящее время основным источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания.</p> <p>Пути передачи инфекции: воздушно-капельный (при кашле, чихании, разговоре), воздушно-пылевой и контактный. Факторы передачи: воздух, пищевые продукты и предметы обихода, контаминированные 2019-nCoV. Установлена роль инфекции, вызванной 2019-nCoV, как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи.</p> <p>Инкубационный период инфекции, вызванной 2019-nCoV, составляет от 2 до 14 суток. Наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является пневмония, у значительного числа пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).</p> <p>Клинические симптомы повышение температуры тела (>90%); кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев; одышка (55%); миалгии и утомляемость (44%); ощущение заложенности в грудной клетке (>20%), наиболее тяжелая одышка развивается к 6-8-му дню от момента заражения.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Также установлено, что среди первых симптомов могут быть головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение. Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться в отсутствии повышения температуры тела.</p> <p>Клинические варианты и проявления 2019-n CoV инфекции: острая респираторная вирусная инфекция легкого течения; пневмония без дыхательной недостаточности; пневмония с острой дыхательной недостаточностью; ОРДС; сепсис; инфекционно-токсический шок. Мероприятия в отношении источник инфекции: изоляция больных в боксированные помещения/палаты инфекционного стационара; использование масок у больных, которые должны меняться каждые 2 ч; транспортировка больных специальным транспортом; соблюдение больными кашлевой гигиены; использование одноразового медицинского инструментария.</p> <p>Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя: мытье рук; использование медицинских масок; использование спецодежды для медработников; проведение дезинфекционных мероприятий; обеспечение обеззараживания воздуха; утилизация отходов класса В.</p> <p>Мероприятия, направленные на восприимчивых лиц: вакцинация населения – Спутник V, ЭпиВакКорона, КовиВак.</p> <p>Болезнь Филатова, железистая лихорадка, "поцелуйная болезнь", болезнь Пфайффера - острое антропонозное вирусное инфекционное заболевание с лихорадкой, поражением ротоглотки, лимфатических узлов, печени и селезенки и специфическими изменениями гемограммы.</p> <p>Возбудитель – ДНК-геномный вирус, выделен в 1964 г. учеными Эпстайн и Барр, (ВЭБ) относится к семейству Herpesviridae. Вирус способен реплицироваться, в том числе в В-лимфоцитах. В отличие от других вирусов герпеса он не вызывает гибели клеток, а напротив, активирует их пролиферацию. Он обладает оппортунистическими и онкогенными свойствами, содержит 2 молекулы ДНК и способен так же, как и другие возбудители данной группы пожизненно персистировать в организме, выделяясь из ротоглотки во внешнюю среду на протяжении 18 месяцев после первичного инфицирования. Вирионы включают специфические Ag: капсидный АГ(VCA)– IgM, Ig G (латентная инфекция), ядерный (EBNA) (острая инфекция), ранний (EA) (острая инфекция) и мембранный (MA). Вирус малоустойчив к действию температуры свыше 60⁰, УФ - излучению, дезинфицирующим средствам, к действию низких температур и высушиванию.</p> <p>Вирус Эпштейн – Барр является этиологическим агентом следующих заболеваний: инфекционный мононуклеоз; назофарингеальная карцинома;</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>лимфома Бёркитта; Т-клеточная лимфома; болезнь Ходжкина; «Волосистая» лейкоплакия языка.</p> <p>Источники инфекции: больной человек манифестными и стертыми формами заболевания, но преимущественно — вирусоносители, не имеющие никаких явных признаков заболевания (как клинически, так и лабораторно). От больных вирус выделяется в инкубационном периоде, весь период клинических проявлений и с 4-й по 24-ю неделю в периоде реконвалесценции. В среднем длительность инкубационного периода составляет 7-10 дней (по сведениям различных авторов, от 5 до 50 дней).</p> <p>Пути передачи, установленные и возможные: контактно - бытовой путь (при поцелуях, через слюну, посуду, руки, предметы обихода); воздушно-капельный; вертикальный - заражение ребенка в родах (ВЭБ выделяется с секретом канала шейки матки); при переливании крови; половой путь; алиментарный (водно-пищевой); трансмиссивный путь (комары).</p> <p>Естественная восприимчивость к вирусу инфекционного мононуклеоза высокая.</p> <p>Распространено заболевание повсеместно. Большинство заболевших — организованные дети, подростки, молодые люди от 14 до 29 лет. Болезнь «колледжей», «студентов» (от 2 до 20 лет— 60% всех заболевших). Редко болеют дети до 1 года, от 2 до 8 лет— 73%. Сезонность - в зимне-весенний период и связана как со снижением общей резистентности организма, сплоченностью коллективов, так и в значительной степени с повышением гормонального фона и романтического влечения молодых людей. Чаще болеют лица мужского пола. При заражении в раннем детском возрасте первичная инфекция протекает в виде респираторного заболевания, в более старшем возрасте - бессимптомно. К 30-35 годам у большинства людей в крови выявляют антитела к вирусу инфекционного мононуклеоза, поэтому клинически выраженные формы среди взрослых встречаются редко. К 25 годам маркеры инфицирования вирусом имеют более 90% населения планеты (т. е. являются ВЭБ-инфицированными).</p> <p>Клинические симптомы в разгар заболевания (2-3 недели): высокая температура, ангина, симметричная лимфаденопатия (затылочных, заднешейных, подчелюстных узлов), гепатоспленомегалия, заложенность носа (дыхание открытым ртом), храпящее дыхание. В крови определяются атипичные мононуклеары («монолимфоциты») чаще всего в первые дни болезни, реже через 1-1,5 недели. Определяются в течение 2-3 недель. От начала заболевания, иногда к концу первой недели. Исчезают. Могут сохраняться в крови в течение 1-3 месяцев.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Лабораторная диагностика. На ранних фазах инфекционного мононуклеоза в сыворотке крови больного обнаруживаются Ig G к VCA (капсидный антиген), Ig M к EA (ранний антиген). При перенесенной ранее острой инфекции можно обнаружить Ig G к NA-1 (нуклеарный АГ) и Ig G к VCA (капсидный антиген)</p> <p>Дифференциальный диагноз инфекционного мононуклеоза следует проводить с такими заболеваниями, как ангина, дифтерия, скарлатина, аденовирусная инфекция, краснуха, псевдотуберкулез, вирусный гепатит, острый лейкоз, лимфогранулематоз.</p> <p>Мероприятия в отношении источника инфекции:</p> <p>Госпитализация проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.</p> <p>За переболевшими инфекционным мононуклеозом устанавливается медицинское наблюдение сроком 6 месяцев (в случаях тяжелого течения — до 1 года). В первый месяц каждые 10 дней показан осмотр инфекциониста, сдача клинического анализа крови с лейкоцитарной формулой, АЛТ. Далее при нормализации показателей осмотр раз в 3 месяца до окончания срока наблюдения, включая анализы крови, 2-кратное тестирование на ВИЧ и УЗИ органов брюшной полости в конце периода наблюдения. Ограничения занятия спортом на 6 мес. и выезд в жаркие страны.</p> <p>Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя:</p> <p>Проводится комплекс ограничительных и режимных противоэпидемических мероприятий. В очаге ежедневно производится тщательная влажная уборка, контроль за пользованием и мытьем столовой посуды, ежедневно моются игрушки, проветривание и кварцевание.</p> <p>Мероприятия в отношении восприимчивых лиц:</p> <p>Специфической профилактики не существует, ведутся эксперименты с вакциной.</p> <p>За контактными с больными детьми в ДООУ устанавливают медицинское наблюдение на протяжении 20 суток.</p> <p>Краткая история сведений об изучении эпидемиологии дифтерии. Медицинская и социально-экономическая значимость дифтерии. Распространенность дифтерии в мире, России.</p> <p>Дифтерия – антропонозная бактериальная острая инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся местным фибринозным воспалением слизистых оболочек ротоглотки, гортани, носа, реже кожи, глаз и других органов, а также симптомами интоксикации, поражением сердца, нервной системы и почек.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Возбудитель. Возбудитель дифтерии – токсигенная <i>Corynebacterium diphtheriae</i> («палочка Леффлера») относится к роду <i>Corynebacterium</i>. Культурально-морфологические и ферментативные свойства коринебактерий. Коринебактерии дифтерии имеют сложную антигенную структуру. Основным признаком патогенности дифтерийных бактерий является способность вырабатывать экзотоксин; вирулентность определяется адгезией, т.е. способностью прикрепляться к слизистым оболочкам (или коже) организма и размножаться.</p> <p>Дифтерийный токсин относится к сильно действующим бактериальным ядам, уступая лишь ботулиническому и столбнячному. Минимальная летальная доза токсина на 1 кг массы тела человека равна 100 нг.</p> <p>Дифтерийные бактерии обладают значительной устойчивостью во внешней среде. В дифтерийной пленке, каплях слюны, на инфицированных предметах домашнего обихода они могут сохраняться в течение 2 нед., в воде и молоке – 6 – 20 дней, в трупе – около 2 нед., устойчивы к замораживанию. Прямые солнечные лучи, высокая температура и дезинфицирующие растворы (2 – 3 % растворы хлорсодержащих дезсредств, 10 % раствор перекиси водорода и др.) для них губительны.</p> <p>Эпидемиология дифтерии на современном этапе. Источником возбудителя инфекции является зараженный человек, больной или носитель токсигенных коринебактерий. По массивности выделения возбудителя ведущее место в качестве источника возбудителя инфекции занимают больные дифтерией. Однако наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные стертыми или атипичными клиническими формами дифтерии, поскольку последние часто не диагностируются и выявляются в поздние сроки болезни. Больные выделяют возбудителя дифтерии в течение всего заболевания, а также в период реконвалесценции. Длительность носительства у реконвалесцентов составляет 2 – 7 нед., редко – до 90 дней.</p> <p>Существенное эпидемиологическое значение как источники возбудителя дифтерии имеют здоровые бактерионосители, которым принадлежит ведущая роль в распространении инфекции в условиях спорадической заболеваемости. Классификация носительства при дифтерии. Наибольшая опасность бактерионосителей, страдающих острым респираторным заболеванием.</p> <p>Механизм передачи возбудителя – аспирационный. Пути передачи – воздушно-капельный, воздушно-пылевой; фактор передачи – воздух, в котором взвешен бактериальный аэрозоль. Изредка факторами передачи могут служить предметы обихода, игрушки, белье. Дифтерия кожи, слизистых оболочек, глаз, половых органов возникает главным образом при передаче возбудителя через загрязненные им руки. Попадание возбудителя в молоко, где бактерии</p>	
--	--	--	--	--

			<p>способны размножаться, может привести к реализации пищевого пути передачи <i>C. diphtheriae</i>.</p> <p>Естественная восприимчивость людей. Обоснованных фактических данных о наличии индивидуальной резистентности к дифтерийной инфекции у человека не имеется, хотя замечено, что в условиях одинакового риска инфицирования не все индивидуумы становятся даже бактерионосителями, не говоря уже о заболевании. Считают, что около 2 % людей иммунологически не отвечают на дифтерийный экзотоксин, они в случае заражения токсигенными штаммами заболевают гипертоксическими формами дифтерии.</p> <p>Невосприимчивость к заражению <i>C. diphtheriae</i> обеспечивается перенесенным прежде носительством как токсигенных, так и нетоксигенных штаммов. Естественный пассивный иммунитет к дифтерии формируется у новорожденных детей благодаря трансплацентарной передаче антитоксина. Естественный активный иммунитет приобретается за счет инфицирования токсигенными штаммами <i>C. diphtheriae</i> и развития носительства и/или манифестного заболевания.</p> <p>У переболевших дифтерией вырабатывается антитоксический и антибактериальный иммунитет.</p> <p>Основные эпидемиологические признаки дифтерии. Уровень заболеваемости дифтерией обратно пропорционален уровню охвата населения прививками против этой инфекции. Периодические и сезонные (осенне-зимние) подъемы заболеваемости наблюдаются при наличии среди населения восприимчивых контингентов. В этих же условиях заболеваемость может сдвигаться с детского на более старший возраст, а контингентами риска становятся работники транспорта, торговли, сферы обслуживания и др. Причины развития эпидемии дифтерии в России в 90-х гг. XX века, ее особенности.</p> <p>Лабораторная диагностика. Современная диагностика дифтерии включает микробиологические и иммунологические методы. Бактериологическая диагностика дифтерии основана на выделении чистой культуры возбудителя и идентификации его основных морфологических, биохимических и токсигенных свойств. При этом следует строго соблюдать технику взятия материала и сроки доставки материала в лабораторию.</p> <p>Материал для исследования должен быть доставлен не позднее, чем через 2 – 3 ч. после взятия. При транспортировке на дальние расстояния используют тампоны, увлажненные 5 % раствором глицерина, или пробирки с транспортной средой.</p> <p>Для выявления гена дифтерийного токсина предложено использовать полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Для дифференциальной диагностики дифтерии возможно применение иммунологических методов исследования:</p>	
--	--	--	--	--

			<p>определение титра антитоксина в сыворотке крови по методу Иенсена, выявление специфических антибактериальных и антитоксических антител в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА). Для выявления дифтерийного токсина и продуктов его распада можно применять ИФА, реакцию нейтрализации антител (РНАт). Для серологической диагностики дифтерии применяют реакцию торможения пассивной гемагглютинации (РТПГА).</p> <p>Эпидемиологический надзор. Снижение заболеваемости дифтерией – одна из целей Расширенной программы иммунизации ВОЗ. Одним из необходимых условий достижения этих целей является совершенствование эпидемиологического надзора.</p> <p>В системе эпидемиологического надзора за дифтерией необходимо получать информацию о каждом случае заболевания дифтерией или подозрительном на дифтерию. Особое значение приобретает дифференциальная диагностика дифтерии, в том числе лабораторная диагностика.</p> <p>В целях раннего выявления случаев дифтерии врач-педиатр, врач-терапевт обязаны активно наблюдать за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах (включая паратонзиллярные абсцессы) в течение 3-х дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию в течение первых 24 ч.</p> <p>При наблюдении за больной ангиной должна соблюдаться четкая преемственность на всех этапах – от момента обращения за медицинской помощью (скорая и неотложная медицинская помощь, поликлиника) до госпитализации. Показания для госпитализации больных и носителей.</p> <p>При постановке диагноза следует использовать «стандартное определение» случая дифтерии, включающее в себя перечень основных симптомов заболевания.</p> <p>Каждый случай заболевания дифтерией или подозрения на это заболевание, а также носительства токсигенных коринебактерий дифтерии подлежит регистрации и учету по месту их выявления в лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других учреждениях, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, а также в медицинских учреждениях, занимающихся частной медицинской практикой, в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. № 060/у). Внеочередное донесение подается в Департамент Госсанэпиднадзора МЗ РФ о каждом случае смерти дифтерии и групповых заболеваниях (5 случаев и более).</p> <p>Оценка работы по раннему выявлению больных. Оценка качества и эффективности профилактической вакцинации. Учет реакций и</p>	
--	--	--	--	--

				<p>поствакцинальных осложнений на прививку. Отчет о проведенных прививках. Оценка охвата детей прививками против дифтерии в соответствии с критериями ВОЗ.</p> <p>Профилактика дифтерии. Основным методом защиты от дифтерии является вакцинопрофилактика, которая направлена на создание невосприимчивости населения к этой инфекции. У привитых против дифтерии людей формируется антитоксический иммунитет, который, однако, не предотвращает заболевание или носительство.</p> <p>Профилактические прививки против дифтерии проводятся препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации в установленном порядке, в строгом соответствии с инструкциями (наставлениями) по их применению. Вакцины, применяющиеся для профилактики дифтерии в России. Формы учета проводимой вакцинации.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. Дифтерия (бактерионосительство токсигенных штаммов) входит в перечень инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих учету в лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждениях.</p> <p>Противоэпидемические мероприятия необходимо начинать сразу же после выявления «подозрительного» на дифтерию случая заболевания. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге дифтерии является его локализация и ликвидация. Карантин не накладывается.</p> <p>Мероприятия в отношении больных дифтерией и носителей. Мероприятия в отношении контактных лиц. Дезинфекционные мероприятия. Обязанность Центра гигиенического воспитания и образования граждан по вопросам профилактики дифтерии: разработка и обеспечение медицинских работников методическими материалами, наглядными и научно-популярными материалами по соответствующей тематике; оказание методической помощи медицинским работникам в проведении санитарного просвещения населения. Работа ЦГиЭ и врачей практического здравоохранения по профилактике дифтерии в России. Изучение причин и мотивов низкого охвата населения прививками против дифтерии.</p> <p>Распространенность краснухи, кори в России, Саратовской области.</p> <p>Краснуха – антропонозная вирусная острая инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся мелкопятнистой сыпью на коже и лимфаденопатией.</p> <p>Возбудитель. Вирус краснухи относится к семейству <i>Togaviridae</i>, роду <i>Rubivirus</i>. Вирус краснухи чувствителен к воздействию физических и химических факторов внешней среды: инактивируется при температуре 56 °С в</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>течение 30 мин., при 100 °С – в течение 2 мин., теряет активность при 37 °С, теряет инфекционность при рН менее 5,8 и более 8,1, при ультрафиолетовом облучении; разрушается жирорастворителями,</p> <p>Современные особенности эпидемиологии. Источником возбудителя инфекции является больной человек, независимо оттого, в какой клинической форме – манифестной или инapparантной – протекает заболевание. Больной краснухой человек выделяет вирус, начиная со второй недели после заражения и до 5 дня с момента появления сыпи.</p> <p>Заразный период начинается за 7 дней до начала высыпания и продолжается в течение всего лихорадочного периода (до 14 дней после высыпания).</p> <p>Механизм передачи возбудителя – аспирационный.</p> <p>Особое значение имеет вертикальный механизм передачи возбудителя краснухи. При заболевании краснухой беременной женщины результатом тератогенного действия вируса может являться гибель или тяжелые пороки развития плода.</p> <p>Естественная восприимчивость людей. Краснуха является повсеместно распространенным заболеванием, поражающим при отсутствии вакцинации почти каждого человека независимо от возраста. У лиц, переболевших краснухой в манифестной или бессимптомной форме вырабатывается стойкий иммунитет к этой инфекции, который сохраняется пожизненно.</p> <p>Краснуха широко распространена. Для нее характерны периодические подъемы заболеваемости: умеренные (каждые 3 – 5 лет) и более интенсивные (каждые 10 – 12 лет).</p> <p>Особенностью краснухи является выраженная зимне-весенняя сезонность. Вспышечная заболеваемость, как правило, регистрируется в январе-мае.</p> <p>Возрастная заболеваемость краснухой характеризуется интенсивным ее распространением среди детей дошкольного возраста с наиболее высокими показателями у детей 3 – 4 лет. Контингентами риска являются организованные дети, уровень заболеваемости которых выше неорганизованных сверстников. Отмечается высокая очаговость в детских дошкольных учреждениях. Длительность вспышек прямо пропорциональна числу заболевших в детском коллективе: вспышки с числом случаев до 10 продолжаются в среднем не более 4 – 10 недель, с 10 – 20 случаями – 11 – 19 недель, с числом случаев 20 и более – 20 – 26 недель. Имеются данные о сдвиге заболеваемости на более старшие возрастные группы. Группой риска являются женщины детородного возраста (20 – 29 лет).</p> <p>Внутриутробное инфицирование плода и развитие врожденной краснухи новорожденных происходит вследствие первичного инфицирования женщины,</p>	
--	--	--	--	--

			<p>преимущественно в первые 16 недель, особенно в перв беременности. В результате инфицирования возможны гибель плода, выкидыши, рождение детей с пороками развития.</p> <p>Регистрация случаев врожденной краснухи в стране практически не осуществляется.</p> <p>Лабораторная диагностика. Результатами лабораторных исследований, подтверждающими клинический диагноз случая краснухи, являются: выделение вируса краснухи из ротоглоточной слизи в период высыпания; статистически значимое увеличение уровня антител в тестах (РТГА, РРГ, ИФА); выявление в ИФА специфичных IgM.</p> <p>Эпидемиологический надзор. Ликвидация врожденной краснухи – одна из целей Расширенной программы иммунизации ВОЗ.</p> <p>Профилактические мероприятия. Основным методом защиты населения от краснухи является вакцинопрофилактика, которая защищает от заболевания 95 – 97 % привитых. Вакцинация женщин детородного возраста предупреждает возникновение врожденных форм краснухи.</p> <p>Основная цель вакцинопрофилактики краснухи – предупреждение рождения детей с СВК.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. Противоэпидемические мероприятия необходимо начинать сразу же после выявления «подозрительного» на краснуху случая заболевания. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге краснухи является его локализация и ликвидация.</p> <p>Госпитализация больного. При наличии клинических и эпидемиологических показаний проводится госпитализация больного в инфекционное отделение на добровольных началах. Больных врожденной краснухой на первом этапе лечат в профильном стационаре в зависимости от характера ведущих клинических синдромов и возраста детей.</p> <p>Меры в отношении других лиц в очаге краснухи. Разобщение беременных женщин первых 3-х мес. беременности изолируют от больного на 10 дней от начала заболевания (временный переезд на другую квартиру, перевод на другую работу из детского коллектива и др.) и проводят их серологическое обследование в динамике: первая проба крови берется в первые дни контакта, но не позднее 10 дня, вторая – через две недели после установления контакта.</p> <p>Экстренная профилактика. Если среди лиц, общавшихся с больным краснухой, есть дети в возрасте до 12 мес., им необходимо ввести иммуноглобулин. С целью профилактики вторичных случаев заболевания в очаге (при наличии живой краснушной вакцины) в течение 72 час с момента выявления первого больного проводится вакцинация (ревакцинация) следующих категорий лиц (в возрасте от</p>	
--	--	--	---	--

