

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ
для первичной аккредитации выпускников, завершающих в 2017 году
подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в
соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001484

1. Диагноз: сальмонеллёз.

Поставлен на основании: эпиданамнеза (связь с общим продуктом и местом питания, короткий инкубационный период), характерной клинической картины, результатов лабораторных испытаний: в курице отварной, смыве с доски «КС» обнаружены сальмонеллы.

Однако для постановки окончательного диагноза необходимы исследования биоматериала:

выделение возбудителя из испражнений, рвотных масс, промывных вод, серологические и молекулярно-генетические исследования (ПЦР).

2. Образцы курицы отварной не соответствуют требованиями ТР ТС 021/2011 (п.1.8) по микробиологическим показателям – КМАФАнМ, КОЕ/г (1×10^5 при норме не более 1×10^3),

Сальмонеллы – обнаружены в 25 г продукта (в норме не допускаются в 25 г продукта).

В смыве с доски «Курица сырая» обнаружены сальмонеллы.

3. Нарушена поточность технологического процесса, допускается эксплуатация оборудования с неработающим прибором для измерения и контроля температуры в процессе изготовления блюд, технологическая документация отсутствует, это способствует выпуску продукции некачественной и опасной, недопустимым является также изменение термического состояния пищевого продукта (курицы), что может привести к массивному обсеменению продукции. На предприятии выявлены грубые нарушения требований СанПиН

24.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

4. В соответствии с Кодексом об административных правонарушениях (КоАП), ИП несет юридическую ответственность в виде административных штрафов в размере, предусмотренных КоАП.

Должностным лицом, уполномоченным осуществлять госсанэпиднадзор, должны быть составлены:

- Акт о результатах мероприятий по контролю (акт проверки);
- Предписание об устранении выявленных нарушений;
- Протоколы об административных правонарушениях и постановления по делу об административном правонарушении;
- Протокол о временном запрете деятельности предприятия, далее документы передаются в судебные органы для избрания меры наказания – административное приостановление деятельности.

5. 1. В связи с грубыми нарушениями требований санитарных правил временно приостановить деятельность столовой общеобразовательного учреждения.

2. Провести санитарно-противоэпидемические мероприятия в столовой для устранения нарушений на основании Предписания об устранении выявленных нарушений, представить документы, подтверждающие устранение нарушений в Управление Роспотребнадзора.

Возобновление деятельности столовой возможно после проведения внеплановой проверки выполнения предписания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001487

1. 1. Организация загрузки со стороны двора жилого дома неблагоприятно сказывается на условиях проживания людей, так как транспорт является источником шума, загрязняющих веществ, может стать причиной травматизации детей, пожилых людей.

2. Шум и запах связаны с неправильным размещением шахты вытяжной вентиляции (высота над кровлей 0,5 м, расстояние от окон 3 м).

Данные факторы крайне неблагоприятно действуют на организм человека.

2. С целью получения объективной оценки шумового фактора целесообразно использование инструментальных методов замера уровня шума в ночное время.

3. Размещение площадки для сбора мусора, на расстоянии 11 метров, отсутствие ограждений является нарушением требований СП 2.3.6.1079-01. Переполненность контейнеров свидетельствует о несвоевременном вывозе содержимого контейнеров, что создаёт неблагоприятную санитарно-эпидемиологическую обстановку, в связи с возможным формированием постоянной популяции грызунов, насекомых.

4. В соответствии с Кодексом об административных правонарушениях, индивидуальный предприниматель несёт юридическую ответственность в виде административного штрафа.

Должностным лицом, уполномоченным осуществлять госсанэпиднадзор, должны быть составлены:

- Акт о результатах мероприятий по контролю (акт проверки);
- Предписание об устранении выявленных нарушений;
- Протоколы об административном правонарушении и постановления по делу об административном правонарушении.

5. 1. Шахта вытяжной вентиляции должна быть размещена на высоте 1 м над поверхностью плоской кровли жилого дома.

2. Не допускать загрузку продукции со стороны двора жилого дома. Её организация возможна с торца дома, не имеющего окон, со стороны магистрали.

3. Организовать должным образом площадку для сбора мусора и пищевых отходов, на расстоянии 25 м от жилых домов и детских площадок, с ограждениями с трёх сторон; обеспечить своевременность и регулярность вывоза мусора, заключив договор со специализированной организацией.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001507

1. Подтверждённый диагноз: «острое пищевое отравление микробной природы, стафилококковый токсикоз».
2. Диагноз установлен на основании следующих данных: одномоментность, массовость, короткий инкубационный период (от 2 до 18 часов), характерная клиническая картина, данные эпидемиологической обстановки, связь с приёмом пищи, наличие «виновного продукта» (выявление содержания *S.aureus* в тортах с кремом выше допустимого уровня), лабораторные данные (выделение из материалов заболевших и зева работницы кондитерского цеха идентичного с пробой из продукции штамма микроорганизма).
3. Источником стафилококка является работница кондитерского цеха, бактерионоситель с активным выделением патогенного штамма золотистого стафилококка. Загрязнение продукта произошло аэрогенным путём передачи. Нарушение температурного режима хранения готовых кондитерских изделий способствовало размножению стафилококков и токсинообразованию.
4. Для оперативной ликвидации данной вспышки пищевого отравления необходимо изъять из продажи и утилизировать данную партию кремовых тортов, которые хранились в ненадлежащих температурных условиях; обеспечить температурный режим хранения кондитерских изделий с кремом в соответствии с требованиями нормативных документов (4 ± 2 °C); отстранить от работы сотрудницу кондитерского цеха, как выявленного бактерионосителя патогенного штамма *S.aureus* для санации и лечения.
5. Профилактика стафилококкового токсикоза включает:
 - своевременное выявление лиц с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и гнойничковыми поражениями кожи и отстранение их от условий приготовления пищи или контакта с готовыми блюдами;
 - санирование работников пищевых объектов, своевременное лечение заболеваний зубов и носоглотки, а также осуществление профилактики простудных заболеваний;
 - строгое соблюдение правил производственной и личной гигиены;
 - строгое соблюдение технологии приготовления пищи (режимов тепловой обработки), а также безусловное обеспечение температурных условий хранения и сроков реализации скоропортящихся продуктов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001508

1. Подозреваемым продуктом в данном случае является торт, так как при лабораторном исследовании его образец не соответствовал требованиям безопасности нормативных документов по содержанию КМАФАнМ (11050 КОЕ/г при норме не более 1×10^4 КОЕ/г) и БГКП (обнаружены в $0,1$ г, что не допускается).
2. Директор кафе несёт административную ответственность за правонарушение по случаю пищевого отравления, поскольку им осуществляются организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции.
3. Факты, касающиеся реализации опасной по микробиологическим показателям продукции (торт) и обнаружения в ходе лабораторного исследования нестандартных проб смывов с рук персонала, оборудования и инвентаря, свидетельствуют

о неудовлетворительном санитарно-эпидемиологическом режиме на данном пищевом объекте.

Это может наблюдаться при не соблюдении правил личной и производственной гигиены работниками предприятия, нарушении санитарно-эпидемиологических требований к устройству и санитарному содержанию помещений; оборудованию, инвентарю, посуде, таре (нарушение правил мытья и дезинфекции); к транспортированию, приёму и хранению сырья и пищевых продуктов (использование некачественного сырья, не соблюдение условий его хранения), технологическому режиму их обработки и изготовлению готовой продукции (кондитерских изделий) и условиям реализации (раздачи) готовых блюд.

4. В данном случае к оперативным мероприятиям относятся:

- изъятие и уничтожение не соответствующей требованиям безопасности продукции (торты),
- проведение генеральной уборки и дезинфекции всего оборудования, инвентаря, посуды, тары, помещений пищевого объекта,
- централизованная стирка санитарной одежды персонала,
- проведение дополнительного гигиенического обучения работников.

5. Протокол об административном правонарушении, постановление по делу об административном правонарушении, предписание о разработке программы по соблюдению требований технического регламента Таможенного союза, представление об устранении причин и условий, способствующих совершению административного правонарушения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001512

1. Основанием проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы майонезного соуса в рамках внепланового контроля является обращение потребителя, содержащее информацию о факте реализации недоброкачественной продукции.

2. Внеплановые мероприятия по контролю проводятся специалистами Управления Роспотребнадзора субъекта РФ на основании распоряжения Главного государственного санитарного врача о проведении проверки. Экспертизу продукции проводят специалисты ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии субъекта РФ» согласно поручению Управления Роспотребнадзора субъекта РФ.

3. Исследуемая продукция по органолептическим и физико-химическим показателям соответствует доброкачественной, пригодна для питания без ограничений.

Результаты лабораторных исследований оформляются в виде протокола испытаний пищевых продуктов и отражаются в экспертном заключении, выданном ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии субъекта РФ».

4. Продукция «майонезный соус» соответствует требованиям нормативных документов по микробиологическим показателям, безопасна, реализуется на потребительском рынке без ограничений.

5. Майонезный соус должен соответствовать требованиям технических регламентов Таможенного союза и стандарта на данный вид продукции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001516

1. В соответствии с СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья» для предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний:

- категорически запрещается принимать на предприятия общественного питания утиные и гусиные яйца;
- гусиные и утиные яйца, планируемые для приготовления яичницы-глазуньи, омлетов, варёных яиц «в мешочек», где используется термическая неглубокая обработка могут способствовать возникновению сальмонеллёза.

2. В соответствии с СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья»:

- Продукты следует хранить согласно принятой классификации по видам продукции. В данном случае не соблюдается товарное соседство: совместно хранятся гастрономические продукты и свежемороженая рыба, что может оказать влияние на качество этих продуктов.
- Нарушены условия хранения продуктов (мука, крупы, сахарный песок, соль, перец, лавровый лист, чай, кофе): хранятся на полу, вплотную прилегая к стене.
- Осуществляется совместное хранение ржаного и пшеничного хлеба (белого и чёрного хлеба).
- Осуществляется совместное хранение хлеба, соков и консервированных огурцов в стеклянных банках.

3. В производственной группе помещений выявлены следующие нарушения:
Заготовленные мясные полуфабрикаты – мелкокусковые, крупнокусковые, панированные до их термической обработки хранятся в лотках при комнатной температуре на производственных столах.

Обработка сырья и готовых продуктов производится двумя имеющимися ножами без маркировки.

4. Администрации столовой предписано:

1. Не принимать на предприятиях общественного питания гусиные и утиные яйца Срок: немедленно и постоянно.
2. Соблюдать товарное соседство при хранении пищевых продуктов и сырья. Срок: немедленно и постоянно.
3. Соблюдать условия хранения сыпучих продуктов: на расстоянии 15 см от пола и не прилегая вплотную к стене.
Срок: немедленно и постоянно.
4. Выделить отдельное помещение для хранения хлеба. Срок: немедленно.
5. Осуществлять хранение ржаного и пшеничного хлеба отдельно. Срок: немедленно и постоянно.
6. Соблюдать условия хранения мелкокусковых, крупнокусковых, панированных полуфабрикатов до их термической обработки в холодильнике при температуре $4^{\circ}\text{C} + 2^{\circ}\text{C}$. Срок: немедленно и постоянно.

7. Не использовать ножи без маркировки. Срок: немедленно и постоянно.
5. Исследуемый образец «Килька в томатном соусе не соответствует Единым санитарным требованиям ТС по содержанию олова: 275 мг/кг при допустимом уровне не более 200 мг/кг.
- Возможные пути реализации: приготовление многокомпонентных блюд: салатов, супов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001523

1. В соответствии с ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции и СП 2.3.6.1066-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов» выявлены следующие нарушения:

Реализация в торговой палатке развесного творога при наличии одного продавца не допускается. При наличии одного рабочего места допускается продажа пищевых продуктов в промышленной упаковке.

Отсутствие документов, подтверждающих происхождение творога развесного, что представляет опасность для здоровья населения.

Не соблюдаются условия хранения скоропортящихся продуктов (сметана, молоко пастеризованное, кефир) хранились в таре поставщика без холода на полу.

Отсутствие личной медицинской книжки у продавца.

2. На основании ФЗ № 52 от 30.03.1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии», ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» и СП 2.3.6.1066-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов» с целью устранения выявленных нарушений, предупреждения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний людей рекомендуется:

1. Запретить приём продуктов без сопроводительных документов – постоянно.
2. Запретить реализацию в торговой палатке развесного творога при наличии одного продавца – срочно.
3. Снять с реализации творог развесной как продукт, представляющий опасность для здоровья населения.
4. Соблюдать условия хранения пищевых продуктов – постоянно.
5. Отстранить от работы продавца ввиду отсутствия медицинской книжки.
6. Составить протокол о санитарном правонарушении.

3. 1. В соответствии с Кодексом об административных правонарушениях, руководитель торговли (в чьё ведомство входит торговая палатка) несёт юридическую ответственность в виде административного штрафа в размере, предусмотренном ст. 14.43. КоАП.

2. Должностным лицом, уполномоченным осуществлять госсанэпиднадзор, должны быть составлены:

- Акт о результатах мероприятий по контролю;
- Предписание об устранении выявленных нарушений;

- Определение и назначение времени и места составления протокола об административном правонарушении (или повестка о вызове для дачи объяснений по делу об административном нарушении и составления протокола об административном правонарушении);

- Протокол об административном правонарушении;

- Постановление по делу об административном правонарушении, (подписывается Главным государственным санитарным врачом территориального образования или его заместителем).

4. В соответствии с СП 2.3.6.1066-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов» и ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» продавец (владелец) мелкорозничной сети обеспечивает:

- содержание палатки, киоска, лотка, тележки, а также окружающей территории в чистоте,

- приём и реализацию пищевых продуктов с документами, подтверждающими их происхождение, качество и безопасность (то есть обеспечивает прослеживаемость продукта),

- контроль за сроками годности и правил отпуска пищевых продуктов (при отпуске пользоваться щипцами, совками, лопатками и др.).

5. 1. Реализация продуктов из вскрытых потребительских упаковок осуществляется в течение одного рабочего дня, но не более 12 часов с момента вскрытия упаковки при соблюдении условий хранения (температура, влажность).

2. В организациях торговли при реализации тортов, нарезка и продажа их частями запрещается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001529

1. Выявлены следующие нарушения:

Разделочные доски в мясорыбном цехе имеют трещины, не промаркированы.

Для транспортировки готовой пищи в буфетные отделения ЛПУ используется эмалированная посуда (кастрюли, вёдра) с повреждённой эмалью.

Суточные пробы отбираются не в полном объёме (не оставлены пробы молоко кипяченое – ужин, бульон – обед, каша молочная – ужин). Часть суточных проб хранятся в ёмкостях без крышек, часть – с неплотными крышками.

Трое работников пищеблока не имеют обучения и аттестации по программе санминимума.

В буфетных раздаточных используется посуда с трещинами, отбитыми краями.

Неправильно проведена витаминизация третьих блюд.

2. Витаминизация проведена неверно:

1. Аскорбиновую кислоту необходимо предварительно растворить в небольшом объёме, то есть вводить в третьи блюда в растворённом виде, а не в порошкообразном.

2. Аскорбиновая кислота вводилась в общую массу при варке компота, которая в дальнейшем кипятилась, что способствовало её разрушению.

3. При лабораторном исследовании содержание витамина С в блюде составило

55 мг, то есть составляет 61,1% от исходного.

Данная ситуация свидетельствует о неэффективной витаминизации, так как расхождения допускаются в пределах $\pm 20\%$.

4. На пищеблоке должны быть следующие виды оборудования:

1. Механическое;
2. Немеханическое;
3. Холодильное;
4. Тепловое.

5. 1.В соответствии с Кодексом об административных правонарушениях и СанПиН 2.1.3.2630-10 гл. врач ЛПУ несёт юридическую ответственность в виде административного штрафа в размере, предусмотренном ст. 6.6. КоАП.

2. Должностным лицом, уполномоченным осуществлять госсанэпиднадзор, должны быть составлены:

- Акт о результатах мероприятий по контролю;
- Предписание об устранении выявленных нарушений;
- Определение и назначение времени и места составления протокола об административном правонарушении (или повестка о вызове для дачи объяснений по делу об административном нарушении и составления протокола об административном правонарушении);
- Протокол об административном правонарушении;
- Постановление по делу об административном правонарушении, (подписывается Главным государственным санитарным врачом территориального образования или его заместителем).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001531

1. 1. Предварительный диагноз «пищевое отравление немикробной этиологии. Хроническое отравление ртутью».

2. Для подтверждения необходимо осуществить:

- выемку оставшихся образцов рыбы и осуществить исследование на наличие ртути и её метаболитов,
- определение содержания ртути в крови, моче.

2. Хронические отравления ртутью характеризуются поражением:

- центральной и вегетативной нервной системы,
- печени,
- выделительных органов, в том числе почек,
- кишечника.

3. 1. При хроническом отравлении ртутью отмечается:

- головная боль,
- быстрая утомляемость,
- ослабление памяти,
- чувство беспокойства,
- апатия,
- ухудшение аппетита,

- снижение массы тела,
- тремор кистей рук.

Ртуть оказывает гонадо- и эмбриотоксическое, тератогенное и мутагенное действие.

4. Пути реализации определяются количеством содержания тяжёлых металлов в продукции:

1. Если содержание тяжёлых металлов ниже ПДК, то продукция считается пригодной для питания.

2. Если содержание тяжёлых металлов выше ПДК – продукция не пригодна для целей питания и должна быть утилизирована.

5. Пути снижения содержания тяжёлых металлов в пищевой продукции, содержание которых превышает ПДК (не более чем на 50:%) возможна:

Разработка и подбор специальных технологий переработки, обеспечивающих удаление ртути при очистке продукции, вымачивании и отваривании (при неиспользовании отвара, бульона).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001535

1. Содержание нитратов в томатах не превышает допустимые нормативы (300 мг/кг). Томаты относятся к категории пригодных пищевых продуктов.

Содержание нитратов в огурцах превышает допустимые нормы (400 мг/кг) в 1,7 раза. Огурцы относятся к условно-пригодным продуктам.

2. Партия огурцов относится к условно-пригодным пищевым продуктам. Огурцы подлежат промышленной переработке – засолке, маринованию, изготовлению сложно-смешанных консервов. При использовании на предприятиях общественного питания в составе многокомпонентных блюд.

3. Партия томатов подлежит реализации для питания населения без ограничений.

4. Повышенное содержание нитратов в пищевых продуктах приводит к возникновению пищевых отравлений. Нитраты под воздействием микрофлоры превращаются в нитриты в желудочно-кишечном тракте, которые всасываются в кровь, соединяясь с гемоглобином крови вызывают метгемоглобинемию и гемическую гипоксию. Клиника пищевого отравления нитратами характеризуется тошнотой, рвотой, слабостью, головной болью, изменением со стороны сердечно-сосудистой системы. Кроме того, нитриты в кишечнике превращаются в нитрозамины, что увеличивает риск развития онкологических заболеваний.

5. Причины накопления нитратов в плодоовощной продукции – избыточное использование азотных удобрений; не соблюдение формы использования агрохимикатов и сроков сбора урожая после внесения удобрений.

Предупреждение накопления нитратов – строгое регламентирование всех этапов использования азотных удобрений, соблюдение «сроков ожидания» до сбора продукции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001538

1. Содержание нитратов в пробах арбузов превышает допустимый уровень в 2,5 раза. Таким образом, партия арбузов является не пригодной для питания населения и подлежит технической утилизации (переработке), либо уничтожению. Либо использованию на корм животным по согласованию с органами Ветеринарного надзора.

2. Содержание нитратов в пробах перца сладкого превышает допустимые нормы, но не более чем в 2 раза (в 1,2 раза). Таким образом, партия перца может быть признана условно годной и подлежать промышленной переработке на консервы сложно смешанной рецептуры (лечо, овощная икра и пр.), маринованные консервы, овощное ассорти и пр. Также возможно использовать в общественном питании в составе многокомпонентных блюд.

3. Содержание нитратов в томатах не превышает допустимый уровень (150 мг/кг). Партия томатов пригодна для питания без ограничений.

4. Повышенное содержание нитратов в пищевых продуктах, способных под воздействием микрофлоры превращаться в нитриты в желудочно-кишечном тракте, приводит к метгемоглобинемии, и вызывает гемическую гипоксию и признаки пищевого отравления. Кроме того, нитриты в кишечнике превращаются в нитрозамины, что увеличивает риск развития онкологических заболеваний.

5. 1. Строго соблюдать регламент использования азотных удобрений в соответствии с технологической инструкцией.

2. Соблюдать сроки сбора урожая после внесения удобрений.

3. Разработать программу производственного контроля. Осуществлять производственный контроль за содержанием нитратов в выращиваемой сельхозпродукции в соответствии с программой производственного контроля.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001547

1. Пищевое отравление. Пищевой токсикоз, вызванный *Staf. aureus*.

Диагноз можно поставить на основании характерных клинических симптомов – появились через 2 часа тошнота и рвота, причём у некоторых многократная, возникли боли в подложечной области, температура субфебрильная, слабость, головная боль. Также из пищевого анамнеза установлен общий для всех пострадавших подозреваемый продукт – творог с сахаром. Условия, способствующие накоплению токсина в пищевом продукте – несоблюдение сроков и температурного режима хранения особоскорпортующихся пищевых продуктов, привлечение посторонних лиц с гнойничковыми заболеваниями к приготовлению.

2. Материалы, необходимые для подтверждения диагноза, собраны не в полном объёме, а именно:

- не отобраны суточные пробы пищи, при обязательном условии их хранения на холоде; не собраны остатки подозреваемой пищи, употреблённой заболевшими;
- не собраны смывы с инвентаря, оборудования, тары, рук персонала;
- не взяты мазки из зева на носительство стафилококка у персонала кухни и привлекавшихся к работе на пищеблоке лиц.

Собраны следующие материалы для исследования: рвотные массы, промывные

воды желудка, кал, кровь для получения гемокультур и для постановки серологических реакций.

3. Схема лабораторного исследования:

1. Бактериологическое исследование:

- выделение чистой культуры из материалов, окраска по Грамму, микроскопия мазка;

- определение патогенности стафилококков в реакции плазмокоагуляции.