			<p>12 мес. до 35 лет) из числа общавшихся с больными: не болевшие краснухой ранее и не привитые против нее; не болевшие краснухой ранее и однократно привитые против нее (если с момента прививки прошло не менее 6-ти мес.); лица с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом в отношении краснухи.</p> <p>Диспансерное наблюдение осуществляется за детьми с врожденной формой инфекции. Наблюдение включает регулярные серологические и вирусологические исследования. У больных врожденной краснухой вслед за исчезновением IgM-антител возможно их повторное обнаружение, что практически всегда указывает на реактивацию краснушной инфекции. Такие больные должны быть повторно госпитализированы. Снятие с учета может быть осуществлено только после достижения стойкой ремиссии. Реабилитация реконвалесцентов осложненной краснухи и лечение пороков развития должно проводиться в стационаре.</p> <p>Корь – антропонозная вирусная острая инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, катаральным воспалением конъюнктивы и слизистых верхних дыхательных путей, энантемой и этапными пятнисто-папулезными высыпаниями на коже.</p> <p>Возбудитель. Вирус кори – <i>Polynosa morbillorum</i> – относится к семейству <i>Paramyxoviridae</i>, роду <i>Morbillivirus</i>. Геном вируса представлен одной молекулой однонитчатой РНК.</p> <p>Вирус кори мало устойчив к воздействию физических и химических факторов внешней среды: инактивируется при температуре 56 °С в течение 30 мин., теряет активность при 37 °С, быстро инактивируется при pH 2,0 – 4,0, разрушается детергентами.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии. Источники возбудителя. Корь является типичной антропонозной инфекцией. Источником возбудителя инфекции может быть больной корью человек, который выделяет вирус в последние 1 – 2 дня инкубационного периода и первые 4 дня периода кожных высыпаний. Источниками возбудителя инфекции являются больные корью, независимо от клинической формы заболевания.</p> <p>Механизм передачи возбудителя – аспирационный. При заболевании корью беременной женщины возможна реализация вертикального пути передачи возбудителя инфекции. Вирус кори обладает тератогенным действием.</p> <p>Естественная восприимчивость людей является всеобщей. У лиц, переболевших корью, иммунитет к этой инфекции сохраняется в течение всей жизни. Случаи повторного заболевания корью чрезвычайно редки.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Периодичность подъемов и спадов заболеваемости сохранилась, однако резко уменьшилась амплитуда их колебаний. Продолжительность эпидемического цикла кори увеличилась и составила от 4 – 5 до 10 лет против 1 – 3 лет в допрививочный период.</p> <p>В России продолжают регистрироваться единичные летальные исходы заболевания корью. Так, в 1998 г. показатель смертности от кори составил по стране в целом 0,001 на 100 000 населения.</p> <p>Сохранилась зимне-весенняя сезонность инфекции: активизация эпидемического процесса по-прежнему начинается в декабре, однако пик заболеваемости сместился на май-июнь.</p> <p>Существенно изменилась возрастная структура больных корью. Наиболее поражаемыми группами населения являются дети первого года жизни (показатели заболеваемости на уровне 5 – 7 на 1000), дети в возрасте от 1 года до 2 лет (7 – 8 на 1000) и взрослые (0,9 на 1000). Высокая заболеваемость детей первого года жизни связана с увеличением числа серонегативных к кори лиц среди беременных женщин (с 1,9 % в 1986 г. до 30 % в 1998 г.).</p> <p>Вовлечение в эпидемический процесс взрослых обусловлено высокой их восприимчивостью: число незащищенных среди них (по данным выборочных серологических исследований) составляет более 30 %. «Повзросление» кори привело к увеличению в структуре заболеваемости удельного веса тяжелых и среднетяжелых клинических форм.</p> <p>Основы современной лабораторной диагностики. Результаты лабораторных исследований, подтверждающими клинический диагноз случая кори, являются: выделение вируса кори из крови и/или носоглоточной слизи в период высыпания; статистически значимое увеличение уровня специфических антител в тестах (РТГА, РПГА, ИФА); выявление в стандартных серологических тестах (ИФА) специфических IgM в пробе сыворотки крови, взятой не позднее 7 дней после появления сыпи.</p> <p>Эпидемиологический надзор. Всемирная организация здравоохранения, реализуя в глобальном масштабе Расширенную программу иммунизации, преследует цель снизить заболеваемость корью до спорадического уровня, а в перспективе и ликвидировать эту инфекцию.</p> <p>В условиях спорадической заболеваемости особо важное значение приобретает эпидемиологический надзор за корью.</p> <p>Одним из основных принципов эпидемиологического надзора является активный и систематический сбор, анализ и оценка необходимой информации, постоянный обмен ею между всеми заинтересованными службами и ведомствами. В системе эпидемиологического надзора за корью необходимо</p>	
--	--	--	--	--

				<p>получать информацию не только о каждом случае заболевания корью или подозрительного на корь, но и о результатах лабораторных исследований, о проведенных прививках и случаях реакций на прививку и поствакцинальных осложнений, а также о соблюдении условий хранения, транспортировки и применения живой коревой вакцины.</p> <p>Профилактические мероприятия. Основным методом защиты населения от кори является вакцинопрофилактика, которая защищает от заболевания 95 – 97 % привитых.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. Больные корью подлежат обязательному серологическому обследованию с целью подтверждения диагноза. Больные тяжелыми клиническими формами кори, а также больные этой инфекцией из детских учреждений с постоянным пребыванием детей, общежитий, проживающие в неблагоприятных бытовых условиях, должны быть госпитализированы. Возможность выписки больного из стационара определяется клиническими показаниями. Изоляция больного продолжается до исчезновения клинических симптомов, но не менее 4 дней с момента появления сыпи.</p> <p>Допуск реконвалесцентов в коллектив разрешается после клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев инфекционной болезни в очаге.</p> <p>Разобщение. В течение 17 дней с момента выявления последнего заболевшего в детское учреждение, школу не принимаются дети, не болевшие корью и не привитые против этой инфекции.</p> <p>Экстренная профилактика. С целью профилактики вторичных случаев заболевания корью в очаге этой инфекции в течение 72 ч. с момента выявления первого больного проводится вакцинация (ревакцинация) следующих категорий лиц (в возрасте от 12 мес. до 35 лет) из числа общавшихся с больными.</p> <p>Диспансерное наблюдение за переболевшим корью не регламентировано.</p> <p>Основная цель проведения профилактических прививок против данных инфекций – достижение социально приемлемого уровня заболеваемости – одного случая на 100 000 населения.</p>	
Б.1.Б. 1.4	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1.	Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций	<p>Брюшной тиф – антропонозная бактериальная инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется поражением лимфатического аппарата тонкого кишечника, увеличением печени и селезенки, бактериемией и выраженной интоксикацией.</p> <p>Этиология. Возбудитель – сальмонелла, относящаяся к семейству энтеробактерий и роду сальмонелл. Содержат соматический О-антиген (термостабильный), жгутиковый Н-антиген (термолабильный), капсулярный</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

		<p>ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2.</p>		<p>термолабильный Vi-антиген и ряд других. По чувствительности к типовым бактериофагам возбудитель подразделяется на более чем 100 стабильных фаготипов. Определение типа возбудителя является удобной меткой для выявления эпидемиологических связей между отдельными заболеваниями, выяснения источника и путей передачи возбудителя инфекции. Возбудитель способен к L-трансформации в иммунном организме, умеренно устойчив во внешней среде – в почве, воде он может сохраняться до 1 – 5 мес., в испражнениях – до 25 дней, на белье – до 2 нед., на пищевых продуктах – от нескольких дней до недель, особенно продолжительно - в молоке, мясном фарше, овощных салатах, где при температуре выше 18 °С они способны размножаться. При нагревании быстро погибает, дезинфицирующие растворы в обычных концентрациях действуют на него губительно.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии. Резервуар и источник возбудителя – человек, больной или бактериовыделитель. Опасность больного для окружающих в разные периоды болезни неодинакова. В инкубационном периоде зараженный человек практически не опасен. Опасность больного для окружающих увеличивается по мере развития болезни и достигает наибольшей степени на 2-3-й нед. болезни, когда бактерии выделяются с калом, мочой, обнаруживаются в поте, молоке, даже носоглотке. Большая часть переболевших освобождается от возбудителя в первые 1 – 2 нед. и в течение ближайших 2 – 3 мес. реконвалесценции. Примерно 3 – 5 % из них остаются носителями на длительный срок, а некоторые – на всю жизнь. Эпидемиологическая опасность хронического носителя определяется его профессией и зависит от соблюдения им правил личной гигиены. Особое значение носители приобретают, когда имеют доступ к приготовлению, хранению и реализации пищевых продуктов.</p> <p>Механизм передачи возбудителя – фекально-оральный, который реализуется водным, пищевым и бытовым путями, но в районах с повышенным уровнем заболеваемости распространение идет в основном водным путем. Это происходит за счет использования воды загрязненных поверхностных водоемов и неудовлетворительного санитарно-технического состояния водопроводных и канализационных сооружений, использования воды технических водопроводов. В результате употребления зараженной воды возникают острые и хронические водные вспышки, которые могут продолжаться длительно и охватывать большие группы населения. К возникновению водных вспышек приводят аварии на водопроводных сетях и сооружениях, перепады давления и нерегулярность подачи воды, сопровождающиеся подсосом инфицированных грунтовых вод через негерметичные отрезки сетей. Из пищевых продуктов наиболее опасны молоко и молочные изделия, кремы, салаты и другие продукты, являющиеся</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>хорошей средой для размножения возбудителя. Изредка заражение может произойти и через овощи, особенно при поливе их сточными водами или удобрении фекалиями. Бытовой путь передачи возможен при низкой культуре бактерионосителей или больных со стертой формой болезни. При этом происходит заражение окружающих предметов, а в последующем – заражение пищи.</p> <p>Естественная восприимчивость людей, к болезни высокая, перенесенное заболевание оставляет стойкий пожизненный иммунитет. Повторные заболевания крайне редки.</p> <p>Основные современные эпидемиологические признаки. Для брюшного тифа характерно повсеместное (убиквитарное) распространение, но уровни заболеваемости на разных территориях существенно различаются, что находится в зависимости от наличия и активности прежде всего водного пути передачи. Брюшной тиф остается эндемичной инфекционной болезнью на ряде территорий России. Наличие хронических бактерионосителей и отсутствие эффективных методов их санации определяют возможность спорадического и эпидемического распространения брюшного тифа практически на любой территории в любое время года. Однако эндемичность болезни чаще всего определяется активностью водного пути передачи возбудителя инфекции.</p> <p>Заболеваемость брюшным тифом обусловлена миграционными процессами, ростом торговых связей, широким распространением уличной торговли, в том числе пищевыми продуктами. Имеются данные о формировании антибиотикорезистентных штаммов возбудителя, способных вызывать крупные вспышки заболеваний.</p> <p>Сезонное распределение заболеваемости характеризуется подъемами в летне-осенний период. Отмечено более частое формирование хронического носительства возбудителя на территориях с широким распространением описторхозной инвазии (Обь-Иртышский бассейн).</p> <p>Заболеваемость жителей, проживающих в сельских районах, выше, чем жителей городов, что связано главным образом с наличием условий для заражения населения. Описаны также «молочные» вспышки среди маленьких детей и «купальные» водные среди школьников. Если пищевой продукт служит питательной средой для микроорганизмов, отмечается взрывной характер вспышки, т.е. они протекают по типу водных.</p> <p>Внутрибольничное распространение инфекции характерно для психоневрологических стационаров.</p> <p>Выздоровление сопровождается формированием хронического носительства возбудителя (3 – 5 %).</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Лабораторная диагностика. Эпидемиологический надзор. Наибольшее внимание при осуществлении эпидемиологического надзора за брюшным тифом уделяют объектам водоснабжения и молокоперерабатывающим предприятиям, а также контролю очистки, канализации и обезвреживания нечистот, борьбы с мухами. В рамках эпидемиологической диагностики проводится ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ.</p> <p>Профилактические мероприятия сводятся, прежде всего, к выявлению бактерионосителей тифозной палочки и к пресечению путей ее передачи. Наиболее результативны меры по устранению водного и пищевого путей передачи возбудителей. Важное значение имеет санитарное просвещение населения. Вспомогательное значение имеет иммунизация, которая проводится по эпидемиологическим показаниям среди населения. Мероприятия в эпидемическом очаге.</p> <p>Госпитализация больного или подозрительного обязательна. После клинического выздоровления больной выписывается из стационара не ранее 21 дня нормальной температуры.</p> <p>Эпидемиологическое обследование очага. Разобщение. Экстренная профилактика. Для предохранения заболевания брюшным тифом и паратифами лиц, общавшихся с больными или реконвалесцентами в очаге может применяться бактериофаг. Дезинфекция. Текущую дезинфекцию выполняют родственники в течение всего периода пребывания больного или бактерионосителя в очаге инфекции. Заключительную – после госпитализации больного, силами дезслужбы.</p> <p>Организация проведения диспансерного наблюдения за переболевшими.</p> <p>Потенциальные возможности осложнения эпидемиологической ситуации по брюшному тифу в Российской Федерации.</p> <p>Сальмонеллезы – группа острых кишечных инфекционных болезней, вызываемых бактериями рода сальмонелл, характеризующихся значительным полиморфизмом клинического течения, частым наличием интоксикации, лихорадки, признаков поражения желудочно-кишечного тракта (рвота, боли в животе, жидкий стул и др.).</p> <p>Распространенность. Сальмонеллезы широко распространены на всех континентах мира, хотя их географическое распространение, этиологическая структура и уровни заболеваемости в разных странах неодинаковы и подвержены определенным изменениям.</p> <p>Этиология. Первым бактериальную природу сальмонеллез обосновал Гертнер выделивший в 1988 г. из мышц вынужденно забитой крови и из селезенки умершего от энтерита человека (употреблявшего мясо в сыром виде) идентичные</p>	
--	--	--	--	--

			<p>бактерии, названные сальмонелла энтеритидис. Несколькоми годами раньше (1884-85) американские ученые Сальмон и Смит при изучении этиологии чумы свиней выделили микроб, который ошибочно приняли за возбудителя этой болезни и дали ему название <i>Bact. suispestifer</i>. Этот микроб оказался первым представителем, положившим начало будущему обширному роду Сальмонелла.</p> <p>В последующие годы с развитием бактериологии, у людей и животных были обнаружены многие другие, родственные выделенному Гертнеру микроорганизмы. В 1933 г. в соответствии с рекомендацией Международного номенклатурного комитета (сальмонеллезного подкомитета) все эти микроорганизмы получили название сальмонелл, а вызываемые ими болезни-сальмонеллезы.</p> <p>Возбудителями сальмонеллезов являются микроорганизмы, принадлежащие к роду сальмонелл семейства кишечных (Энтеробактерiacee) трибы I.</p> <p>Источник возбудителя инфекции. Основным источником возбудителя <i>S.</i> для человека являются самые разнообразные животные и птицы (крупный рогатый скот, мелкий рогатый скот, свиньи, куры, гуси, утки, индейки и др.).</p> <p>Сальмонеллез у животных, также как у людей может протекать в различной форме (от бессимптомного носительства до клинически выраженных заболеваний, сопровождающихся падежом). Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют носители, так как выявление инфекции у них затруднено из-за отсутствия признаков заболевания, при этом носительство может сохраняться длительное время.</p> <p>Механизм передачи возбудителя инфекции. Сальмонеллезы передаются фекально-оральным механизмом с присущими ему особенностями. Манифестные формы заболевания возникают при определенных условиях (накопление возбудителя в пищевом продукте, повышенная индивидуальная чувствительность организма и др.). Распространение инфекции может происходить при отсутствии одного из важных условий реализации механизма передачи – накопление возбудителя в пищевом продукте, как это имеет место в очагах внутрибольничных сальмонеллезов. Основным путем передачи является алиментарный, а доминирующими факторами передачи возбудителя – различные пищевые продукты и, прежде всего, мясо.</p> <p>По данным отечественных и зарубежных исследователей, в последние десятилетия от 45 до 75 % регистрируемых заболеваний сальмонеллезами связано с употреблением в пищу мяса животных и птиц. Мясо может оказаться зараженным как прижизненно (эндогенно), так и посмертно (экзогенно).</p> <p>Клиническая и лабораторная диагностика. Инкубационный период при сальмонеллезе колеблется от 2 – 6 часов до 2 – 3 дней. Наиболее характерными</p>	
--	--	--	--	--

			<p>симптомами является тошнота, рвота, понос. Принимая во внимание полиэтиологичность с. и многообразие форм их клинического течения, а также широкое распространение бессимптомного носительства, следует признать, что наиболее достоверным, а в ряде случаев единственным методом установления диагноза с. является бактериологический. Выделение возбудителя и установление его биологических свойств (серовар, биовар, фаготип и др.) весьма существенно и для эпидемиологического диагноза.</p> <p>Наряду с этим значительную помощь в диагностике с. могут оказать серологические методы исследования. Эпидемиологический надзор. Основные функции эпидемиологического надзора сводятся к следующему: разработка методов и стандартизация процедур учета и уведомления об инфекционных болезнях; получение, обобщение, анализ и интерпретация, хранение и распространение эпидемиологической информации как внутри страны, так и за ее пределами; координация работы служб, входящих в систему надзора на национальном уровне; подготовка проектов санитарного законодательства, инструкций и других документов.</p> <p>Профилактика и мероприятия по борьбе с сальмонеллезами. Множественность источников возбудителей инфекции, разнообразие путей и факторов передачи возбудителей и другие особенности делают необходимым осуществление строго координированного комплекса мероприятий (медицинских, ветеринарных, санитарных и других мероприятий).</p> <p>Ведущая роль в профилактике с. принадлежит эпизоотолого-эпидемиологическому надзору, санитарно-техническим и санитарно-гигиеническим мероприятиям, направленным на обезвреживание путей и факторов передачи возбудителя. Эффективность воздействия на источники возбудителей инфекции ограничивается не только их множественностью, но и существованием широкого бессимптомного бактериального носительства, как среди людей, так и среди животных.</p> <p>Что касается воздействия на третье звено эпидемиологического процесса, то в силу полиэтиологичности и особенностей патогенеза иммунопрофилактика сальмонеллезом у людей практически не реальна. Она может оказаться эффективной для предупреждения заболеваний с/х животных и птиц (главным образом молодняка), у которых заболевания часто связаны с хозяин-адаптированным сероваром. Тем не менее, она не обеспечит защиты от бактерионосительства у взрослого поголовья.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. Мероприятия в отношении больных сальмонеллезом. Эпидемиологическое обследование очагов сальмонеллезом, особенности его проведения. Показания для госпитализации больных. Меры в</p>	
--	--	--	---	--

			<p>отношении факторов передачи возбудителя инфекции. Показания для проведения дезинфекции и дератизации. Меры в отношении контактных лиц в очаге. Средства экстренной профилактики заболевания. Диспансерное наблюдение за переболевшими.</p> <p>Потенциальные возможности осложнения эпизоотологической и эпидемиологической ситуации по сальмонеллезам.</p> <p>Исторические сведения об изучении вирусных гепатитов А и Е. Распространенность вирусных гепатитов А и Е. Медицинская и социально-экономическая значимость энтеральных вирусных гепатитов (ЭВГ).</p> <p>Вирусный гепатит А (ГА) – острая вирусная антропонозная болезнь человека, с фекально-оральным механизмом передачи инфекции, характеризующаяся циклическим доброкачественным течением, развитием паренхиматозного гепатита, сопровождающегося в отдельных случаях желтухой.</p> <p>Гепатит Е – вирусный гепатит с фекально-оральным механизмом передачи инфекции, отличающийся от гепатита А преимущественно водным путем распространения и тяжелым течением у беременных.</p> <p>Общая характеристика энтеральных вирусных гепатитов. Роль ЭВГ в структуре инфекционной патологии России и других странах.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии ЭВГ. Ведущие пути и факторы передачи ГА и ГЕ, сходства и различия в возрастной структуре заболеваемости, группах риска и т.д.</p> <p>Последние достижения в области изучения проблемы ГЕ. Предварительные данные о возможной зоонозной природе ГЕ, полученные настоящее время. Предположения о возможности инфицирования возбудителем ГЕ некоторых видов диких и домашних животных (крысы, свиньи, цыплята, овца) в естественных условиях.</p> <p>Основные пути передачи инфекции – контактно-бытовой, водный, пищевой. Реализация путей передачи посредством факторов, присущих кишечным инфекциям: вода, пищевые продукты, «грязные руки» и предметы обихода. Наибольшая значимость для ГА контактно-бытового пути передачи возбудителя, чаще всего реализуемого в детских и других организованных коллективах. Значение водного пути передачи вируса ГА при использовании недоброкачественной питьевой воды, купании в загрязненных водоемах, при интенсивной контаминации вирусом ГА водосточников вблизи водозабора, при низком санитарно-коммунальном благоустройстве территории.</p> <p>Ведущая эпидемиологическая характеристика ГЕ – фекально-оральный механизм передачи заразного начала, реализуемый преимущественно через потребление контаминированной воды. Аргументы в пользу главного фактора</p>
--	--	--	---

			<p>передачи инфекции – воды: низкая очаговость; возникновение массовой заболеваемости, связанной с сезонами дождей, высоким стоянием уровня грунтовых вод. Второстепенная роль контактного и пищевого пути передачи возбудителя ГЕ, по сравнению с ГА, в распространении инфекции.</p> <p>Характерные признаки эпидемического процесса ГЕ: концентрация заболеваемости в небольших городах и сельских поселениях, причем отчетливо прослеживается связь между показателями заболеваемости и уровнем коммунального благоустройства территорий (особенно с санитарным состоянием источников питьевого водоснабжения).</p> <p>Всеобщая восприимчивость людей к ГА и ГЕ. Иммуитет после перенесенного заболевания: длительный, пожизненный. Один из факторов, влияющих на ход эпидемического процесса – уровень коллективного иммунитета населения.</p> <p>Специфические маркеры каждой нозологической формы вирусных гепатитов, выявляемые в разные сроки заболевания и их прогностическое значение. Лабораторная диагностика ЭВГ: выявление специфических антигенов и антител в крови (методы иммуноферментного анализа – ИФА). Непосредственное обнаружение вирусных частиц при тестировании РНК-ВГА или РНК-ВГЕ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).</p> <p>Эпидемиологический надзор – основа любой программы борьбы с инфекционными заболеваниями. Управление эпидемическим процессом при ЭВГ в современных условиях – одна из главных проблем здравоохранения. Актуальность проблемы совершенствования эпидемиологического надзора (ЭН) и контроля за ЭВГ. Цель ЭН – разработка научно-обоснованных тактических и стратегических решений по профилактике и борьбе с ЭВГ. Рассмотрение с позиций системного анализа действующей в стране системы эпидемиологического надзора за ЭВГ.</p> <p>Профилактические и противоэпидемические мероприятия при ЭВГ и их эпидемиологическое значение с позиций управления эпидемическим процессом (рассматривается отдельно).</p> <p>Основные профилактические мероприятия в отношении ЭВГ – санитарно-гигиенические, направленные на разрыв фекально-орального механизма передачи возбудителя. Характеристика противоэпидемических мероприятий в эпидемических очагах ЭВГ: меры в отношении факторов передачи возбудителя; меры в отношении других лиц в очаге; возможность экстренной профилактики ГА; вопросы диспансерного наблюдения за переболевшими.</p> <p>Возможность неспецифической и специфической профилактики. Характеристика существующих вакцин против ГА.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Мероприятия, стоящие перед санитарно-эпидемиологической службой, направленные на снижение заболеваемости энтеральными вирусными гепатитами и проблемы, связанные с ними. Стратегии иммунопрофилактики вирусного гепатита А в Российской Федерации</p>	
Б.1.Б. 1.5	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2.	Эпидемиология и профилактика трансмиссивных (кровяных) инфекций	<p>Определение. Сыпной тиф (эпидемический сыпной тиф, лагерный тиф, вшивый сыпной тиф и др.) – острый антропонозный трансмиссивный риккетсиоз, характеризующийся выраженной интоксикацией с тифозным статусом, экзантемой и энантемой, поражением сердечно-сосудистой (в виде системного пантромбоваскулита) и нервной систем.</p> <p>Этиология. Возбудитель – граммотрицательная мелкая неподвижная бактерия <i>Rickettsia prowazekii</i> da Rocha-Lima рода <i>Rickettsia</i> семейства <i>Rickettsi-aceae</i>.</p> <p>Спор и капсул не образует, морфологически полиморфна: может иметь вид кокков, палочек и нитей; все формы сохраняют патогенность.</p> <p>Основные антигены локализуются в двухслойной клеточной оболочке риккетсии: более поверхностный термостабильный антиген липидной природы, термолабильный видоспецифический белково-полисахаридный комплекс.</p> <p><i>Rickettsia prowazekii</i> отнесена ко 2-й группе патогенности.</p> <p>Основные методы окрашивания риккетсий: метод Романовского-Гимзы, серебрение по Морозову.</p> <p>В организме человека возбудители размножаются только в цитоплазме и никогда в ядрах инфицированных клеток.</p> <p>Во внешней среде риккетсии довольно устойчивы: в испражнениях вшей, попадающих на одежду, сохраняют жизнеспособность и патогенность в течение 3 мес. и более; длительно сохраняются при низких температурах и в высушенном состоянии. При температуре 56 °С погибают за 10 мин, при 100 °С – за 30 с. Быстро инактивируются под действием хлорамина, формалина, лизола, кислот, щелочей в обычных концентрациях.</p> <p>Резервуар и источник инфекции – больной человек, представляющий опасность в течение 10-21 суток: в последние 2 дня инкубации, весь лихорадочный период и первые 2-3 дня, иногда 7-8 дней нормальной температуры тела.</p> <p>Механизм передачи – трансмиссивный, возбудитель передается через вшей, главным образом платяных и в меньшей мере головных. Вошь заражается при кровососании больного и становится заразной на 5-7-е сутки. За этот срок происходит размножение риккетсий в эпителии кишечника, где они обнаруживаются в огромном количестве. Средний срок жизни вши 40-45 дней, зараженной вши 10-14 дней.</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

			<p>Пути и факторы передачи. Человек заражается, втирая при расчесывании фекалии вшей в места их укусов. Возможно, также заражение воздушно-пылевым путем при вдыхании высушенных фекалий вшей и при их попадании на конъюнктиву.</p> <p>Инкубационный период варьирует от 6 до 25 дней, в среднем продолжается около 2 недели.</p> <p>Диагностика. Выделение возбудителя, как правило, не проводят из-за сложности культивирования риккетсий. Возможна постановка ИФА для обнаружения риккетсиозного Аг. Для подтверждения диагноза в основном применяют серологические методы. Наиболее быстрый ответ в первые дни болезни дает РИГА, ее титры к концу 1-й недели могут достигать 1:1000. На 2-й неделе выявляются комплементсвязывающие антитела в РСК с растворимым риккетсиозным антигеном, титры реакции 1:160 и выше. Рекомендуют постановку серологических реакций как с цельной сывороткой крови, так и с ее фракциями, содержащими сывороточные IgM и IgG. В те же сроки или немного раньше выявляются антитела в реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) или методом ИФА. Перспективны ПЦР и РНИФ с моноклональными антителами. Изменения гемограммы при сыпном тифе умеренные: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ.</p> <p>Дифференциальная диагностика. В начальном периоде сыпной тиф следует отличать от гриппа, менингококковой инфекции, геморрагических лихорадок, пневмоний и других состояний, сопровождающихся лихорадкой. При появлении экзантемы (период разгара) заболевание дифференцируют с брюшным тифом и паратифами, корью, лекарственной болезнью, сепсисом, сифилисом и другими лихорадочными состояниями, для которых характерны кожные высыпания.</p> <p>Лечение. В случаях сыпного тифа или при подозрении на него необходима госпитализация больного в инфекционные отделения. Строгий постельный режим назначают не менее чем до 5-7-го дня нормальной температуры тела. Для этиотропного лечения применяют препараты тетрациклинового ряда, активное дезинтоксикационное лечение с внутривенным введением растворов и форсированным диурезом. При необходимости назначают сердечно-сосудистые, седативные и снотворные препараты, анальгетики. Глюкокортикоиды (преднизолон) применяют только при тяжелом сыпном тифе с выраженной интоксикацией, ИТШ и угрозой развития коллапса из-за острой надпочечниковой недостаточности.</p> <p>Прогноз. При адекватном лечении исход заболевания в большинстве случаев благоприятный, летальность не превышает 1 %, но при отсутствии лечения антибиотиками она может достигать 13-14%.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Осложнения. К осложнениям в разгар болезни относят ИТШ с проявлениями острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне острой недостаточности надпочечников, чаще всего наступает на 4-5-й или 10-12-й дни болезни. Развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности сопровождается падением температуры тела до нормальных или субнормальных цифр. К осложнениям заболевания относят миокардиты, менингиты и менингоэнцефалиты, психозы, в редких случаях тромбозы и тромбоэмболии.</p> <p>Частые осложнения связаны с присоединением вторичной бактериальной флоры: пневмонии, а также пиелонефриты, отиты, паротиты, стоматиты, цистит, тромбофлебиты, фурункулез.</p> <p>При длительном постельном режиме могут развиваться пролежни и даже гангрена дистальных отделов конечностей, к чему предрасполагают типичные для сыпного тифа поражения сосудов.</p> <p>Восприимчивость и иммунитет. Естественная восприимчивость людей высокая. Постинфекционный иммунитет напряженный, длительный и поддерживается за счет персистенции риккетсии Провачека в организме переболевших сыпным тифом. Вместе с тем у последних возможны рецидивы, известные как болезнь Брилла-Цинссера.</p> <p>Факторы риска. На распространенность сыпного тифа прямо влияют социальные факторы, в частности педикулез у людей, живущих в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях (скученность в жилищах или в производственных помещениях, массовая миграция, недостаточные санитарно-гигиенические навыки, отсутствие централизованного водоснабжения, бань, прачечных и др.).</p> <p>Проявления эпидемического процесса. В отличие от прочих риккетсиозов сыпной тиф не имеет истинных эндемических очагов, тем не менее его отличает некоторая эндемичность для стран Магриба и Юга Африки, Центральной и Южной Америки, некоторых азиатских регионов. Группу риска составляют люди без определенного места жительства, работники сферы обслуживания: парикмахерских, бань, прачечных, транспорта, ЛПУ и др. Для заболевания характерна зимне-весенняя сезонность (январь-март). Отмечено формирование внутрибольничных вспышек, возникающих в результате непринятия мер по борьбе с педикулезом, несвоевременного выявления больных рецидивной формой инфекции и их изоляции. Эпидемический характер заболевание приобретает во время войн, голода, стихийных бедствий (засуха, наводнения и др.).</p> <p>Эпидемиологический надзор: своевременное выявление случаев рецидивного сыпного тифа и педикулеза среди населения. Заболеваемость сыпным тифом</p>	
--	--	--	---	--

			<p>зависит от завшивленности, поэтому контроль за санитарно-гигиеническими условиями в организованных коллективах и повышение общего уровня жизни обеспечивают профилактику сыпного тифа.</p> <p>Профилактические мероприятия включают прежде всего борьбу с педикулезом. В борьбе со вшами применяют механический, физический и химические способы. В последнем случае используют 0,15% водную эмульсию карбофоса, 5% борную мазь, перметрин, 10% водную мыльно-керосиновую эмульсию при экспозиции 20-30 и даже 40 мин (для перметрина) или наиболее доступные 3% мыло ГХЦГ, 10% мазь метилацетофоса (экспозиция этих препаратов не менее 1-2 ч). При необходимости обработку педикулоцидами повторяют через 7-10 дней. Камерная обработка постельных принадлежностей, одежды и белья больных. Специфическая профилактика сыпного тифа имеет вспомогательное значение и сводится к применению по эпидемиологическим показаниям убитых или живых вакцин.</p> <p>При головном и платяном педикулезе в очагах сыпного тифа допускают применение (кроме детей до 4 лет) бутадиона. После его приема внутрь кровь человека становится токсичной для вшей в течение 14 дней. Взрослые принимают препарат в течение 2 сут после еды по 0,15 г 4 раза в день, дети 4-7 лет – 0,05 г, 8-10 лет – 0,08 г, старше 10 лет – 0,12 г 3 раза в сутки.</p> <p>Мероприятие в эпидемическом очаге. Больные сыпным тифом подлежат госпитализации. Перед госпитализацией проводят полную санитарную обработку с дезинсекцией одежды и белья. Больные, лихорадящие более 5 дней, с подозрением на сыпной тиф подлежат двукратному серологическому обследованию. Реконвалесцентов выписывают через 12 дней после нормализации температуры тела. За лицами, бывшими в контакте с больным сыпным тифом, устанавливают медицинское наблюдение в течение 25 дней с ежедневной термометрией, считая с момента проведения санитарной обработки. Можно проводить экстренную профилактику в течение 10 дней доксициклином 1 раз в сутки по 0,2 г, рифампицином 2 раза в сутки по 0,3 г, тетрациклином 3 раза в сутки по 0,5 г. Белье, одежду, постельные принадлежности больного и лиц, общавшихся с ним, обеззараживают камерным или химическим способом. Носильные вещи можно прогладить горячим утюгом. Помещение обрабатывают 0,5% раствором хлорофоса или 0,15% эмульсией карбофоса либо 10% дустом дилора, 1% дустом неопина из расчета 10-15 г на 1 м² обрабатываемой поверхности. Через 2 ч помещение проветривают и делают влажную уборку.</p> <p>История изучения малярии.</p> <p>Малярия – группа антропонозных протозойных трансмиссивных болезней, возбудители которых передаются комарами рода <i>Anopheles</i>, характеризующаяся</p>	
--	--	--	---	--

				<p>преимущественным поражением ретикулогистиоцитарной системы и эритроцитов и проявляющаяся рецидивирующими лихорадочными пароксизмами, анемией и гепатоспленомегалией.</p> <p>Этиология возбудителя. Таксономия возбудителя: царство Animalia; подцарство Protozoa; семейство Plasmodiidae; род Plasmodium (Marchiafava, Celli, 1885).</p> <p>Возбудители малярии человека: Plasmodium (Laverania) falciparum (Welch, 1897) – Тропическая малярия); Plasmodium (Plasmodium) vivax (Grassi et Feletti, 1890) – трёхдневная малярия; Plasmodium (Plasmodium) malariae (Laveran, 1881) – четырёхдневная малярия; Plasmodium (Plasmodium) ovale (Stephens, 1922) – овале-малярия.</p> <p>Эпидемиология малярии. Заболеваемость и смертность от малярии. Распространенность малярии.</p> <p>4 уровня эндемии малярии в зависимости от величины селезеночного индекса (СИ) у детей 2 – 9 летнего возраста по классификации (ВОЗ, 1950): гипозэндемия – СИ до 10 %; мезоэндемия – СИ 11 – 50 %; гиперэндемия – СИ 51 – 75 %; голоэндемия – СИ выше 75 %.</p> <p>Структура малярийной паразитарной системы.</p> <p>Резервуар и источники инвазии: человек (больной, паразитоноситель); самки комаров рода Anopheles (заражаются после сосания крови человека, содержащей зрелые гаметоциты, наводняющие кровь после 2 – 10 приступов 3-х дневной или 4-х дневной малярии, при тропической малярии 7 – 8 дня болезни).</p> <p>Больной как основной источник заражения: большая привлекательность лихорадящего больной для комаров как источника пищи, чем паразитоносителя; выделения при лихорадочных приступах химических веществ (пот, углекислый газ), играющих роль аттрактантов, обеспечивающих контакт переносчика с возбудителем; отсутствие антипаразитарного иммунитета у лихорадящего больного (высокая инфективность гаметоцитов).</p> <p>Дети как источник заражения: более интенсивная паразитемия; большая доступность для нападения комаров (более оголены, хуже защищаются, не курят, не применяют благовоний). Комары могут заразиться на больном малярией сразу после появления гаметоцитов в крови при 3-х формах малярии в первые дни болезни, при тропической – с 10 – 12 дня.</p> <p>Паразитоноситель как источник заражения: более доступен для нападения комаров; не обращается за медицинской помощью; не подвергается лечению; служит источником заражения комаров, пока эритроцитарная шизогония у него не прекратится; значение паразитоносителя резко возрастает к началу сезона передачи в следующем за эпидемической вспышкой году; заражение комаров</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>может иметь место, когда количество гаметоцитов в крови паразитоносителя низкое (не определяется гемоскопически).</p> <p>Механизм передачи: при переливаниях крови; при применении инфицированного инструментария (шприцев, игл); трансплацентарный; интранатальный.</p> <p>Трансмиссивный механизм передачи: 60 видов комаров из 400 – переносчиков малярии, 30 видов основных переносчиков малярии.</p> <p>Биологический цикл малярийного плазмодия. Экзоэритроцитарная (тканевая) шизогония, эритроцитарная шизогония и спорогония.</p> <p>Взаимосвязь пяти процессов в жизненном цикле малярийных паразитов млекопитающих. Кругооборот малярийных паразитов. Сравнительные признаки жизненных циклов малярийных паразитов человека.</p> <p>Факторы, определяющие роль вида комаров: восприимчивость вида комара к определенному виду малярийного плазмодия; вероятность и частота нападения отдельных видов комаров на человека; численность популяции комаров; вероятность достижения комарами эпидемически опасного возраста; длительность сезона с оптимальной температурой воздуха. Строение комара и стадии его развития. Морфологические отличия различных стадий комаров <i>Anopheles</i>, <i>Aedes</i>, <i>Culex</i>. Посадка комаров (по В.Н. Беклемишеву). Схема влияния температуры на личинок <i>Anopheles maculipennis messeae</i> (по В.И. Олифману).</p> <p>Цикл развития возбудителя малярии.</p> <p>Причины возникновения эпидемий малярии.</p> <p>Факторы, связанные с человеком-хозяином паразитов: снижение коллективного иммунитета в межэпидемические периоды; внедрение неиммунных лиц на эндемичную территорию; снижение резистентности населения (недостаточность питания, интеркурентные инфекции, стрессовые ситуации).</p> <p>Факторы, воздействующие на паразита в организме человека: сезонные рецидивы; завоз паразитоносителями новых видов или штаммов паразита; недостатки в химиопрофилактике или радикальном лечении; развитие лекарственной устойчивости к ранее активным препаратам; усиленная продукция гаметоцитов у инфицированного населения.</p> <p>Факторы, связанные с переносчиком: рост численности переносчика и повышенная выживаемость самок при особо благоприятных метеоусловиях; ослабление зоофилактики вследствие уменьшения численности домашних животных; возросшая доступность людей нападению комаров (ухудшение</p>	
--	--	--	--	--

			<p>условий проживания); завоз нового эффективного переносчика; развитие устойчивости у переносчика к инсектицидам.</p> <p>Факторы окружающей среды: климатические или метеоусловия, способствующие резкому увеличению анафелогенных площадей, численности комаров и выживаемости самок комаров до эпидемически опасного возраста; деятельность людей, связанная с сельским хозяйством, ирригацией или выращиванием растений в водной среде; разрушение санитарных устройств, служб здравоохранения, связанные с природными катастрофами, социальными катаклизмами, войнами.</p> <p>Последствия регресса ареала малярии в постликвидационный период.</p> <p>Контингенты, завозившие малярию в РФ и другие неэндемичные страны содружества.</p> <p>Риск заражения малярией в старом свете и рекомендации по химиопрофилактике.</p> <p>Роль различных контингентов граждан СНГ и зарубежных стран в завозе малярии в РФ и другие страны содружества.</p> <p>Классификация случаев малярии. Категории случая и их характеристики. Оперативная классификация очагов малярии.</p> <p>Схема изолированных и сопряженных очагов малярии.</p> <p>Эпидемиологический надзор.</p> <p>Информационная функция: учет и регистрация случаев малярии и очагов, сбор данных о маляриегенности территории, миграция населения, оценка полученной информации, выпуск информационных писем для медицинской сети.</p> <p>Диагностическая функция: оперативная работа лечебно-профилактической (выявление больных, клиническая и паразитологическая диагностика) и санитарно-эпидемиологической (эпидемиологическая диагностика – обследование больного и очага, наблюдение за очагом, РЭА, ОЭА, изучение условий эпидемического процесса на территории) служб.</p> <p>Контрольная функция: контроль над выполнением мероприятий и оценка их эффективности, коррекция качества работы.</p> <p>Организационно-методическая (управленческая) функция: планирование мероприятий, сроков и объема их проведения, расстановка исполнителей, подготовка кадров, выпуск методических указаний, памяток.</p> <p>Профилактика малярии. Основные противомалярийные мероприятия: лечебно-профилактические; противокосариные (включая энтомологические наблюдения); подготовка кадров; санитарно-просветительная работа среди населения.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Мероприятия в эпидемическом очаге: лечение больного или паразитоносителя. Госпитализация больных по клиническим показаниям, беременных и детей. Выписка реконвалесцентов. Диспансерное наблюдение за переболевшим и паразитоносителем (не регламентировано). Проведение выборочной дезинсекции.</p> <p>Классификация геморрагических лихорадок. Краткие исторические сведения об изучении (ГЛПС)</p> <p>Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острая инфекционная болезнь, характеризующаяся, помимо развития интоксикации и геморрагического синдрома, выраженными признаками нефрозонофрита.</p> <p>В 1930 г. эта болезнь была обнаружена военными врачами в Тульской области, «тульская лихорадка». Позднее болезнь была обнаружена среди воинских контингентов на Дальнем Востоке, где была названа «геморрагическим нефрозонофритом», а в Швеции «скандинавской эпидемической нефропатией». Позднее появились другие названия этой болезни по геморрагическому принципу.</p> <p>По предложению академика М.П. Чумакова принято единое название этой болезни – ГЛПС, которое официально признано Комитетом экспертов ВОЗ.</p> <p>Основные очаги ГЛПС в настоящее время находятся в Евразии, но ареал возбудителя разорван.</p> <p>Заболеваемость в РФ ГЛПС имеет широкое распространение. В последние годы имеется тенденция к росту заболеваемости на территории Европейской части РФ, где наиболее активные природные очаги находятся в Уральском и Поволжском районах.</p> <p>Этиология. Возбудитель ГЛПС относится к роду Hantavirus семейства Bunjaviridae. Открыт в 1978 г. в Южной Кореи (Lee H.W., Lee P.W., Johnson K.M.). РНК – содержащий вирус. Вирион округлый, размером 50 – 100 нм. Чувствителен к кислотам, эфиру, ацетону, хлороформу, бензолу, жирорастворителям и вне живых клеток к плюсовым температурам. Вирус удаётся пассировать на полевых мышах, степных пеструшках и др., которые являются бессимптомными носителями. У них вирус обнаруживается в легких, буром жире, селезенке, прямой кишке и некоторых других органах. Максимальная концентрация вируса отмечена на 20 – 30 день после заражения.</p> <p>Серологические варианты вируса Var. Apodemus. Вызывает более тяжелое заболевание с выраженным геморрагическим синдромом. Летальность 10 % и более.</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>Var. <i>Clethrionomys</i> (прототип – вирус Пуумала из Финляндии). Вызывает более легкое течение со скудным геморрагическим синдромом, но четко выраженным поражением почек.</p> <p>Var. <i>Rattus</i> (прототип – вирус Чопитулос из США). Вызывает заболевания более легкие, чем 1 вариант, но тяжелее, чем 2 вариант.</p> <p>Var. <i>Miorotus</i> (прототип – вирус Проспект Хилл из США) по видимому, непатогенный для человека.</p> <p>Источники возбудителя инфекции. Вирусный антиген, антитела к возбудителю обнаружены у 58 видов млекопитающих.</p> <p>Основными резервуарами возбудителя ГЛПС на разных территориях являются рыжая полевка, полевая мышь, серая и черная крысы и разные виды серых полевок. Роль каждого вида животных-вирусоносителей в поддержании эпидемического процесса неодинакова. В Европейских лесных очагах, Западной Сибири, Турции основным источником являются рыжие полёвки. Их инфицированность в природных очагах колеблется в различные годы от 1 – 2 до 50 – 60 %. Вертикальной передачи возбудителя инфекции у них не существует: новорожденные детеныши у инфицированных самок свободны от возбудителя, но имеют антитела до месяца после рождения. Вирусемия у рыжих полевок кратковременна. Наиболее длительно вирус сохраняется в легких зверьков, а весной также и в буром жире (железа внутренней секреции, ведающая терморегуляцией, расположенная под кожей между лопатками). В другие сезоны бурый жир поражен значительно слабее легких. У молодых зверьков весной и в начале лета % вирусоносителей невысок, тогда как у перезимовавших особей он весьма значителен. По-видимому, эти зверьки и передают возбудителя инфекции сеголеткам, среди которых к осени % инфицированных возрастает. К весне титры вируса у перезимовавших зверьков снижаются, а в июне – июле встречаются единичные особи уже без вируса в легких, но с антителами.</p> <p>Дополнительным источником инфекции на севере Европы и в Западной Сибири являются красные и красно-серые полёвки.</p> <p>Наиболее широкое распространение получил вирус у животных космополитов – активных источников возбудителя инфекции – крысы серой (в 124 странах 5 континентов). Эти зверьки поддерживают городские очаги в Китае, Корее, Японии, на юге Дальнего Востока (Россия), Закавказье, странах Юго-Восточной Азии.</p> <p>Природные очаги ГЛПС расположены в лесах, достаточно увлажненных и захламленных, в лесных оврагах, лесных поймах рек. Самые активные очаги находятся в липовых лесах. Дубовые, кленовые, ильмовые леса плодоносят менее регулярно и поэтому повышенная численность рыжих полевок, и</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>массовые заболевания людей ГЛПС здесь возникают периодически. Еловые леса еще менее обильны пищей и здесь возникают лишь спорадические заболевания. Более благоприятные условия существования очагов в елово-липовых лесах. Самые неблагоприятные условия для поддержания очагов в сосновых, березовых и осиновых лесах, если в них нет кустарников.</p> <p>В возникновении эпизоотической ситуации по ГЛПС увеличение численности рыжих полевок не всегда имеет первостепенное значение. Одной из предпосылок развития разлитой эпизоотии является ранневесеннее и зимнее (подснежное) размножение зверьков. Оно способствует увеличению контактов между ними и более ранней передаче возбудителя инфекции от перезимовавших зверьков молодому населению. Развитию эпизоотии способствует сухое жаркое лето.</p> <p>Механизм передачи возбудителя. Зверьки выделяют вирус во внешнюю среду с экскретами (кал, моча, слюна).</p> <p>При заражении людей летом наиболее част алиментарный путь (инфицирование продуктов выделениями зараженных грызунов или грязными руками во время еды). Обычны и контактные заражения при отлове зверьков (через укусы грызунов) и при попадании свежих экскретов зверьков в ссадины на коже. В холодное время, особенно в помещениях, преобладает аспирационный путь передачи инфекции. Летом при лесоповале, сборе хвороста для костра, ночевках в лесных стогах также имеет место аспирационный путь передачи возбудителя. Возможность трансмиссивного пути заражения всеми исследователями отвергается.</p> <p>Восприимчивость населения высокая, так как при аспирационном пути передачи инфицируется большинство лиц, находящихся в зараженном помещении. Выявлен различный уровень естественной иммунной прослойки в различных географических зонах и ландшафтах.</p> <p>Восприимчивость мужчин и женщин одинакова.</p> <p>Характеристика эпидемического процесса. Заболеваемость при ГЛПС носит часто спорадический характер. В населенном пункте возникает всего 1 – 2 случая. В больших городах, окруженных природными очагами или имеющими очаги на городской территории (Уфа, Ижевск, Тула, Самара, Саратов, Хабаровск, Благовещенск и др.), могут возникать десятки, сотни, тысячи и более случаев болезни. Соотношение заболевших мужчин и женщин 1:4 – 1;5, связанное с более низким гигиеническим стандартом.</p> <p>По условиям заражения различают 6 эпидемиологических типов заболеваемости: случайно-лесной тип; производственный тип; садово-огородный тип; лагерный тип; бытовой тип; сельскохозяйственный тип.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Диагностика. Для серологической диагностики хантавирусных инфекций используют реакцию иммунофлюоресценции. Антитела у больных появляются спустя 3 – 4 дня после начала болезни. Исследуют парные сыворотки в первые дни болезни, повторно – через 7 – 10 дней (при поступлении больного позднее 15 сут возможно исследование одной сыворотки). Диагностическим считают 4-кратное нарастание титров и более, которое может достигать высоких значений (1:16 000 и выше). Серонегативная ГЛПС наблюдается примерно у 1 – 4 % больных.</p> <p>С помощью молекулярного клонирования и экспрессии хантавирусного протеина создана диагностическая система ELISA и наборы IgG и IgM с рекомбинантными антигенами, позволяющие быстро и в ранние сроки идентифицировать подтипы вируса.</p> <p>Эпидемиологический надзор. ГЛПС, как и другие геморрагические лихорадки входит в перечень инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих учету в лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждениях на территории Российской Федерации; геморрагическая лихорадка с почечным синдромом подлежит внеочередному учету в Департаменте Госсанэпиднадзора Минздрава России в случае группового заболевания (10 случаев и более).</p> <p>Эпидемиологический надзор за ГЛПС на эндемичных территориях предусматривает: регистрацию и анализ заболеваемости ГЛПС; проведение сероэпидемиологических исследований (изучение иммуноструктуры населения); изучение видового состава и численности мышевидных грызунов-хозяев и переносчиков хантавирусов; определение их зараженности; определение иммуноструктуры к хантавирусам у популяций мышевидных грызунов. Анализ полученной информации позволяет сделать заключение о распространении, эпизоотологической и эпидемиологической напряженности очагов ГЛПС, о структуре циркулирующих хантавирусов, о сезонной и многолетней динамике эпидемического процесса; установить основные и второстепенные виды хозяев и переносчиков возбудителей, определить группы риска заражения населения и составить прогноз заболеваемости. Полученные данные служат основанием для разработки и проведения профилактических мероприятий.</p> <p>Профилактические мероприятия. Профилактика ГЛПС сводится в основном к дератизации в домовладениях, устранению доступа мышевидных грызунов в жилые и подсобные помещения, особенно в продуктовые склады и прочие места хранения пищевых запасов. Большое значение для предотвращения заболеваний ГЛПС имеет санитарно-просветительская работа среди населения, направленная</p>	
--	--	--	---	--