2. Фаготипирование патогенных стафилококков, выделенных из материала от больных и остатков пищи, а также смывов с рук персонала.

3. Биологические исследования на лабораторных животных (для изучения способности выделенных стафилококков образовывать токсин на питательных средах; для выявления наличия энтеротоксина в инкриминируемом продукте).

4. 1. Обеспечить наличие личных медицинских книжек у персонала. Организовать контроль за прохождением гигиенического обучения и периодических медицинских обследований персоналом.

2. Вести журнал «Здоровье», на отсутствие гнойничковых поражений открытых участков кожи.

3. Соблюдать условия и сроки хранения особоскорпортующихся пищевых продуктов и блюд.

4. Не допускать к изготовлению блюд посторонний персонал.

5. Соблюдать режим тепловой обработки продуктов. Запретить выдачу блюд из творога без проведенной термической обработки.

5. Необходимые оперативные мероприятия:

- запрещение реализации пищевого продукта, послужившего возможной причиной пищевого отравления;

- отстранение от работы лиц, которые могли быть источником инфицирования пищевых продуктов;

- проведение дезинфекции на пищеблоке детского учреждения;

- привлечение к административной ответственности лиц, виновных в возникновении пищевого отравления.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001613

1. Частота электромагнитного излучения зависит от длины волны как: Где C – скорость света = 3×10^8 м/с. Поэтому от радиоаппаратуры создается излучение частотой 1,7 ГГц ($1,7 \times 10^9$), и частота излучения попадает в диапазон 300 МГц – 300 ГГц длин волн. ППЭ на рабочем месте регулировщика не превышает ПДУ (норма до 1000 мкВт/см²).

2. Для измерения температуры воздуха могут использоваться термометры. Температуру и влажность – аспирационный психрометр. Скорость движения воздуха – анемометрами. А также многофункциональные портативные приборы – термогигрометры, термоанемометры (например – метеоскоп, ТКА-ПКМ и др.). Площадь цеха менее 100 м², поэтому точек (участков) измерения микроклимата должно быть не менее 4.

3. Температура меньше, а скорость движения воздуха рабочей зоны больше, чем нормируемые параметры для холодного времени года и категории работ 1Б.

4. Сердечно-сосудистая система, система теплообмена, нервная система.
5. Улучшить отопление помещения, снизить скорость движения воздуха рабочей зоны.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001618

1. Списки работников, подлежащих предварительным и периодическим медицинским осмотрам, составляет и утверждает работодатель и направляет в Территориальный отдел Роспотребнадзора.

2. Врач-оториноларинголог, врач-дерматовенеролог, врач-стоматолог, врач-офтальмолог, а также врач-терапевт, врач-психиатр и врач-нарколог.

Врач-онколог, врач-уролог, врач-аллерголог – по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных и периодических осмотрах, и обязательны при проведении предварительных и периодических осмотров работников в условиях специализированной медицинской организации, имеющей право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией в соответствии с действующим законодательством.

3. Спирометрия, рентгенография грудной клетки в двух проекциях.

Клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ); клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка); электрокардиография; биохимический скрининг: содержание в сыворотке крови глюкозы, холестерина.

Все женщины осматриваются врачом-акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследования не реже 1 раза в год; женщины в возрасте старше 40 лет проходят 1 раз в 2 года маммографию или УЗИ молочных желёз.

Биомикроскопия переднего отрезка глаза, УЗИ внутренних органов, билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП – осуществляются по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных и периодических осмотрах, и обязательны при проведении предварительных и периодических осмотров работников в условиях специализированной медицинской организации, имеющей право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией в соответствии с действующим законодательством.

4. По пункту 1.2.24 и по пункту 1.2.51 – осмотр и рентгенография – 1 раз в 2 года.

5. Тотальные дистрофические и аллергические заболевания верхних дыхательных путей.

Гиперпластический ларингит.

Заболевания препятствующие работе в противогазе: гипертоническая болезнь любой стадии и степени; ишемическая болезнь, хронические болезни сердца и перикарда, даже при наличии компенсации; болезни органов дыхания любой степени выраженности; болезни зубов, полости рта, отсутствие зубов, мешающее захватыванию загубника, наличие съёмных протезов, анкилозы и контрактуры нижней челюсти, челюстной артрит; деформация грудной клетки, вызывающая нарушение дыхания; искривление носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания; хронический евстахиит.

Аллергические заболевания различных органов и систем, в том числе верхних дыхательных путей и кожи.

Новообразования злокачественные и доброкачественные любой локализации (даже в анамнезе).

Хронические рецидивирующие заболевания кожи с частотой обострения 4 раза и более за календарный год.

Эрозия и язва носовой перегородки

Хронические заболевания бронхолегочной системы с частотой обострения 3 раза и более за календарный год.

Хронические заболевания переднего отрезка глаза (век, конъюнктивы, роговицы, слезовыводящих путей).

Заболевания верхних дыхательных путей и кожи, склонные к перерождению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001635

1. 1. Заключительный акт по результатам проведённого периодического медицинского осмотра (обследования) работников фабрики «Мебель»;

2. Извещение об установлении предварительного диагноза хронического профессионального заболевания на каждого работника, у которого выявлено подозрение на ХПЗ.

2. Специалист Управления РПН при получении извещения должен представить в учреждение здравоохранения, установившего предварительный диагноз, санитарно-гигиеническую характеристику рабочего места отделочницы А., на основании копии трудовой книжки, результатов предварительного и периодических медицинских осмотров за весь период работы, сведения о наличии у работника ранее установленного диагноза профзаболевания и проекта санитарно-гигиенической характеристики условий труда. Для составления проекта санитарно-гигиенической характеристики условий труда специалист отдела надзора по гигиене труда Управления РПН оформляет поручение на имя главного врача ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».

3. На основании поручения Управления РПН специалист ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» должен составить согласно приказу Министерства здравоохранения РФ № 176 «О совершенствовании системы расследования и учёта профессиональных заболеваний в РФ» проект санитарно-гигиенической характеристики условий труда, который представляют на бумажном и электронном носителе в Управление РПН. Данные лабораторных и инструментальных исследований представляют в динамике. Рекомендуются использовать протоколы государственного надзора, результаты аттестации рабочих мест.

4. Санитарно-гигиеническую характеристику условий труда работника подписывают:

- врач, составивший характеристику условий труда;
- заведующий отделом;
- работодатель;
- работник.

Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда составляется в 4

экземплярах и утверждается главным врачом Управления РПН и заверяется печатью.

5. Отделочницу А. необходимо направить с санитарно-гигиенической характеристикой и выпиской из медицинской карты для специального обследования с целью подтверждения диагноза и установления связи заболевания с профессиональной деятельностью в центр профессиональной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001652

1. Лицензию на право эксплуатации (работы или проведения рентгеновской дефектоскопии) и (или) хранения источников ионизирующего излучения (генерирующих). Лицензия выдаётся бессрочно.

2. Санитарно-эпидемиологическое заключение на соответствие условий эксплуатации (работы и проведения рентгеновской дефектоскопии) и (или) хранения источников ионизирующего излучения (генерирующих) санитарно-гигиеническим требованиям. Выдаётся на срок не более 5 лет.

3. На участке не может работать мужчина 17 лет, так как до 18 лет работать с источниками ионизирующего излучения нельзя.

4. 6 дозиметров (5 для каждого сотрудника и дополнительный для женщины до 45 лет).

5. Пройти предварительный и в последующем периодические медицинские осмотры, обучение по радиационной безопасности, выполнять требования радиационной безопасности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001654

1. Лицензия на медицинскую деятельность с указанием вида деятельности – рентгенология. Лицензия действует бессрочно.

2. Санитарно-эпидемиологическое заключение на соответствие условий эксплуатации (работы с рентгеновскими аппаратами) и (или) хранения источников ионизирующего излучения (генерирующих) санитарно-гигиеническим требованиям. Выдаётся на срок не более 5 лет.

3. В рентгеновском кабинете может работать весь персонал, кроме беременной женщины. Она должна до начала декретного отпуска быть переведена на работу не связанную с источниками ионизирующего излучения.

4. 7 дозиметров (5 для каждого сотрудника и дополнительные для 2 женщин до 45 лет).

5. Пройти предварительный и в последующем периодические медицинские осмотры, обучение по радиационной безопасности, использовать средства индивидуальной защиты пациентов и персонала.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001655

1. Нет. Флюорографическое профилактическое обследование детей допускается проводить с 14 лет. В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки можно снизить возраст до 12 лет.

2. Такое решение принимается областным, краевым (республиканским)

Управлением здравоохранения по согласованию с органом государственной санитарно-эпидемиологической службы.

3. Рентгенологические исследования детей в возрасте до 12 лет выполняются в присутствии медицинской сестры, санитарки или родственников, на обязанности которых лежит сопровождение пациента к месту выполнения исследования и наблюдение за ним в течение их проведения.

4. Нормирования, обоснования, оптимизации.

5. Врач-рентгенолог (или рентгенолаборант) регистрирует значение индивидуальной эффективной дозы пациента в листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических исследований и в журнале учёта ежедневных рентгенологических исследований.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001656

1. Можно только при неблагоприятной эпидемиологической обстановке. Флюорографическое профилактическое обследование детей допускается проводить с 14 лет. В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки можно снизить возраст до 12 лет.

2. Такое решение принимается областным, краевым (республиканским) Управлением здравоохранения по согласованию с органом государственной санитарно-эпидемиологической службы.

3. Рентгенологические исследования детей в возрасте до 12 лет выполняются в присутствии медицинской сестры, санитарки или родственников, на обязанности которых лежит сопровождение пациента к месту выполнения исследования и наблюдение за ним в течение их проведения.

4. Нормирования, обоснования, оптимизации.

5. Врач-рентгенолог (или рентгенолаборант) регистрирует значение индивидуальной эффективной дозы пациента в листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических исследований и в журнале учёта ежедневных рентгенологических исследований.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001657

1. Можно. Флюорографическое профилактическое обследование детей допускается проводить с 14 лет. В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки можно снизить возраст до 12 лет.

2. Такое решение принимается областным, краевым (республиканским) Управлением здравоохранения по согласованию с органом государственной санитарно-эпидемиологической службы.

3. Рентгенологические исследования детей в возрасте до 12 лет выполняются в присутствии медицинской сестры, санитарки или родственников, на обязанности которых лежит сопровождение пациента к месту выполнения исследования и наблюдение за ним в течение их проведения.

4. Нормирования, обоснования, оптимизации.

5. Врач-рентгенолог (или рентгенолаборант) регистрирует значение

индивидуальной эффективной дозы пациента в листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических исследований и в журнале учёта ежедневных рентгенологических исследований.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001658

1. Нет. В начале её нужно было отправить к врачу-рентгенологу для окончательного вопроса о целесообразности, объёме и виде рентгенологического исследования. В случае отсутствия врача-рентгенолога решение принимает врач, направивший пациента на рентгенологическое исследование, прошедший обучение по радиационной безопасности в учреждении, имеющем лицензию на образовательную деятельность в данной области.

2. Уточнить у женщины – не беременна ли она, и если женщина отрицает беременность или не знает, уточнить, когда у неё последний раз была менструация.

3. Да. При рентгенологическом исследовании обязательно использовать средства индивидуальной защиты пациента. При исследовании голеностопа, прежде всего, необходимо проводить экранирование области таза, особенно у лиц репродуктивного возраста.

4. Обоснования, оптимизации, нормирование.

5. Врач-рентгенолог (или рентгенолаборант) регистрирует значение индивидуальной эффективной дозы пациента в листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических исследований и в журнале учёта ежедневных рентгенологических исследований.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001676

1. Согласно НРБ-99/2009, раздел 3.2., планируемое облучение персонала группы А выше установленных пределов доз, при ликвидации или предотвращении радиационных аварий, может быть разрешено только в случае необходимости спасения людей и (или) предотвращения их облучения.

2. Согласно НРБ-99/2009, п. 3.2.2., планируемое повышенное облучение в эффективной дозе до 100 мЗв в год и эквивалентных дозах не более двукратных значений, приведённых в табл. 3.1. НРБ-99/2009, допускается организациями (структурными подразделениями) федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор на уровне субъекта РФ, а облучение в эффективной дозе до 200 мЗв в год и четырёхкратных значений эквивалентных доз по табл. 3.1. НРБ-99/2009 – допускается только федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3. Согласно ОСПОРБ-99/2010, п. 6.10., к проведению работ по ликвидации аварии должны привлекаться, прежде всего, работники радиационного объекта, аварийно-спасательных формирований и члены специализированных аварийных бригад. Согласно НРБ-99/2009, п. 3.2.1., если характер радиационной аварии связан с необходимостью спасения людей и (или) предотвращением их облучения, то планируемое повышенное облучение допускается только для мужчин старше 30 лет, не имеющих медицинских

противопоказаний. Мужчины в возрасте 28 лет, а также женщина, изъявившая согласие на участие в аварийно-спасательных работах, и мужчина, который ранее уже подвергался повышенному облучению в течение года с эффективной дозой 200 мЗв, не могут быть допущены к аварийно-спасательным работам, связанным с планируемым повышенным облучением.

4. Перед проведением аварийно-спасательных работ, необходимо:

- провести инструктаж по вопросам радиационной безопасности с разъяснением характера и последовательности работ;
- проинформировать работников о возможных дозах облучения и риске для здоровья;
- оформить добровольное письменное согласие на выполнение работ, связанных с планируемым повышенным облучением;
- учитывая, что планируемое повышенное облучение в эффективной дозе может составить до 200 мЗв в год и в эквивалентных дозах четырёхкратно превышать пределы доз, установленные НРБ-99/2009, получить разрешение (допуск) федерального органа исполнительной власти, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор на выполнение этих работ, в котором определяются предельная продолжительность работ, основные и дополнительные средства защиты и дозиметрического контроля, фамилии участников и лица, ответственного за выполнение работ;
- при проведении аварийно-спасательных работ необходимо осуществлять индивидуальный контроль доз облучения, порядок радиационного контроля согласуется с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5. После завершения аварийно-спасательных работ лица, подвергшиеся облучению в эффективной дозе, превышающей 100 мЗв в течение года, при дальнейшей работе с источниками ионизирующего излучения не должны подвергаться облучению в дозе свыше 20 мЗв в год, согласно п. 3.2.3. НРБ-99/2009. Облучение с эффективной дозой свыше 200 мЗв в течение года должно рассматриваться как потенциально опасное. Поэтому лица, подвергшиеся такому облучению, должны немедленно выводиться из зоны облучения и направляться на медицинское обследование. Вопрос о возможности их дальнейшей работы с источниками излучения решается в индивидуальном порядке по решению компетентной медицинской комиссии. При радиоактивном загрязнении проводится санитарная обработка людей и дезактивация загрязнённой одежды. Проводится расследование обстоятельств радиационной аварии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001699

1. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускается размещать амбулаторно-поликлинические ООМД мощностью не более 100 посещений в смену, включая фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), организации с дневными стационарами.

2. СанПиН 2.1.3.2630 – 10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Раздел 2. Требования к размещению и территории лечебно-профилактических

организаций (ЛПО).

Раздел 3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям.

3. В жилых зданиях не допускается размещение ООМД, оказывающих помощь:

- инфекционным (в том числе туберкулёзным больным),
- лицам, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью.

В жилых зданиях и во встроенно-пристроенных к ним помещениях не допускается размещать микробиологические лаборатории (отделения), отделения магнитно-резонансной томографии.

4. Вход в ООМД, размещаемых в жилых зданиях, должен быть отдельным с улицы.

5. Высота помещений допускается не менее 2,6 м.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001702

1. Границы 1 пояса ЗСО установлены неправильно. Учитывая гидрогеологические окна – участки трещиноватого известняка в «крыше» водоносного горизонта – водоисточник не может считаться достаточно защищённым и требует организации первого пояса ЗСО в пределах 50 м от крайних скважин.

2. Необходимо запроектировать защитную полосу водовода, размеры которой будут определяться характером грунта и диаметром водовода.

3. Необходимо провести учёт всех скважин, эксплуатировавших водоносный горизонт, и провести их тампонаж.

4. В проекте необходимо отразить вопросы очистки и отведения промывных вод с разработкой проекта нормативно допустимого сброса (НДС).

5. Граница 2 пояса ЗСО определяется исходя из времени продвижения воды от его границы к водозабору, которое должно превышать время отмирания микрофлоры. Граница 3 пояса ЗСО определяется предполагаемым временем эксплуатации водозабора, ибо 3 пояс ЗСО предназначен для предотвращения поступления от его границы к водозабору стабильных химических загрязнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001703

1. Уровни шума превышены. Эквивалентный и максимальный уровни шума вблизи жилых зданий не должны превышать соответственно днём – 55–70 дБА, ночью – 45–60 дБА.

2. Круглосуточное пребывание людей, не связанное с их производственной или служебной деятельностью.

3. Шум с непрерывным спектром частот шириной более 1 октавы.

4. Устройство шумозащитного экрана, зелёные насаждения, ограничение интенсивности движения по магистрали, тройное остекление.

5. Зонирование территории поселений, рациональная организация транспортных потоков, устройство кольцевых автодорог.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001707

1. Ориентировочный интервал числа стационарных постов наблюдения за качеством атмосферного воздуха определяется численностью населения данного населённого пункта.
2. Пыль, сернистый газ, окись углерода, двуокись азота.
3. Допустимо, если среднемесячные концентрации этих веществ в течение года не превышают 0,5 среднесуточной предельно допустимой концентрации (ПДКсс).
4. Маршрутные посты наблюдения предназначены для регулярного отбора проб воздуха в фиксированной точке местности при наблюдениях, которые проводятся с помощью передвижного оборудования.
5. Число постов и их размещение определяется с учётом численности населения, площади населённого пункта и рельефа местности, а также развития промышленности, сети магистралей с интенсивным транспортным движением и их расположением по территории города, рассредоточенности мест отдыха и курортных зон.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001716

1. Медицинские отходы в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания подразделяются на пять классов опасности:
Класс А – эпидемиологически безопасные отходы, приближённые по составу к твёрдым бытовым отходам (далее – ТБО).
Класс Б – эпидемиологически опасные отходы.
Класс В – чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы.
Класс Г – токсикологически опасные отходы 1–4 классов опасности.
Класс Д – радиоактивные отходы.
2. Нет, после аппаратных способов обеззараживания с применением физических методов и изменения внешнего вида отходов, исключающего возможность их повторного применения, отходы класса Б могут накапливаться, временно храниться, транспортироваться, уничтожаться и захораниваться совместно с отходами класса А. Упаковка обеззараженных медицинских отходов класса Б должна иметь маркировку, свидетельствующую о проведённом обеззараживании отходов.
3. Автоклавирование, электромагнитное облучение, термическое уничтожение, радиационные методы.
4. Не соблюдены, так как отходы классов Г и Д должны накапливаться и храниться в отдельных помещениях, транспортироваться разными организациями.
5. Заместитель главного врача по обращению с медицинскими отходами.
Схема обращения с мед.отходами, договоры на вывоз и утилизацию образующихся отходов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001719

1. По данным графика «Роза ветров» господствующими ветрами являются: юго-восточные, восточные, западные и юго-западные ветра. Относительно господствующих ветров город Н. расположен с наветренной стороны к промышленной

зоне.

С гигиенических позиций взаиморасположение селитебной зоны города Н. и промзоны, где расположен металлургический завод и намечается строительство нового предприятия, благоприятное.

Кроме того, предусмотрена защита жилой зоны города Н. расстоянием в связи с выбросами от промпредприятий – организованная санитарно-защитная зона.

2. Оцениваем фактические концентрации загрязнителей относительно гигиенических нормативов:

Концентрация SO₂ с учётом фоновой:

$$0,2 \text{ мг/м}^3 + 0,15 \text{ мг/м}^3 = 0,35 \text{ мг/м}^3 < \text{ПДКм.р.} = 0,5 \text{ мг/м}^3$$

Концентрация фенола $0,008 \text{ мг/м}^3 < \text{ПДКм.р.} = 0,01 \text{ мг/м}^3$

С учётом суммации биологического действия сернистого ангидрида и фенола:

Если каждый загрязнитель атмосферного воздуха по отдельности не превышает свой гигиенический норматив, то с учётом суммации биологического действия сернистого ангидрида и фенола гигиенический норматив превышен в 1,5 раза.

3. Размещение нового промышленного предприятия в районе уже существующего металлургического завода недопустимо, так как степень загрязнения атмосферного воздуха в городе Н. с учётом фоновых концентраций и суммации биологического действия сернистого ангидрида и фенола будет превышать допустимые гигиенические нормативы.

4. Да, допустимо. Но при условии, что новое предприятие не будет иметь вредных выбросов в атмосферный воздух, превышающих гигиенические нормативы с учётом фонового загрязнения и с учётом суммации и потенцирования биологического действия загрязнителей.

5. Основные законодательные и нормативно-методические документы санитарного законодательства, регламентирующие гигиенические требования к качеству атмосферного воздуха населённых мест:

ФЗ РФ «Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30.03.1999 г.;

ФЗ РФ «Закон об охране окружающей среды» №7-ФЗ, 2002 г.