				<p>на снижение вероятности инфицирования людей, проживающих на территории очага, выезжающих туда на отдых или в связи с временной трудовой деятельностью.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. При появлении отдельных случаев или вспышек ГЛПС обязательно срочное оповещение ЦГиЭ. Особых мер по изоляции больных ГЛПС не требуется. Нет также необходимости в наложении карантина в отношении контактных лиц и медицинском наблюдении за ними.</p> <p>Цель эпидемического обследования очага заключается в выявлении места, времени, источников заражения людей и структуры заболеваемости. Важную информацию о напряженности, динамике, активности, границах очагов обеспечивает изучение иммунологической структуры населения, определение видового состава, численности и зараженности хантавирусами мышевидных грызунов. Идентификация типов (видов) хантавирусов, циркулирующих в природе и вызывающих заболевания людей.</p> <p>Госпитализация. Показанием к госпитализации в остром периоде служит только состояние пациента: больные с легкими формами болезни могут лечиться в домашних условиях, со среднетяжелыми и тяжелыми – должны быть госпитализированы.</p> <p>Дератизация является важнейшим мероприятием, направленным на снижение эпизоотологического и эпидемиологического потенциала очагов ГЛПС. Проведение дезинфекции в помещениях, где произошло заражение людей, представляется весьма целесообразным.</p> <p>Работа санитарно-эпидемиологической службы, направленная на профилактику заболеваний населения ГЛПС. В Российской Федерации активная иммунизация рассматривается как наиболее перспективная мера профилактики ГЛПС.</p>	
Б.1.Б. 1.6	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1.	Эпидемиология и профилактика инфекций наружных покровов	<p>Актуальность ВИЧ-инфекции в настоящее время. Развитие пандемии ВИЧ-инфекции с 80-х годов XX века. Эпидемиологическая характеристика возбудителей (ВИЧ-1, ВИЧ-2).</p> <p>Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Резервуар и источники возбудителя инфекции. Заразительность больного во всех стадиях заболевания, начиная с первых дней инфицирования до гибели, наступающей в среднем через 12 лет после заражения ВИЧ.</p> <p>Механизмы передачи возбудителя. Выделение ВИЧ во внешнюю среду.</p> <p>Клетки-мишени ВИЧ в организме зараженного человека (лимфоциты, моноциты, макрофаги, дендритические клетки, расположенные в глубоких слоях кожи, некоторые другие клетки), обуславливающие возможность заражения только при нарушении целостности внешних покровов. Особенности локализации возбудителя в организме человека. Естественное заражение ВИЧ:</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

		ИД-2 ОПК- 10.2.	<p>при половых контактах, (с большей вероятностью – при наличии воспалительных или деструктивных заболеваний половых органов), а также вертикально от зараженной матери – плоду во время беременности, родов и при грудном вскармливании. Искусственный путь передачи ВИЧ с инфицированной кровью при парентеральных медицинских, парамедицинских и немедицинских (особенно при употреблении наркотиков) вмешательствах.</p> <p>Всеобщая естественная восприимчивость людей.</p> <p>Особенности современной эпидемиологической ситуации. Динамика заболеваемости в мире, Российской Федерации и в Саратовской области. Состояние заболеваемости в различных возрастных, половых группах населения. Особенности эпидемической ситуации на современном этапе с учетом социальных, экономических факторов, обуславливающих развитие эпидемического процесса.</p> <p>Преобладание в последние годы в развивающихся странах передачи ВИЧ при половых контактах с рождением значительного количества инфицированных ВИЧ детей. Значение передачи ВИЧ при употреблении наркотиков, вводимых парентерально в развитых странах, а также в последнее десятилетие в Восточной Европе и в России. Распространение инфекции при случайных половых контактах и проституции. Группы риска.</p> <p>Внутрибольничные вспышки, связанные с нарушением правил использования инструментария для парентеральных вмешательств. Вероятность передачи ВИЧ при переливании крови, пересадке органов, искусственном оплодотворении, несмотря на проводимые мероприятия по обследованию доноров.</p> <p>Лабораторная диагностика. Лабораторная диагностика, основанная на выявлении антител к ВИЧ, которые могут обнаруживаться, начиная с 3 нед. после заражения (обычно с 3 мес., в редких случаях с одного года после инфицирования), сохраняющиеся у всех инфицированных пожизненно. Использование иммуноферментной модификации реакции иммунного блотинга (Western Blot) для подтверждения специфичности реакции обнаружения антител в России. Ограничения метода: антитела могут отсутствовать в ранний период после заражения и, напротив, обнаруживаться у незараженных детей инфицированных ВИЧ матерей (материнские антитела). Использование для лабораторной диагностики методов обнаружения генных маркеров или антигенов ВИЧ, которые пока носят вспомогательный характер.</p> <p>Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в России: активное выявление и централизованная регистрация источников возбудителя инфекции путем массового обследования контингентов риска, с целью последующего воздействия на их поведение и оказания медицинской помощи. Действующая в</p>	
--	--	-----------------------	---	--

			<p>стране система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, существующие проблемы, касающиеся сбора, обработки эпидемиологически значимой информации, обмена информацией, постановки эпидемиологического диагноза и др.</p> <p>Профилактические мероприятия. Отсутствие специфической профилактики.</p> <p>Обучение населения мерам предосторожности: уменьшению числа половых партнеров, использованию презервативов, правилам безопасного пользования инструментами для парентеральных вмешательств и использованию обеззараженных растворов наркотиков. Выявление инфицированных лиц в группах риска, особенно среди занимающихся коммерческим сексом, безработных, декретированных групп населения.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, входит в перечень инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих учету в лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждениях на территории РФ. Кроме экстренного извещения о случае инфекционного заболевания информация о лице, инфицированном ВИЧ, направляется в территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИДом.</p> <p>Карантин не применяется.</p> <p>Проведение эпидемиологического обследования очага с целью обнаружения контактных лиц, имеющих риск инфицирования ВИЧ: половых партнеров или партнеров по внутривенному введению наркотиков и др. Проведение собеседования (консультирования), направленного на обучение методам предупреждения заражения ВИЧ; исключения возможности внутрибольничного заражения ВИЧ со всеми партнерами, независимо от того, инфицированы они или нет. В случае подозрения на внутрибольничный очаг проводятся мероприятия по выявлению и ликвидации нарушений противоэпидемического режима; выявления инфицированных ВИЧ лиц для консультирования по предупреждению передачи ВИЧ, а также для оказания им необходимой медицинской помощи, включая и психологическую поддержку; предупреждения передачи ВИЧ от инфицированной женщины ее ребенку при беременности с помощью химиопрофилактики.</p> <p>Схема обследования очага: выяснение возможности внутрибольничной передачи ВИЧ и выявление на добровольной основе максимального количества половых партнеров и партнеров по введению наркотиков для их дальнейшего обучения.</p> <p>Меры в отношении источника возбудителя инфекции: консультирование о правилах поведения, обеспечивающих безопасность окружающих от</p>	
--	--	--	---	--

				<p>инфицирования, и предупреждение об уголовной ответственности за преднамеренное заражение других лиц. Пожизненное отстранение ВИЧ-инфицированного лица от донорства.</p> <p>Клинические показания для госпитализации больного.</p> <p>Послеконтактная профилактика медицинских работников, получивших повреждения кожных покровов во время работы: курс превентивной терапии противоретровирусными препаратами. Рекомендация инфицированным ВИЧ беременным женщинам: прохождение курса профилактического приема противоретровирусных препаратов, снижающих риск рождения инфицированного ребенка; воздержание от грудного вскармливания ребенка.</p> <p>Диспансерное наблюдение за переболевшими: всем зараженным рекомендуется регулярное наблюдение и обследование в Центре по профилактике и борьбе со СПИД по месту жительства.</p> <p>Задачи, стоящие перед здравоохранением РФ по снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией: на территориях с высоким и очень высоким уровнем. Реализация задач по снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией.</p> <p>Эпидемиологическая, социальная и экономическая значимость вирусных гепатитов с парентеральным механизмом заражения. Распространенность парентеральных вирусных гепатитов в мире, России и Саратовской области. Территории с высокой, средней и низкой эндемичностью парентеральных вирусных гепатитов и факторы их обуславливающие.</p> <p>Эпидемиологическая характеристика возбудителей. История открытия. Вирус гепатита В (ВГВ) – мельчайший оболочечный вирус человека, относящийся к семейству <i>Hepadnaviridae</i>, содержит одновременно одно- и двухцепочную ДНК с двойной оболочкой.</p> <p>Антигены ВГВ: HBsAg – поверхностный антиген; HBe-антиген – нуклеопротеид, содержится в капсиде вирионов, находящихся в ядрах гепатоцитов, не поступает в кровь; HBe-антиген – отщепляется от HBe-антигена при его прохождении через мембрану гепатоцитов, обнаруживается в крови; HBx-антиген. Мало изучен. Участвует в опухолевой трансформации гепатоцитов. Это многофункциональный регуляторный протеин. Способен стимулировать и подавлять апоптоз гепатоцитов. Может стимулировать транскрипцию и подавлять репаративную систему гепатоцитов. Маркеры ВГВ и их интерпретация.</p> <p>Устойчивость вируса гепатита В во внешней среде.</p> <p>Открытие возбудителя ГС с помощью методов молекулярной биологии в 1989 – 1991 гг. Геном вируса ГС (ВГС) представлен однонитчатой позитивной РНК. Маркеры ВГС и их интерпретация.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Устойчивость вируса гепатита С во внешней среде.</p> <p>Вирус гепатита D (ВГD) – это дефектный вирус, содержащий односпиральную РНК, которому для репликации необходимо помощь вируса ГВ. Маркеры ВГD и их интерпретация.</p> <p>Устойчивость вируса гепатита D во внешней среде.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии парентеральных вирусных гепатитов В, С, D. Резервуар и источники возбудителя инфекции. Степень эпидемиологической опасности больных острой и хронической формой заболевания вирусоносителей.</p> <p>Механизм и пути передачи возбудителей. Биологические жидкости с высоким содержанием возбудителя, их эпидемиологическая значимость. Естественные пути передачи: половой, вертикальный, бытовой. Искусственные пути передачи: немедицинские парентеральные манипуляции, медицинские парентеральные манипуляции. Преобладающая роль искусственных путей передачи в современный период.</p> <p>Группы риска: социальные, профессиональные, возрастные, половые. Парентеральные вирусные гепатиты как профессиональные заболевания медицинских работников, прежде всего, хирургов, акушеров-гинекологов, стоматологов и, особенно, врачей-лаборантов.</p> <p>Всеобщая естественная восприимчивость людей. Клинические последствия перенесения парентеральных вирусных гепатитов.</p> <p>Лабораторная диагностика парентеральных вирусных гепатитов. Методы лабораторной диагностики: иммунохимические (ИФА) и молекулярно-биологические (ПЦР). Определение маркеров – решающее значение для диагностики вирусных гепатитов.</p> <p>Эпидемиологический надзор (ЭН) – основа любой программы борьбы с инфекционными заболеваниями. Управление эпидемическим процессом при парентеральных вирусных гепатитах в современных условиях – одна из главных проблем здравоохранения. Проблема совершенствования эпидемиологического надзора и контроля за вирусными гепатитами с парентеральным путем передачи возбудителя.</p> <p>Цель ЭН – разработка научно-обоснованных тактических и стратегических решений по профилактике и борьбе с парентеральными ВГ. ЭН – постоянное динамическое слежение за манифестным и скрыто протекающим эпидемическим процессом ГВ, ГС, ГD. Статистический мониторинг – сбор, хранение и обработка информации о манифестных формах острых и хронических парентеральных ВГ по данным официальной регистрации, предусматривающий не только анализ заболеваемости, болезненности, распространенности,</p>	
--	--	--	--	--

			<p>определение тенденций развития манифестно протекающего эпидемического процесса, но и выявление территорий, групп и коллективов риска, т.е. выявление закономерностей распространения парентеральных ВГ во времени, по территории и среди различных групп населения.</p> <p>Социально-экологический мониторинг за парентеральными ВГ – непрерывное слежение за динамикой эпидемиологически значимых социальных и природных явлений. В частности, анализ и оценка медико-демографических показателей, данных социального скрининга, касающихся распространенности парентерального применения наркотиков населением и характера сексуального поведения. Оценка активности полового пути передачи парентеральных ВГ среди населения. Информация о болезнях, возбудители которых передаются половым путем. Активность передачи вирусов, связанная с внутривенным немедицинским введением наркотических препаратов, свидетельствующая о динамике показателей распространенности наркомании на конкретной территории.</p> <p>Серологический мониторинг – сбор информации о скрыто протекающем эпидемическом процессе парентеральных ВГ на популяционном, коллективном и индивидуальном уровнях (информация о серологическом обследовании здорового населения; части населения, относящегося к группам риска инфицирования; оценка эпидемиологической эффективности вакцинопрофилактики ГВ).</p> <p>Профилактика и меры борьбы с парентеральными вирусными гепатитами. Характеристика вакцин против гепатита В, зарегистрированных в России. Иммунизация против гепатита В единственная возможность взять под контроль это опасное заболевание. Стратегия и тактика вакцинопрофилактики. Схемы иммунизации.</p> <p>Профилактические мероприятия при ГД и ГС.</p> <p>Мероприятия в эпидемических очагах при парентеральных вирусных гепатитах.</p> <p>Значение санитарного просвещения населения в предупреждении заболеваемости населения вирусными гепатитами с парентеральным механизмом заражения.</p> <p>Бешенство – вирусная зоонозная инфекция, передающаяся через укусы и слюну плотоядных, сопровождающаяся дегенерацией нейронов головного и спинного мозга.</p> <p>Этиология. Возбудитель – РНК- геномный вирус рода Lissavirus семейства Rhabdoviridae. Он имеет палочковидную или пулевидную форму, содержит два Ag: растворимый S-Ag, общий для всех лиссавирусов, и поверхностный V-Ag,</p>	
--	--	--	--	--

			<p>ответственный за развитие противовирусных иммунных реакций. Вирус образует эозинофильные тельца-включения (тельца Негри, или Бабеша-Негри) в клетках аммонова рога, коры, мозжечка и продолговатого мозга. Известно два варианта вируса: уличный (дикий), циркулирующий в природе среди животных, и фиксированный, применяемый для изготовления вакцин против бешенства. Варианты близки по антигенному строению, поэтому вакцинация фиксированным штаммом создаёт невосприимчивость к уличному вирусу.</p> <p>Возбудитель хорошо переносит низкие температуры, но быстро погибает при кипячении, высыхании, под действием ультрафиолетовых лучей, 2% растворов хлорамина, лизола и карболовой кислоты.</p> <p>Эпидемиология. Источники инфекции — инфицированные животные (лисы, волки, собаки, кошки, летучие мыши, лошади, грызуны, мелкий и рогатый скот и пр.). Вирус выделяется во внешнюю среду слюной, которая становится заразной за 3-10 дней до начала заболевания. В России отмечены очаги бешенства трёх типов: 1) природные очаги, в которых циркуляция вируса происходит в популяции красной лисицы, передаваясь волкам, енотовидным собакам, барсукам и др.; 2) природные полярные, или арктические, очаги, где вирус существует в популяции песцов, передаваясь леммингам и др.; 3) антропоургические очаги, где вирус циркулирует в популяции бродячих собак, передаваясь кошкам и сельскохозяйственным животным.</p> <p>Больной человек в естественных условиях эпидемиологической опасности не представляет. Описаны внутрибольничные случаи заражения, связанные с пересадкой роговицы глаза умерших от бешенства людей.</p> <p>Механизм передачи — контактный, заражение человека обычно происходит при укусах, реже при ослюнении больными бешеными животными. В последние годы показано, что помимо контактного возможны аэрогенный (в пещерах, населенных летучими мышами, внутрилабораторные заражения), алиментарный и трансплацентарный пути передачи вируса.</p> <p>Естественная восприимчивость людей, по-видимому, не является всеобщей, и во многом определяется тяжестью нанесённых повреждений и локализацией укуса. В среднем, при укусах в лицо и шею заведомо бешеными животными, бешенство развивается в 90% случаев, при укусах в кисти рук — в 63%, а при укусах в проксимальные отделы рук и ног — лишь в 23% случаев.</p> <p>Основные эпидемиологические признаки. Бешенство регистрируют на всех континентах, исключая Австралию и Антарктиду. Некоторые островные государства (Великобритания, Мальта, Австралия, Япония, Новая Зеландия) практически свободны от бешенства благодаря строгим карантинным мерам для ввозимых собак, кошек и других животных. В мире ежегодно более 50 тыс.</p>
--	--	--	---

			<p>человек умирают от бешенства, из них около 60% не обращались за медицинской помощью, Заболеваемость бешенством в России имеет неравномерное территориальное распространение. Ежегодно регистрируют от 5 до 12 случаев заболевания бешенством среди людей. Выделяют природные и антропоургические очаги бешенства. В 1999г. Эпизоотии бешенства выявлены на территории 20 субъектов Федерации. В целом около 1/3 случаев заболевания связано с заражением от диких животных (чаще всего лисицы и волки) и более 70% —от домашних животных. За медицинской помощью по поводу укусов животными обращаются 300-450 тыс. человек. Заболевания бешенством становятся следствием позднего обращения укушенных за медицинской помощью, нарушения режима во время прививок или незавершенности цикла иммунизации. Жители сельских районов болеют значительно чаще, чем горожане. Среди заболевших практически отсутствуют дети раннего возраста и, напротив, преобладают лица активного возраста. Большинство заболевших – мужчины. Летне-осенняя сезонность связана с увеличением контактов с бродячими и дикими животными в это время. Преобладают повреждения опасной локализации: лицо, голова, пальцы рук и кисти.</p> <p>Эпидемиологический надзор. Включает организацию и проведение эпизоотолого-эпидемиологического надзора, предусматривающего систему сбора, анализа и обмена информацией о случаях бешенства среди животных и людей, противоэпидемических и противоэпизоотических мероприятиях на определенных территориях, которые являются основной для контроля эпидемиологической ситуации. Необходимо обеспечить чёткую работу лабораторной службы, обеспечивающую быструю и эффективную диагностику бешенства у животных и людей.</p> <p>Профилактические мероприятия. Включают систематическую плановую борьбу с бешенством среди животных на основе массовых предохранительных прививок, уничтожение бешеных и бродячих собак, правильное содержание домашних животных и кошек, контроль за перевозками домашних животных, как в масштабах страны, так и на международном уровне. Порядок содержания, регистрации и учета собак и кошек в населенных пунктах определяет местная администрация. При организации мероприятий по профилактике и борьбе с бешенством, следует различать эпизоотический очаг (квартиры, жилые дома, личные подворья граждан, животноводческие помещения, скотобазы, летние лагеря, участки пастбищ, лесных массивов и другие объекты, где обнаружены больные бешенством животные), неблагополучный пункт (населенный пункт или часть крупного населенного пункта, отдельная животноводческая ферма, пастбище, лесной массив на территории которых был выявлен эпизоотический</p>	
--	--	--	---	--

			<p>очаг бешенства)и угрожаемую зону (населенные пункты, животноводческие хозяйства, пастбище, охотничьи угодья и другие территории, где существует угроза заноса бешенства или активизации природных очагов болезни), а также эпидемический очаг (эпизоотический очаг бешенства , в котором возникли заболевания людей).</p> <p>Необходимо проводить активную санитарно- просветительную работу среди населения о мерах профилактики бешенства у животных и людей. Для предупреждения заражения бешенством среди лиц определенных профессий (собаководы, сотрудники ветеринарных диагностических лабораторий, охотники и др.) проводят курс профилактической иммунизации, который состоит из трёх внутримышечных введений вакцины в толщу дельтовидной мышцы плеча в дозе 5 мл. Однократная повторная иммунизация рекомендуется через год и далее каждые 3 года, если человек продолжает пребывать в зоне высокого риска.</p> <p>При укусах, царапинах и ослонении животными людей необходимо обильно промыть раны водой с мылом, обработать края раны 40-70° спиртом или йодной настойкой, наложить стерильную повязку. Пострадавших немедленно направляют в травматологический пункт (кабинет), а при его отсутствии- в хирургический кабинет для назначения и проведения курса антирабической вакцинации. Для активной иммунопрофилактики применяют сухую инактивированную культуральную антирабическую вакцину РАБИВАК - Внуково- 32, сухую инактивированную концентрированную очищенную культуральную антирабическую вакцину (КАВ) и антирабический иммуноглобулин.</p> <p>Существуют подробные схемы лечебно-профилактической иммунизации для каждой вакцины, учитывающие тяжесть укуса и характер контакта с животными (ослонение, оцарапание и др.), данные о животном и др. Различают антирабические прививки по безусловным и условным показаниям. По безусловным показаниям прививки проводят при укусах явно бешеных животных, а также и при отсутствии сведений об укусившем животном. Прививки по условным показаниям проводят при укусе животным без признаков бешенства и при возможности наблюдать за животным в течении 10 дней. Защитный уровень АТ формируется не ранее 12-14 дней после прививки, поэтому при подозрении на короткий инкубационный период (обширные поражения мягких тканей, локализация укуса, близкая к головному мозгу) проводят активно-пассивную защиту пострадавшего. В этих случаях помимо вакцины вводят и антирабический иммуноглобулин. Применяют два вида</p>	
--	--	--	---	--

			<p>иммуноглобулинов: гомологичный (человеческий) и гетерологичный (лошадиный).</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. Больного изолируют в отдельную палату. Обслуживающий персонал должен работать в защитной одежде, исключающей ослюнение кожи и слизистых оболочек; при попадании на них слюны больного показана экстренная профилактика антирабическими препаратами. Проводится текущая и заключительная дезинфекция. Экстренная профилактика проводится лицам, у которых установлен факт попадания инфицированной вирусом бешенства слюны на кожу или слизистые оболочки, а также контакта с больным или подозреваемым на бешенство животным.</p> <p>Диспансерное наблюдение за переболевшим не регламентировано, так как случаи выздоровления неизвестны.</p> <p>Исторические сведения об изучении столбняка. Медицинская и социально-экономическая значимость столбняка.</p> <p>Столбняк – острое инфекционное заболевание с поражением центральной нервной системы из группы раневых анаэробных инфекций. Проникновение возбудителя столбняка <i>Clostridium tetani</i> через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки.</p> <p>Этиология. Указание Пирогова Н.И. на инфекционный характер столбняка (1865 – 1866 гг.). Обнаружение возбудителя столбняка одновременно и независимо друг от друга Монастрыским (1885 г.) и Николайером (1884 г.), чистая культура возбудителя была выделена в 1889 г. Китазато. Современная номенклатура возбудителя (<i>Clostridium tetani</i>). Эпидемиологическая характеристика возбудителя: довольно крупная палочка величиной 4 – 8 мк, снабженная жгутиками, расположенными по всей поверхности микробной клетки (перитрих); жгутики значительно длиннее самой палочки; в мазках из культур встречаются палочки со жгутиками, расположенными с одной стороны палочки и палочки с одним жгутиком (монотрих) и, наконец, палочки, лишенные жгутиков.</p> <p>Эпидемиологическая характеристика столбняка. Источники инфекции при столбняке. Место обитания столбнячной палочки – кишечник человека и животных. Локализация возбудителя столбняка в кишечнике травоядных животных (лошадей, коров, свиней и др.), а также человека и выделение его во внешнюю среду с фекалиями. Почва как резервуар источника возбудителя инфекции, где столбнячная палочка размножается, долго сохраняется и с пылью попадает в любые помещения. Значимость каждого источника, обусловленная в значительной мере климатогеографическими условиями местности.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Механизм передачи инфекции – контактный, через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (проколы, занозы, переломы, ожоги, укусы животных и т.д.), что обуславливает развитие посттравматического столбняка. Столбняк новорожденных, возникающий вследствие инфицирования пупочной ранки.</p> <p>Глобальное распространение столбняка. Наиболее неблагоприятные территории Российской Федерации: Северо - Кавказский, Поволжский и Центрально-Черноземный регионы. Зональность территориального распространения столбняка, обусловленная совокупностью климатогеографических и социально-экономических условий.</p> <p>Спорадическая заболеваемость населения столбняком. Летне-осенняя сезонность столбняка.</p> <p>Преимущественная заболеваемость сельского населения. Структура заболеваемости – большую часть заболевших составляют дети и лица пожилого возраста. Летальность при столбняке (составляет 40 % и более).</p> <p>Эпидемиологический надзор: выявление и эпидемиологическое обследование каждого случая столбняка; оперативный и ретроспективный анализ заболеваемости на отдельных территориях с учетом распределения по полу, возрасту и профессиональной принадлежности; контроль за своевременным и качественным проведением активной иммунизации и экстренной иммунопрофилактики при травмах; серологический контроль за иммунологической структурой привитого населения.</p> <p>Плановый и экстренный иммунологический контроль для оценки противостолбнячного иммунитета с использованием реакции пассивной гемагглютинации (РПГА).</p> <p>Проведение серологического контроля среди разных возрастных, профессиональных и социальных групп населения в городской и сельской местности.</p> <p>Индикаторные группы, свидетельствующие о состоянии противостолбнячного иммунитета: дети до 3 лет, получившие первичный вакцинальный комплекс; дети 9 – 10 лет, получившие вторую ревакцинацию против столбняка; подростки 16 – 17 лет, получившие третью ревакцинацию против столбняка; взрослые (все возрастные группы), подлежащие ревакцинации против столбняка в плановом порядке или по эпидемическим показаниям.</p> <p>Профилактические и противоэпидемические мероприятия при столбняке. Противоэпидемические мероприятия в очаге столбняка не проводятся. Порядок проведения эпидемиологического обследования в очаге столбняка врачом-эпидемиологом. Данные, подлежащие изучению: характер травмы по анамнезу;</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>дата, место получения травмы; локализация и характеристика раны; хирургическая обработка раны и специфическая профилактика (введение противостолбнячной сыворотки и АС-анатоксина); прививок против столбняка до развития заболевания; работы по профилактике столбняка на территории.</p> <p>Порядок проведения профилактических мероприятий при столбняке. Неспецифическая профилактика по предупреждению травматизма. Иммунобиологические препараты, используемые для специфической профилактики детей и взрослых. Специфическая профилактика: плановая, активная иммунизация детей и взрослых и экстренная иммунопрофилактика по поводу травм. Экстренная профилактика столбняка, проводимая до 20-го дня с момента получения травмы. Мероприятия по профилактике послепрививочных реакций и осложнений. Наблюдение за привитыми в течение 1 ч. Обеспечение средствами противошоковой терапии медицинского кабинета, в котором проводится прививка.</p> <p>Эпидемиологическая ситуация по столбняку в Российской Федерации и Саратовской области. Работа санитарно-эпидемиологической службы, направленная на снижение заболеваемости столбняком. Мероприятия, проводимые санитарно-эпидемиологической службой по ликвидации столбняка новорожденных.</p>	
Б.1.Б. 1.7	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2.	Эпидемиология инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	<p>Актуальность изучения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи на современном этапе. Распространенность внутрибольничных инфекций в мире, Российской Федерации, Саратовской области. Ущерб, причиняемый ИСМП. Эпидемиологическая, социальная и экономическая значимость ИСМП в настоящее время. Факторы, определяющие социальное значение ИСМП. Причины роста ИСМП. Число больных, у которых развиваются внутрибольничные инфекции (ИСМП) в разных странах (в соответствии с уровнем материального благополучия, уровня культуры, развития здравоохранения) в зависимости от действия различных факторов.</p> <p>Наиболее удачное и полное определение ИСМП: случаи инфекции, не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, 2011г.</p> <p>Источники и резервуары инфекции:</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

				<p>1. Больные, пациенты</p> <p>2. Персонал.</p> <p>3. Резервуары – различная лечебная и диагностическая аппаратура: ИВЛ, наркозная аппаратура, гемодиализ, кондиционеры, бассейны и др. – когда нарушается режим их обеззараживания.</p> <p>Механизмы передачи инфекции. Естественные; искусственные.</p> <p>В настоящее время описано около 100 нозологических форм ВБИ, этиологически связанных более чем с 200 видами микроорганизмов.</p> <p>Под госпитальным штаммом следует понимать адаптированный к конкретным условиям стационара возбудитель определенного вида, резистентный к лечебным, дезинфекционным и другим условиям лечебно-профилактического учреждения, вызвавший не менее двух клинически выраженных случаев заболевания у больных или персонала.</p> <p>Основные характеристики госпитальных штаммов: множественная устойчивость к антибиотикам, сниженная чувствительность к антисептикам и физическим факторам, выраженная гетерогенность и изменчивость популяций, адаптация к обитанию в больничной среде и приобретение возможности размножаться на объектах внешней среды, повышенная конкурентная активность, вирулентность, инвазивность и способность к колонизации.</p> <p>Факторы риска — это прямые или косвенные причины, способствующие возникновению и распространению инфекций.</p> <p>Эпидемиологические особенности ВБИ, вызываемых различными группами микроорганизмов.</p> <p>Эпидемиологический надзор (ЭН) за ВБИ – это комплексная система наблюдения за динамикой и тенденциями развития эпидемического процесса ВБИ, факторами и условиями, влияющими на их распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованной системы мер борьбы и профилактики с целью снижения заболеваемости, летальности и экономического ущерба.</p> <p>Экономический ущерб, вызванный ИСМП: прямые и дополнительные затраты, связанные с увеличением срока пребывания больного в стационаре, лабораторным обследованием и лечением.</p> <p>Комплекс факторов, влияющих на развитие ИСМП.</p> <p>Профилактические мероприятия.</p> <p>В стационарах следует выполнять три важнейших требования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) свести к минимуму возможность заноса инфекции извне; 2) исключить внутрибольничное заражение; 	
--	--	--	--	--	--

				<p>3) исключить вынос возбудителя за пределы лечебного учреждения. Важное значение имеют архитектурно-планировочные мероприятия, проведение которых должно начинаться еще на стадии проектирования лечебно-профилактического учреждения.</p> <p>Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости ВБИ, включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • соблюдение правил приема лиц, поступающих на работу и правил приема больных на лечение; ежедневный осмотр медперсонала на наличие заболеваний верхних дыхательных путей и кожных покровов; санация носителей госпитальных штаммов микроорганизмов; • дезинфекция объектов внешней среды лечебно-профилактических учреждений; систематический бактериологический контроль воздуха и предметов обихода в отделениях; • разделение потоков движения больных, персонала, чистых и грязных материалов; контроль и соблюдение правил смены постельного и нательного белья у больных и одежды у медперсонала (халаты и головные уборы); • строгое соблюдение правил асептики и антисептики, стерилизация изделий медицинского назначения, устройство централизованных стерилизационных отделений. <p>Одной из главных мер снижения заболеваемости является повышение уровня компетенции медицинских работников всех уровней в области эпидемиологии и профилактики ВБИ в различных типах стационаров.</p> <p>Особенности эпидемиологии и профилактики ИСМП в различных типах стационаров (отделений):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в родовспомогательных учреждениях 2) Хирургических отделениях 3) Ожоговых 4) Урологических 5) Отделениях интенсивной терапии (ОИТ) 6) Терапевтических 7) Гастроэнтерологических 8) Психиатрических <p>Этиология ИСМП новорожденных и родильниц в РФ: золотистый стафилококк, клебсиелла, кишечная палочка и др.</p> <p>Перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации.</p> <p>У новорожденных: конъюнктивит и дакриоцистит; пиодермия; флебит пупочной вены; панариций, паронихия; омфалит; отит; импетиго (пузырчатка),</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>пемфигус, везикулопустулез; псевдофурункулез; энтероколит; пневмония; абсцесс, флегмона; менингит; остеомиелит; сепсис; постинъекционные инфекции; сальмонеллез; вирусные гепатиты В, С; другие инфекционные заболевания.</p> <p>У родильниц: послеоперационные инфекции акушерской раны, в т. ч. нагноение и расхождение швов; эндометрит; перитонит, в т. ч. после кесарева сечения; сепсис; мастит; постинъекционные инфекции; грипп, ОРЗ; пневмония; цистит, уретрит, пиелонефрит; сальмонеллез; вирусные гепатиты В, С; другие инфекционные заболевания.</p> <p>Механизмы паразитирования возбудителей. В последние годы открыт феномен взаимодействия между бактериями, названный «quorum sensing» (чувство кворума). Нападают и защищаются вместе.</p> <p>Механизмы формирования генотипической устойчивости к дезсредствам. Переносы локусов хромосом, кодирующих устойчивость, от устойчивых бактерий к чувствительным. Передача R-плазмид и транспозонов, но в значительно меньшей степени, чем при формировании и распространении антибиотикорезистентности. Устойчивость формируется медленнее (в отличие от антибиотиков), и удельный вес устойчивых штаммов в популяции микроорганизмов долгое время остается низким.</p> <p>Скорость формирования устойчивости микроорганизмов зависит и от вида дезинфицирующего и антисептического средства. Рост устойчивости к дезсредствам может приобретать взрывной характер.</p> <p>Носительство госпитальных штаммов среди медицинских работников и членов их семей значительно (в 3раза) чаще, чем среди лиц, не связанных с лечебными учреждениями.</p> <p>Практические шаги в борьбе и профилактике ВБИ в роддомах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Полная регистрация заболеваемости у детей 1-го месяца жизни и родильниц. 2) Выделение от больных возбудителей ГСИ, их идентификация и изучение свойств. 3) На основании полученных данных, ретроспективном анализе заболеваемости, данных о ранее выделенных штаммах и знаниях о входных воротах инфекции сформировать гипотезу о возможных источниках инфекции и путях передачи ГСИ. 4) Разработать план целенаправленного обследования роддома (плановые и по эпидпоказаниям). <p>Мероприятия в отношении источников инфекции. А. Отстранение от профессиональной деятельности носителей госпитальных штаммов или больных хроническими и вялотекущими инфекционными процессами с последующей их</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>санацией. Б. Принять меры к профилактике заноса инфекции с пациентами (ранняя диагностика в приемном отделении, обследование, ранняя изоляция из общего потока рожениц и др.) В. Раннее выявление и изоляция больных госпитальными инфекциями и своевременный перевод в специализированные отделения.</p> <p>Мероприятия, направленные на разрыв механизм заражения. Сменить дезсредства, антисептические растворы, антибиотики и др. в соответствии с полученными данными о чувствительности к ним выделенных госпитальных штаммов.</p> <p>Провести ревизию лечебных, диагностических и режимных мероприятий, участвующих в распространении инфекции с целью устранения механизмов заражения и отработать их с персоналом (потоки больных, набор помещений, целесообразность катетеризаций, обеззараживание обуви, цикличность заполнения палат, стерилизация и камерная дезинфекция, способы оперативного вмешательства и др.).</p> <p>Мероприятия направленные на повышение невосприимчивости. Минимизировать контакт персонала с новорожденными и создать максимальный контакт детей с родильницами с целью формирования микробиоценоза кожи и слизистых, ЖКТ из материнской микрофлоры (палаты «мать-дитя», «семейные»), кроме контингентов риска (ВИЧ, гепатиты В, С и др.). Использовать эубиотики, пробиотики, иммунобиологические препараты для повышения невосприимчивости к внутрибольничной микрофлоре. Отработка с персоналом санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в лечебно-профилактическом учреждении.</p> <p>Эпидемиологический надзор за ВБИ. Определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки.</p> <p>Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ) - любая клинически распознаваемая инфекция, поражающая органы и ткани организма человека, затронутые в ходе хирургической операции, и возникающая именно в связи с хирургическим вмешательством.</p> <p>Стандартные определения случая. В настоящее время в соответствии с международными стандартами для учета и регистрации ИОХВ классифицируются по локализации инфекционного процесса: поверхностные, глубокие, органа/полости.</p> <p>Резервуар и источники инфекции: пациенты с различными формами ГСИ и носители возбудителей инфекции, контаминированные объекты окружающей среды, медицинские работники. Подавляющее большинство хирургических инфекций имеет эндогенное происхождение. Все пути передачи при ИОХВ</p>	
--	--	--	---	--

			<p>искусственные. Важнейшими путями экзогенного заражения ИОХВ являются инструментальный и контактный. При эндогенном заражении микробы проникают в рану с кожи (если она подвергалась массивной колонизации или не была обработана антисептиками перед операцией).</p> <p>ИОХВ занимают ведущее место в структуре внутрибольничных инфекций и возникают примерно у 5–35 из 100 оперированных пациентов. Для динамики ИОХВ наиболее характерно наличие эпидемических вспышек, которые возникают относительно редко. Сезонные подъемы заболеваемости ИОХВ не характерны, однако могут быть связаны, например, с ежегодным увеличением доли определенных операций в общей структуре операционной активности, например, в зимний период (рост травматизма).</p> <p>Классификация хирургических ран (операций) по степени микробной контаминации:</p> <p>Класс I - чистая;</p> <p>Класс II - условно чистая;</p> <p>Класс III - контаминированная («загрязненная»);</p> <p>Класс IV - «грязная» (инфицированная).</p> <p>Эпидемиологический надзор.</p> <p>Профилактические и противоэпидемические мероприятия. Обращается особое внимание на мероприятия общего характера (асептика и антисептика, дезинфекция и стерилизация, гигиена рук и т.п.) Организуются мероприятия по элиминации факторов риска.</p> <p>Все мероприятия по профилактике ИОХВ можно для удобства условно разделить на три группы: мероприятия в предоперационном периоде, мероприятия в операционном периоде, мероприятия в послеоперационном периоде.</p> <p>Факторы ВБИ в ожоговых стационарах:</p> <ul style="list-style-type: none">• Термические поражения ткани создают благоприятные условия для жизнедеятельности микроорганизмов в ранах с последующей их генерализацией;• Ожоги площадью более 30 % поверхности тела, как правило, сопровождаются присоединением инфекции;• У больных с ожоговой травмой в результате ожогового шока нередко наступает выраженная иммунодепрессия, что благоприятствует развитию госпитальных инфекций.• Гнойно-септические инфекции являются причиной смерти больных с ожогами.	
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Продолжительность госпитализации при присоединении инфекции значительно увеличивается. Присоединение грамотрицательной микрофлоры удлиняет койко-день. • Дополнительные затраты на лечение связаны с вынужденной массивной антибиотикотерапией, включая внутривенное введение препаратов. <p>Особенности ВБИ в ожоговых стационарах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Внутрибольничные инфекции ожоговых ран, как правило, возникают спустя не менее 48 ч после госпитализации. • Около 6 ч после травмы ожоговая рана остается стерильной. • Наиболее рано и массивно обсеменяются ожоги нижних двух третей туловища. • Наличие 10⁵ и более КОЕ в 1 г обсемененной ткани свидетельствует об инфицированности раны. • Диагноз внутрибольничной инфекции ожоговой раны ставится на основании данных бактериологического исследования биоптата из раны, сроков, прошедших после травмы, иногда в сопоставлении с данными о собственной микрофлоре пациента. • Ведущее значение в возникновении внутрибольничных инфекций ожоговых ран принадлежит синегнойным палочкам, стафилококкам, бактериям рода ацинетобактер. • Значительно реже — грибам, протеею, кишечным палочкам, еще реже вирусам. <p>Способы заражения ВБИ в ожоговом стационаре: эндогенно и экзогенно.</p> <p>Особенности ВБИ в урологическом стационаре:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Большинство урологических заболеваний протекает с нарушением уродинамики, что способствует чаще всего застою мочи и ведет к инфицированию мочевого тракта; • Основной контингент больных - люди пожилого возраста, для которых характерна сниженная реактивность организма и повышенная восприимчивость к инфекции; • Урологам чаще, чем другим специалистам, приходится иметь дело с различной эндоскопической аппаратурой и инструментами, стерилизация которых в практических условиях трудно решается; • В урологическом стационаре нередко оперируются больные с тяжелыми гнойными процессами (карбункулы, абсцессы, гнойный пиелонефрит и др.), у которых, как правило, обнаруживается микрофлора в моче в клинически значимом количестве; 	
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Использование множества трансуретральных манипуляций, дренажных систем создает большую вероятность проникновения различных микроорганизмов в мочевыводящий тракт, имеющий ограниченные ресурсы местной иммунной защиты. • Уровень заболеваемости ИМП колеблется от 16,3 до 50,2 на 100 больных урологических подразделений. <p>Факторы риска ВБИ в урологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проведение инвазивных лечебно-диагностических манипуляций (катетеризация, орошение, промывание мочевого пузыря) является предрасполагающим фактором развития инфекции в связи с выраженной адгезивной способностью микроорганизмов к клеткам мочевого пузыря. • Наличие больных с постоянными катетерами. • Формирование госпитальных штаммов. • Предшествующая массивная антибиотикотерапия больным отделения. • Нарушение режима обработки эндоскопической аппаратуры. • Использование открытых дренажных систем. <p>Факторы риска для больных ОИТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • длительность пребывания в ОИТ (более 48 ч) • наличие внутрисосудистых и уретральных катетеров, • интубация трахеи, • трахеостомия, • механическая вентиляция легких (ИВЛ) • раны • дренаж грудной клетки, • проведение перитонеального диализа или гемодиализа, • парентеральное питание, • препаратов иммуносупрессивного и антистрессорного действия. • наличие травмы <p>Основные направления снижения ВБИ в ОИТ: пространственное разделение потоков больных; принцип "одна сестра — один больной"; строгое соблюдение принципов асептики и антисептики; применение клинико-микробиологического мониторинга.</p> <p>Психиатрические стационары, дома престарелых, закрытые ЛПУ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение гигиенических навыков у пациентов вследствие деформации личности • Наиболее важную роль играют руки пациентов, а также предметы ухода • Реализация фекально-орального механизма передачи инфекции 	
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Возникают и пищевые вспышки, связанные с нарушениями в работе пищеблоков • Многокочность палат, • Переуплотнение палатных отделений • Не выявленное при поступлении хроническое носительство у больных. <p>Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ. Оценка заболеваемости ВБИ. Эпидемиологический надзор за ВБИ.</p>	
Б.1.Б. 1.8	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2.	Эпидемиология неинфекционных болезней	<p>В России около тридцати лет назад окончательно сформировалось направление, изучающее эпидемиологию неинфекционных заболеваний (ЭНЗ), которая доказала свою незаменимость в решении проблем общепатологического плана. Основная задача исследования эпидемиологии неинфекционных заболеваний заключается в накоплении материалов и анализе закономерностей возникновения и распространения неинфекционных заболеваний, оценке и сопоставлении их, профессиональном осмыслении и на основании этого разработке рациональных подходов к профилактике заболеваемости и летальности. Эпидемиологический подход, предусматривающий сравнение заболеваемости в подгруппах населения, широко применялся и применяется для изучения причин возникновения любой патологии.</p> <p>Неинфекционная эпидемиология изучает закономерности возникновения и распространения неинфекционных заболеваний. В настоящее время эпидемиология неинфекционных болезней имеет преимущественно описательно-аналитический характер, а ее целью является разработка рациональных подходов к профилактике заболеваемости и летальности при неинфекционной патологии. Методологической основой неинфекционной эпидемиологии является эпидемиологический метод, позволяющий проводить анализ заболеваемости по территории, среди различных групп населения и во времени с учетом разнообразных по характеру и силе воздействия факторов риска, влияющих на здоровье населения. Удельный вес неинфекционной заболеваемости значительно превышает долю инфекционных болезней.</p> <p>Статистический учёт заболеваний населения является основой для осуществления постоянного мониторинга и контроля основных показателей состояния здоровья населения, что позволяет получать всестороннюю информацию для принятия управленческих решений с целью эффективного и экономически обоснованного влияния на их динамику. Для достижения этих целей используют эпидемиологический метод, разработанный эпидемиологами для анализа закономерностей распространения инфекционных болезней. Применение эпидемиологического метода при анализе неинфекционной патологии также позволяет выявлять группы и территории риска, оценивать</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