ФЗ РФ «Об охране атмосферного воздуха», 1980 г.;

СанПиН 2.1.6.575-96. «Гигиенические требования к охране атмосферного воздуха населённых мест»;

СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»;

ГОСТ 17.2.3.01-86. «Правила контроля качества воздуха населённых пунктов»;

ГН 2.1.6.1983-05 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населённых мест»;

ГН 2.1.6.1339-03 «Ориентировочные и безопасные уровни воздействия загрязняющих веществ (ОБУВ) в атмосферном воздухе населённых мест».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001724

1. Необходимо предусмотреть очистку стоков от крупных примесей, минеральных веществ, взвешенных, коллоидных и растворённых органических веществ, обеззараживание стоков, обезвреживание и подсушивание осадка.
2. Механическая, биологическая очистка, обеззараживание стоков, обезвреживание осадка.
3. Решётки-дробилки, песколовки (песковые площадки), радиальные отстойники, биофильтры, (аэрофильтры), вторичные отстойники, доочистка (пруды), хлораторные, контактные резервуары, метантенки, блок уплотнения и обезвоживания осадка, иловые площадки.
4. СанПиН 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод»; ГН 2.1.5.1315-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования»;
СНиП 2.04.03-85 «Канализация. Наружные сети и сооружения»;
СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»;
СНиП 2.07.01-89 «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений».
5. Проекты канализации населённых пунктов, промпредприятий, рекреационных и других отдельных объектов; проекты очистных канализационных сооружений, проекты нормативов допустимых сброса стоков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001728

1. Качество питьевой подземной воды до модернизации по органолептическим, химическим и микробиологическим показателям соответствовало требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества» за исключением повышенного содержания железа до 5,0 мг/л и отсутствия данных по определению показателей вирусного загрязнения.
Качество питьевой воды, поступающей в разводящую сеть посёлка, по органолептическим, химическим и микробиологическим показателям после модернизации технологической схемы соответствует требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества», в том числе и по содержанию железа в питьевой воде, доведённого до нормативного – 0,3 мг/л. Данные по определению колифагов и других показателей вирусного загрязнения отсутствуют.
2. Необходимо знать:
 - куда поступают воды после промывки, обеззараживания водопроводных сооружений (отстойник, фильтр, бак водонапорной башни), осаждённый осадок;
 - наличие сертификатов, подтверждающих безопасность используемых реагентов.
3. Обезжелезивание подземных вод наиболее часто проводят безреагентным аэрационным способом.
Используются градирни, брызгальные бассейны, баки-газоотделители, где

происходит окисление закисных форм железа, отстойники – для осаждения крупных взвешенных частиц и фильтры для выделения мелких частиц окисного железа и железобактерий.

4. Объём лабораторных санитарно-микробиологических исследований исходной и питьевой воды необходимо расширить за счёт показателей вирусного загрязнения – коли-фагов, энтеро-, рота- и других вирусов.

5. Используются следующие нормативные документы:

СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества»;

ГОСТ 2761-84 «Источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения»;

СанПиН 2.1.4.1110-02 «Зоны санитарной охраны источников водоснабжения и водопроводов питьевого назначения»;

СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических мероприятий»;

СП 2.1.5.1059-01 «Гигиенические требования к охране подземных вод от загрязнения»;

МУК 4.2.2029-05 «Санитарно-вирусологический контроль водных объектов».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001761

1. Основными переносчиками вируса клещевого энцефалита являются иксодовые клещи.

2. Учитывая эпидемиологические данные о том, что больной до заболевания находился на территории эндемичной по клещевому энцефалиту, укусов клещей не отмечал, но употреблял сырое козье молоко, можно предположить пищевой путь заражения клещевым энцефалитом.

3. Меры профилактики клещевого энцефалита для лиц, выезжающих на территории, эндемичные по этой инфекции включают:

- специфическая профилактика (вакцинация);
- осмотр и взаимоосмотр на наличие присосавшихся клещей после посещения леса;
- средства индивидуальной защиты от клещей (защитная одежда);
- применение репеллентов.

4. Для проведения экстренной профилактики клещевого энцефалита используют введение человеческого иммуноглобулина.

5. Комплекс противоэпидемических мероприятий в отношении лиц, имеющих аналогичный с больным, риск заражения клещевым энцефалитом включает:

- наблюдения за лицами, подвергшимися укусу клеща, в течение 21 дня;
- проведение исследований клещей, снятых с пациентов, на наличие в них антигенов клещевого энцефалита методом ИФА или ПЦР;
- проведение экстренной профилактики в случае обнаружения антигенов клещевого энцефалита;
- сбор эпидемиологического анамнеза о посещении природных и антропогенных

очагов клещевого энцефалита, употребление сырого козьего молока, а также прививочный анамнез;

- санитарное просвещение населения и разъяснительная работа с профессиональным контингентом, подвергающимся повышенному риску заражения клещевым энцефалитом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001762

1. Лептоспироз относится к зоонозам и больной лептоспирозом человек источником инфекции не является.

2. Основной способ выделения возбудителей лептоспироза в окружающую среду происходит с мочой.

3. Возможными путями передачи возбудителей лептоспироза в данной ситуации могли быть: контактный путь при уходе за животными, учитывая профессиональный вид деятельности, водный путь, учитывая то, что территория, где проживает больной, является неблагополучной по лептоспирозу. Также нельзя полностью исключить пищевой путь, так как пищевые продукты могли быть контаминированы выделениями грызунов или их мог употреблять заболевший немытыми руками.

4. Профилактические мероприятия в очаге лептоспироза включают:

- запрет выпаса и прогона сельскохозяйственных животных, не привитых против лептоспироза по заражённой территории;

- специфическую профилактику лептоспироза у лиц, постоянно работающих в очаге;

- контроль за хранением и доставкой пищевых продуктов и питьевой воды.

5. В отношении лиц, подвергшихся риску заражения лептоспирозом необходимо провести следующие противоэпидемические мероприятия:

- лица, подвергшиеся риску заражения, подлежат медицинскому наблюдению в течение 30 дней для выявления лихорадящих больных (термометрия, осмотр зева, кожных покровов и т.д.);

- обязательное лабораторное обследование всех выявленных лихорадящих больных;

- экстренная профилактика антибиотиками;

- санитарно просветительная работа среди населения и инструктаж для работников, относящихся к группам повышенного риска заражения, должны содержать вопросы о мерах личной профилактики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001763

1. В данной ситуации возникновение пищевой токсикоинфекции вызвано условно-патогенными микроорганизмами, продуцирующими экзотоксины. Учитывая панариций у кондитера, наиболее вероятно, произошло инфицирование кондитерского изделия золотистым стафилококком.

2. Учитывая эпидемиологические данные можно предположить, что заражение произошло пищевым путём, в качестве фактора передачи могли быть пирожные с кремом.

3. Оптимальные условия для накопления в продуктах энтеротоксинов

возбудителей пищевых токсикоинфекций это:

- наличие в составе продуктов углеводов и белков;
- температура окружающей среды – 25–35 °С;
- рН окружающей среды – 6,9–7,2.

4. В данной ситуации имел место допуск к работе кондитера с панарицием, что является грубым нарушением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима на предприятии общественного питания.

5. В данной ситуации необходимо:

- отстранить от работы кондитера на период лечения панариция;
- лабораторное обследование после лечения перед допуском на работу;
- проводить ежедневный осмотр сотрудников на наличие гнойничковых заболеваний, при их наличии не допускать сотрудников до работы;
- провести дезинфекцию на пищеблоке;
- провести стирку спецодежды персонала, полотенец.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001766

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

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

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

4. В эпидемическом очаге необходимо провести следующие противоэпидемические мероприятия:

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

5. Неспецифические профилактические мероприятия включают следующее:

- использование защитной одежды и репелленты;
- запрет на купание в открытых водоёмах на территории природного очага;
- личная гигиена (мытьё рук) при работе с сырьём животного происхождения и уходе за животными;
- употребление только кипячёной воды.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001767

1. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести посев испражнений и серологическое исследование с парными сыворотками.

2. Эпидемическую ситуацию в населённом пункте можно оценить как вспышку, возможно, водную учитывая наводнение, которое могло привести к ухудшению качества воды.

3. Гипотезу о типе вспышки можно подтвердить, проведя лабораторное исследование питьевой воды и эпидемиологическое исследование по типу «случай контроль».

4. В очагах необходимо провести следующие противоэпидемические мероприятия:

- госпитализацию больных,
- дезинфекцию в очагах,
- выявление контактных, их обследование и наблюдение.

5. За очагом острой кишечной инфекции наблюдение проводится в течение 7 дней со дня изоляции (госпитализации) больного и проведения заключительной дезинфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001768

1. Источником инфекции для заболевших лиц могли стать мышевидные грызуны, моча которых могла попасть в воду.

2. В данном случае заражения 8 человек могло произойти водным путём, учитывая, что они все купались в пруду, который использовался для водопоя скота и берега которого заселены грызунами, являющимися источниками возбудителя лептоспироза. Заражение ранее лептоспирозом лиц в соседнем селе, занимающихся убоём скота могло произойти контактно-бытовым путём.

3. Для специфической профилактики лептоспироза среди групп риска в условиях природных и антропоургических очагов лептоспирозов и в зависимости от эпидемической обстановки используют инактивированную (убитую) лептоспирозную вакцину. Вводят двукратно. Ревакцинация проводится ежегодно.

4. Обязательной вакцинации против лептоспироза по эпидемическим показаниям подлежат лица занятые заготовкой, хранением, обработкой сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотических по лептоспирозу территориях:

- лица, занятые убоём скота, больного лептоспирозом, заготовкой и переработкой мяса и мясопродуктов, полученных от больных лептоспирозом животных;
- лица, занятые отловом и содержанием безнадзорных животных.

5. Мероприятия по оздоровлению выявленных очагов лептоспирозов по эпидпоказаниям включаются в план противоэпидемических мероприятий, который составляется совместно специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический и ветеринарный надзор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001769

1. Источником возбудителя инфекции для 6-летнего ребёнка могла быть школьница (ученица 1 класса) из семьи соседей, которая заболела скарлатиной раньше данного ребёнка и находится в периоде реконвалесценции, так как у неё отмечается

шелушение на ладонях, свойственное для этого периода болезни. При скарлатине больной в этот период ещё заразен для окружающих.

2. При скарлатине источник возбудителя инфекции наиболее опасен в период разгара, и продолжает представлять опасность для окружающих лиц в периоде реконвалесценции и по окончании реконвалесценции.

3. В данном очаге скарлатины необходимо провести следующие мероприятия: госпитализацию больного ребёнка по клиническим показаниям, дезинфекцию в очаге, лабораторное обследование контактных и наблюдение за контактными в течение 7 дней со дня госпитализации. Не допускать младшего брата в ясли в течение 7 дней со дня госпитализации больного.

4. Наблюдение за контактными в очаге проводится в течение 7 дней со дня госпитализации.

5. Подлежат наблюдению брат и мать заболевшего ребёнка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001771

1. Привить отца живой коревой вакциной экстренно по эпидемиологическим показаниям.

2. Выяснить иммунный статус детей и сотрудников группы; привить не иммунных; назначить наблюдение за контактными и ввести карантин сроком 17 (21) день.

3. Ребёнок мог заразить детей в группе в продромальный период болезни.

4. Проведения эпидемиологического обследования очагов по месту жительства и в яслях с оформлением соответствующей документации.

5. Для экстренной профилактики кори лицам с аллергической реакцией на куриный белок можно использовать противокоревой иммуноглобулин.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001824

1. Эпидемический случай кори. Источником инфекции для ребёнка 4 лет мог явиться ребёнок, проживающий на 2 этаже в подъезде дома.

2. Границами очага кори будет весь подъезд дома, где проживают заболевшие дети.

3. Вирус кори обладает большой контагиозностью (до 100%) и высокой проникающей способностью, особенно по системам вентиляции. Поэтому заражение может происходить не только на одном этаже, но и в одном подъезде.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: выявление заболевших, госпитализация заболевшего ребёнка по эпидемическим показаниям. Так как в семье имеется преподаватель ВУЗа (декретированная группа). Ребёнок должен находиться в стационаре не менее, чем 5 дней с момента появления сыпи. Лабораторное подтверждение диагноза корь.

Мероприятия на механизм передачи:

В очаге кори проводится влажная уборка и проветривание. Дезинфекция не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции:

Необходимо выявить лиц, общавшихся с ребёнком. За ними устанавливается

медицинское наблюдение в течение 21 дня. Выясняется их прививочный анамнез и данные о предшествующем заболевании корью. В течение 72 часов с момента выявления больного всем контактным не привитым и не болевшим ранее проводится экстренная вакцинация (отец и бабушка). Ребёнку 9 месяцев вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению. Ребёнку 6 лет проводится возрастная ревакцинация против кори. В течение 7 дней с момента регистрации заболевшего необходимо выявить всех контактных лиц, проживающих в подъезде и подлежащих экстренной профилактике.

5. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения;

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».

Постановление Роспотребнадзора РФ «О дополнительных мероприятиях по ликвидации кори на территории Российской Федерации».

Национальный календарь профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001825

1. Внутрибольничная вспышка кори. Источником инфекции стал мужчина, вернувшийся из Китая и проходивший лечение в ЛОР-отделении ГКБ.

2. Границами очага кори будет весь корпус больницы, в котором находятся отделения, где зарегистрированы случаи кори.

3. Вирус кори обладает большой контагиозностью (до 100%) и высокой проникающей способностью, особенно по системам вентиляции. Поэтому заражение может происходить не только на одном этаже, но и на разных этажах здания.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: выявление заболевших, изоляцию/перевод всех заболевших корью в инфекционное отделение по эпидемическим показаниям. Больные могут быть выписаны из инфекционного стационара не ранее, чем через 5 дней с момента появления сыпи.

Мероприятия на механизм передачи: в очаге кори проводится влажная уборка и проветривание. Заключительная дезинфекция не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: во всём терапевтическом корпусе устанавливается карантин на 21 день. Необходимо выявить лиц, общавшихся с заболевшими (пациенты и медицинские работники отделений, где были зарегистрированы случаи кори). За ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня. Выясняется их прививочный анамнез и данные о предшествующем заболевании корью. В течение 72 часов с момента выявления больного всем контактным не привитым и не болевшим ранее проводится экстренная вакцинация живой коревой вакциной.

5. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии

населения.

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».

Постановление Роспотребнадзора РФ «О дополнительных мероприятиях по ликвидации кори на территории Российской Федерации».

Национальный календарь профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001826

1. Случай заболевания скарлатиной. Источником инфекции для Серёжи скорее всего явился Дима Л., который лечился от ОРВИ дома.

2. Границы домашнего очага скарлатины – квартира, в которой проживает Серёжа и его родители. Границы очага в ДОУ – группа, которую посещают Серёжа и Дима.

3. Скарлатина относится к инфекциям с аэрозольным механизмом передачи. Инкубационный период составляет 7–14 дней. Стрептококковая инфекция часто протекает как ОРВИ. Поэтому вероятность того, что мальчик Дима переболел стрептококковой инфекцией, достаточно велика.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: госпитализацию Серёжи по эпидемиологическим показаниям (так как имеется брат до 10 лет и мать – медсестра родильного дома). Выписка из стационара осуществляется после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания. В детский сад ребёнка допускаем через 12 дней после клинического выздоровления.

За Серёжей устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки из стационара. Через 7–10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям – электрокардиограмма. Обследование повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы он снимается с диспансерного учёта. При наличии патологии, в зависимости от её характера, переболевший направляется под наблюдение специалиста (врача-ревматолога, врача-нефролога и других).

Мероприятия на механизм передачи: текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с использованием дезинфекционных средств, разрешённых к применению в установленном порядке.

Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: необходимо определить круг лиц, общавшихся с заболевшим Серёжей (члены семьи). За ними устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые два класса общеобразовательной организации, ранее не болевшие скарлатиной и общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, не допускаются в эти организации в течение 7 дней с момента последнего общения с больным. Взрослые, общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, работающие в родильных отделениях, допускаются к работе и подлежат

медицинскому наблюдению в течение 7 дней после изоляции заболевшего с целью своевременного выявления скарлатины и ангины. В отношении лиц, контактировавших с больными, решается вопрос о проведении экстренной профилактики.

5. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: госпитализацию заболевшего Серёжи по эпидемиологическим показаниям (так как имеется брат до 10 лет и мать – медсестра родильного дома). Выписка из стационара осуществляется после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания. В детский сад ребёнка допускаем через 12 дней после клинического выздоровления. Диму Л. изолируем на дому и проводим ему санацию хронических очагов инфекции. За обоими детьми устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки из стационара. Через 7–10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям – электрокардиограмма. Обследование повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы переболевшие лица снимаются с диспансерного учёта. При наличии патологии, в зависимости от её характера, переболевшие направляются под наблюдение специалиста (врача-ревматолога, врача-нефролога и других).

Мероприятия на механизм передачи:

Текущей дезинфекции в очаге скарлатины в ДООУ подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с использованием дезинфекционных средств, разрешённых к применению в установленном порядке.

Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции:

За детьми группы, которую посещали Дима и Серёжа устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней. Во время проведения ограничительных мероприятий прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной. Не допускается общение с детьми из других групп детской образовательной организации. У детей и персонала группы проводится осмотр зева и кожных покровов с термометрией не менее 2 раз в день; при выявлении в очаге скарлатины у детей повышенной температуры или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей их изолируют от окружающих и проводят обязательный осмотр педиатром; дети, переболевшие острыми заболеваниями верхних дыхательных путей из очагов скарлатины, допускаются в образовательные организации, после полного клинического выздоровления с заключением от врача-педиатра. В течение 15 дней ежедневно от начала болезни дети осматриваются на наличие кожного шелушения на ладонях (для ретроспективного подтверждения стрептококковой инфекции). Всем лицам, контактировавшим с больным, а также имеющим хронические воспалительные поражения носоглотки, проводится санация; персонал детской организации не позднее 2 дней после возникновения очага скарлатины подлежит медицинскому обследованию врачом-отоларингологом для выявления и санации лиц с ангинами, тонзиллитами, фарингитами. В отношении лиц, контактировавших с больными, решается вопрос о проведении экстренной профилактики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001827

1. В задаче описано групповое заболевание скарлатиной в ДОО. Источником инфекции для Насти К. явился Максим Д., который лечился по поводу ОРВИ.

2. Границы домашнего очага скарлатины – квартира, в которой проживает Настя К. и её родители. Границы очага в ДОО – группа, которую посещает Настя К.

3. Скарлатина относится к инфекциям с аэрозольным механизмом передачи. Инкубационный период составляет 7–14 дней. Стрептококковая инфекция часто протекает как ОРВИ. Поэтому вероятность того, что мальчик Максим Д. переболел стрептококковой инфекцией, достаточно велика. К тому же в группе последнее время регистрируются заболевания ангиной и ОРВИ.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: изоляцию и лечение Насти К. на дому, в детский сад ребёнка допускаем через 12 дней после клинического выздоровления.

За Настей устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки из стационара. Через 7–10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям – электрокардиограмма. Обследование повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы он снимается с диспансерного учёта. При наличии патологии, в зависимости от её характера, переболевший направляется под наблюдение специалиста (врача-ревматолога, врача-нефролога и других).

Мероприятия на механизм передачи: текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с использованием дезинфекционных средств, разрешённых к применению в установленном порядке.

Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: за

членами семьи устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней. Взрослые, общавшиеся с больным скарлатиной, работающие в первых двух классах общеобразовательных организаций допускаются к работе и подлежат медицинскому наблюдению в течение 7 дней после изоляции заболевшего с целью своевременного выявления скарлатины и ангины. В отношении лиц, контактировавших с больными, решается вопрос о проведении экстренной профилактики.

5. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: изоляцию и лечение Насти К. В детский сад ребёнка допускаем через 12 дней после клинического выздоровления. Всем детям в группе проводим санацию хронических очагов инфекции. В течение 15 дней ежедневно от начала болезни дети осматриваются на наличие кожного шелушения на ладонях (для ретроспективного подтверждения стрептококковой инфекции). За детьми, переболевшими ангиной и ОРВИ устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки. Через 7–10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям – электрокардиограмма. Обследование

повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы переболевшие лица снимаются с диспансерного учёта. При наличии патологии, в зависимости от её характера, переболевшие направляются под наблюдение специалиста (врача-ревматолога, врача-нефролога и других).

Мероприятия на механизм передачи: текущей дезинфекции в очаге скарлатины в ДООУ подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с использованием дезинфекционных средств, разрешённых к применению в установленном порядке.

Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: за

детьми группы, которую посещали Настя и Максим устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней. Во время проведения ограничительных мероприятий прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной. Не допускается общение с детьми из других групп детской образовательной организации. У детей и персонала группы проводится осмотр зева и кожных покровов с термометрией не менее 2 раз в день; при выявлении в очаге скарлатины у детей повышенной температуры или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей их изолируют от окружающих и проводят обязательный осмотр врачом-педиатром; дети, переболевшие острыми заболеваниями верхних дыхательных путей из очагов скарлатины, допускаются в образовательные организации, после полного клинического выздоровления с заключением от педиатра. В течение 15 дней ежедневно от начала болезни дети осматриваются на наличие кожного шелушения на ладонях (для ретроспективного подтверждения стрептококковой инфекции). Всем лицам, контактировавшим с больным, а также имеющим хронические воспалительные поражения носоглотки, проводится санация; персонал детской организации не позднее 2 дней после возникновения очага скарлатины подлежит медицинскому обследованию врачом-отоларингологом для выявления и санации лиц с ангинами, тонзиллитами, фарингитами. В отношении лиц, контактировавших с больными, решается вопрос о проведении экстренной профилактики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001828

1. В задаче описан случай коклюша. Ребёнок заразился коклюшем от Пети В., который ранее болел коклюшем.

2. Границы очага коклюша – группа детского сада, которую посещает ребёнок и квартира, в которой он проживает.

3. Коклюш относится к инфекциям с аэрозольным механизмом передачи. В группе детского сада, которую посещает ребёнок, зарегистрирован случай коклюша у Пети В., который явился источником инфекции для заболевшего мальчика.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: изоляцию и лечение заболевшего ребёнка на дому, госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям. Проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования. В детский сад ребёнка

допускают при отсутствии клинических проявлений, но не ранее, чем через 25 дней от начала болезни.

Мероприятия на механизм передачи: в очаге коклюша проводят влажную уборку и проветривание с использованием дезинфекционных средств, разрешённых к применению в установленном порядке.

Заключительная дезинфекция в очагах коклюша не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: за членами семьи и контактными детьми из группы детского сада устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 дней. В детском саду при появлении вторичных случаев заболевания медицинское наблюдение осуществляется до 21 дня с момента изоляции последнего больного. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования. Мать при наличии кашля подлежит отстранению от работы. Сестра 7 лет и дети, посещающие группу детского сада, при наличии кашля подлежат отстранению от посещения детского учреждения. Их допускают в коллектив и на работу после двух отрицательных результатов бактериологического и (или) одного молекулярно-генетического исследования.