			<p>влияние возможных факторов риска и разрабатывать адекватные программы профилактики. В последние годы в разных странах мира интенсивно используют эпидемиологический метод для выявления закономерностей возникновения и распространения онкологических, кардиологических, эндокринологических, психиатрических и др. заболеваний.</p> <p>Эпидемиологический анализ особенностей распространения неинфекционных болезней проводят для решения следующих задач:</p> <ol style="list-style-type: none">1) определение медицинской и социально-экономической значимости болезни и ее места в структуре патологии населения, изучение закономерностей распространения болезни во времени (по годам, месяцам и т.п.), по территории и среди различных (возрастных, половых, профессиональных, этнических и др.) групп населения;2) выявление причинно-следственных связей заболеваемости с действующим фактором риска;3) разработка рекомендаций по оптимизации профилактики данной болезни. <p>В рамках эпидемиологического анализа проводят оценку следующих показателей: заболеваемость, смертность, инвалидность. Расчет и анализ показателей общей заболеваемости населения позволяет осуществлять планирование ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности населения в различных видах медицинской помощи. Принимая во внимание то обстоятельство, что неинфекционная заболеваемость является основной причиной заболеваемости и смертности населения, акцент при оказании первичной медико-санитарной помощи делается на профилактику факторов риска, вызывающих неинфекционную патологию.</p> <p>Применение эпидемиологического метода в изучении закономерностей распространения массовых неинфекционных болезней позволяет оценить их распространенность и медико-социальную значимость, установить причинно-следственные связи между уровнем заболеваемости населения и возможными факторами риска, действие которых проявляется на определенных территориях, в разных социо-возрастных группах. Познание этих закономерностей позволяет влиять на уровень заболеваемости в направлении ее снижения за счет разработки и введения в практику научно обоснованных профилактических программ, направленных, в первую очередь, на первичный уровень профилактики. Осуществление программ вторичной и третичной профилактики неинфекционных болезней позволяют повысить качество жизни пациентов, сохранить их трудоспособность.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Эпидемиология внесла вклад в познание причин ревматизма и ревматической болезни сердца. С помощью эпидемиологического метода была выяснена роль социальных и экономических факторов, способствующих возникновению вспышек ревматизма. Это позволило резко снизить заболеваемость ревматизмом в ряде стран. Эпидемиология сыграла важную роль в разработке профилактики гипертонии. Эпидемиологические исследования помогли определить масштаб проблемы, установить тот уровень кровяного давления, при котором лучше всего начинать профилактику.</p> <p>Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) как наиболее актуальная проблема здравоохранения большинства стран мира, в том числе России. Прогноз ВОЗ по заболеваемости ССЗ как в развитых, так и развивающихся странах. Структура ССЗ.</p> <p>ССЗ — как ведущая причина смертности населения. Болезни из группы сердечно-сосудистых включают целый ряд нозологических форм (ревматическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, перикардит, эндокардит, миокардит, кардиомиопатия, неревматические поражения клапанов сердца, нарушения проводимости сердца, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий и др.) среди которых наиболее серьезными являются ишемическая и гипертоническая болезни (их доля составляет 30 – 35 %), и такие их проявления, как острый инфаркт миокарда и стенокардия.</p> <p>Только в 1910 г. В.П. Образцов и Н.Д. Стражеско в России, а в 1911 г. Геррик (Herrick) в Соединенных Штатах Америки дали классическое описание клинической картины инфаркта миокарда. До 80-х гг. XIX в. господствовало мнение, что главная и единственная причина грудной жабы (стенокардии) – склероз венечных артерий.</p> <p>Показатели инцидентности, смертности, инвалидизации от болезней сердечно-сосудистой системы. Показатели смертности от ССЗ среди мужчин и женщин.</p> <p>Ишемическая болезнь сердца является основной проблемой в клинике внутренних болезней и характеризуется как эпидемия XXI в. Основанием для этого служит возрастающая частота заболеваний ишемической болезнью сердца людей в различных возрастных группах, высокий процент потери трудоспособности, а также то, что она является одной из ведущих причин летальности.</p> <p>Инцидентность населения сердечно-сосудистыми болезнями имеет заметные региональные различия, связанные с многообразными факторами. Анализ инцидентности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний</p>	
--	--	--	---	--

			<p>указывает на зависимость этой группы болезней от возрастной структуры населения.</p> <p>Факторы риска ССЗ: Немодифицируемые (или неустраняемые) — это такие факторы риска, на которые повлиять или устранить невозможно: атеросклероз, артериальная гипертония, наследственность. Модифицируемые (или устранимые) — это такие факторы риска, на которые можно тем или иным способом повлиять или устранить: курение, неправильное питание, гиподинамия, психоэмоциональный стресс, депрессия, загрязнение окружающей среды.</p> <p>Эпидемиологический надзор за ССЗ. Целью эпидемиологического надзора за сердечно-сосудистыми заболеваниями на современном этапе является сбор данных о распространенности этих заболеваний и их факторах риска, о популяционных закономерностях развития патологического процесса при отдельных нозологических формах данной патологии.</p> <p>Массовый характер распространения сердечно-сосудистых заболеваний в человеческой популяции, начало развития заболеваний до клинических проявлений, несомненная зависимость их развития от факторов внешней среды – все это определяет целесообразность дальнейшего проведения эпидемиологических исследований данной патологии.</p> <p>Профилактические мероприятия. Развитие теоретической и методологической базы доказательной медицины в течение последних десятилетий обеспечило существенный прогресс в разработке и пропаганде среди врачей и пациентов научно-обоснованных подходов к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также в оценке ее результатов.</p> <p>Первым этапом профилактических мероприятий в настоящее время является немедикаментозная профилактика. Приоритет должен быть отдан формированию здорового образа жизни («изменение стиля жизни») как основного подхода к профилактике развития факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: полный отказ от курения, снижение избыточной массы тела, диета, расширение физической активности за счет динамических нагрузок, психорелаксация. Обучение здоровому образу жизни может предупредить развитие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний или снизить их еще в детском возрасте.</p> <p>Медикаментозная (вторичная) профилактика проводится обычно в дополнение к максимально возможному количеству немедикаментозных мероприятий. Как правило, под ней понимают: гиполипидемическую, антиагрегантную, антикоагулянтную, гипотензивную, антиишемическую и гипогликемическую терапии.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Каждый из перечисленных видов медикаментозного лечения имеет свои строгие показания и противопоказания и должен назначаться в рамках разработанных алгоритмов, но вместе с тем строго индивидуально. Только такой подход обеспечит ожидаемую эффективность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.</p> <p>Для снижения высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний могут быть предложены следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none">1) проведение эпидемиологических исследований по выявлению факторов, способствующих высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний;2) создание политики и стратегии по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний на национальном, региональном и местном уровнях;3) создание и проведение демонстрационных профилактических программ;4) проведение программ по контролю за известными, установленными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь за гипертонией и курением. <p>Онкологические заболевания, определение. Типы онкологических заболеваний. Классификация злокачественных опухолей по МКБ. TNM (T (tumor) – размер первичной опухоли, N (nodus) – состояние регионарных лимфатических узлов, M (metastasis) – отсутствие или наличие отдаленных метастазов).</p> <p>Эпидемиология злокачественных опухолей имеет давнюю историю. В 1770 г. итальянский врач Бернардо Рамазини отметил, что рак молочной железы у монахинь возникает чаще, чем у остальных женщин. Первое наиболее качественное эпидемиологическое изучение рака было проведено Ригони-Стерн в 1842 г., который попытался количественно оценить риск развития рака матки среди монахинь и других женщин в Вероне. В России одним из первых исследователей в области статистики злокачественных новообразований является П.И. Тихов, опубликовавший работу «К учению об опухолях» (1900).</p> <p>Злокачественные новообразования регистрируются повсеместно, однако отмечается существенный географический разброс показателей инцидентности и смертности. Злокачественные новообразования устойчиво занимают второе место в структуре причин смертности населения. Экономические потери при злокачественных новообразованиях. При условии, что тенденция к росту сохранится, злокачественные опухоли могут выйти на ведущую позицию, опередив сердечно-сосудистые заболевания.</p> <p>Факторы риска развития злокачественных опухолей: внутренние - отягощенная наследственность может явиться фактором риска развития рака молочной железы, простаты, кожи, толстой кишки. Кроме того, к внутренним</p>	
--	--	--	---	--

			<p>факторам можно отнести генетические мутации вследствие гормональных изменений и недостаточности иммунной системы; внешние - курение (в том числе пассивное), качество питания, алкоголь, ожирение, малоподвижный образ жизни, комбинированная гормонозаместительная терапия, инфекционные агенты, вредные профессиональные факторы, факторы окружающей среды.</p> <p>Эпидемическая значимость в развитии онкологических заболеваний факторов риска.</p> <p>Группы онкологического риска по степени повышения риска (5 категорий).</p> <p>Показатели инцидентности, смертности, инвалидизации от злокачественных новообразований. Показатели смертности от ССЗ среди мужчин и женщин. Показатели заболеваемости онкологической патологией в РФ.</p> <p>Государственный популяционный раковый регистр. Исследования по разработке и внедрению эффективных программ контроля онкологических заболеваний. Профилактика онкологических заболеваний направлена на снижение уровня смертности путем снижения уровня инцидентности.</p> <p>Первичная профилактика рака (ППР): борьба с курением и злоупотреблением алкоголем, рационализация питания, повышение физической активности, уменьшение воздействия канцерогенных химических и физических факторов; вторичная: скрининговые исследования; третичная профилактика: диспансеризация.</p> <p>Понятие травматизма. Травматизм определяется как совокупность травм, возникших в определенной группе населения за конкретный отрезок времени, исчисляется количеством травм на 100, 1000 человек за 1 мес. и год.</p> <p>Травматизм представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Изучение травматизма как патологии, носящей распространенный в популяции характер, зависящий от влияния биологических и социальных факторов, целесообразно проводить с использованием методов эпидемиологической диагностики. При этом предметом эпидемиологического исследования является вся группа населения, подверженная риску травматизма, т.е. все население.</p> <p>Место травматизма среди причин смерти населения.</p> <p>Эпидемиологическая ситуация с травматизмом в России.</p> <p>Классификация травматизма: производственные (промышленные, сельскохозяйственные, строительные, на транспорте и др.) и непроизводственные (бытовые, уличные, дорожно-транспортные, спортивные, школьные, пр.). Характеристика травматизма.</p> <p>Факторы риска бытовых и уличных травм: неосторожность пострадавших, гололед, хулиганские действия. Также к факторам риска относятся плохое</p>	
--	--	--	---	--

			<p>состояние тротуаров, недостаточный надзор за животными, плохая освещенность и неудовлетворительное санитарное состояние улиц, дворов и лестниц, производство ремонтных работ на улицах без установки ограждений, неисправность электропроводки и др.</p> <p>Факторами риска дорожно-транспортных травм служат плохая подготовка водителей, их психофизиологические особенности, употребление алкоголя, плохое состояние здоровья, усталость за рулем, нарушение правил дорожного движения водителями и пешеходами; плохое состояние дорог, насыщенность транспортом узких трасс, отсутствие подземных переходов и путепроводов, отсутствие регулирующих движение знаков и опознавательных линий, неисправность и несовершенство транспортных средств, недостаточно эффективные средства индивидуальной защиты.</p> <p>Серьезную проблему как фактор риска травматизации представляет собой алкоголизм.</p> <p>Факторы риска возникновения спортивных травм: несоблюдение спортивных правил, недостаточная подготовка спортсменов, их перегрузка и переутомление, плохое состояние площадок, снарядов и инвентаря, недостаточный контроль тренеров, неправильная установка спортивных снарядов.</p> <p>Анализ причин детского и школьного травматизма в условиях нашей страны позволяет сделать вывод, что основными причинами травм в этом возрасте являются недостаточный надзор за детьми, недостаток специальной мебели и ограждений в квартирах, игровых площадок, невоспламеняющейся одежды.</p> <p>Причины возникновения травм. Травматизм в значительном числе случаев связан с ухудшением координации движений и замедлением реакции на внешние воздействия вследствие заболевания, утомления, пьянства.</p> <p>Рост производственного травматизма в большинстве стран связан с развитием тяжелой промышленности. Организация мероприятий по его предупреждению определяется социальными и техническими факторами. Профилактике производственного травматизма способствуют законодательные акты об охране природы, внешней среды, правила противопожарной безопасности, проектирования и строительства, осуществление санитарно-эпидемиологического надзора.</p> <p>Учет травматизации осуществляется путем заполнения на каждый случай травмы статистического талона, на основании которого в лечебно-профилактических учреждениях составляется «сводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев отравлений и травм». Достоверная и полная</p>	
--	--	--	--	--

				<p>информация о травматизме — обязательное условие его эффективной профилактики.</p> <p>Среди всех причин первичной инвалидности и смертности среди населения развитых стран мира травмы занимают третье место (после опухолевых и сердечно-сосудистых заболеваний), а у лиц трудоспособного возраста травмы занимают первое место среди причин смерти. Преобладает в патологии у лиц молодого возраста (дети, подростки, молодежь). Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20-49 лет, а у женщин — 30-59 лет, причем во всех возрастных группах этот показатель значительно выше у мужчин. Среди мужского населения в возрасте 15-30 лет травмы — основная причина заболеваемости, инвалидности и смертности.</p> <p>Изучение эпидемиологических данных о распространенности, структуры травм и их последствий среди разных групп населения необходимы для разработки мер профилактики как внешних причин возникновения травматизма, так и их медицинских и социально-экономических последствий. При планировании организационных мероприятий по совершенствованию помощи населению при травмах важное значение приобретают данные об эпидемиологии данной патологии: частоте, распространенности среди населения, структуре его отдельных форм, связи с важнейшими факторами внешней среды в целях организации научно обоснованной профилактики — ликвидации и уменьшения влияния вредных факторов, планирования и совершенствования травматологической, нейрохирургической и других видов лечебной помощи.</p> <p>Основные направления профилактики травматизма.</p>	
Б.1.Б. 1.9	УК-4 ОПК-4 ОПК-9 ОПК-10	ИД-1 УК-4.1. ИД-2 УК-4.2. ИД-1 ОПК-4.1. ИД-2 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1.	Противоэпидемическое обеспечение в условиях ЧС	<p>Санитарная охрана территории Российской Федерации: историческое становление.</p> <p>Международное регулирование в области санитарной охраны территории: Международные медико-санитарные правила - ММСП (2005 г.). Ключевые понятия, используемые в рамках ММСП: Болезнь - заболевание или медицинское состояние, независимо от происхождения или источника, которое представляет или может представлять риск нанесения людям значительного вреда;</p> <p>Контаминация – наличие инфекционного или токсичного агента, представляющего риск для здоровья населения, на / в теле человека, продукте, предмете и др.</p> <p>Зараженный – лицо, груз, перевозочные средства и др., представляющие риск для здоровья населения в результате их инфицирования или контаминации.</p> <p>Медико-санитарные меры – процедуры, применяемые с целью предотвратить распространение болезни или контаминацию.</p>	тестовый контроль, контрольные вопросы

		ИД-2 ОПК- 10.2.	<p>Риск для здоровья населения – вероятность события, которое может неблагоприятно сказаться на здоровье людей.</p> <p>Событие – проявление болезни или такое событие, которое создает потенциал для болезни.</p> <p>Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение, означает экстраординарное событие и определяется как представляющее риск для здоровья населения в других государствах в результате международного распространения болезни и требующее (могущее потребовать) скоординированных международных ответных мер.</p> <p>Составляющие ЧС: Эпидемиологическая; Санитарно-гигиеническая, токсикологическая.</p> <p>Основные обязательства для государств-членов ВОЗ в рамках ММСП (2005 г.).</p> <p>Нормативно-методическая база санитарной охраны территории Российской Федерации: Федеральный закон от 30.03.99 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Федеральный Закон РФ от 01.04. 93 г. № 4730 – I «О государственной границе РФ» (с изменениями и дополнениями); Федеральный закон от 15.08.1996 года N 114-ФЗ "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию"; Федеральный закон от 02.01. 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»; Федеральный закон от 17.09.1998 года N 157-ФЗ"Об иммунопрофилактике инфекционных болезней".</p> <p>Основная нормативная база Роспотребнадзора РФ: Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14); Постановление Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2005, N 39, ст. 3953); СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней".</p> <p>Мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения при пересечении Государственной границы РФ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Своевременное обеспечение информацией о состоянии заболеваемости в стране убытия. • По решению Правительства РФ при необходимости возможно закрытие границ РФ. 	
--	--	-----------------------	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Санитарно-карантинный осмотр всех транспортных средств, прибывших из неблагополучных районов (проверка медико-санитарных документов; опрос, при необходимости осмотр лиц, термометрия). • Мероприятия в отношении выявленных лиц, подозрительных на заболевание регламентированными инфекциями. • Мероприятия в отношении лиц, контактировавших с больными. • Мероприятия в отношении выявленных переносчиков. • Дезинфекционные мероприятия <p>Требования в отношении товаров и грузов, пересекающих Государственную границу РФ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наличие соответствующих товаро - сопроводительных документов. • Наличие санитарно-эпидемиологического заключения, выданного аккредитованными лабораториями Российской Федерации. • Не допускаются к ввозу грузы и товары, в отношении которых при проведении санитарно-карантинного контроля установлено, что их ввоз создаст угрозу возникновения инфекционных или массовых неинфекционных заболеваний (отравлений). <p>Санитарно-эпидемиологические требования в пунктах пропуска через государственную границу: требования предъявляются к территории пункта пропуска, транспортным организациям, транспортным средствам международных сообщений, членам экипажей морских (речных), воздушных судов, поездных бригад, водителям автотранспорта, к лицам, совершающим международные поездки, и перевозимых через границу их багажу, товарам и грузам.</p> <p>Санитарно-карантинный контроль в аэропортах, открытых для международных сообщений.</p> <p>Санитарно-карантинный контроль в морских и речных портах, открытых для международных сообщений.</p> <p>Санитарно-карантинный контроль на автомобильных пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации.</p> <p>Мероприятия по предупреждению распространения инфекционных болезней и массовых неинфекционных болезней (отравлений) на всей территории РФ:</p> <p>1) Носят межведомственный характер, разрабатываются Роспотребнадзором, органами управления здравоохранением административных территорий и включаются в комплексные планы мероприятий по санитарной охране территории и утверждаются 1 раз в 5 лет органами исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>2) Санитарную охрану территории Российской Федерации осуществляют в рамках единой системы готовности к ЧС в части диагностики, мониторинга и контроля возбудителей особо опасных, зоонозных, природно-очаговых инфекционных болезней, массовых неинфекционных болезней (отравлений);</p> <p>3) При выявлении и ликвидации последствий ЧС используется лабораторная база учреждений Роспотребнадзора, противочумных учреждений и лабораторной базы других ведомств.</p> <p>4) Структура готовности органов и учреждений определяется оперативными планами, порядок выявления ЧС на основе клинико-эпидемиологических признаков, введение схемы оповещения, проведение первичных противоэпидемических мероприятий, взятие материала от больных (умерших) и из объектов окружающей среды, от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни</p> <p>5) Органы управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации обеспечивают иммунопрофилактику лиц, совершающих международные поездки, с выдачей Международного свидетельства о вакцинации или профилактике; вакцинацию, предварительно информированных о рисках для здоровья, связанных с поездкой, а также с вакцинацией или профилактикой.</p> <p>6) Органы управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации организуют и обеспечивают постоянную готовность лечебно-профилактических учреждений к проведению мероприятий в случае возникновения ЧС.</p> <p>В перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, согласно СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней", входят заболевания: холера, чума, Лихорадка Ласса, Болезнь, вызванная вирусом Марбург, Болезнь, вызванная вирусом Эбола, и другие.</p> <p>Исторические сведения об изучении холеры. Распространенность холеры в мире. Пандемии холеры. Возможность выноса возбудителя холеры из эндемичных стран. Связь холерных эпидемий с путями передвижения, войнами, религиозным паломничеством.</p> <p>Холера – высококонтагиозное заболевание с высокой летальностью и резко выраженной способностью к эпидемическому (пандемическому) распространению.</p> <p>Этиология. Холерный вибрион открыт в 1883 г. Р. Кохом и Гафки вовремя V пандемии холеры во время их работы в Индии и Египте. Холера как сапроантропоноз.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Эпидемиологическая характеристика возбудителей холеры.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии холеры. Резервуар и источники возбудителя (больной человек, вибрионоситель). Период заразительности источника инфекции. Механизм передачи возбудителя. Пути передачи возбудителя. Естественная восприимчивость людей. Основные современные эпидемиологические признаки холеры. Лабораторная диагностика холеры.</p> <p>Эпидемиологический надзор. Для предупреждения заноса инфекции из эндемичных регионов необходимо постоянно следить за уровнем и динамикой заболеваемости холерой за рубежом. Основой анализа эпидемиологической ситуации в мире служат сведения ВОЗ, рассылаемые всем входящим в неё странам. Бактериологический контроль за открытыми водоёмами. Взятие проб воды для лабораторных исследований.</p> <p>Профилактические мероприятия. Мероприятия по улучшению социально-экономических и санитарно-гигиенических условий жизни населения. Предупреждение заноса инфекции из-за рубежа. Специфическая профилактика.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге. Основные противоэпидемические мероприятия по локализации и ликвидации очага холеры: ограничительные меры и карантин; выявление и изоляция лиц, соприкасавшихся с больными и носителями; лечение больных холерой и вибрионосителей; профилактическое лечение контактных лиц; текущая и заключительная дезинфекция.</p> <p>Проведение комплекса мероприятий при выявлении участковым врачом больного холерой на дому. Обязанности персонала ЛПУ при выявлении больного, подозрительного на холеру. Мероприятия в отношении больных холерой. Мероприятия в отношении лиц, соприкасающихся с больными холерой. Мероприятия по пресечению путей передачи. Мероприятия, направленные на третий элемент эпидемического процесса.</p> <p>Заключение. Потенциальные возможности осложнения эпидемиологической ситуации по холере в Российской Федерации и мероприятия, направленные на их устранение.</p> <p>Чума – зоонозная природно-очаговая особо-опасная карантинная бактериальная инфекционная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. История чумы.</p> <p>Эпидемиологическая характеристика возбудителя. Характеристика генома <i>Yersinia pestis</i>. Значение бактериофагии для <i>Yersinia pestis</i>: эволюция вида; диагностика; инструмент генетического анализа. Диагностическое значение бактериофагов. Видоспецифичные антигены <i>Yersinia pestis</i>. Циркуляция возбудителя при чуме по цепи: грызун – блоха – грызун. Патогенность <i>Yersinia pestis</i> (для 250 видов животных и человека).</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>Жизненный цикл возбудителя чумы.</p> <p>Эпидемиология чумы. Динамика заболеваемости чумой в мире. Заболеваемость чумой в мире. Природные очаги чумы в России.</p> <p>Резервуар и источники инфекции чумы.</p> <p>Эпидемиологические типы заболеваемости.</p> <p>Бубонная и легочная форма чумы: условия заражения и особенности эпидемических проявлений.</p> <p>Эпидемиологический надзор – это система оценки профилактических и противоэпидемических мероприятий в природных очагах чумы и при охране границ государства от ввоза возбудителя инфекции, а также внедрения в практику новых методов оценки эпидемиологической ситуации по чуме и составление прогнозов заболеваемости на конкретной территории.</p> <p>Обеспечение системой эпидемиологического надзора необходимой информацией по профилактике чумы силами противочумных учреждений (с привлечением соответствующих специалистов из учреждений Госсанэпиднадзора, здравоохранения и ветеринарных работников).</p> <p>Профилактические мероприятия: предупреждение заноса возбудителя инфекции из-за рубежа; сокращение эпизоотологической активности природных очагов чумы и предупреждение заболевания людей в этих очагах; профилактическая дезинфекция, дезинсекция и дератизация транспортных средств и грузов, прибывающих из эндемических очагов чумы. Специфическая профилактика чумы.</p> <p>Мероприятия в эпидемических очагах: Мероприятия в отношении больных чумой. Мероприятия в отношении лиц, соприкасающихся с больными чумой. Мероприятия по пресечению путей передачи. Мероприятия, направленные на третий элемент эпидемического процесса.</p> <p>Потенциальная возможность заноса инфекции на территорию Российской Федерации из-за рубежа в настоящее время. Потенциальная возможность активизации эпизоотических очагов, находящихся на территории Российской Федерации. Возможность применения биологического оружия в современной войне (локальной или крупномасштабной). Возможность использования возбудителя чумы в качестве средства биологического терроризма.</p> <p>Лихорадка Ласса (геморрагическая лихорадка Ласса) — острая вирусная инфекция с различными механизмами передачи, нетрансмиссивным механизмом заражения, образующая природные и антропоургические очаги.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Лихорадка Ласса входит в перечень инфекционных болезней, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.</p> <p>Исторические сведения. Заболевание впервые зарегистрировано в 1969 году в городке Ласса. Возбудитель выделен в 1970 году. Широко распространена в Западной Африке, некоторых странах Центральной Африки.</p> <p>Этиология. Возбудитель — РНК-геномный вирус <i>Lassa virus</i>, относящийся к роду <i>Arenavirus</i>, семейству <i>Arenaviridae</i>. В настоящее время выделено 4 субтипа вируса Ласса. Вирус устойчив к воздействию факторов окружающей среды. Инактивируется жировыми растворителями.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии Лихорадки Ласса. Резервуар и источники возбудителя (синантропные грызуны, человек). Период заразительности источника инфекции. Механизм передачи разнообразный. Характеристика механизмов передачи возбудителя. Факторы риска. Естественная восприимчивость людей. Лихорадка Ласса – заболевание со средним уровнем контагиозности, но высокой летальностью. Проявления эпидемического процесса Лихорадки Ласса. Сезонность заболевания. Инкубационный период варьирует в пределах 6–20 дней. Клинические признаки Лихорадки Ласса. Лабораторная диагностика Лихорадки Ласса. В качестве экспресс-диагностики применяют ИФА и РНИФ, выявляющие АГ вируса, для определения АТ используют РНГА, РСК.</p> <p>Эпидемиологический надзор и мероприятия по контролю. Информационное обеспечение эпидемиологического надзора и мероприятий по санитарной охране территории РФ. Работа Международной системы эпидемиологического надзора за КВГЛ призвана обеспечить необходимой информацией для своевременного и полного проведения профилактических мероприятий. Все страны обязаны немедленно уведомлять штаб-квартиру о единичных или групповых тяжелых заболеваниях, для которых характерен синдром острой геморрагической лихорадки. Эпизоотологический мониторинг. Ретроспективный и оперативный анализ заболеваемости людей КВГЛ.</p> <p>Профилактические мероприятия. В комплексе профилактических мероприятий имеют значение профилактическая и истребительная дератизация при лихорадке Ласса. При работе с лабораторными животными (приматами) и полученными от них материалами профилактическое значение имеет соблюдение правил техники безопасности, использование средств индивидуальной защиты и профилактическая дезинфекция. Экстренная пассивная иммунопрофилактика. Санитарно-просветительская работа.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Мероприятия в эпидемическом очаге: выявление больного или подозрительного на КВГЛ и его изоляция; истребительная дератизация; текущая и заключительная дезинфекция; экстренная иммунопрофилактика.</p> <p>Мероприятия в отношении больных КВГЛ. Мероприятия в отношении лиц, соприкасающихся с больными КВГЛ. Мероприятия по пресечению путей передачи. Мероприятия, направленные на третий элемент эпидемического процесса.</p> <p>Геморрагическая лихорадка Марбург (болезнь, вызванная вирусом Марбург, лихорадка Марбург, лихорадка геморрагическая церкопитековая, болезнь зеленых мартышек) — острая вирусная инфекция с различными механизмами передачи, нетрансмиссивным механизмом заражения, с природной очаговостью; особо опасная инфекция из группы КВГЛ, проявляется интоксикацией и выраженными явлениями универсального капилляротоксикоза, характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью.</p> <p>Исторические сведения. Впервые заболевание зарегистрировано в 1967 году в Белграде, Марбурге и Франкфурте. Тогда же в Марбурге Р. Зигерт выделил возбудителя.</p> <p>Этиология. Возбудитель — РНК-геномный вирус Marburgvirus рода Filovirus семейства Filoviridae. На сегодняшний день известно 4 серологических варианта вируса Марбург. Термостабилен, чувствителен к этиловому спирту, хлороформу.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии Лихорадки Марбург. Резервуар и источники возбудителя до конца не установлены. Период заразительности источника инфекции. Наиболее доказан парентеральный путь заражения, но возможны аэрозольный, контактный, пищевой. Есть сведения, указывающие на возможность вертикальной передачи. Факторы риска. Естественная восприимчивость людей высокая. Иммунитет после перенесенного заболевания длительный, сведения о повторных заражениях отсутствуют. Инкубационный период в среднем 4-9 дней. Клинические признаки Лихорадки Марбург. Лабораторная диагностика Лихорадки Марбург: в качестве специфических методов исследования применяют РНИФ, ИФА, РСК, РИА. В качестве экспресс-метода применяют ПЦР на выявление РНК вируса.</p> <p>Эпидемиологический надзор и мероприятия по контролю. Информационное обеспечение эпидемиологического надзора и мероприятий по санитарной охране территории РФ. Работа Международной системы эпидемиологического надзора за КВГЛ призвана обеспечить необходимой информацией для своевременного и полного проведения профилактических мероприятий. Все страны обязаны немедленно уведомлять штаб-квартиру о</p>	
--	--	--	---	--

			<p>единичных или групповых тяжелых заболеваниях, для которых характерен синдром острой геморрагической лихорадки. Эпизоотологический мониторинг. Ретроспективный и оперативный анализ заболеваемости людей КВГЛ.</p> <p>Профилактические мероприятия. В комплексе профилактических мероприятий имеют значение ветеринарные мероприятия в отношении лабораторных приматов, которые являются источниками ГЛ Марбург. При работе с лабораторными животными (приматами) и полученными от них материалами профилактическое значение имеет соблюдение правил техники безопасности, использование средств индивидуальной защиты и профилактическая дезинфекция. Экстренная пассивная иммунопрофилактика. Санитарно-просветительская работа.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге: выявление больного или подозрительного на КВГЛ и его изоляция; истребительная дератизация; текущая и заключительная дезинфекция; экстренная иммунопрофилактика.</p> <p>Мероприятия в отношении больных КВГЛ. Мероприятия в отношении лиц, соприкасающихся с больными КВГЛ. Мероприятия по пресечению путей передачи. Мероприятия, направленные на третий элемент эпидемического процесса.</p> <p>Геморрагическая лихорадка Эбола (болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Эбола) — острая вирусная инфекция с различными механизмами передачи, нетрансмиссивным механизмом заражения, с природной очаговостью. Особо опасная инфекция из группы контагиозных геморрагических лихорадок, протекает с выраженным геморрагическим синдромом, характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью.</p> <p>Геморрагическая лихорадка Эбола (ГЛ Эбола) входит в перечень инфекционных болезней, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ.</p> <p>Этиология. Возбудитель — РНК-геномный вирус <i>Ebolavirus</i> рода <i>Filovirus</i> семейства <i>Filoviridae</i>. Выявлены 3 серотипа вируса, отличающиеся по антигенной структуре, вирулентности, географическому ареалу распространения. Вирус Эбола имеет среднюю степень устойчивости во внешней среде.</p> <p>Современные особенности эпидемиологии Лихорадки Эбола. Резервуар и источник инфекции представлен разнообразными грызунами. Период заразительности источника инфекции. Механизм передачи разнообразный. Характеристика механизмов передачи возбудителя. Естественная</p>
--	--	--	--

			<p>восприимчивость людей высокая. Постинфекционный иммунитет стойкий. Проявления эпидемического процесса Лихорадки Эбола. Инкубационный период от нескольких дней до 2-3 недель. Клинические признаки Лихорадки Эбола. Лабораторная диагностика Лихорадки Эбола предусматривает применение ПЦР, ИФА, РН, РСК, РНГА.</p> <p>Эпидемиологический надзор и мероприятия по контролю. Информационное обеспечение эпидемиологического надзора и мероприятий по санитарной охране территории РФ. Работа Международной системы эпидемиологического надзора за КВГЛ призвана обеспечить необходимой информацией для своевременного и полного проведения профилактических мероприятий. Все страны обязаны немедленно уведомлять штаб-квартиру о единичных или групповых тяжелых заболеваниях, для которых характерен синдром острой геморрагической лихорадки. Эпизоотологический мониторинг. Ретроспективный и оперативный анализ заболеваемости людей КВГЛ.</p> <p>Профилактические мероприятия. В комплексе профилактических мероприятий имеют значение профилактическая и истребительная дератизация, соблюдение правил техники безопасности, использование средств индивидуальной защиты и профилактическая дезинфекция. Экстренная пассивная иммунопрофилактика. Санитарно-просветительская работа.</p> <p>Мероприятия в эпидемическом очаге: выявление больного или подозрительного на КВГЛ и его изоляция; истребительная дератизация; текущая и заключительная дезинфекция; экстренная иммунопрофилактика.</p> <p>Мероприятия в отношении больных КВГЛ. Мероприятия в отношении лиц, контактирующих с больными КВГЛ. Мероприятия по пресечению путей передачи. Мероприятия, направленные на третий элемент эпидемического процесса.</p>	
--	--	--	---	--

5.2. Разделы учебной дисциплины (модуля), виды и формы текущего контроля знаний, виды фонда оценочных средств

№№ раздел а п/п	Год обучения	Наименование раздела учебной дисциплины	Формы контроля	Оценочные средства ¹		
				Виды	Количество тестовых заданий	Количество контрольных вопросов
1	2	3	4	5	6	7
Б.1.Б.1.1	1	Общая эпидемиология	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование	24	6
Б.1.Б.1.2	1	Эпидемиология инфекционных болезней	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование	24	6
Б.1.Б.1.3	1	Эпидемиология и профилактика инфекций дыхательных путей	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование	24	6
Б.1.Б.1.4	2	Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование	24	6
Б.1.Б.1.5	2	Эпидемиология и профилактика трансмиссивных (кровяных) инфекций	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование	24	6
Б.1.Б.1.6	2	Эпидемиология и профилактика инфекций наружных покровов	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование	24	6
Б.1.Б.1.7	2	Эпидемиология инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование	24	6

Б.1.Б. 1.8	2	Эпидемиология неинфекционны х болезней	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использовани ем вопросов для устного контроля, тестирование	24	6
Б.1.Б. 1.9	2	Противоэпидеми ческое обеспечение в условиях ЧС	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использовани ем вопросов для устного контроля, тестирование	24	6

1 – виды оценочных средств, которые могут быть использованы при проведении текущего контроля знаний: коллоквиум, контрольные работы, собеседование по вопросам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные домашние задания, реферат, эссе, отчеты по практике.

5.3. Тематический план лекционного курса с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)	Период обучения	
		1 год	2 год
1	2	3	4
Раздел 1. Общая эпидемиология			
1.	Эпидемиологический подход к изучению патологии человека	2	
2.	Эпидемиологический надзор	2	
3.	Эпидемиологический метод	2	
4.	Эпидемиологическое обследование эпидемических очагов	2	
5.	Классификация инфекционных болезней	2	
Раздел 2. Эпидемиология инфекционных болезней			
6.	Учение об эпидемическом процессе	2	
7.	Профилактические и противоэпидемические мероприятия	2	
8.	Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний	2	
9.	Дезинфекционное дело	2	
Раздел 3. Эпидемиология и профилактика инфекций дыхательных путей			
10.	Эпидемиология и профилактика гриппа и ОРВИ	2	
11.	Эпидемиология и профилактика коронавирусной инфекции	2	
12.	Эпидемиология и профилактика инфекционного мононуклеоза	2	
13.	Эпидемиология и профилактика дифтерии	2	
14.	Эпидемиология и профилактика кори и краснухи	2	
Раздел 4. Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций			
15.	Эпидемиология и профилактика брюшного тифа и сальмонеллез	2	
16.	Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита А, Е		2
Раздел 5. Эпидемиология и профилактика трансмиссивных (кровяных) инфекций			
17.	Эпидемиология и профилактика сыпного тифа и Брилля-Цинссера		2
18.	Эпидемиология и профилактика малярии		2
19.	Эпидемиология и профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС)		2
Раздел 6. Эпидемиология и профилактика инфекций наружных покровов			
20.	Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции		2
21.	Эпидемиология и профилактика парентеральных вирусных гепатитов		2
22.	Эпидемиология и профилактика бешенства		2
23.	Эпидемиология и профилактика столбняка		2
Раздел 7. Эпидемиология инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)			

24.	Основы госпитальной эпидемиологии		2
25.	Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах различного профиля		6
Раздел 8. Эпидемиология неинфекционных болезней			
26.	Общие вопросы эпидемиологии неинфекционных заболеваний		2
27.	Эпидемиология и профилактика наиболее актуальных неинфекционных заболеваний (заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, травматизм и т.д.)		4
Раздел 9. Противоэпидемическое обеспечение в условиях ЧС			
28.	Санитарная охрана территории РФ		2
29.	Эпидемиология, профилактика и противоэпидемическое обеспечение карантинных инфекций		2
Всего			64

5.4. Тематический план практических занятий с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	Период обучения	
		1 год	2 год
1	2	3	4
Раздел 1. Общая эпидемиология			
1.	Эпидемиологический подход к изучению патологии человека	22	
2.	Эпидемиологический надзор	22	
3.	Эпидемиологический метод	22	
4.	Эпидемиологическое обследование эпидемических очагов	22	
5.	Классификация инфекционных болезней	22	
Раздел 2. Эпидемиология инфекционных болезней			
6.	Учение об эпидемическом процессе	22	
7.	Профилактические и противоэпидемические мероприятия	22	
8.	Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний	22	
9.	Дезинфекционное дело	22	
Раздел 3. Эпидемиология и профилактика инфекций дыхательных путей			
10.	Эпидемиология и профилактика гриппа и ОРВИ	16	
11.	Эпидемиология и профилактика коронавирусной инфекции	16	
12.	Эпидемиология и профилактика инфекционного мононуклеоза	12	
13.	Эпидемиология и профилактика дифтерии	12	
14.	Эпидемиология и профилактика кори и краснухи	12	
Раздел 4. Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций			
15.	Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита А, Е	18	
16.	Эпидемиология и профилактика брюшного тифа и сальмонеллез		20
Раздел 5. Эпидемиология и профилактика трансмиссивных (кровяных) инфекций			
17.	Эпидемиология и профилактика сыпного тифа и Брилла-Цинссера		10
18.	Эпидемиология и профилактика малярии		16
19.	Эпидемиология и профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС)		20
Раздел 6. Эпидемиология и профилактика инфекций наружных покровов			
20.	Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции		23
21.	Эпидемиология и профилактика парентеральных вирусных гепатитов		20
22.	Эпидемиология и профилактика бешенства		16
23.	Эпидемиология и профилактика столбняка		16
Раздел 7. Эпидемиология инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)			

24.	Основы госпитальной эпидемиологии		6
25.	Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах различного профиля		22
Раздел 8. Эпидемиология неинфекционных болезней			
26.	Общие вопросы эпидемиологии неинфекционных заболеваний		4
27.	Эпидемиология и профилактика наиболее актуальных неинфекционных заболеваний (заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, травматизм и т.д.)		9
Раздел 9. Противоэпидемическое обеспечение в условиях ЧС			
28.	Санитарная охрана территории РФ		12
29.	Эпидемиология, профилактика и противоэпидемическое обеспечение карантинных инфекций		12
Всего			490

Проведение лабораторных работ/лабораторного практикума не предусмотрено.

5.5. Тематический план семинаров с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем семинарских занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	Период обучения	
		1 год	2 год
1	2	3	4
Раздел 1. Общая эпидемиология			
1.	Эпидемиологический подход к изучению патологии человека	6	
2.	Эпидемиологический надзор	6	
3.	Эпидемиологический метод	6	
4.	Эпидемиологическое обследование эпидемических очагов	6	
5.	Классификация инфекционных болезней	6	
Раздел 2. Эпидемиология инфекционных болезней			
6.	Учение об эпидемическом процессе	6	
7.	Профилактические и противоэпидемические мероприятия	6	
8.	Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний	6	
9.	Дезинфекционное дело	6	
Раздел 3. Эпидемиология и профилактика инфекций дыхательных путей			
10.	Эпидемиология и профилактика гриппа и ОРВИ	6	
11.	Эпидемиология и профилактика коронавирусной инфекции	6	
12.	Эпидемиология и профилактика инфекционного мононуклеоза	6	
13.	Эпидемиология и профилактика дифтерии	6	
14.	Эпидемиология и профилактика кори и краснухи	6	
Раздел 4. Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций			
15.	Эпидемиология и профилактика брюшного тифа и сальмонеллезов	6	
16.	Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита А, Е	1	4
Раздел 5. Эпидемиология и профилактика трансмиссивных (кровяных) инфекций			
17.	Эпидемиология и профилактика сыпного тифа и Брилла-Цинссера		6
18.	Эпидемиология и профилактика малярии		6
19.	Эпидемиология и профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС)		6
Раздел 6. Эпидемиология и профилактика инфекций наружных покровов			
20.	Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции		6
21.	Эпидемиология и профилактика парентеральных вирусных гепатитов		6
22.	Эпидемиология и профилактика бешенства		6
23.	Эпидемиология и профилактика столбняка		6

Раздел 7. Эпидемиология инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)			
24.	Основы госпитальной эпидемиологии		8
25.	Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах различного профиля		6
Раздел 8. Эпидемиология неинфекционных болезней			
26.	Общие вопросы эпидемиологии неинфекционных заболеваний		6
27.	Эпидемиология и профилактика наиболее актуальных неинфекционных заболеваний (заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, травматизм и т.д.)		6
Раздел 9. Противоэпидемическое обеспечение в условиях ЧС			
28.	Санитарная охрана территории РФ		6
29.	Эпидемиология, профилактика и противоэпидемическое обеспечение карантинных инфекций		6
Всего			175

5.6. Распределение самостоятельной работы ординатора:

Виды внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Виды СРО	Часы	Контроль выполнения работы
1.	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	40	Собеседование
2.	Работа с учебной и научной литературой	35	Собеседование
3.	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	30	Тестирование
4.	Подготовка и написание рефератов	28	Проверка рефератов, защита реферата на семинарском занятии
5.	Подготовка и написание докладов, обзоров научной литературы на заданные темы	35	Проверка докладов и обзоров научной литературы
6.	Участие в заседаниях научных профессиональных сообществ	20	Обсуждение тематики на семинарских занятиях
7.	Участие в научно-исследовательской работе кафедры, научно-практических конференциях	35	Проверка планируемых докладов и публикаций
8.	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	20	Тестирование, собеседование
Всего			243

5.7. Самостоятельная работа обучающегося по освоению разделов учебной дисциплины и методическое обеспечение

№ п/п	Количество часов по годам обучения		Наименование раздела, темы	Вид СРО	Методическое обеспечение	Формы контроля СРО
	1 год	2 год				
Б.1.Б.1.1	20		Общая эпидемиология	1-8	Эпидемиология: учебник / Н. И. Брико, В. И. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8

Б.1.Б.1.2	20		Эпидемиология инфекционных болезней	1-8	Эпидемиология: учебник / Н. И. Брико, В. И. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8
Б.1.Б.1.3	28		Эпидемиология и профилактика инфекций дыхательных путей	1-8	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8
Б.1.Б.1.4		35	Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций	1-8	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8.
Б.1.Б.1.5		35	Эпидемиология и профилактика трансмиссивных (кровяных) инфекций	1-8	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8.
Б.1.Б.1.6		35	Эпидемиология и профилактика инфекций наружных покровов	1-8	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8.
Б.1.Б.1.7		20	Эпидемиология инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	1-8	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва:	1-8.