Профилактические прививки в очагах коклюша не проводятся.

5. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика коклюша».

Национальный календарь профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001829

1. В задаче описан случай коклюша. Ребёнок заразился коклюшем во время новогоднего праздника от детей из старшей группы.

2. Границы очага коклюша – средняя и старшая группы детского сада и квартира, в которой проживает заболевшая девочка.

3. Коклюш относится к инфекциям с аэрозольным механизмом передачи. Коклюш клинически характеризуется длительным приступообразным кашлем с покраснением лица. В старшей группе детского сада в конце декабря зарегистрированы 2 случая коклюша. Поэтому дети старшей группы на новогоднем утреннике могли стать источниками коклюша для детей средней группы.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: изоляцию и лечение заболевших детей на дому, госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям. Проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования. В детский сад ребёнка допускают при отсутствии клинических проявлений, но не ранее, чем через 25 дней от начала болезни.

Мероприятия на механизм передачи: в очаге коклюша проводят влажную уборку и проветривание с использованием дезинфекционных средств, разрешённых к применению

в установленном порядке.

Заключительная дезинфекция в очагах коклюша не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: за членами семьи и контактными детьми и сотрудниками детского сада из средней и старшей групп детского сада устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 дней. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования. При наличии кашля дети и взрослые подлежат отстранению от посещения детского учреждения. Их допускают в коллектив и на работу после двух отрицательных результатов бактериологического и (или) одного молекулярно-генетического исследования.

Профилактические прививки в очагах коклюша не проводятся.

5. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика коклюша».

Национальный календарь профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001830

1. В задаче описано групповое заболевание ветряной оспой. Ребёнок заразился ветрянкой от ранее заболевших детей.

2. Границы очага ветряной оспы – группа детского сада, которую посещает ребёнок и квартира, в которой он проживает.

3. Ветряная оспа относится к инфекциям с аэрозольным механизмом передачи. Инкубационный период составляет 14–21 день. Заражение произошло от детей, заболевших 5 марта.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: изоляцию и лечение ребёнка на дому, госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям. В детский сад ребёнка допускают после клинического выздоровления, но не ранее 5 дня с момента появления свежего элемента сыпи.

Мероприятия на механизм передачи: в очаге ветряной оспы проводят влажную уборку и проветривание. Лицам, ухаживающим за больным необходимо соблюдать правила личной гигиены, после контакта с больным тщательно мыть руки с мылом.

Заклучительная дезинфекция в очагах ветряной оспы не проводится.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: за членами семьи и контактными детьми и сотрудниками детского сада устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня. Всех контактных обследуют методом ИФА и ПЦР для выявления лёгких, атипичных и бессимптомных форм заболевания. Дети и взрослые, переболевшие ветряной оспой или двукратно привитые разобщению не подлежат. В коллектив в течение 21 дня не принимаются лица, не болевшие и не привитые против ветряной оспы.

Всем лицам, контактировавшим с больным, не болевшим и не привитым ранее

проводится экстренная вакцинация не позднее 3 дней с момента последнего контакта. Ребёнку 6 месяцев вводится специфический или нормальный иммуноглобулин в возрастной дозировке.

5. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Методические указания «Профилактика ветряной оспы».

Национальный календарь профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001831

1. В задаче описан случай дифтерии ротоглотки у ребёнка, посещающего ДОУ. Ребёнок заразился в детском саду.

2. Границы очага дифтерии – группа детского сада, которую посещает ребёнок и квартира, в которой он проживает.

3. Дифтерия относится к инфекциям с аэрозольным механизмом передачи. Заражение произошло, скорее всего, от детей, которые ранее заболели ОРВИ, так как дифтерия у привитых протекает в лёгкой или скрытой формах. Информация о прививках у заболевшей девочки отсутствует.

4. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным.

Мероприятия на источник инфекции включают в себя: обязательную госпитализацию ребёнка. В день поступления в стационар и затем в течение 2 дней подряд, независимо от назначения антибиотиков, проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии. Выписка больного дифтерией осуществляется после полного клинического выздоровления и 2-кратного бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии с отрицательным результатом. Больного обследуют не ранее 3 дней после отмены антибиотиков с интервалом 1–2 дня. После выписки из стационара после эффективной санации (освобождения от возбудителя) ребёнок сразу допускается в коллектив.

Мероприятия на механизм передачи: в очаге дифтерии проводят текущую и заключительную (после госпитализации источника инфекции) дезинфекцию. Текущая дезинфекция организуется медицинским работником и проводится в очаге инфекционного заболевания на дому членами семьи с применением

дезинфицирующих средств, зарегистрированных и разрешённых к применению в Российской Федерации в установленном порядке, имеющих декларацию соответствия и инструкцию по применению по режимам, рекомендованным для обеззараживания при бактериальных инфекциях. Запрещается вынос вещей из очага дифтерии до их обеззараживания. Обеззараживанию при заключительной дезинфекции подлежат помещения, в которых находился больной, посуда, остатки пищи, бельё нательное и постельное, предметы обстановки в комнате больного, с которыми он контактировал, пол, стены, двери в местах общего пользования, ванны, раковины, унитазы, уборочный материал.

Одежда и постельные принадлежности при дифтерии подвергают обязательной камерной дезинфекции.

Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: за

лицами, общавшимися с больным дифтерией, устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром ротоглотки, носа, кожи и термометрией в течение 7 дней от момента изоляции источника инфекции с регистрацией данных наблюдения в медицинской документации. В течение первых 3 дней с момента изоляции больного организуется осмотр контактных лиц врачом-отоларингологом. В течение 48 часов с момента установления диагноза дифтерии (или подозрения на это заболевание, или носительства токсигенных коринебактерий дифтерии) проводится бактериологическое обследование лиц, бывших с ними в контакте. В очаге дифтерии необходимо проведение профилактических прививок не привитым против дифтерии детям, взрослым, у которых согласно медицинской документации с момента последней прививки прошло 10 и более лет.

5. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Санитарные правила «Профилактика дифтерии».

Национальный календарь профилактических прививок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001834

1. 1. Немедленно принимаются меры для временной изоляции больного в купе поезда, до прибытия в ближайший пункт назначения по пути следования, где есть условия для его госпитализации и лечения.

2. За лицами, общавшимися с больным, устанавливают медицинское наблюдение во время рейса.

3. Контактные анкетированы для передачи данных в органы Роспотребнадзора по месту их жительства до окончания инкубационного периода.

2. 1. Поезд по решению администрации пункта пропуска отводится в санитарный тупик.

2. Информировано Управление Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту и Управление Роспотребнадзора по субъекту РФ и другие службы в соответствии с имеющейся схемой оповещения.

3. Приостанавливается выход членов бригады поезда и пассажиров.

4. Приостанавливается проведение пограничного, таможенного и других видов государственного контроля.

5. Обеспечивается охрана поезда и находящихся в нём лиц до окончания проведения противоэпидемических мероприятий.

6. Временно помещают больного в медицинский изолятор с последующей госпитализацией в специализированное лечебно-профилактическое учреждение на срок, необходимый для его полного излечения.

7. Осуществляют медицинское наблюдение за пассажирами и членами бригады в течение инкубационного периода с назначением экстренной профилактики по эпидемиологическим показаниям.

8. Проводят эпидемиологическое расследование с целью установления причин и условий возникновения эпидемического очага.

9. Забирают биологический материал от больного и контактировавших лиц

для проведения лабораторных исследований.

10. Проводят очаговую дезинфекцию.

3. 1. Проводится немедленное информирование должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль.

2. Обеспечивается готовность медицинского персонала вокзала к освидетельствованию больного (подозрительного) на заболевание, а также готовность изолятора медицинского пункта к приёму больных (подозрительных) на заболевание.

3. Осуществляется вызов бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционным больным) и её подъезд к поезду.

4. Обеспечивается вызов специализированной организации для проведения дезинфекции вагонов состава, предусмотренной Межведомственным планом при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве.

5. Осуществляется вызов транспортных средств для перевозки лиц, подвергшихся риску заражения и нуждающихся в изоляции на базе медицинской организации, предусмотренной Межведомственным планом при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве.

4. Данные граждане, подозрительные на заболевание опасной инфекцией, госпитализируются в соответствии с законодательством РФ. При несогласии оформляется письменный отказ от госпитализации в присутствии представителей пограничной службы при информировании (присутствии) представителя посольства или консульства. Указанный иностранный гражданин не допускается для въезда в страну и может быть временно помещён в медицинский изолятор на территории пункта пропуска до решения вопроса о его возвращении в страну выезда.

5. 1. Принимает решение о необходимости отведения железнодорожного состава в санитарный тупик для проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

2. При необходимости выдаёт предписание о санитарных правонарушениях должностным, юридическим лицам и гражданам, создавшим угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения.

3. Готовит материалы для привлечения к административной или уголовной ответственности лиц, допустивших санитарные правонарушения в соответствии с действующим законодательством.

4. Выдаёт разрешение на посадку или высадку пассажиров, разгрузку или погрузку грузов, багажа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001835

1. Данные проявления заболевания характерны для так называемого периода инициальной лихорадки при первичном заражении малярией. Проявляется общим недомоганием, прогрессирующей слабостью, головной болью, миалгиями, артралгиями, ломотой в пояснице.

Объективные данные при осмотре больного скудны (возможны умеренно выраженные катаральные признаки в ротоглотке и небольшая тахикардия). Учитывая инкубационный период, страну пребывания, эндемичную по малярии и укусы комаров, можно поставить предварительный диагноз – трёхдневная малярия.

2. Командир воздушного судна информирует диспетчеров (дежурных) аэропорта о наличии больного (до посадки самолёта).

Отводит судно по решению администрации аэропорта на санитарную стоянку.

Приостанавливает выход членов экипажа и пассажиров, выгрузку багажа, грузов до получения разрешения должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль.

3. Обеспечивает немедленное информирование должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль.

Обеспечивает готовность медицинского персонала аэропорта к освидетельствованию больного (подозрительного) на малярию, а также готовность изолятора медицинского пункта к приёму больного. Место изоляции должно быть недоступно для комаров.

Обеспечивает вызов бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционным больным) и её подъезд к воздушному судну.

Обеспечивает вызов специализированной организации для проведения дезинфекции (дезинсекции) судна, предусмотренной Межведомственным планом при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве.

4. Организует охрану, находящихся на воздушном судне лиц, до окончания проведения противоэпидемических мероприятий.

Приостанавливает проведение всех видов государственного контроля в пункте пропуска (пограничного, таможенного, ветеринарного, фитосанитарного, миграционного).

5. Данные лица могут продолжить поездку, если они не представляют реального риска для здоровья населения. Эти лица сообщают должностному лицу, осуществляющему санитарно-карантинный контроль, маршрут своего следования, адрес постоянного или временного места жительства в течение всего инкубационного периода болезни, в случае отсутствия адреса – название командировавшей или принимающей организации; информацию доводят до учреждения здравоохранения по маршруту следования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001836

1. Данные проявления заболевания характерны для менингококкового менингита и чаще развиваются после клинических проявлений назофарингита. Заболевание начинается остро с подъёма температуры тела до высоких значений и развития общемозговых симптомов – резкой мучительной головной боли, часто неукротимой рвоты без тошноты, не связанной с приёмом пищи. Уже в 1 сутки болезни, появляются тоническое напряжение мышц и мышечные контрактуры – ригидность затылочных мышц и длинных мышц спины, симптомы Кернига, Брудзинского и др.

При осмотре больных отмечают их возбуждение, эйфорию, в части случаев уже в первые часы заболевания наступает расстройство сознания. Характерна гиперемия лица, нередко герпетические высыпания на губах. Отмечают гиперестезию (тактильную, слуховую и зрительную), возможны мышечные судороги.

2. 1. Информировует лиц, ответственных за санитарно-карантинный контроль о наличии больного (подозрительного на заболевание).

2. Отводит транспортное средство на санитарную стоянку.

3. Приостанавливает выход членов экипажа и пассажиров, выгрузку багажа, грузов до получения разрешения должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль.

3. Данные граждане, подозрительные на заболевание опасной инфекцией, госпитализируются в соответствии с законодательством РФ. При несогласии оформляется письменный отказ от госпитализации в присутствии представителей пограничной службы при информировании (присутствии) представителя посольства или консульства. Указанный иностранный гражданин не допускается для въезда в страну и может быть временно помещён в медицинский изолятор на территории пункта пропуска до решения вопроса о его возвращении в страну выезда.

Лечебно-профилактическая организация при поступлении больного (независимо от формы собственности, направляет внеочередное донесение о возникновении ЧС в течение 2 часов после установления данного факта в Управление Роспотребнадзора по субъекту РФ.

4. Обеспечивает в течение 24 часов информирование Контактного пункта ВОЗ по ММСП (2005 г.), а по запросам – дипломатических миссий и консульств иностранных государств на территории РФ о возникновении ЧС, связь с контактным пунктом ВОЗ по ММСП (2005 г.) осуществляется в круглосуточном режиме.

Обеспечивает в установленном порядке оперативное информирование органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органов управления здравоохранения о ЧС эпидемического характера, представляющих угрозу для санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории РФ.

5. Обеспечивает готовность бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционным больным) в постоянном режиме.

Готовность медицинской организации, обозначенной в межведомственном плане противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве к их приёму и лиц, подвергшихся риску заражения.

Наличие и ведение соответствующей медицинской документации на всех этапах оказания медицинской помощи больному.

Осуществление медицинского наблюдения за пассажирами и членами экипажа в течение инкубационного периода болезни с момента прибытия или их изоляции и назначения экстренной профилактики по эпидемическим показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001837

1. Роспотребнадзор является Координатором по Международным медико-санитарным правилам (2005 г.) – далее ММСП (2005 г.) в Российской Федерации и осуществляет связь с Европейским региональным бюро ВОЗ по ММСП (2005 г.), для взаимного обмена экстренной информацией, касающейся ЧС и применения ММСП (2005 г.) на территории РФ.

2. В случае выявления болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения страны и угрозу международного распространения, характеризующимся тяжёлым течением и высокой летальностью, а также тенденцией к быстрому распространению, или болезней, не предусмотренных настоящими санитарными правилами, санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводят в соответствии с правовыми актами Роспотребнадзора.

3. Не допускаются к ввозу на территорию РФ опасные грузы и товары, ввоз которых на территорию страны запрещён законодательством РФ, а также грузы и товары, в отношении которых при проведении санитарно-карантинного контроля установлено, что их ввоз на территорию РФ создаёт угрозу возникновения и распространения инфекционных болезней или массовых неинфекционных заболеваний (отравлений).

Санитарно-эпидемиологические требования к товарам, веществам, отходам и другим грузам, ввозимых на территорию РФ, регламентируются правовыми актами РФ.

4. Доводит список эпидемически неблагополучных стран, рекомендованных ВОЗ, и перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения профилактических прививок (противомаларийных препаратов) до всех заинтересованных ведомств, обеспечивающих поездки за рубеж.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001841

1. Все первичные противоэпидемические мероприятия проводят при установлении предварительного диагноза, который ставят на основании характерной клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза. Мероприятия включают:

- временную изоляцию больного с последующей его госпитализацией в инфекционный стационар;
 - уточнение диагноза и вызов консультантов;
 - информацию о выявленном больном руководителя пограничного поста в установленном порядке;
 - оказание больному необходимой медицинской помощи (в зависимости от тяжести состояния);
 - забор материала для лабораторного исследования;
 - выявление, регистрация лиц, контактировавших с больным
- (в данном случае – временная изоляция лиц, контактировавших с больным, в

любом свободном помещении до решения специалиста Управления (территориального отдела Управления Роспотребнадзора) или эпидемиолога ФГУЗ (ЦГиЭ по субъекту Российской Федерации или филиала) о мерах, которые к ним должны применяться (изоляция, экстренная профилактика, медицинское наблюдение), временное запрещение входа в здание (объект), а также бесконтрольное перемещение внутри объекта, эвакуация больного, подозрительного на заболевание в специальный инфекционный стационар, контактировавших – в изолятор);

- проведение текущей и заключительной дезинфекции.

2. Объем и характер мероприятий определяются нозологической формой инфекционной болезни и данными эпидемиологического обследования, которое проводят немедленно после выявления больного.

Противоэпидемические мероприятия проводят органы и учреждения Роспотребнадзора, органы управления здравоохранением и лечебно-профилактические учреждения. Противочумные учреждения осуществляют консультативно-методическую и практическую помощь при организации и проведении противоэпидемических мероприятий.

Руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемического очага осуществляет межведомственная санитарно-противоэпидемическая комиссия (СПК). Для эффективного и своевременного проведения мероприятий по локализации и ликвидации очага инфекционной болезни, подозрительной на вышеуказанные заболевания, должно быть предусмотрено обеспечение лечебно-профилактических учреждений, территориальных органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека бесперебойной связью.

3. Обеспечивает в течение 24 часов информирование Контактного пункта ВОЗ по ММСП (2005 г.), а по запросам – дипломатических миссий и консульств иностранных государств на территории РФ о возникновении ЧС, связь с Контактным пунктом ВОЗ по ММСП (2005 г.) осуществляется в круглосуточном режиме.

Обеспечивает в установленном порядке оперативное информирование органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органов управления здравоохранения о ЧС эпидемического характера, представляющих угрозу для санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории РФ.

4. Первая информация о выявлении больного с подозрением на опасное заболевание доводится: главному врачу лечебно-профилактического учреждения, который передает её станции (отделению) скорой медицинской помощи, учреждению дезинфекционного профиля, руководителю органа управления здравоохранением и Главному государственному санитарному врачу соответствующей территории. Во все перечисленные адреса информация должна поступать не позднее двух часов с момента выявления больного.

Вопрос о порядке госпитализации и лечения больного, подозрительного на упомянутую инфекцию, решается в каждом конкретном случае в зависимости от тяжести заболевания: все транспортабельные больные немедленно направляются санитарным транспортом с места выявления в предусмотренные для этих случаев стационары;

нетранспортабельным больным неотложная помощь оказывается на месте с вызовом оснащённой всем необходимым бригады скорой медицинской помощи для последующей его транспортировки в стационар.

Осмотр больного консультантами является обязательным и должен осуществляться на месте выявления или немедленно после госпитализации.

Все лечебно-профилактические учреждения Министерства здравоохранения РФ должны иметь необходимый запас:

- медикаментов для проведения симптоматической терапии, экстренной профилактики;
- средств личной экстренной профилактики;
- средств индивидуальной защиты;
- дезинфицирующих средств.

5. Обеспечивают готовность бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционным больным) в постоянном режиме.

Осуществляют готовность медицинской организации, обозначенной в межведомственном плане противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных больных на пункте пропуска к их приёму и лиц, подвергшихся риску заражения.

Наличие и ведение соответствующей медицинской документации на всех этапах оказания медицинской помощи больному.

Осуществление медицинского наблюдения за контактами лицами в течение инкубационного периода болезни с момента их изоляции по эпидемическим показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001843

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

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

3. Случаи заболевания малярией у пяти пациентов, заболевших с 15 по 20 июля относят к вторичным от завозных случаям, так как они проживают в одном доме с источником инфекции (предпринимателем К.), от которого они заразились через местных комаров. Инкубационный период соответствует времени образования спорозоитов после сосания крови больного малярией.

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

2. Провести очаговую дезинсекцию в помещениях, где проживали заболевшие: квартиры, подъезды, подвалы, подсобные помещения и чердаки жилого пятиэтажного дома необходимо обрабатывать инсектицидами из группы

фосфороорганических соединений (ФОС) или пиретроидов.

3. Небольшой водоём, который находится на окраине города Н. необходимо обработать бактерицидом (биологические противочиночные методы истребительной дезинсекции), а при необходимости и препаратами ФОС (химические противочиночные методы истребительной дезинсекции).

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

5. Выявление больных среди контактных.

6. Химиопрофилактика контактным не проводится.

7. Санпросвет работа среди населения.

5. Квартыры, подъезды, подвалы, подсобные помещения и чердаки жилого пятиэтажного дома, где проживали заболевшие малярией люди, необходимо обрабатывать инсектицидами из группы фосфороорганических соединений (ФОС) или пиретроидов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001844

1. В данном случае медсестра заразилась тропической малярией через инфицированную *Plasmodium falciparum* инъекционную иглу – это искусственный путь.

2. Источником тропической малярии для заболевшей медсестры стала пациентка Т.

3. Проводить химиопрофилактику тропической малярии для всех сотрудников стационара (имевших и не имевших контакт с больными тропической малярией) не нужно.

4. Очаговая дезинсекция против комаров в отделениях данного стационара не целесообразна, так как естественный трансмиссивный механизм передачи тропической малярии на данной территории (г. Москва) не может быть реализован.

5. 1. Больную госпитализировать и лечить.

2. Проводить дезинфекцию и стерилизацию в стационаре в необходимом объёме.

3. Химиопрофилактика контактных не проводится.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001845

1. В данном случае заражение тропической малярией пациента Н. произошло при переливании инфицированной крови (парентеральный путь передачи).

2. По классификации случаев малярии болезнь пациента Н. называется прививным случаем, так как инфицирование пациента произошло при гемотрансфузии.

3. Проводить химиопрофилактику тропической малярии для всех сотрудников стационара (имевших и не имевших контакт с больным тропической малярией) не нужно.

4. Возможным источником малярии для данного пациента Н. стал донор крови, который болел малярией или был паразитоносителем *Pl. falciparum* в момент сдачи крови.

5. Очаговая дезинсекция против комаров в отделениях данного стационара не целесообразна, так как естественный трансмиссивный механизм передачи тропической малярии на данной территории (г. Саратов) не может быть реализован.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001846

1. В данном случае заражение трёхдневной малярией пациента Б. произошло при переливании инфицированной крови (парентеральный путь передачи).
2. Источником трёхдневной малярии для пациента Б. стал донор – его родственник А., который, по-видимому, является носителем pl.Vivax.
3. По классификации случаев малярии болезнь пациента Б. называется прививным случаем, так как инфицирование пациента произошло при гемотрансфузии.
4. 1. Больного Б. и паразитоносителя А. госпитализировать в инфекционный стационар и лечить от трёхдневной малярии.
2. Провести очаговую дезинсекцию в отношении комаров в квартире, где проживает донор А., а также в отделении стационара, где находился больной Б.
3. Химиопрофилактика контактных не проводится.
5. Квартира и помещения стационара необходимо обрабатывать инсектицидами из группы фосфоорганических соединений (ФОС) или пиретроидов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001847

1. В данном случае больной К. получил сифилис половым путём: (орально-генитальный путь).
2. Источником сифилиса для пациента К. стала представительница коммерческого секса – (КСР).
3. 1. Пациента К. лечить от сифилиса, можно не госпитализировать.
(Госпитализации подлежат социально-дезадаптированные больные, больные с множественными остро заразными проявлениями вторичного сифилиса, больные с поздними формами сифилиса, больные с врождённым и приобретённым сифилисом, дети.)
2. В квартирном очаге проводить текущую дезинфекцию.
3. Жене пациента К. необходимо провести превентивное противосифилитическое лечение и последующее однократное клинико-серологическое обследование через 3 месяца.
Специфическая профилактика отсутствует.
4. Высыпания, по-видимому, были у женщины, больной сифилисом, в виде эрозивных папул на слизистой полости рта. Возможна первичная сифилома на губах, языке, миндалинах (внеполовая локализация) в виде эрозии овальной или округлой формы с приподнятыми краями.
5. Вероятность заражения сифилисом друга пациента мужчины Л. не высокая, но есть. Превентивное лечение мужчине Л. провести нужно, затем необходимо провести клинико-серологическое обследование в динамике (3 месяца).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001848

1. По-видимому, источником сифилиса для женщины О. стал один из её случайных половых партнёров.
2. Продукты питания в продуктовом супермаркете, где работала эта женщина, не могли быть источником сифилиса ни для кого.

3. В данном случае пациентка О. заразилась сифилисом половым (гетеросексуальным) путём.

4. 1. Пациентку О. необходимо госпитализировать в стационар для лечения. (Госпитализации подлежат социально-дезадаптированные больные, больные с множественными остро заразными проявлениями вторичного сифилиса, больные с поздними формами сифилиса, больные врождённым и приобретённым сифилисом, дети.)

2. Провести заключительную дезинфекцию в квартире.

3. Провести клинико-серологическое обследование соседей по квартире, а также выявленных половых партнёров пациентки О.

4. Провести превентивное противосифилитическое лечение и последующее однократное клинико-серологическое обследование через 3 месяца всех людей, находившихся в бытовых и половых контактах с пациенткой О.

Специфическая профилактика отсутствует.

5. Дебют сифилиса со вторичных сифилидов, минуя стадию твёрдого шанкра, возможен при парентеральном (трансфузионном) пути передачи сифилиса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001849

1. В данном случае пациент В. заразился гонореей половым путём в результате случайных незащищённых половых контактов.

2. 1. Пациента В. можно не госпитализировать, лечить на дому. Больной В. относится к категории больных с невыявленным источником инфекции, поэтому диспансерное наблюдение за В. – 6 месяцев.

2. Проводить текущую дезинфекцию в квартире.

3. Жёну пациента В. необходимо обследовать, при необходимости провести лечение. Специфическая профилактика отсутствует.

4. Санпросвет работа. Использование презервативов при половых контактах.

3. Источником гонореи могут быть больные люди острой или хронической формой гонореи, а также носители *Neisseria gonorrhoeae*. В данном случае источник – случайный половой партнёр пациента.

4. Заражение гонореей через предметы обихода возможно, особенно через предметы личной гигиены.

5. В очаге гонореи нужна текущая дезинфекция с обеззараживанием предметов личной гигиены.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001851

1. Заражение произошло в стационаре.

Скученность в отделении отсутствие настороженности персонала в отношении ранней диагностики инфекционных заболеваний; нарушение санитарногигиенического режима.

2. Сбор эпидемиологического анамнеза у медицинского персонала, заболевших, посетителей: проведено бактериологическое обследование всех контактных из числа больных и персонала отделения и серологическое обследование персонала.

3. Мероприятия должны проводиться как в психиатрической больнице, так и в

хирургическом отделении. Должен быть прекращён приём новых больных;

должно быть установлено медицинское наблюдение за контактными с ежедневным осмотром врачом-инфекционистом в течение 21 дня;

должно быть проведено бактериологическое обследование всех контактных из числа больных и персонала отделения и серологическое обследование персонала.

4. В психиатрической больнице и хирургическом отделении должна быть проведена заключительная дезинфекция с камерной обработкой постельного белья и постельных принадлежностей.

5. В данном случае может быть проведено фагирование пациентов и персонала брюшнотифозным бактериофагом с профилактической целью;

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001852

1. Причиной активизации текущего эпидемического процесса в 1998 г. послужило использование дезинфектанта умеренной активности (анолит) с заниженной концентрацией. Проведённое изучение культур *S. haifa* с, выделенных от больных и бактериовыделителей, свидетельствует о наличии сформировавшегося госпитального штамма.

2. Сбор эпидемиологического анамнеза у медицинского персонала, заболевших, посетителей. Должно быть проведено бактериологическое обследование всех контактных из числа больных и персонала отделения и серологическое обследование персонала.

3. Должен быть прекращён приём новых больных в отделение; все заболевшие должны быть переведены в инфекционное отделение больницы; должно быть установлено медицинское наблюдение за контактными с ежедневным осмотром врачом-инфекционистом; должно быть проведено бактериологическое обследование всех контактных из числа больных и персонала отделения и серологическое обследование персонала.

4. В отделении должна быть проведена заключительная дезинфекция. Необходимо заменить дезинфектант, применяемый для обработки поверхностей в эпидемиологически неблагополучных отделениях, в первую очередь в 1 кардиологическом, 1 хирургическом и реанимационном. Предлагается использовать кислородсодержащий ПВК в концентрации 0,75% по АДВ.

После выписки больных провести полную заключительную дезинфекционную обработку 1 хирургического и 1 кардиологического отделений силами дезинфекционной службы с одновременной дезинфекцией подвальных и чердачных помещений 4 и 5 корпусов.

5. В данном случае может быть проведено фагирование пациентов и персонала противосальмонелёзным бактериофагом с лечебной и профилактической целью.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001853

1. Маркерами их госпитальности в ОРИТ новорождённых являются:

1) одинаковый рестрикционный профиль, 2) полирезистентность к антибиоткам, 3) устойчивость к рабочим растворам дезинфектантов, 4) способность формировать

биоплёнку.

2. Микробиологические и молекулярно-биологические исследования показывают, что в течение нескольких месяцев в ОРИТ сформировался госпитальный штамм *P. aeruginosa*, формирующий биоплёнку, устойчивый к антимикробным препаратам и рабочим растворам дезинфектантов.

3. Пусковым механизмом распространения возбудителя являлась ИВЛ с использованием одного электроотсасывателя, для отсасывания слизи из зева и эндотрахеальной трубки у нескольких детей.

4. Необходимо провести инструктаж персонала о недопустимости использования одного и того же электроотсасывателя для отсасывания слизи из зева и эндотрахеальной трубки в течение рабочего дня более, чем у одного ребёнка.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001855

1. В детском саду возникла эпидемическая вспышка дизентерии Зонне. Отсутствие выделения шигелл Зонне у 10 детей может свидетельствовать о низкой чувствительности бактериологического метода в отношении этого возбудителя. Предположительно, эпидемическая вспышка обусловлена пищевым путём передачи.

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

3. Отсутствие нарушений к гигиеническим требованиям даёт основание полагать, что возникновение пищевой вспышки в детском саду может быть связано или с наличием носителя среди работников пищеблока или поступлением пищевых продуктов, загрязнённых шигеллами.

4. Для подтверждения высказанной гипотезы дополнительно необходимо получить данные:

- сведения о характеристике возбудителя, выделенного от больных (один биовариант или множество);
- результаты бактериологического обследования работников пищеблока;
- результаты исследования типа «случай-контроль» по определению фактора передачи (пищевого продукта), с которым связано возникновение эпидемической вспышки.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции. Больных с тяжёлыми формами заболевания следует госпитализировать в инфекционный стационар, остальных изолировать «на дому».

В детском саду организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 7 дней, в ходе которых организовать медицинское наблюдение с проведением бактериологического исследования с целью определения носителей. Не допускается приём новых детей, перевод детей из группы в группы. Медицинское наблюдение с бактериологическим обследованием декретированных групп населения также необходимо организовать в семейных очагах.

Мероприятия, направленные на механизм передачи. Необходимо проведение

дезинфекции в детском саду и в семейных очагах.

Мероприятия, направленные на восприимчивый организм.

Провести бактериофагирование детей и персонала детского сада.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001856

1. В пионерском лагере возникла эпидемическая вспышка дизентерии Флекснера. Предположительно, в начале была связана с водным путём передачи, распространение случаев заболеваний в дальнейшем могло быть связано с контактно-бытовым путём передачи.

2. О водном характере эпидемической вспышки в её начале свидетельствует большое число случаев заболеваний, постепенный рост заболеваемости вспышки, преобладание лёгких клинических форм. Постепенное её развитие в дальнейшем может свидетельствовать также о наличии заражений, связанных с контактно-бытовым путём передачи.

3. Возникновение эпидемической вспышки дизентерии Флекснера может быть связано с нарушением требований к соблюдению «питьевого режима», употребление водопроводной воды без предварительного кипячения, авариями на водопроводной сети, приведшим к загрязнению водопроводной воды. К возникновению эпидемической вспышки также могло привести купание в водоёме с экстремальным загрязнением воды.

Следует обратить внимание на необоснованность поставленных первичных диагнозов, что могло привести к распространению случаев контактно-бытовым путём.

4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:

- сведения о характеристике возбудителя, выделенного от больных (один серовариант или множество);
- результаты бактериологического исследования питьевой воды;
- сведения об авариях водопроводной сети и возможного экстремального загрязнения водоёмов;
- соблюдение требований к «питьевому режиму»;
- результаты бактериологического обследования сотрудников пионерского лагеря, в том числе пищеблока;
- сведения о соблюдении санитарно-гигиенических требований в пионерском лагере.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции:

Больных с тяжёлыми формами заболевания следует госпитализировать в инфекционный стационар, остальных изолировать в изоляторе пионерского лагеря.

В пионерском лагере организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 7 дней, в ходе которых организовать медицинское наблюдение с проведением бактериологического исследования с целью определения носителей. Не допускается приём новых детей, перевод детей из одного отряда в другой.

Мероприятия, направленные на механизм передачи:

Необходимо проведение дезинфекции в пионерском лагере. Строго соблюдать «питьевой режим» не допускать использование некипяченой водопроводной воды. В

случае экстремального загрязнения водоёма, запретить купание в водоёме.

Мероприятия, направленные на восприимчивый организм:

Провести бактериофагирование детей и персонала пионерского лагеря.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001857

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

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

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

4. Для подтверждения высказанной гипотезы дополнительно необходимо получить данные:

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

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции:

Больных с тяжёлыми формами заболевания следует госпитализировать в инфекционный стационар, остальных изолировать «на дому». В школе-интернате организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 35 дней, в ходе которых организовать медицинское наблюдение в школе-интернате и в семейных очагах с проведением исследования на наличие специфических маркеров вирусного гепатита А с целью выявления безжелтушных форм заболевания.

Мероприятия, направленные на механизм передачи:

Необходимо организовать в школе-интернате и в семейных очагах проведение дезинфекции, строгое соблюдение «питьевого режима» и санитарно-гигиенических требований.

Мероприятия, направленные на восприимчивый организм:

Провести вакцинацию всех контактировавших с больными вирусным гепатитом А, не привитых и не болевших ранее в школе интернате и в семейных очагах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001858

1. В воинском коллективе возникла эпидемическая вспышка дизентерии Зонне. Предположительно, эпидемическая вспышка обусловлена пищевым путём передачи.
2. О пищевом характере эпидемической вспышки свидетельствует одномоментное начало вспышки, преобладание тяжёлых клинических форм.
3. Возникновение пищевой вспышки в воинских коллективах может быть связано или с наличием носителя среди работников пищеблока или поступлением пищевых продуктов, загрязнённых шигеллами.
4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:
 - сведения о характеристике возбудителя, выделенного от больных (один биовариант или множество);
 - результаты бактериологического обследования работников пищеблока;
 - результаты исследования типа «случай-контроль» по определению фактора передачи (пищевого продукта), с которым связано возникновение эпидемической вспышки.
5. Мероприятия, направленные на источник инфекции:
Больных с тяжёлыми формами заболевания следует госпитализировать в инфекционный госпиталь, остальных изолировать в изоляторе части.
В воинских коллективах организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 7 дней, в ходе которых организовать медицинское наблюдение с проведением бактериологического исследования с целью определения носителей.
Мероприятия, направленные на механизм передачи:
В частях организовать проведение дезинфекции и строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований.
Мероприятия, направленные на восприимчивый организм:
Провести бактериофагирование военнослужащих.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001859

1. В высшем учебном заведении возникла эпидемическая вспышка дизентерии Флекснера. Предположительно, эпидемическая вспышка обусловлена пищевым путём передачи.
2. О пищевом характере эпидемической вспышки свидетельствует одномоментное начало вспышки, преобладание тяжёлых клинических форм, наличие одного выделенного серотипа.
3. Возникновение пищевой вспышки в высшем учебном заведении может быть связано или с наличием носителя среди работников пищеблока или поступлением пищевых продуктов, загрязнённых шигеллами.
4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:
 - сведения о месте употребления пищи;
 - результаты бактериологического обследования работников пищеблока;
 - результаты исследования типа «случай-контроль» по определению фактора

передачи (пищевого продукта), с которым связано возникновение эпидемической вспышки.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции: больных с тяжёлыми формами заболевания следует госпитализировать. В детском саду организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 7 дней, в ходе которых организовать медицинское наблюдение с проведением бактериологического исследования с целью определения носителей.

Мероприятия, направленные на механизм передачи: необходимо организовать проведение дезинфекции в общежитии и строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований.

Мероприятия, направленные на восприимчивый организм: провести бактериофагирование студентов и работников пищеблока.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001860

1. В психоневрологическом стационаре возникла эпидемическая внутрибольничная вспышка дизентерии Флекснера. Предположительно, эпидемическая вспышка обусловлена контактно-бытовым путём передачи.

2. О контактно-бытовом характере эпидемической вспышки свидетельствует последовательное её развитие, регистрация случаев в пределах одного отделения, преобладание лёгких клинических форм.

3. Первоначально присутствовал занос случая дизентерии Флекснера с поступившим пациентом или наличие источника инфекции среди медицинского персонала отделения. Распространение случаев связано с наличием грубых нарушений санитарно-гигиенического режима в психоневрологическом стационаре. В палатах размещено 10–12 пациентов. Туалеты по одному на этажах, совмещены с умывальной. В туалете не предусмотрено место для приготовления дезинфекционных растворов отсутствуют дезинфицирующие средства, жидкое мыло и туалетная бумага.

4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:

- сведения об эпидемической ситуации на территории города Л.;
- результаты бактериологического обследования медицинских работников отделения и работников пищеблока;
- сведения о соблюдении противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов при приёме пациентов в стационар;
- сведения о качестве дезинфекционных мероприятий в отделении.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции: больных изолировать в отдельные палаты. В отделении организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 7 дней, в ходе которых организовать медицинское наблюдение с проведением бактериологического исследования с целью определения носителей среди медицинского персонала и работников пищеблока. Не допускается приём новых пациентов и перевод больных в другие отделения и другие соматические стационары.

Мероприятия, направленные на механизм передачи: организовать в отделении проведение дезинфекции и строгое соблюдение санитарно-гигиенического и

противоэпидемического режимов.

Мероприятия, направленные на восприимчивый организм: провести бактериофагирование пациентов и медицинского персонала.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001861

1. В посёлке Р. возникла эпидемическая вспышка энтеровирусной инфекции. Предположительно водного характера. Не исключено заражение за счёт реализации контактно-бытового пути передачи.

2. О водном характере эпидемической вспышки свидетельствует вовлечение большого числа людей, последовательное развитие эпидемической вспышки. Большое число тяжёлых и среднетяжёлых форм заболеваний могут свидетельствовать в пользу воздушно-капельного пути передачи.

3. Возникновение эпидемической вспышки энтеровирусных инфекций может быть связано с проявлением сезонного подъёма на территории или с аварией на водопроводной сети. В пользу этих предположений свидетельствует массовые случаи заболеваний.

4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:

- данные характеризующие эпидемическую ситуацию по энтеровирусным инфекциям в области;
- результаты исследования питьевой воды на наличие энтеровирусов;
- сведения об авариях водопроводной сети и возможного экстремального загрязнения водоёмов;
- соблюдение требований к «питьевому режиму».

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции:

Госпитализация больных с ЭВИ и лиц с подозрением на это заболевание

проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Обязательной госпитализации подлежат больные ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание – с неврологической симптоматикой (серозный менингит, менингоэнцефалит, вирусные энцефалиты, миелит), а также пациенты с увеитами, геморрагическими конъюнктивитами, миокардитами. Обязательной изоляции подлежат больные всеми клиническими формами ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание – из организованных коллективов, а также проживающие в общежитиях. Больные с ЭВИ и лица с подозрением на это заболевание подлежат обязательному лабораторному обследованию. Взятие клинического материала от больного организуется при установлении диагноза «ЭВИ» или при подозрении на это заболевание – в день его обращения (госпитализации). В целях локализации очага энтеровирусной (неполио) инфекции проводится активное выявление больных методом опроса, осмотра при утреннем приёме детей в коллектив (для организованных детей), а также при подворных (поквартирных) обходах. В зависимости от клинической формы ЭВИ для выявления и клинической диагностики заболеваний привлекаются узкие специалисты. За контактными в

организованных коллективах устанавливается медицинское наблюдение. Ограничительные мероприятия включают:

- прекращение приёма новых и временно отсутствующих детей в группу, в которой

зарегистрирован случай ЭВИ;

- запрещение перевода детей из группы, в которой зарегистрирован случай ЭВИ в другую группу;
- запрещение участия карантинной группы в общих культурно-массовых мероприятиях детской организации;
- организацию прогулок карантинной группы с соблюдением принципа групповой изоляции на участке и при возвращении в группу;
- соблюдение принципа изоляции детей карантинной группы при организации питания.

Мероприятия, направленные на механизм передачи:

Организуется проведение дезинфекции в очагах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001862

1. В городе возникла эпидемическая вспышка брюшного тифа. Предположительно, эпидемическая вспышка обусловлена пищевым путём передачи.

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

3. Возникновение пищевой вспышки может быть связано или с наличием хронического носителя среди членов семьи или употреблением продуктов, контаминированных сальмонеллами. Заражение произошло, скорее всего, при праздновании дня рождения одного из членов семей.

4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:

- данные об эпидемической ситуации по брюшному тифу;
- сведения о характеристике возбудителя, выделенного от больных (один фаговариант или множество);
- данные эпидемиологического анамнеза, уточняющие не выезжал ли кто-нибудь из членов семей на неблагополучные по брюшному тифу территории, не болел ли ранее брюшным тифом, не было ли каких-либо инфекционных заболеваний среди членов семей, где приобретались продукты для приготовления пищи, все ли заболевшие присутствовали на праздновании дня рождения;
- результаты исследования типа «случай-контроль» по определению фактора передачи (пищевое продукта), с которым связано возникновение эпидемической вспышки.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции: больных следует госпитализировать в инфекционный стационар. Активное выявление больных среди контактных в очаге проводят врачи-терапевты, врачи-инфекционисты и врачи-педиатры на основе опроса, клинического и лабораторного обследования. С целью раннего выявления новых заболеваний за всеми контактными устанавливается медицинское наблюдение (осмотр, опрос, термометрия) на протяжении 3 недель.

В квартирных очагах вопрос об эпидемиологической целесообразности бактериологического и серологического обследования контактных (или только части из них) и его кратности решается врачом-эпидемиологом. При выделении возбудителя

внешне здоровые (без признаков болезни) лица госпитализируются для установления характера носительства.

На период проведения лабораторных обследований (до получения результатов) и при отсутствии клинических симптомов заболевания контактные лица не отстраняются от работы и посещения организованных коллективов.

В детском саду организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 21 дня, в ходе которых организовать медицинское наблюдение с проведением бактериологического исследования с целью определения носителей. Не допускается приём новых детей, перевод детей из группы в группы.

Мероприятия, направленные на механизм передачи: необходимо организовать заключительную дезинфекцию в семейных очагах и в детском саду.

Мероприятия, направленные на восприимчивый организм: провести бактериофагирование всех контактировавших.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001863

1. В детском саду возникла эпидемическая вспышка вирусного гепатита А. Предположительно, эпидемическая вспышка с контактно-бытовым путём передачи.

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

3. Причиной возникновения эпидемической вспышки вирусного гепатита А послужил не выявленный своевременно случай заболеваний, соответственно не были проведены противоэпидемические мероприятия, что послужило распространению заболеваний контактно-бытовым путём. Необходимо исключить возможность реализации водного и пищевого путей передачи.

4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:

- данные об эпидемической обстановке на территории города Н.;
- данные эпидемиологического анамнеза у первого заболевшего для выяснения возможного места его заражения;
- результаты санитарно-вирусологических исследований воды (колифаги, энтеровирусы и антиген ВГА), а также молекулярно-генетические исследования (определение РНК ВГА и энтеровирусов);
- сведения об авариях водопроводной и канализационной сетей и возможного загрязнения водоёмов;
- сведения о соблюдении санитарно-гигиенических требований в детском саду, в том числе на пищеблоке.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции: больных с тяжёлыми формами заболевания следует госпитализировать в инфекционный стационар, остальных изолировать «на дому».