					ГЭОТАР-Медиа, 2016.	
Б.1.Б.1.8		20	Эпидемиология неинфекционных болезней	1-8	Эпидемиология: учебник / Н. И. Брико, В. И. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8.
Б.1.Б.1.9		30	Противоэпидемическое обеспечение в условиях ЧС	1-8	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	1-8.

НАПИСАНИЕ КУРСОВЫХ РАБОТ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО

6. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Эпидемиология»

Данная часть рабочей программы вынесена в отдельное приложение – методические указания по организации самостоятельной работы ординаторов. В соответствующем приложении.

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Данная часть рабочей программы вынесена в отдельное приложение – Фонд оценочных средств по дисциплине. В соответствующем приложении.

Примерная тематика типовых зачетных вопросов

1. Эпидемиологический подход в изучении патологии человека. Основные этапы истории развития эпидемиологии.
2. Наблюдательные и экспериментальные исследования, их цели. Выявление и оценка факторов риска.
3. Организация противоэпидемических мероприятий при выявлении больного с подозрением на заболевание, имеющее международное значение (холера, чума, вирусные геморрагические лихорадки).

Примеры типовых зачетных тестовых заданий

Задание 1.

Прочитайте текст, выберите правильный ответ

Относительный риск – это

1. разность показателей заболеваемости среди лиц, подвергшихся и не подвергшихся действию фактора риска
2. доля заболевших среди населения
3. отношение показателя заболеваемости конкретной болезнью в группе людей, подвергавшихся действию фактора риска, к показателю заболеваемости той же болезнью в равноценной группе людей, но не подвергавшихся действию фактора риска
4. заболеваемость какой-либо группы населения не в абсолютных, а в относительных величинах

Ответ: _____

Задание 2.

Прочитайте текст, выберите правильный ответ

Под «базой данных» подразумевают:

1. массив информации, описывающий состояние окружающей среды и здоровья населения
2. таблицу символьных и числовых данных, полученных в результате мониторинга
3. специальным образом организованную совокупность данных, отражающую состояние объектов и их отношений в рассматриваемой предметной области
4. набор значений, связанных между собой разнородных данных

Ответ: _____

Задание 3.

Прочитайте текст, выберите правильный ответ

Термин «феномен айсберга» в эпидемиологии означает:

1. несоответствие уровня зарегистрированной заболеваемости и удельного веса лиц, имеющих соответствующие антитела
2. превалирование случаев с бессимптомным течением болезни
3. ситуацию, при которой зарегистрированный уровень заболеваемости ниже истинного (гиподиагностика)
4. медленно развивающиеся, трудно распознаваемые эпидемии инфекционных болезней

Ответ: _____

Задание 4.

Прочитайте текст, выберите правильный ответ

Массовые скрининговые исследования предусматривают:

1. Обследование всех пациентов, обратившихся за медицинской помощью.
2. Одновременное использование различных скрининговых тестов
3. Охват всего населения.
4. Обследование групп риска

Ответ: _____

Тесты оцениваются как «зачтено»/ «не зачтено». При прохождении обучающимся тестового контроля ниже, чем на 70% - ставится оценка не зачтено, при прохождении тестирования на 71-100% - выставляется оценка зачтено.

При положительном ответе на теоретический вопрос ставится оценка «зачтено». Итоговая оценка определяется как средняя из совокупности всех трех этапов зачета. Оценки «зачтено» означают успешное прохождение промежуточной аттестации.

К итоговой аттестации допускается обучающиеся после успешной сдачи промежуточной аттестации – зачетов по дисциплинам основной и вариативной части программы и факультативов.

8. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

8.1. Основная и дополнительная литература

№ п/п	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
Основная литература		
1.	Эпидемиология: учебник / Н. И. Брико, В. И. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	200
2.	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.	240
3.	Эпидемиология: в 2 т. [Текст]: учебник / Н. И. Брико [и др.]. - М.: Мед. информ. агентство. - ISBN 978-5-9986-0109-5. Т. 2. - 2013. - 654 с.: ил. - ISBN 978-5-9986-0111-8	1
4.	Общая эпидемиология с основами доказательной медицины: учеб. пособие / под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 494[2] с. : ил.	1
5.	Инфекционные болезни у детей: учебник / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	102

6.	Инфекционные болезни: учеб. [для лечеб. и мед. -профилакт. фак.] / под ред.: Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 692[2] с.: ил. - Библиогр.: с. 684. - Предм. указ.: с. 685-692.	100
Дополнительная литература		
1.	Эпидемиология: учебник / Л. П. Зуева., Р.Х. Яфаев - Санкт-Петербург: Фолиант-2006.	101
2.	Эпидемиологический словарь: [пер. с англ.] / под ред. Джона М. Ласта. - 4-е изд. - М.: Глобус, 2009. - 316 с. - Библиогр.: с. 309-316.	6
3.	Лекции по инфекционным болезням: учебное пособие / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2007. - 1030[2] с.: ил. - (Учебная литература для студентов медицинских вузов).	10
4.	Лечение инфекционных больных: учеб. -метод. пособие для студ. мед. вузов / Ю. В. Лобзин, Ю. П. Финогеев, С. Н. Новицкий; под общ. ред. Ю. В. Лобзина. - СПб.: Фолиант, 2003. - 126 с.	27
5.	Дезинфекция. Дезинсекция. Дератизация.: рук. для студ. мед. вузов и врачей / В. В. Шкарин. - Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2006.	1
6.	Клиническая вакцинология: [науч.-практ. изд.] / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 575[1] с. - Библиогр.: с. 567-572. - Предм. указ.: с. 573-575.	3
7.	Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней: учебное пособие / Н. В. Медуницын, В. И. Покровский. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2005.	10
8.	Ющук, Н. Д. Военная эпидемиология: противоэпидемическое обеспечение в военное время и при чрезвычайных ситуациях: учебное пособие / Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов. - М.: ВЕДИ, 2007.	7
9.	Вакцинопрофилактика управляемых инфекций у детей: руководство для врачей / Т. Н. Бучкова, Н. И. Зрячкин, Г. И. Чеботарёва. - Саратов: Издат. центр Сарат. гос. мед. ун-та, 2020. - 297[2] с. ил. - Библиогр.: с. 290-294.	10
10.	Вакцинация детей с аутоиммунной патологией: метод. Пособие / К. А. Поляков, Н. И. Зрячкин, Т. Н. Бучкова. - Саратов: Изд-во Сарат. Мед. Ун-та, 2008.	3
11.	Вакцинация детей с отклонениями в состоянии здоровья: учеб. пособие / [сост. Н. И. Зрячкин и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2012.	5
12.	Вакцинация ВИЧ-инфицированных лиц: [науч. изд.] / С. Л. Плавинский. - М.: Акварель, 2010.	5
13.	Грипп в практике клинициста, эпидемиолога и вирусолога: [научное издание] / Т. В. Сологуб, И. И. Токин, В. В. Цветков, Л. М. Цыбалова. - Москва: Мед. информ. агентство, 2017. - 270[1] с. - Библиогр.: с. 258-270.	1
14.	Эпидемиология и совершенствование эпидемиологического надзора и контроля внутрибольничных инфекций путем оптимизации дезинфекционных мероприятий: [науч. изд.] / В. В. Мефодьев [и др.]. - Тюмень: Печатник, 2012.	1
15.	Эпидемиология и профилактика туляремии на эндемичных территориях России: [науч. изд.] / А. Ю. Попова [и др.]. - Тюмень; Изд-во Тюмен. гос. мед. ун-та; Ижевск, 2016. - 315[1] с.: ил. - Библиогр.: с. 284-306.	1
16.	Кадастр эпидемических и эпизоотических проявлений чумы на территории Российской Федерации и стран ближнего зарубежья (с 1876 по 2016 год): [справ. изд.] / под ред.: В. В. Кутырева, А. Ю. Поповой. - Саратов: Амирит, 2016. - 247[1] с.: ил. - Библиогр.: с. 230-247.	1
17.	Специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ): эволюция научной концепции и практического применения / под ред.: Г. Г. Онищенко, В. В. Кутырева. - Саратов: Буква, 2014. - 571[1] с.: ил. - Библиогр. в конце глав.	1
18.	Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий на территориях, пострадавших от наводнения: учеб. пособие /	2

	под ред.: Онищенко Г. Г., Салдан И. П. - Барнаул: Изд-во Алт. гос. ун-та, 2017. - 111[1] с.: ил. - Библиогр.: с. 110.	
19.	Здравоохранение и общественное здоровье: учебник / под ред. Г. Н. Царик. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.	1

8.2. Электронные источники основной и дополнительной литературы

№ п/п	Издания
Основные источники	
1.	Брико Н. И. Эпидемиология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. И. Брико, В. И. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 368 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431832.html
2.	Инфекционные болезни. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Электронный ресурс. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html
3.	Общая эпидемиология с основами доказательной медицины: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442555.html .
4.	Организационно правовые основы деятельности Федеральной службы по надзору [Электронный ресурс] / Кучеренко В.З., Голубева А.П., Груздева О.А, Пономарева О.А - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 176 с. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418482.html .
5.	Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1008 с. - ISBN 978-5-9704-3822-0. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438220.html
6.	Эпидемиология в вопросах и ответах: учебное пособие / В.В. Покровский [и др.]. — Москва: Российский университет дружбы народов, 2018. — 468 с. — ISBN 978-5-209-07469-4. — Текст: электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS: [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/91097.html
7.	Ющук Н.Д., Лекции по инфекционным болезням. Том 1. [Электронный ресурс] / Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-3699-8. https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436998.html
8.	Ющук Н.Д., Лекции по инфекционным болезням. Том 2. [Электронный ресурс] / Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-3700—1 https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437001.html
Дополнительные источники	
1.	Алгоритмы ведения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационаре. (Методические рекомендации). Москва: ГВКГ имени Н.Н. Бурденко 2020, 16 с. – URL : https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43166008
2.	Брико, Н. И. Вакцинопрофилактика / Брико Н. И. [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970441404.html
3.	Бронштейн А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 582 с. - Электронный ресурс. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427309.html
4.	Вакцины и вакцинация. Национальное руководство. Краткое издание: [Электронный ресурс]: практическое руководство / Зверев В.В.; Хаитов Р.М. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 640 с. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428665.html
5.	Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение: [Электронный ресурс]: практическое руководство / Ющук Н.Д.; Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н., Максимов С.Л., Маев

	И.В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с. - https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425558.html
6.	ВИЧ-инфекция и СПИД: [Электронный ресурс]: серия "Национальные руководства" / Покровский В.В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. - (Серия "Национальные руководства"). https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html .
7.	Госпитальная эпидемиология. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] / Л. П. Зуева [и др.]; под ред. Л. П. Зуевой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015-416 с.– URL: ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435397.html
8.	Иммунотерапия. Под ред. Хаитова Р.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426920.html
9.	Клиническая вакцинология: [Электронный ресурс]: монография / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 576 с. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434642.html
10.	Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Под ред. Ходжаян А.Б., Козлова С.С., Голубевой М.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Электронный ресурс. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428221.html
11.	Общественное здоровье и здравоохранение: [Электронный ресурс]: учебник / Элланский Ю.Г.; Квасов А.Р., Быковская Т.Ю., Соловьев М.Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450338.html
12.	Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439005.html
13.	Снегова, Н. Ф. Вакцинопрофилактика в аллергологии и иммунологии / Н. Ф. Снегова, Р. Я. Мешкова, М. П. Костинов, О. О. Магаршак - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. http://www.studmedlib.ru/ru/book/970409039V0005.html
14.	Тулякова О.В. Экологическая эпидемиология. Эпидемиологические показатели здоровья населения: учебное пособие для бакалавров / Тулякова О.В. — Москва: Ай Пи Ар Медиа, 2021. — 108 с. — ISBN 978-5-4497-0810-6. — Текст: электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS: [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/101379.html
15.	Эпидемиология и вакцинопрофилактика гриппа в условиях COVID-19; учебное пособие / М. П. Костинов, Е. Г. Симонова, Н. Н. Филатов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 112 с. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459874.html
16.	Эпидемиология и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи / Л.П. Зуева [и др.]. — Санкт-Петербург: Фолиант, 2017. — 287 с. — ISBN 978-5-93929-280-1. — Текст: электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS: [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/90224.html

8.2.1. Доступ к электронно-библиотечным системам (ЭБС), сформированным на основании прямых договоров и государственных контрактов с правообладателями

- ЭБС Консультант студента ФПУ 10-11 класс (Лицензионный договор № 952 КС/10-2023 от 25.12.2023, срок доступа до 31.12.2024г.)
2. ЭБС Консультант студента (Контракт № 951 КС/10-2023 от 25.12.2023, срок доступа до 31.12.2024г.)
 3. ЭБС Консультант врача (Контракт № 877 КВ/10-2023 от 25.12.2023, срок доступа до 31.12.2024г.)
 4. ЭБС РУКОНТ (Договор №408 от 28.12.2023 г., срок доступа до 31.12.2024 г.)
 5. ЭБС "IPRsmart/IPRbooks" (Лицензионный договор №10294/23 к от 14.12.2023, срок доступа до 31.12.2024 г.) Лицензионный договор от 09.10.2023 Since Index №СО-6852/2023

8.3. Перечень периодических изданий:

1. Инфекционные болезни и эпидемиология
2. Инфекционные болезни и вакцинация
3. Журнал им. Г.Н. Сперанского
4. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.

5. Детские инфекции
6. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии
7. Эпидемиология и вакцинопрофилактика
8. Российский медицинский журнал
9. Саратовский научно-медицинский журнал
10. Научно-практический журнал Врач
11. The Lancet
12. The Lancet Infectious diseases
13. AIDS Reviews
14. New England Journal of Medicine
15. Antiviral Therapy
16. Clinical Infectious Diseases
17. Retrovirology
18. Scopus

8.4. Перечень электронных образовательных, научно-образовательных ресурсов и информационно-справочных систем специальности 32.08.12 «Эпидемиология»

№ п/п	Официальные эпидемиологические сообщества	Интернет - страница
Отечественные		
1	НАСКИ - Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций	http://nasci.ru/
2	ВНПОЭМП - Всероссийское научно-практическое общество эпидемиологов, микробиологов, паразитологов	http://www.npoemp.ru/514/
3	Национальное научное общество инфекционистов	http://nnoi.ru/
Зарубежные		
1	IntechOpen	https://www.intechopen.com/books
2	European AIDS Clinical Society	https://www.eacsociety.org/
Научно-образовательные медицинские порталы		
1	Научная электронная библиотека	www.elibrary.ru
2	Научно-образовательный медицинский портал	www.med-edu.ru
3	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	www.internist.ru
4	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	https://vrachivmeste.ru
5	Научная сеть SciPeople	www.scipeople.ru
6	Российская национальная библиотека (СПб)	www.nlr.ru
7	Международный медицинский портал	www.univadis.ru
8	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	www.elsevier.com
Информационно-справочные системы		
1	Министерство здравоохранения Российской Федерации	www.rosminzdrav.ru
2	Министерство здравоохранения Саратовской области	www.minzdrav.saratov.gov.ru

8.5. Нормативно-правовые акты

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11. 2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014, регистрационный № 31136).
5. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 32.08.12 Эпидемиология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ № 21 от 9 января 2023 г. (зарегистрировано в Минюсте России 13.02.2023, регистрационный №72347)
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25 июня 2015 г. № 399н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медико-профилактического дела» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (Зарегистрировано в Минюсте РФ 9 июля 2015 г. Регистрационный № 37941).
7. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим» (зарегистрировано в Минюсте России 01.06.2024, регистрационный №73677)
8. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 №1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 N 31136)»
9. Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации N 885, Министерство просвещения Российской Федерации N 390 от 5 августа 2020 года «О практической подготовке обучающихся» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 11 сентября 2020 г. N 59778)
10. Приказом Министерства науки и высшего образования Российской федерации №885 и Министерства просвещения Российской федерации №390 от 05.08.2020 «О практической подготовке обучающихся» (Зарегистрировано в Минюсте России 11.09.2020 г. N 59778)
11. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.06.2016 № 435н "Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 23.08.2016 N 43353)
12. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 "Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно - педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры - стажировки" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.04.2016 N 41754)
13. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано в Минюсте 25 августа 2010, N 18247)
14. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.01.2011 № 1н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и

дополнительного профессионального образования"» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.03.2011 Регистрационный N 20237)

15. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 №206Н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.06.2024 Регистрационный N 73664)

16. Приказом Минобрнауки России от 12 сентября 2013г. № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.10.2013 N 30163)

17. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2020 г. № 988н/1420н "Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры». (Зарегистрировано в Минюсте России 29 января 2021 г. N 62278)

18. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»

19. Иные нормативные акты и нормативно-правовые документы Минобрнауки России и Минздрава России

20. Устав Университета

21. Локальные акты Университета.

8.5.1 Нормативно-правовая база

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.99 № 52-ФЗ.
2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.98 № 157.
3. Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 17.09.98 № 77.
4. Закон РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30.03.1995 № 38-ФЗ.
5. СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг".
6. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней".
7. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
8. Постановление правительства РФ от 15.07.99 № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок».
9. Постановление Правительства РФ от 25.12.2001 № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
10. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27.03.2007 № 12 «Об усилении мероприятий по эпидемиологическому надзору за холерой»
11. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 25.12.2007 №94 «Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в Российской Федерации»
12. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 21.10.2010 № 133 «Об оптимизации противоэпидемической работы и утверждении формы акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи».

13. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.04.2011 № 32 «О противоэпидемических мерах и профилактике холеры в РФ».
14. Постановление Главного государственного санитарного врача по Саратовской области № 8 от 26.07.2021г. "О проведении изучения популяционного иммунитета к гриппу у населения Саратовской области".
15. Приказ МЗ РФ от 26.11.98 № 342 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».
16. Приказ МЗ РФ от 20 мая 2005 г. N 402 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте» (в ред. Приказов Роспотребнадзора от 10.07.2007 N 215, от 07.04.2009 N 321).
17. Приказ МЗ СССР от 03.09.91 № 254 «О развитии дезинфекционного дела в стране»
18. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок". Зарегистрировано в Минюсте РФ 20 декабря 2021 г. Регистрационный N 66435.
19. Приказ МЗ РФ от 29.07.2000 № 229 «О профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций».
20. Приказ МЗиСР РФ от 05.12.2005 № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных с ВИЧ-инфекцией».
21. Приказ МЗ РФ от 17.05.1999 № 174 «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка».
22. Приказ МЗ СССР от 13.12.1989 № 654 «О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний».
23. МУ 3.1.3798-22 "Обеспечение эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте и дыхательных путях" (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 25 ноября 2022 г.)
24. МУ-287-113 от 30.12.98 «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения».
25. Приказ Минздрава РФ от 16 июня 1997 г. N 184 "Об утверждении Методических указаний по очистке, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, используемых в лечебно-профилактических учреждениях".
26. Р 3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».
27. МР 3.5.1.0101-15 «Биологический метод дезинфекции с использованием бактериофагов».
28. МУ 3.5.736-99 «Технология обработки белья в медицинских учреждениях».
29. «Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями» № 28-6/34 от 02.09.87.
30. «Методические указания по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов» № 15/6-5 от 28.02.91.
31. МУК 4.2.1991-05 «Контроль соблюдения условий паровой стерилизации растворов питательных сред с применением химических индикаторов».
32. МУ 3.2.1756-03 "Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями"
33. МУ 3.1.1.2232-07 «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры».
34. МУ 3.1.3018-12 «Эпидемиологический надзор за дифтерией».
35. МУ 3.3.1891-04 «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад».
36. МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок».
37. МУ 3.3.1879-04 «Расследование поствакцинальных осложнений»
38. МУ 3.3.1.2045-06 «Осложнения после прививок против оспы: клинические формы, лечение, профилактика, диагностика, мониторинг».

39. МУ 3.1.2007-05 «Эпидемиологический надзор за туляремией».
40. МУ 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».
41. МУ 3.2.974-00 «Малярийные комары и борьба с ними на территории Российской Федерации».
42. МУ 3.5.2644-10 «Организация и проведение дезинфекционных мероприятий при дерматомикозах».
43. МУ 3.1.1.2957-11 «Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика ротавирусной инфекции»
44. МУ 3.1.1.2488-09 «Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий против Крымской геморрагической лихорадки».
45. МУ 3.1.3342-16 «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией».
46. МУ 3.1.2.2160-07 «Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией».

9. Информационные технологии:

9.1.1. Интернет-адрес страницы кафедры

<https://sgmu.ru/university/departments/departments/kafedra-epidemiologii/>

9.1.2 Интернет адрес образовательного портала <http://el.sgmму.ru/>

9.1.3 Интернет адрес ютуб канала кафедры

<https://youtube.com/channel/UCpbhrQNzOf21SZkQ1ZhrQ3g>

9.2. Программное обеспечение

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252 – срок действия лицензий – бессрочно.
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45035872, 45954400, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057 – срок действия лицензий – бессрочно.
Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	№ лицензии 2В1Е-220211-120440-4-24077 с 2022-02-11 по 2024-03-20, количество объектов 3500.
CentOSLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
SlackwareLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
MoodleLMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
DrupalCMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно

10. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины

Разрабатываются на основании документа «Методические рекомендации по разработке и составлению учебно-методической документации по освоению дисциплины».

11. Материально-техническое обеспечение

12. Кадровое обеспечение

13. Иные учебно-методические материалы

Конспекты лекций

Представлены в виде перечня лекций и мультимедийных файлов/конспектов лекций.

Методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине.

Методические разработки прилагаются в виде разработок для преподавателей

14. Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Чехомов Сергей Юрьевич	К.м.н.	Заведующий кафедрой эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2.	Данилов Алексей Николаевич	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3.	Рябинин Николай Владиславович	К.м.н.	Доцент кафедры эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
4.	Барегамян Лилит Артуровна		Ассистент кафедры эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
5.	Терникова Алена Сергеевна		Ассистент кафедры эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
6.	Сыряная Алена Владимировна		Ассистент кафедры эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
7.	Хлебожарова Ольга Анатольевна		Ассистент кафедры эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России