В детском саду необходимо организовать проведение режимно-ограничительных мероприятий в течение 35 дней, в ходе которых обеспечить медицинское наблюдение как в детском саду, так и в семейных очагах с проведением исследования на наличие

специфических маркеров вирусного гепатита А с целью выявления безжелтушных форм заболевания.

Мероприятия, направленные на механизм передачи: необходимо организовать в детском саду и в семейных очагах проведение дезинфекции, строгое соблюдение «питьевого режима» и санитарно-гигиенических требований.

Мероприятия, направленные на восприимчивый организм: провести вакцинацию всех контактировавших с больными вирусным гепатитом А, не привитых и не болевших ранее в детском саду и в семейных очагах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001864

1. В хирургическом отделении педиатрического стационара возникла эпидемическая вспышка ротавирусной инфекции. Предположительно, эпидемическая вспышка с контактно-бытовым путём передачи.

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

3. Возникновение эпидемической вспышки ротавирусной инфекции в педиатрическом отделении хирургического стационара может быть связано с «заносом» случая РВИ в стационар с больным со стёртой формой заболевания или персоналом отделения, распространение произошло в связи со сниженным иммунитетом больных детей и высокой контагиозностью ротавирусной инфекции.

4. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные:

- сведения об эпидемической ситуации на территории города;
- сведения о соблюдении противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов при приёме пациентов в стационар;
- сведения о качестве дезинфекционных мероприятий в отделении.

5. Мероприятия, направленные на источник инфекции: для купирования очага РВИ, осуществляется организация следующих противоэпидемических мероприятий:

- закрытие отделения на приём новых больных,
- запрещение перевода детей, находившихся в контакте с больным РВИ, в другие отделения,
- проведение лечебных процедур (перевязки, физиотерапия и др.) для контактных и больных РВИ в последнюю очередь,
- однократное обследование персонала и контактных детей на ротавирусы,
- наблюдение за контактными в течение 7 дней от даты последнего контакта с источником инфекции (составление списков контактных лиц, осмотр врача и опрос о состоянии здоровья, осмотр стула, измерение температуры тела 2 раза в день),
- обучение среднего и младшего медицинского персонала, а также работников пищеблока.

В целях профилактики заноса РВИ в детские стационары рекомендуется при плановой госпитализации детей в возрасте до 5 лет проводить лабораторное обследование на РВ при наличии клинических и эпидемиологических показаний.

Мероприятия, направленные на механизм передачи:

- вводится режим «закрытого» бокса (проведение текущей дезинфекции 2 раза в сутки растворами дезинфицирующих средств и в концентрациях, разрешённых к применению в присутствии пациентов, организация питания детей непосредственно в боксе, обеззараживание посуды в боксе дезинфицирующими средствами с моющими свойствами в плотно закрывающейся ёмкости);

- неукоснительное соблюдение персоналом требований по гигиене рук, включающих обработку кожными антисептиками после любых контактов с пациентами, их одеждой, постельными принадлежностями, дверными ручками боксов и палат, прочих предметов, потенциально контаминированных РВ;

- использование дезинфицирующих средств, в инструкции по применению которых, имеется информация об их активности в отношении ротавирусов или более устойчивых к дезинфектантам энтеровирусов;

- необходимо регулярное проветривание помещений и обеззараживание воздуха с помощью установок (в том числе рециркуляторного типа), разрешённых для применения в присутствии пациентов;

- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция с камерным обеззараживанием постельных принадлежностей (при отсутствии водонепроницаемых чехлов-намастрасников, позволяющих проводить обработку растворами дезинфектантов), обеззараживание воздуха.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001865

1. Данные об очагах туберкулёза представлены не в полном объёме.
В

семейном очаге необходимо собрать сведения о вакцинации ребёнка против туберкулёза, санитарно-гигиенических навыках у больного и контактировавших с ним; условия проживания: площадь квартиры, её благоустройство, наличие отдельной комнаты для больного. Среди контактировавших с больной по месту работы следует уточнить количество детей, их возраст, длительность контакта, а также регулярность прохождения сотрудниками медицинских осмотров.

2. Эпидемические очаги, и семейный, и по месту работы относится, к 1 группе и считаются очагами с высоким риском заражения туберкулёзом, отягощёнными неблагоприятными факторами, то есть социально отягощённые очаги. Очаги считаются социально отягощёнными, так как у больной туберкулёз лёгких с выделением микобактерий, в семейном очаге проживает ребёнок 1 года 3 мес., по месту работы контакт с детьми.

3. Эпидемиологическое обследование очага туберкулёза с установленным у больного выделением микобактерий туберкулёза и/или фазы распада туберкулёзного процесса проводится совместно специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и/или специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность, и специалистами медицинских специализированных противотуберкулёзных организаций.

4. Эпидемиологическое обследование очагов туберкулёза проведено своевременно: в течение 3 дней с момента получения экстренного извещения, обследование контактировавших в семейном очаге проведено своевременно. Данные о

прохождении обследования контактировавших по месту работы отсутствуют.

5. Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулёза. Кроме сведений о больной в карте указывается возможный источник инфекции, подробно описываются жилищно-бытовые условия, сколько человек проживает, их принадлежность к декретированным группам, владение санитарно-гигиеническими навыками и план оздоровления очага с указанием сроков наблюдения за контактными, сведений об изоляции больного и проведении дезинфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001866

1. Целями массовой туберкулинодиагностики является:

- ранняя диагностика туберкулёза у детей;
- выявление лиц, входящих в группу риска заболевания туберкулёзом для

последующего наблюдения у врача-фтизиатра и при необходимости проведения профилактического лечения (впервые инфицированных МБТ с «виражом» туберкулиновых проб, с гиперергическими и усиливающимися реакциями на туберкулин);

- отбор детей для проведения ревакцинации;
- определение эпидемиологических показателей по туберкулёзу (инфицированность населения, ежегодный риск инфицирования).

2. Ревакцинации против туберкулёза проводятся здоровым детям в 7 лет при отрицательной пробе Манту с 2 ТЕ. Проба проводится очищенным туберкулином в стандартном разведении, оценка пробы проводится через 72 часа. Реакция считается отрицательной, если в месте введения туберкулина отмечается полное отсутствие инфильтрата (папулы) или гиперемии или наличие уколочной реакции (0–1 мм).

3. Действия врача правильные. Шесть детей с положительной реакцией пробы Манту с инфильтратом 5–6 мм вакцинации не подлежат, в консультации врача-фтизиатра не нуждаются. Ревакцинации подлежат 17 детей с отрицательной реакцией пробы Манту. Интервал между пробой Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более двух недель.

4. Действия врача правильные. В течение 6 дней с момента прочтения результата пробы Манту необходимо направить на консультацию к врачу-фтизиатру в противотуберкулёзный диспансер трёх детей:

- с увеличением инфильтрата на 7 мм (нарастание чувствительности к туберкулину в течение года);
- с инфильтратом 17 мм (гиперреакция на туберкулин), реакция сохраняется в течение 2 лет;
- с впервые положительной пробой у не привитого ребёнка («вираж»).

5. Выявленные нарушения:

- у ребёнка с гиперергической реакцией на туберкулин не проведена консультация у врача-фтизиатра в прошлом году, родителями справка об отсутствии туберкулёза не представлена (срок представления: в течение 1 месяца с момента постановки пробы Манту), ребёнок к занятиям допущен (рекомендовано не допускать);

- на консультацию к врачу-фтизиатру в противотуберкулёзный диспансер ребёнок должен быть направлен в течении 6 дней с момента постановки пробы Манту;

- не вакцинированному ребёнку и ребёнку страдающему сахарным диабетом проба Манту должна проводиться 2 раза в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001867

1. Предположительно ребёнок проживал в очаге с высоким риском заражения туберкулёзом (где и был, вероятно, инфицирован): мать болела туберкулёзом лёгких, хотя и отсутствуют данные о бактериовыделении, очаг скорее всего относился к социально отягощенным очагам, так как отмечалось нарушение противоэпидемического режима и правил личной гигиены. Усугубляет эпидемическую опасность то, что мать страдала хроническим алкоголизмом и являлась ВИЧ-инфицированной.

2. Очаг по месту организованного коллектива относится к третьей группе с наименьшим риском заражения, так как у больного активный туберкулёз органов дыхания без установленного при принятии на учёт выделения микобактерии, хотя дети и проживают в очаге, контакт с больным был кратковременный – менее 2 мес.

3. С момента выявления ребёнка милицией до госпитализации в городской научно-практический Центр борьбы с туберкулёзом мероприятия проводились своевременно и в полном объёме: проведена туберкулинодиагностика, химиопрофилактика, госпитализация в санаторий и ЦНИИ туберкулёза. Диагноз «первичный туберкулёзный комплекс правого лёгкого поставлен через 11 месяцев после взятия под наблюдение».

Промежуточные диагнозы «гиперергическая реакция на туберкулин, тубинфицирование с высокой чувствительностью к туберкулину».

4. Первичное эпидемиологическое обследование очага проведено своевременно (не позднее 3 суток после получения экстренного извещения). В очаге по месту организованного коллектива выявлено 28 человек контактировавших с больным в течение почти 2 месяцев, представлены данные проведённой туберкулинодиагностики, без указания сроков её проведения. Четыре человека тубинфицированы, сведения о дальнейшем дообследовании и химиопрофилактики отсутствуют.

5. Первичный семейный очаг относился к 1 группе с наибольшим риском заражения. Мать страдала алкоголизмом, ВИЧ-инфицирована, нерегулярно посещала диспансер, неоднократно самовольно прерывала лечение, не соблюдала правил личной гигиены. Заболевший ребёнок в ПТД по контакту не наблюдался, из очага изолирован не был.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001868

1. Целью проведения профилактических медицинских осмотров является раннее выявление туберкулёза. Организацию и контроль за их проведением осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан. Среди взрослого населения прохождению профилактических медицинских осмотров подлежат граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства. Профилактические медицинские осмотры проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке.

2. Нарушена своевременность прохождения профилактического медицинского

осмотра. Работники роддомов (отделений) должны проходить профилактические медицинские осмотры с целью раннего выявления туберкулёза по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулёзом), так как представляют повышенную опасность, в первую очередь для новорождённых. Кратность проведения профилактических медицинских осмотров 2 раза в год.

3. Мероприятия в очаге проводятся с целью его локализации. Контактировавшие с больным туберкулёзом: жена и сын, находились в тесном бытовом контакте с источником туберкулёзной инфекции. С целью раннего выявления туберкулёза и предупреждения распространения заболевания они должны пройти обследование в ПТД с обязательным флюорографическим исследованием органов грудной клетки в течение 14 дней после выявления больного. В последующем профилактические медицинские осмотры должны проводиться 2 раза в год, так как семейный очаг относится к 1 группе очагов с повышенным риском заражения туберкулёзом. Анализ ситуации выявил нарушение сроков проведения обследования жены контактировавшей с больным туберкулёзом (1 месяц вместо 14 дней) и неправомерный (неверно обоснованный) отказ сына от обследования.

4. Лица, снятые с диспансерного учёта в лечебно-профилактических специализированных учреждениях в связи с выздоровлением в течение 3 лет после снятия с учёта должны проходить профилактические медицинские осмотры с обязательным флюорографическим исследованием органов грудной клетки 2 раза в год. В данной ситуации своевременность нарушена: не проходил профилактический медицинский осмотр полтора года.

5. Члены семьи, проживающие совместно с беременной должны пройти внеочередной профилактический медосмотр на туберкулёз, с целью раннего выявления заболевания, если с предыдущего флюорографического обследования прошло 1 год и более к моменту родов. Не смотря на своевременность прохождения планового осмотра (профосмотр среди населения 1 раз в 2 года) муж и мать беременной должны пройти флюорографическое обследование, так как к моменту родов пройдет более года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001869

1. Все случаи ПВО (подозрения на ПВО) на введение вакцины против туберкулёза, расследуются комиссионно специалистами, назначаемыми руководителем ТУ Роспотребнадзора в субъекте РФ. В данном случае в состав комиссии должны войти врач-педиатр, врач-фтизиатр, врач-эпидемиолог, при необходимости могут привлекаться другие специалисты.

2. Данные представлены в полном объёме: название препарата, его серия, дата выпуска и срок годности, предприятие-изготовитель, количество полученного препарата. При проверке температурного режима хранения ИБМП нарушений не выявлено.

3. Данных о состоянии здоровья ребёнка до прививки и на момент прививки, данные о проведении и результатах пробы Манту (вакцинация в 5 месяцев); справка разрешающая проведение реакции Манту, вакцинации БЦЖ и срок её годности; информация о реакциях и поствакцинальных осложнениях на прививки этой серией вакцины в данной поликлинике и других местах.

4. Поствакцинальное осложнение может быть обусловлено: качеством введённой вакцины, техническими ошибками и особенностями реакции организма привитого.

5. Клинический метод: он является основным при постановке диагноза, позволяет дифференцировать вакцинальный процесс от поствакцинального осложнения заболеваний в поствакцинальном периоде, не связанных с вакцинацией. Лабораторные методы: основная цель – дифференциальный диагноз поствакцинальных осложнений с заболеванием в поствакцинальном периоде.

Эпидемиологический метод: выяснить данные, позволяющие выявить связь заболевания с вакциной, нарушением техники иммунизации, особенностью реактивности пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001870

1. Все случаи ПВО (подозрения на ПВО) на введение вакцины против туберкулёза, расследуются комиссионно специалистами, назначаемыми руководителем ТУ Роспотребнадзора в субъекте РФ. В данном случае в состав комиссии должны войти врач-педиатр, врач-фтизиатр, врач-эпидемиолог, при необходимости могут привлекаться другие специалисты.

2. Данные представлены практически в полном объёме: название препарата, его серия, срок годности, предприятие-изготовитель, количество полученного препарата. При проверке температурного режима хранения ИБМП нарушений не выявлено. Отмечено отсутствие у привитых той же серией вакцины необычных реакций на иммунизацию.

3. Поствакцинальное осложнение может быть обусловлено: качеством введённой вакцины, техническими ошибками и особенностями реакции организма привитого.

4. При подозрении на техническую ошибку, в данном случае: «образование холодного абсцесса было вызвано нарушением техники проведения вакцинации БЦЖ», необходимо проверить качество работы медицинского работника, осуществляющего вакцинацию, провести его дополнительное обучение, а также оценить достаточность и результаты метрологической экспертизы материально-технической базы: возможно требуется замена холодильников, недостаточно одноразовых шприцев и т.п.

5. Клинический метод: он является основным при постановке диагноза, позволяет дифференцировать вакцинальный процесс от поствакцинального осложнения заболеваний в поствакцинальном периоде, не связанных с вакцинацией. Лабораторные методы: основная цель – дифференциальный диагноз поствакцинальных осложнений с заболеванием в поствакцинальном периоде.

Эпидемиологический метод: выяснить данные, позволяющие выявить связь заболевания с вакциной, нарушением техники иммунизации, особенностью реактивности пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001871

1. Территория относится к территориям со средним риском заражения КВЭ, так как показатель заболеваемости находится в пределах от 3 до 10 случаев на 100000

2. Качество вакцинопрофилактики неудовлетворительное. Профилактические прививки против КВЭ проводят населению, проживающему на эндемичных территориях и населению, выезжающему на эндемичные территории. Привитость их должна быть не менее 95%. В посёлке У. привитость постоянного населения составляет 69%, а приезжих (сезонных рабочих) только 31%.

3. Для решения вопроса о необходимости назначения экстренной профилактики необходимо исследовать клеща, снятого с пациента, в течение 3 суток на наличие антигена вируса клещевого энцефалита. Введение человеческого иммуноглобулина рекомендуется не позднее 4 дня после присасывания клеща лицам, не имеющим документального подтверждения о профилактических прививках. В посёлке У. экстренная профилактика проведена только одному пациенту из двух, кому она была показана.

4. Организация индивидуальной (личной) защиты людей проводится не в полном объёме: использование (ношение) специальной защитной одежды и применение специальных химических средств для обработки верхней одежды. Сведения о гигиеническом воспитании населения и данные о соблюдении правил поведения на опасной в отношении клещей территории отсутствуют.

5. Данные о дератизационных мероприятиях, о противоклещевых мероприятиях в природных биотопах и данных об экологически безопасном преобразовании окружающей среды.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001872

1. Сформировавшийся очаг является хозяйственным (антропургическим) очагом: выявлена заражённость сельскохозяйственных животных, как в частном, так и общественном секторе. При обследовании в населённом пункте и его окрестностях природного очага лептоспироза не выявлено: среди диких грызунов лептоспир не обнаружено. Заражение воды водоёма, где купались жители района, произошло в результате свободного доступа к воде крупного рогатого скота и свиней, заражённых лептоспирами.

2. Путь заражения водный, реализован при купании в реке, у заболевших жителей и сельскохозяйственных животных обнаружены лептоспиры серогруппы Pomona, что указывает на источник инфекции. Однако у 3 заболевших выявлены лептоспиры не только относящихся к серогруппе Pomona, но и серогруппе Sejroe, что может указывать и на другие источники инфекции. Не исключены заражения и при уходе за животными.

3. Мероприятия проведены не в полном объёме: не проводилась вакцинация населения, не выявлены группы профессионального риска заболевания лептоспирозом, не выявлены и не обследованы купавшиеся в этом водоёме за последние 10–20 дней и обратившиеся за медицинской помощью с температурой 38 °С и выше в первые дни болезни.

4. Необходимо организовать проведение мероприятий по охране открытых водоёмов от загрязнений, защите пищевых и сельскохозяйственных объектов от грызунов, гигиеническое обучение лиц, профессионально связанных с животными (в том числе владельцами собак).

5. Мероприятия по оздоровлению выявленных очагов лептоспирозов по эпидпоказаниям включаются в план противоэпидемических мероприятий, который составляется совместно специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический и ветеринарный надзор (контроль).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001874

1. Заражение КВЭ возможно при укусе клеща, его раздавливании при снятии, а так же употреблении сырого козьего молока. Поскольку посещение леса и присасывание клеща родители отрицают, наиболее вероятным остается заражение при употреблении сырого козьего молока.

2. Исследование проводится с целью ранней индикации возбудителя инфекции в организме пациента, в зависимости от полученного результата решается вопрос о проведении экстренной профилактики заболевания.

3. В случае получения положительного результата исследования крови или биоптата из места присасывания клеща методом ПЦР показано проведение экстренной специфической профилактики: введение специфического иммуноглобулина не позднее 4 дней после присасывания клеща.

4. Рекомендации даны в полном объеме и предусматривают как специфическую, так и не специфическую профилактику: «всем членам семьи употреблять козье молоко только после кипячения. В дальнейшем перед выездом на эндемичную по КВЭ проводить вакцинопрофилактику. При посещении леса носить специальную одежду».

5. Для жителей посёлка организовать и провести беседы (лекции), в которых представлены сведения о переносчиках возбудителя болезни, возможных условиях заражения, об основных симптомах заболевания и мерах личной и общественной профилактики, о необходимости сохранения клеща в случае присасывания и направления его на исследование на возбудители инфекций, передающихся иксодовыми клещами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002268

1. Эпидемическую ситуацию в школе можно оценить как вспышку, поскольку все заболевания у детей возникли в одном классе и в пределах инкубационного периода.

2. Вероятный источник инфекции – Максим К., который очевидно, переболел скарлатиной, поскольку ретроспективно при осмотре ребёнка выявлено шелушение кожи ладоней и межпальцевых промежутков.

3. Госпитализация заболевших детей проводится по клиническим и эпидемическим показаниям. Выписка не ранее 10 дней от начала заболевания. Допуск к занятиям в школе не ранее 12 дней после полного клинического выздоровления.

Диспансерное наблюдение в течение 1 месяца. Через 7–10 дней после выписки необходимо провести консультацию ребёнка врачом-педиатром, назначить контрольные анализы мочи и крови, по показаниям – ЭКГ. Перед снятием с учёта обследование повторяют.

4. В очагах скарлатины заключительная дезинфекция не проводится. Текущей дезинфекции подлежат игрушки, посуда, и предметы личной гигиены. При проведении

дезинфекции важно учитывать чувствительность дезинфицирующих средств к бактериям, в соответствии с инструкциями по их применению.

5. Наблюдение за контактными детьми и учителями данных классов: клинический осмотр ротоглотки врачом-отоларингологом не позднее 2 дня после возникновения очага и кожных покровов, 2-кратная термометрия. При выявлении симптомов заболевания проводят их изоляцию от коллектива. Лицам с хроническими воспалительными поражениями носоглотки (тонзиллиты, фарингиты) проводят санацию и в течение 15 дней осматривают на наличие шелушения кожи на ладонях с целью подтверждения скарлатины.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002269

1. Эпидемическую ситуацию в диспансере можно оценить как неблагоприятную, поскольку имели место грубые нарушения санитарно-гигиенических норм, приведшие к вспышке эпидемического сыпного тифа, как среди пациентов, так и среди медицинского персонала диспансера.

2. Вероятный механизм передачи инфекции в стационаре психоневрологического диспансера – трансмиссивный, реализуемый посредством укусов платяных вшей (*Pediculis humanus corporis*) при расчёсах и втирании в кожу фекалий инфицированных вшей.

3. Наиболее вероятными санитарно-гигиеническими факторами, способствовавшими вспышке эпидемического сыпного тифа в стационаре психоневрологического диспансера были: наличие педикулёза среди пациентов, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни и быта пациентов, скученность больных, нарушения в системе водоснабжения.

4. Перечень контактных лиц включает пациентов и персонал диспансера. Продолжительность наблюдения за контактными лицами составляет 25 дней.

5. Для локализации и ликвидации вспышки сыпного тифа в данной ситуации проводятся ранняя изоляция и госпитализация больных, педикулоцидные мероприятия в очаге (санитарная обработка больных, камерная дезинфекция/дезинсекция постельных принадлежностей, одежды и белья), вакцинация сыпнотифозной химической или сыпнотифозной живой сухой вакциной, наблюдение за контактными в течение 25 дней. В очаге регламентируется проведение заключительной дезинфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002485

1. В ревматологическом отделении детской больницы эпидемическая вспышка коклюша. Первый случай заболевания коклюшем является заносом инфекции. Случаи, зарегистрированные 20.10 по 25.10, являются внутрибольничной вспышкой, обусловленной воздушно-капельной передачей возбудителя от ребёнка, который, по-видимому, был госпитализирован в отделение в инкубационном периоде заболевания.

2. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика коклюша», Национальный календарь профилактических прививок.

3. Границами очага коклюша является все ревматологическое отделение детской

больницы. Так как коклюш относится к инфекциям с аэрозольным механизмом передачи, восприимчивость к инфекции высокая. Поствакцинальный иммунитет сохраняется не более 2-3 лет. Первый заболевший ребёнок не был изолирован и длительно контактировал со всеми детьми в отделении.

4. Первый случай коклюша является заносом инфекции – ребёнок, скорее всего, был госпитализирован в инкубационном периоде заболевания. Отсутствие настороженности персонала в отношении ранней диагностики инфекционных заболеваний; несвоевременная организация изоляционно-ограничительных мероприятий по первому случаю коклюша; сниженная устойчивость пациентов отделения к инфекционным заболеваниям (многие получают иммуносупрессивную терапию) и длительный, близкий контакт остальных детей с первым заболевшим привело к возникновению вспышки коклюша, обусловленной воздушно-капельной передачей возбудителя.

5. Мероприятия делятся на 3 группы: направленные на источник инфекции, на механизм передачи и на лиц, контактировавших с больным. Мероприятия, направленные на источник инфекции включают в себя: изоляцию и лечение заболевших детей в инфекционном отделении (по эпидемическим показаниям). Проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования. В детский коллектив переболевших допускают при отсутствии клинических проявлений. Мероприятия, направленные на механизм передачи. В очаге коклюша проводят влажную уборку и проветривание с использованием дезинфекционных средств, разрешённых к применению в установленном порядке. Заключительная дезинфекция в очагах коклюша не проводится. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции: за контактными детьми отделения устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 дней. Прекращается приём новых детей. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или через день) и (или) однократное молекулярно-генетическое исследования. Профилактические прививки в очагах коклюша не проводятся.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002488

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

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

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

4. Возникновение пищевой вспышки в больнице может быть связано или с наличием носителя среди работников пищеблока, в частности с поваром, который

продолжал работать в остром периоде ОКИ или поступлением пищевых продуктов, контаминированных шигеллами.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002489

1. Внутрибольничная вспышка ИСМП, обусловленная контактным механизмом передачи внутрибольничного штамма *Pseudomonas aeruginosa*. Источником инфекции является внешняя среда отделения.

2. О внутрибольничном инфицировании свидетельствует идентичность штаммов синегнойной палочки, выделенных от больных и из госпитальной среды. Связь с инструментально-диагностическими вмешательствами свидетельствует в пользу пути передачи, обусловленного использованием медицинского инструментария.

3. Для подтверждения предварительного диагноза дополнительно необходимо получить данные: результатов лабораторного исследования проб объектов внешней среды операционной, цитоскопической и перевязочной, результаты лабораторного обследования пациентов и персонала отделения, результаты эпидемиологического анализа с учётом поступления больных в отделение урологии, времени проведения оперативных и диагностических вмешательств, даты и места выделения синегнойной палочки.

4. Формирование высокоустойчивого штамма синегнойной палочки, дефекты в санитарно-противоэпидемических мероприятиях привели к увеличению циркуляции возбудителя в отделении. Особенность медицинских манипуляций (катетеризация, цитоскопия), длительное нахождение пациентов в больнице приводят к повышенному риску инфицирования пациентов. Факторами передачи могли быть руки медицинского персонала, также инструменты, перевязочный, шовный материал. Причиной контаминации материалов могла быть как неэффективная стерилизация, так и нарушения правил асептики при работе со стерильным материалом. Также факторами передачи могли быть инфузионные растворы, трансфузионные среды, катетеры.

5. Противоэпидемические мероприятия включают: изоляцию пациента в отдельную палату; текущую дезинфекцию в палате; заключительную дезинфекцию после выписки, перевода (смерти) пациента с обязательной камерной дезинфекцией постельных принадлежностей; смену медицинского халата при входе в палату и выходе из неё; выполнение манипуляций в палате, приём пищи в палате (исключение контакта с другими пациентами); тщательная дезинфекция использованного для пациента оборудования; дезинфекция туалетной комнаты, душа; обработку

рук с использованием спиртосодержащего антисептика перед входом и выходом из палаты медицинского персонала, посетителей; при выполнении любых манипуляций пациенту; однократное фагирование или итермиттирующее фагирование синегнойным бактериофагом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003632

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», законодательным и нормативным документом - Технический регламент Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков», методическими документами - методические указания «Гигиеническая оценка одежды для детей, подростков и взрослых», методические указания, рекомендации, ГОСТы на методы испытаний, для проведения санитарно-химического исследования необходима также нормативно-техническая документация на продукцию с указанием химического состава сырья и красителей.

2. Основные направления оценки безопасности детской одежды: идентификация продукции (определение возрастной адресованности и слоя одежды); санитарно-химическое исследование (определение миграции химических веществ в модельные среды - водную и воздушную среды); санитарно-токсикологическое исследование (определение индекса токсичности – интегрального показателя воздействия вредных веществ на биологические тест объекты); физико-гигиенические исследования (определение гигроскопичности, воздухопроницаемости и напряженности электростатического поля); определение устойчивости окраски к воздействию (стирке, поту, сухому трению).

3. Перед выпуском в обращение на рынок детская одежда должна быть подвергнута обязательной процедуре оценки соответствия требованиям технического регламента, которая осуществляется в формах: государственной регистрации с последующим декларированием соответствия, декларирования соответствия, сертификации.

4. Исследованный образец сарафана джинсового для детей дошкольного возраста не соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков» по следующим показателям: миграции дибутилфталата, метилметакрилата, массовой доле свободного формальдегида, гигроскопичности.

5. Реализация детской одежды без документов о соответствии требованиям технического регламента и маркировки единым знаком обращения продукции на рынке государств-членов Таможенного союза запрещена. Реализация детской одежды должна осуществляться в помещениях, архитектурно-планировочное решение, санитарное состояние и содержание которых соответствует требованиям санитарного законодательства. Продавцы должны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию, иметь личную медицинскую книжку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003633

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», законодательным и нормативным документом - Технический регламент Таможенного союза «О безопасности игрушек», методическими документами - методические указания «Санитарно-эпидемиологическая оценка игрушек», методические указания, рекомендации, ГОСТы на методы испытаний, для проведения

санитарно-химического исследования необходима также нормативно-техническая документация на продукцию с указанием химического состава сырья и красителей.

2. Основные направления оценки безопасности детских игрушек: идентификация продукции (определение возрастной адресованности); исследование механической безопасности; исследование воспламеняемости; органолептические исследования; исследование физических факторов; санитарно-химические исследования; токсиколого-гигиенические исследования; микробиологические исследования.

3. Основными модельными средами при исследовании миграции химических веществ из игрушек являются: водная среда (дистиллированная вода), воздушная среда (атмосферный воздух), раствор соляной кислоты.

4. Исследованный образец «электронной игрушки из пластика» со световым и звуковым эффектом с питанием от химических источников тока для детей до 3 лет не соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза «О безопасности игрушек», по следующим показателям: миграции формальдегида, индексу токсичности.

5. Перед выпуском в обращение на рынок детские игрушки должны быть подвергнута обязательной процедуре оценки соответствия требованиям технического регламента, которая осуществляется в форме сертификации. Реализация детских игрушек без сертификатов соответствия и маркировки единым знаком обращения продукции на рынке государств-членов Таможенного союза запрещена. Игрушка, представляющая опасность для детей и(или) для лиц, присматривающих за ними, должна сопровождаться информацией об опасностях и мерах, предпринимаемых при использовании игрушки. Реализация детских игрушек должна осуществляться в помещениях, архитектурно-планировочное решение, санитарное состояние и содержание которых соответствует требованиям санитарного законодательства.

Продавцы должны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию, иметь личную медицинскую книжку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003638

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», законодательным и нормативным документом - Технический регламент Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков», методическими методические указания, рекомендации, ГОСТы на методы испытаний, для проведения санитарно-химического исследования необходима также нормативно-техническая документация на продукцию с указанием химического состава сырья и красителей.

2. Основные направления оценки безопасности школьных ранцев: идентификация продукции (определение возрастной адресованности); определение химической безопасности (определение миграции химических веществ в воздушную среду); определение механической безопасности (прочность, размеры, конструкция), определение биологической безопасности (масса, токсичность).

3. Конструкция ранца не соответствует требованиям технического регламента по показателю ширины плечевого ремня. Ширина плечевого ремня нормируется

для

профилактики сдавливания кровеносных сосудов мягких тканей плечевого пояса, формоустойчивая спинка необходима для профилактики нарушений осанки при использовании ранца, светоотражающая фурнитура необходима для лучшей видимости учащегося в темное время суток и профилактики дорожного травматизма.

4. Исследованный образец ранца для учащихся начальных классов не соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков» по следующим показателям: ширине плечевого ремня, массе, содержанию свободного формальдегида, миграции дибутилфталата в воздушную среду.

5. Реализация ученических ранцев без документов о соответствии требованиям технического регламента и маркировки единым знаком обращения продукции на рынке государств-членов Таможенного союза запрещена. Реализация должна осуществляться в помещениях архитектурно - планировочное решение, санитарное состояние и содержание которых соответствует требованиям санитарного законодательства. Продавцы должны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию, иметь личную медицинскую книжку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003639

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», законодательным и нормативным документом - Технический регламент Таможенного союза «О безопасности игрушек», методическими документами - методические указания «Санитарно-эпидемиологическая оценка игрушек», методические указания, рекомендации, ГОСТы на методы испытаний, для проведения санитарно-химического исследования необходима также нормативно-техническая документация на продукцию с указанием химического состава сырья и красителей.

2. Основные направления оценки безопасности детских игрушек: идентификация продукции (определение возрастной адресованности); исследование механической безопасности; исследование воспламеняемости; органолептические исследования; исследование физических факторов; санитарно-химические исследования; токсиколого-гигиенические исследования; микробиологические исследования.

3. Основными модельными средами при исследовании миграции химических веществ из игрушек являются: водная среда (дистиллированная вода); воздушная среда (атмосферный воздух); раствор соляной кислоты.

4. Исследованный образец игрушки погремушки для детей до 3 лет не соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза «О безопасности игрушек» по следующим показателям: миграции формальдегида, индексу токсичности.

5. Перед выпуском в обращение на рынок детские игрушки должны быть подвергнуты обязательной процедуре оценки соответствия требованиям технического регламента, которая осуществляется в форме сертификации. Реализация детских игрушек без сертификатов соответствия и маркировки единым знаком обращения продукции на рынке государств-членов Таможенного союза запрещена. Игрушка, представляющая опасность для детей и (или) для лиц, присматривающих за ними, должна сопровождаться

информацией об опасностях и мерах, предпринимаемых при использовании игрушки. Реализация детских игрушек должна осуществляться в помещениях, архитектурно - планировочное решение, санитарное состояние и содержание которых соответствует требованиям санитарного законодательства. Продавцы должны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию, иметь личную медицинскую книжку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003640

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», законодательным и нормативным документом - Технический регламент Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков», методическими документами - методические указания «Гигиенические требования к детской обуви» методические указания, рекомендации, ГОСТы на методы испытаний, для проведения санитарно-химического исследования необходима также нормативно-техническая документация на продукцию с указанием химического состава сырья и красителей.

2. Основные направления оценки безопасности детской обуви: идентификация продукции (определение возрастной адресованности); определение химической безопасности (миграции химических веществ в модельные среды), определение биологической безопасности (индекса токсичности, гибкости обуви, высоты каблука, напряженности электростатического поля); определение механической безопасности (массы, прочности, устойчивости окраски к воздействию трения и пота).

3. Перед выпуском в обращение на рынок продукция, предназначенная для детей и подростков, должна быть подвергнута обязательной процедуре оценки соответствия требованиям технического регламента, которая осуществляется в формах: государственной регистрации с последующим декларированием соответствия, декларирования соответствия, сертификации.

4. Исследованный образец ботинок для детей дошкольного возраста не соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков» по следующим показателям: миграции акрилонитрила, массовой доле свободного формальдегида, индексу токсичности.

5. Реализация детской обуви без документов о соответствии требованиям технического регламента и маркировки единым знаком обращения продукции на рынке государств-членов Таможенного союза запрещена. Реализация детской обуви должна осуществляться в помещениях, архитектурно-планировочное решение, санитарное состояние и содержание которых соответствует требованиям санитарного законодательства. Продавцы должны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию, иметь личную медицинскую книжку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003641

1. Законодательными документами являются ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», «Трудовой кодекс Российской Федерации», нормативными документами санитарные правила и нормы «Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования» (СанПиН по учреждениям профессионального образования), «Санитарно-эпидемиологические требования к безопасности труда работников, не достигших 18 лет» (СанПиН по труду не достигших 18 лет), государственные нормативы «Предельно-допустимые концентрации веществ в воздухе рабочей зоны».

2. Продолжительность рабочей смены для работников, не достигших 18 лет, нормируется в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, предусматривается сокращение рабочей смены в зависимости от возраста работающих и совмещения ими работы с учёбой.

3. Запретить прохождение производственной практики в цехе по производству диметилтерефталата пока учащиеся не будут обеспечены средствами индивидуальной защиты кожи и глаз. Срок немедленно и постоянно. Отв.: директор учреждения начального профессионального образования. При обеспечении учащихся средствами индивидуальной защиты кожи глаз и органа слуха разрешить прохождение практики учащимися в цехе с продолжительностью смены 7 часов. Срок: постоянно. Отв.: директор учреждения начального профессионального образования. При отсутствии средств индивидуальной защиты органа слуха ограничить продолжительность смены 4,5 часами с обеспечением перерывов каждые 45 минут с отдыхом в нешумном помещении. Срок: постоянно. Отв.: директор учреждения начального профессионального образования.

4. Основными причинами более высокой чувствительности организма подростков к действию химических веществ являются: незавершенность процессов роста и развития, преобладание анаболических процессов; снижение порога возбудимости центральной нервной системы, повышенная вегетативная реактивность; несовершенство процессов обезвреживания и выведения ксенобиотиков; большая скорость кровотока и легочной вентиляции; большая проницаемость кожи, слизистых, гематоэнцефалического барьера.

5. Подростки более чувствительны к воздействию шума всех параметров, у них быстрее и сильнее снижается слуховая чувствительность и замедляется время её восстановления, быстрее развивается необратимая нейросенсорная тугоухость. Более выраженные изменения при действии шума отмечаются со стороны сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы. Воздействие шума также вызывает у подростков замедление темпов развития центральной нервной системы и снижение уровня её функционального состояния.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003642

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», нормативным документом санитарные правила и нормы «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» СанПиН по общеобразовательным учреждениям).

2. Особенности организации обучения первоклассников являются: ступенчатый режим обучения с постепенным увеличением числа и продолжительности уроков; динамическая пауза после второго или третьего урока; отсутствие домашних заданий и оценок; обучение только по пятидневной неделе и в первую смену.

3. Предписания по выявленным нарушениям санитарного законодательства: принимать в общеобразовательное учреждение детей при достижении ими к 1 сентября учебного года возраста не менее 6 лет 6 месяцев. Срок: 1 сентября 2017 г. Отв.: директор общеобразовательного учреждения. Сократить продолжительность уроков для учащихся первых классов в первом полугодии до 35 минут. Срок - 1 октября 2016 г. Отв.: завуч начальной ступени обучения. Сократить во втором полугодии недельную урочную нагрузку в 1 классах до 21 часа. Срок - 15 января 2017 г. Отв.: завуч начальной ступени обучения. Предусматривать отсутствие домашних заданий и балльной оценки знаний для первоклассников на протяжении всего учебного года. Срок - немедленно и постоянно. Отв.: завуч начальной ступени обучения.

4. Приём в школу учащихся моложе 6 лет 6 месяцев, более длинные уроки в первом полугодии могут приводить к затруднению и срыву адаптации учащихся и возникновению у них невротических проявлений, росту простудной заболеваемости, обострению хронических заболеваний, появлению психосоматических заболеваний. Превышение норм урочной недельной нагрузки во втором полугодии, наличие домашних заданий может приводить к переутомлению учащихся и также возникновению у них невротических проявлений, росту простудной заболеваемости, обострению хронических заболеваний, появлению психосоматических заболеваний. Применение балльной оценки знаний во втором полугодии может приводить к увеличению уровня стресса у части учащихся, снижению их эмоционального состояния и также возникновению у них невротических и депрессивных проявлений, росту простудной заболеваемости, обострению хронических заболеваний, появлению психосоматических заболеваний.

5. Основные темы гигиенического обучения родителей первоклассников: критерии морфофункциональной готовности к обучению и их роль в обеспечении адаптации первоклассников к обучению. Причины и признаки затрудненной адаптации. Значение благоприятного психологического микроклимата для успешной адаптации и обучения первоклассника и роль родителей в его создании. Гигиенические требования к режиму дня первоклассников, организации и качеству питания. Гигиенические требования к школьной одежде и обуви, ранцам, школьно-письменным принадлежностям и оборудованию рабочего места первоклассника дома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003645

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», законодательным и нормативным документом технический регламент Таможенного союза «О безопасности мебельной продукции», нормативным документом санитарные правила и нормы «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях». (СанПиН по общеобразовательным учреждениям).

2. Для формирования правильной рабочей позы учащегося педагог должен:

обеспечить рабочее место для обучающихся промаркированной мебелью в соответствии с его ростом; рассадить учащихся с учётом их роста и состояния здоровья, обучить учащегося пользоваться цветной ростовой линейкой, приучить учащихся сохранять во время учебных занятий правильную рабочую позу, для чего повседневно контролировать и корригировать правильность позы обучающихся во время занятий, обучить их приёмам самоконтроля за положением головы и расстоянием между грудной клеткой и краем стола; провести специальный урок на эту тему в первых классах; поместить в классе таблицу «Правильно сиди при письме».

3. Провести цветную маркировку учебной мебели: срок: 24.03.2016 г. Отв.: завуч начальных классов. Оформить листок здоровья в классном журнале. Срок: 24.03.2016 г. Отв.: медицинский работник школы. Обеспечить всех учащихся мебелью в соответствии с их ростом. Срок: 24.03.2016 г. Отв.: директор школы. Обеспечить рассаживание учащихся в соответствии с их ростом и состоянием здоровья. Срок: 24.03.2016 г. Отв.: учитель начальных классов. Расставить ученические столы в 3 ряда, с соблюдением угла видимости доски не менее 45 градусов. Срок: 24.03.2016г. Отв.: учитель начальных классов.

4. Отсутствие цветной маркировки мебели затрудняет её подбор в соответствии с ростом учащегося, несоответствие мебели росту учащихся может приводить к возникновению нарушений осанки и зрения. Отсутствие листка здоровья в классном журнале затрудняет рассаживание учащихся с учётом их состояния здоровья, что может приводить к прогрессированию нарушений зрения и осанки, учащению простудных заболеваний и обострению хронических заболеваний (сидящих у окна или наружной стороны), кроме того, у учащихся рассаженных без учёта нарушений у них зрения и слуха, может страдать качество обучение и эмоциональное состояние. Снижение угла видимости доски может приводить у учащихся крайних рядов к зрительному утомлению и прогрессированию нарушений зрения и осанки.

5. Основными направлениями оценки безопасности мебельной продукции для детей и подростков являются: исследование механической безопасности; исследование пожарной безопасности; исследование химической безопасности; исследование санитарно-гигиенической безопасности. Документом, подтверждающим безопасность учебной мебели для детей и подростков, является сертификат соответствия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003646

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», нормативными документами санитарные нормы и правила. «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» (СанПиН по дошкольным организациям).

2. Для контроля за эффективностью санитарной обработки должны быть проведены микробиологические исследования смывов с игрушек, столовой посуды для детей, в медицинском пункте с предметов ухода за детьми, медицинского инструментария; на пищеблоке с инвентаря, столов, посуды, санитарной спецодежды персонала, рук персонала; паразитологические исследования смывов: с рук детей и

персонала, спецодежды персонала, постельного и нательного белья детей, игрушек, столов, стульев, сидений для унитазов, ручек дверей, водопроводных кранов на пищеблоке с инвентаря, столов, посуды, столовых приборов, санитарной спецодежды персонала, рук персонала, ручек дверей, водопроводных кранов.

3. При оценке санитарного состояния и содержания помещений дошкольной образовательной организации также необходимо проверить: состояние полов, потолков, стен в основных помещениях; режим и характер уборки ковровых покрытий; частоту смены и маркировку постельного белья, условия для хранения грязного белья; режим проветривания и дезинфекции постельных принадлежностей; чистоту решеток вытяжной вентиляции.

4. Предписания по выявленным нарушениям санитарного законодательства: использовать буфетные по назначению, организовать приём пищи детьми в групповых, мытье и хранение столовой посуды в буфетных. Срок: 16 ноября 2016 г. Отв.: заведующая ДОО. Проводить генеральную уборку всех помещений с применением моющих и дезинфицирующих средств. Срок: немедленно и постоянно. Отв.: заведующая ДОО. Санитарно-техническое оборудование мыть с применением моющих и дезинфицирующих средств два раза в день. Срок: немедленно и постоянно. Отв.: заведующая ДОО. Промаркировать ёмкости для мытья игрушек во всех групповых. Срок: немедленно. Отв.: заведующая ДОО. В группе детей раннего возраста мыть игрушки 2 раза в день. Срок: немедленно и постоянно. Отв.: помощник воспитателя группы. Использовать мягконабивные игрушки, не подлежащие влажной обработке, только в качестве дидактических пособий. Срок: немедленно и постоянно. Отв.: воспитатели групп.

5. Приём пищи детьми всех групп в обеденном зале и мытье посуды в общей посудомоечной машине нарушает принцип групповой изоляции и может способствовать росту инфекционной заболеваемости детей. Проведение генеральной уборки и обработки санитарно-технического оборудования без применения дезинфицирующих средств может способствовать росту заболеваемости детей (в первую очередь кишечными инфекциями). Отсутствие маркировки ёмкостей для мытья игрушек может приводить к бактериальному обсеменению игрушек и росту заболеваемости детей. Мытьё игрушек в группе раннего возраста реже 2 раз в день и использование мягконабивных игрушек, не подлежащих влажной обработке, для игр детей может приводить к росту инфекционных и паразитарных заболеваний у детей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003647

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», нормативным документом санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

2. Особенности составления расписания уроков для 1 классов являются: проведение учебных занятий по 5-дневной учебной неделе и только в первую смену; использование «ступенчатого» режима обучения с постепенным увеличением продолжительности и числа уроков-организация в середине учебного дня динамической паузы продолжительностью не менее 40 минут; наиболее трудные предметы должны

проводиться на 2 уроке.

3. В течение дней не соблюдается кривая работоспособности в понедельник, вторник, пятницу (первым уроком стоит самый трудный предмет, что затруднит вработываемость, кроме того во вторник на 2 уроке, периоде самой высокой работоспособности, располагается легкий урок - физкультура). Кривая работоспособности в течение недели также не соблюдается, самый трудный день – понедельник, что нарушит вработываемость, дни высокой работоспособности (вторник, среда), на которые должна приходиться наибольшая нагрузка, являются самыми лёгкими.

4. Предписания по устранению выявленных нарушений. Сократить недельную учебную нагрузку до 21 часа. Срок: 1 апреля 2016 г. Отв.: завуч начальных классов. Общий объём нагрузки в течение дня в первом классе не должен превышать 4 уроков и один раз в неделю 5 уроков за счёт урока физической культуры. Срок: 1 апреля 2016 г. Отв.: завуч начальных классов. Не проводить сдвоенных уроков, за исключением уроков физкультуры. Срок: 1 апреля 2016 г. Отв.: завуч начальных классов. Сократить продолжительность уроков до 40 минут. Отв.: завуч начальных классов. Срок: 1 апреля 2016 г. Отв.: завуч начальных классов. При составлении расписания учитывать кривую работоспособности в течение дня и недели. Срок: немедленно и постоянно. Отв.: завуч начальных классов. Организовывать в середине учебного дня динамическую паузу не менее 40 минут. Срок: 1 апреля 2016 г. Отв.: завуч начальных классов.

5. Превышение продолжительности уроков, дневной и недельной учебной нагрузки, наличие домашних заданий, отсутствие динамической паузы, несоблюдение кривой работоспособности при составлении расписания может приводить к падению работоспособности, ухудшению эмоционального состояния, накоплению утомления, развитию переутомления и появлению астено-невротических и депрессивных расстройств, вегетососудистых дистоний, снижению иммунитета и учащению острых респираторных заболеваний. Превышение дневной и недельной учебной нагрузки, наличие домашних заданий, отсутствие динамической паузы может также способствовать гипокинезии учащихся и приводить к нарушениям осанки, избытку массы тела, акцентуации характерологических особенностей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003648

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», нормативным документом санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» (СанПиН по общеобразовательным учреждениям).

2. Обучение во вторую смену запрещено: для учащихся всех классов в учреждениях с углубленным изучением отдельных предметов, лицеях и гимназиях, так как объём учебного материала и интенсивность работы у них выше; для учащихся 1 классов, так как они адаптируются к систематическому обучению; для учащихся 5 классов, так как они адаптируются к классно-кабинетной (предметной) системе обучения; для учащихся 9 и 11 классов, так как в связи с подготовкой к государственной аттестации у них увеличивается учебная нагрузка, для учащихся классов компенсирующего обучения, так как у них имеются отклонения в состоянии здоровья, снижающие их

адаптационные возможности.

3. В течение дней не соблюдается кривая работоспособности в понедельник, вторник, четверг (первым уроком стоит самый трудный предмет, что затруднит вработываемость, кроме того во вторник на 2-3 уроках - периоде самой высокой работоспособности располагаются лёгкие уроки). Кривая работоспособности в течение недели также не соблюдается, дни высокой работоспособности (вторник, среда), на которые должна приходиться наибольшая нагрузка, являются самыми легкими, а четверг, который должен быть облегчённым, - днём самым сложным.

4. Предписания по устранению выявленных нарушений. Организовать занятия учащихся 5 классов в первую смену. Срок: 1 сентября 2016 г. Отв.: директор школы. Сократить недельную учебную нагрузку в 5 классе до 29 часов. Срок: 1 сентября 2016 г. Отв.: завуч средних классов. Общий объём нагрузки для 5 классов в течение дня не должен превышать 6 уроков. Срок: 1 сентября 2016 г. Отв.: завуч средних классов. При составлении расписания учитывать кривую работоспособности в течение дня и недели. Срок: 1 сентября 2016 г. Отв.: завуч средних классов.

5. Занятия во вторую смену учащихся, адаптирующихся к новым для них условиям обучения (к классно-кабинетной (предметной) системе обучения), затруднит адаптацию, может вызвать десинхроноз у учащихся, относящихся к утреннему биоритмологическому типу, снижение работоспособности, ухудшение регуляции физиологических функций, раннее наступление утомления. Превышение дневной и недельной учебной нагрузки, несоблюдение кривой работоспособности при составлении расписания может приводить к падению работоспособности, ухудшению эмоционального состояния, накоплению утомления, развитию переутомления и появлению астено-невротических и депрессивных расстройств, вегетососудистых дистоний, снижению иммунитета и учащению острых респираторных заболеваний.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003650

1. Законодательным документом является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», нормативным документом санитарные правила и нормы «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» (СанПиН по общеобразовательным учреждениям).

2. Плотность урока - это отношение времени, затраченного школьниками на учебную работу к общей продолжительности урока, выраженное в процентах и по данным хронометража составляет 86% (39 минут: 45 минут $\times$ 100%=86%). Плотность урока превышает нормируемую - 60-80%. Количество видов учебной деятельности - 4, что является рациональным. Имеется превышение непрерывной продолжительности одного вида деятельности (слушают объяснения педагога) с 25 по 37 минут - 13 минут, нормируемый показатель в начальных классах - 7-10 минут.

3. Особенности организации обучения в классах компенсирующего обучения являются: уменьшение количества обучающихся в классе; сокращение продолжительности уроков и числа уроков в день; обеспечение учащихся медико-психологической помощью; наличие коррекционно-развивающих занятий; активное применение наглядных пособий и информационно-коммуникационных технологий.

4. Предписания по устранению выявленных нарушений. Сократить продолжительность урока в классе компенсирующего обучения до 40 минут. Срок – немедленно и постоянно. Отв.: завуч начальных классов, учитель класса компенсирующего обучения. Обеспечить плотность урока в пределах 60-80%. Срок - немедленно и постоянно. Отв.: учитель класса компенсирующего обучения. При организации уроков соблюдать нормы непрерывной продолжительности видов учебной деятельности обучающихся. Срок - немедленно и постоянно. Отв.: учитель класса компенсирующего обучения. Проводить физкультурные минутки на уроках. Срок - немедленно и постоянно. Отв.: учитель класса компенсирующего обучения. Контролировать и корректировать во время урока рабочую позу учащихся. Срок - немедленно и постоянно. Отв.: учитель класса компенсирующего обучения.

5. Физкультурные минутки обязательны для всех классов обучения на уроках с преимущественно статическим видом деятельности, должны проводиться в момент появления признаков начального утомления (двигательного возбуждения и роста отвлечений) у большинства учащихся и включать упражнения для улучшения мозгового кровообращения, снятия утомления с мышц плечевого пояса, рук, туловища, глаз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003692

1. На рабочем месте в воздухе рабочей зоны шлифовальщиков при припудривании деталей содержание талька (силикатсодержащей пыли) достигало 47,8 мг/м³, что на 43,8 мг/м³ превышает ПДКсс.

2. Параметры микроклимата на рабочем месте шлифовальщиц замерялись в теплый период года, учитывая, что выполняемая работа по степени тяжести – лёгкая (I б), температура воздуха и скорость движения воздуха превышают допустимые величины на рабочих местах соответственно на 1,8° С и на 0,05 м/с.

3. На данном участке величина постоянного средне-, низко- и высокочастотного шума на рабочих местах шлифовальщиц превышает ПДУ: эквивалентный уровень звука на 14 дБА, а уровни звукового давления в пределах октавных частот 250, 500, 1000, 2000 и 4000 Гц соответственно на 2, 8, 16, 20, 22 дБ.

4. При обработке на шлифовальных станках эквивалентный скорректированный уровень передаваемой на руки виброускорения превышает ПДУ на 2 дБ.

5. На участке шлифовальные станки оборудованы местной вытяжной и общеобменной приточной системой вентиляции. По косвенным методам оценки вентиляция неэффективна, так как концентрация талька (силикатсодержащая пыль) превышает ПДКсс на 43,8 мг/м³.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003703

1. Уровни искусственной освещённости, при общей системе освещения на рабочем месте гравировщиков 800 лк, при норме для работ наивысшей точности (разряде зрительных работ I подразряд б и возможности получения травм), норма составляет 1500 лк, на 700 лк ниже нормы.

2. На рабочем месте гравировальщиков при использовании газоразрядных лам и выделении пыли менее 0,5мг/м³ очистка светильников проводится 1 раз в два года при

норме четыре раза в год.

3. На рабочем месте гравировальщиков показатели коэффициента пульсации на 8% не соответствуют существующей норме.

4. В зимний период года показатели микроклимата на рабочем месте гравировальщиков по показателям скорости движения воздуха превышают норму на 0,4 м/с.

5. На данном участке система вентиляции по косвенному показателю неэффективна, так как скорость движения воздуха превышает норму на 0,4 м/с.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003704

1. Учитывая показатели тяжести труда на участке изолировки высоковольтных секций, работа проводится в фиксированной рабочей позе, стоя в течение всей смены (класс условий труда вредный 3.2). Вес одной секции 4,5 кг (класс условий труда допустимый 2). Суммарная масса груза, перемещаемая в течение каждого часа смены с рабочей поверхности (норма до 100 кг) (класс условий труда оптимальный 1). Общая оценка труда по степени тяжести устанавливается по показателю, отнесенному к наибольшему классу, таким образом, работа изолировщиц по показателям тяжести труда относится к вредному классу 3.2.

2. Эквивалентный уровень звука на участке изолировки высоковольтных секций не превышает ПДУ. Уровни шума в каждой точке замеряются три раза и берётся средняя арифметическая величина. Замеры производятся на уровне уха работниц.

3. Показатели микроклимата: температура, относительная влажность и скорость движения воздуха соответствуют допустимым уровням показателей микроклимата на рабочих местах. Показателями, характеризующими микроклимат в производственных помещениях, являются: температура воздуха, температура поверхностей, относительная влажность воздуха, скорость движения воздуха, интенсивность теплового облучения.

4. Периодические и предварительные медицинские осмотры проводятся по приказу Минздравсоцразвития России № 302н от 12 апреля 2011 года.

5. Периодические медицинские осмотры изолировщиц высоковольтных секций будут проводиться по следующим вредным и опасным факторам: по физическим перегрузкам.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003708

1. В зоне дыхания работающего выбивальщика форм в литейном цехе концентрация пыли, содержащей 20% SiO₂ в среднесменных концентрациях превышает ПДК в 2 раза. Замер концентрации вредных веществ проводится в зоне дыхания работающего.

2. Уровни эквивалентного звука, действующего на выбивальщика форм в литейном цехе, на 15 дБА превышают ПДУ.

3. Предварительные и периодические медицинские осмотры проводятся в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 302 от 12 апреля 2011 года.

4. Приказ Минздравсоцразвития России № 302 от 12 апреля 2011 года включает: наименования вредных и опасных производственных факторов, периодичность осмотров,

участие врачей специалистов, лабораторные и функциональные исследования, дополнительные медицинские противопоказания.

5. Медицинский осмотр выбивальщиков форм в литейном цехе будет проводиться с учётом воздействия на работающего производственного шума и пыли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003709

1. В воздухе рабочей зоны в зоне дыхания слесаря-балансировщика концентрация сернистого ангидрида и сероводорода превышает ПДКсс в 3 и 8 раз соответственно.

2. Система вентиляции на участке слесаря-балансировщика при обработке абразивных кругов по косвенному показателю неэффективна, так как концентрация ангидрида сернистого и сероводорода превышает ПДК в 3 и 8 раз.

3. Предварительные и периодические медицинские осмотры проводятся в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 302 от 12 апреля 2011 года.

4. Приказ Минздравсоцразвития России № 302 от 12 апреля 2011 года включает: наименования вредных и опасных производственных факторов, периодичность осмотров, участие врачей специалистов, лабораторные и функциональные исследования, дополнительные медицинские противопоказания.

5. Медицинский осмотр на рабочем месте слесаря-балансировщика будет проведён с учётом наличия в воздухе ангидрида сернистого и сероводорода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003710

1. В воздухе рабочей зоны в зоне дыхания на рабочем месте электросварщика машиностроительного завода выявлен сварочный аэрозоль, содержащий марганец. Содержание марганца в аэрозоле составляет 15%. Концентрация сварочного аэрозоля превышает ПДКсс в 10 раз.

2. Предварительные и периодические медицинские осмотры проводятся в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 302 от 12 апреля 2011 года.

3. Приказ Минздравсоцразвития России № 302 от 12 апреля 2011 года включает: наименования вредных и опасных производственных факторов, периодичность осмотров, участие врачей специалистов, лабораторные и функциональные исследования, дополнительные медицинские противопоказания.

4. Медицинский осмотр на рабочем месте электросварщика машиностроительного завода будет проводиться с учётом наличия в воздухе марганца.

5. На данном участке система вентиляции по косвенному показателю неэффективна, так как содержание сварочного аэрозоля с содержанием марганца превышает ПДК на 2,8 мг/м³.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003711

1. Материальные потери при аварии на реакторе не являются исключительными причинами для привлечения ликвидаторов к работе с возможным переоблучением. Выбор ликвидатора является неправильным, поскольку он ранее получил дозу, превышающую допустимую и не компенсировал её в течение последующих 4 лет. Правильно, что работник был проинформирован о возможном переоблучении и дал письменное согласие

на проведение работ. Однако разрешение на возможное переоблучение при ликвидации аварий могут давать только федеральные органы исполнительной власти, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. После проведения аварийных работ при переоблучении ликвидатор должен быть отстранен от дальнейших работ и направлен на медицинское обследование. Радиопротекторы не применяются после воздействия ионизирующего излучения, так как не действуют. Таким образом, верным ответом является: недопущение данного работника до аварийных работ.

2. Привлечение людей к аварийным работам при авариях на реакторах может быть обосновано лишь при предотвращении развития аварии или ликвидации её последствий и разрешено только в случае необходимости спасения людей и (или) предотвращения их облучения, а не из-за возможных потерь материальных ценностей. Выбранный ликвидатор не мог быть допущен к аварийным работам, поскольку он ранее получил дозу, превышающую допустимую, и не компенсировал её в течение последующих 4 лет. Разрешение на возможное переоблучение при ликвидации аварий могут давать только федеральные органы исполнительной власти, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, что не было выполнено. После облучения свыше 200 мЗв ликвидатор должен быть отправлен на медицинское обследование, что также не было выполнено. Таким образом, выбранный ликвидатор не должен был быть допущен к ликвидации аварии.

3. В соответствии с НРБ планируемое повышенное облучение персонала группы А выше установленных пределов доз при предотвращении развития аварии или ликвидации её последствий может быть разрешено только в случае необходимости спасения людей и (или) предотвращения их облучения. Планируемое повышенное облучение допускается для мужчин, как правило, старше 30 лет лишь при их добровольном письменном согласии, после информирования о возможных дозах облучения и риске для здоровья. Лица, подвергшиеся облучению эффективной дозой свыше 200 мЗв в течение года должны немедленно выводиться из зоны облучения и направляться на медицинское обследование.

4. Устанавливаются следующие категории облучаемых лиц: персонал (группы А и Б); все население, включая лиц из персонала вне сферы и условий их производственной деятельности.

5. Планируемое повышенное облучение персонала группы А выше установленных пределов доз при предотвращении развития аварии или ликвидации её последствий может быть разрешено только в случае необходимости спасения людей и (или) предотвращения их облучения. Планируемое повышенное облучение допускается для мужчин, как правило, старше 30 лет лишь при их добровольном письменном согласии, после информирования о возможных дозах облучения и риске для здоровья. Разрешение на возможное переоблучение при ликвидации аварий могут давать только федеральные органы исполнительной власти, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Повышенное облучение не допускается: для работников, ранее уже облученных в течение года в результате аварии или запланированного повышенного облучения с эффективной дозой 200 мЗв; для лиц, имеющих медицинские противопоказания для работы с источниками излучения. Лица,

подвергшиеся облучению в эффективной дозе, превышающей 100 мЗв в течение года, при дальнейшей работе не должны подвергаться облучению в дозе свыше 20 мЗв за год. Облучение эффективной дозой свыше 200 мЗв в течение года должно рассматриваться как потенциально опасное. Лица, подвергшиеся такому облучению, должны немедленно выводиться из зоны облучения и направляться на медицинское обследование. Последующая работа с источниками излучения этим лицам может быть разрешена только в индивидуальном порядке с учетом их согласия по решению компетентной медицинской комиссии. Лица, не относящиеся к персоналу, привлекаемые для проведения аварийных и спасательных работ, должны быть оформлены и допущены к работам как персонал группы А.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003720

1. Принцип лабиринта предусматривает при несанкционированном вхождении персонала в процедурную с включенным аппаратом, например, при поломке запорного механизма, не моментальное попадание под действие мощного облучения, а прохождение в закрытом дополнительной перегородкой (стеной лабиринта) от облучения пространстве, что позволит осознать или исправить ситуацию и выключить установку.

2. Устройство дверей между процедурной и операторской должно обеспечивать радиационную безопасность сотрудников при нештатных ситуациях. С этой целью двери должны быть выполнены из листовой стали на рельсовом ходу с блокировкой отключения аппарата в случае нарушения блокировки и несанкционированного входа сотрудника в операторскую при включенном аппарате.

3. Высокие активности источников телегаммааппаратов, достигающие нескольких гигабеккерелей и дающие даже при полноценных экранах повышенные дозы для операторов, делают полностью невозможным использование смотровых окон с просвинцованным стеклом. В данной ситуации должно использоваться только теленаблюдение.

4. Звуковая и световая сигнализация с помощью прибора СЗБ является необходимой в дополнение к принципам блокировки дверей и принципа лабиринта. Целью использования принципа сигнализации является своевременное предупреждение сотрудника об опасности радиационного воздействия высокого уровня при случайном несанкционированном входе в процедурную при включенном телегаммааппарате.

5. Зонирование в отделении телегамматерапии радиологических больниц необходимо в связи с различными уровнями воздействия ионизирующего излучения. Так, в зоне процедурной уровень излучения, иногда очень высокий, обусловлен терапевтическими требованиями исходя из диагноза больного. Мощность дозы в операторской определяется пределом доз для персонала группы А (20 мЗв/год). Уровень допустимой дозы для пациентов не должен превышать 1 мЗв/год, поскольку пациенты относятся к категории население. В связи с этим ожидальня для пациентов должна быть изолирована от операторской и защищена от излишнего облучения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003731

1. Предполагается создание централизованной системы питьевого водоснабжения,

которая подлежит обязательной оценке органами, осуществляющими санитарно-эпидемиологический надзор. Выбранный источник водоснабжения обеспечит подачу достаточного количества воды (дебит более 1000 м³/сутки при потребности 600 м³/сутки).

2. Водоносный горизонт по качеству и количеству воды, а также санитарной надежности полностью соответствует гигиеническим требованиям. Горизонт имеет надежную природную защищенность, поскольку перекрыт сплошной водоупорной кровлей мощностью 20 м и залегает на глубинах от 120 до 129 м.

3. Согласно ГОСТ 2761-84 «Источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Гигиенические, технические требования и правила выбора» источник относится к 1 классу, так как качество воды в нем соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям, предъявляемым к питьевой воде централизованных систем водоснабжения (СанПиН 2.1.4.1074-01). Для надёжно защищённых подземных источников 1 класса дополнительная обработка воды не требуется.

4. Схема проектируемого водопровода включает все необходимые сооружения для забора, хранения и подачи воды потребителю, которые отвечают санитарным требованиям и обеспечивают предотвращение ухудшения качества воды на пути её транспортирования к потребителям.

5. Предложенная схема водопровода с использованием межпластовых напорных вод, качество воды которых соответствует требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения» (1 класс источника в соответствии с требованиями ГОСТ 2761-84), обеспечит подачу достаточного количества доброкачественной воды для населения г. К. Схема включает все необходимые сооружения для забора, хранения и подачи воды потребителю, которые отвечают санитарным требованиям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003732

1. Глубина залегания водоносного горизонта от 127 до 140 м, мощность водоупорного перекрытия 25 м, что свидетельствует о его надежной природной защищенности.

2. Удельный дебит составляет 8,6 м³/час, производительность скважины с запасом обеспечивает потребности санатория в питьевой воде.

3. Согласно ГОСТ 2761-84 «Источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Гигиенические, технические требования и правила выбора» источник относится к 1 классу, так как качество воды в нём соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям, предъявляемым к питьевой воде централизованных систем водоснабжения (СанПиН 2.1.4.1074-01). Для надёжно защищённых подземных источников 1 класса дополнительная обработка воды не требуется.

4. Санитарные требования к оборудованию скважины, обеспечивающие инженерную защищенность водоносного горизонта, соблюдены: вышележащие водоносные горизонты пройдены 2-4 колоннами обсадных труб, фрезеровка обсадных труб осуществляется в водоупорных слоях на глубину 3-5 м. Межтрубные и затрубные пространства залиты цементом. Устье скважины приподнято на 50 см над уровнем грунта.

5. Скважина санатория предназначена для эксплуатации межпластовых напорных

вод, качество воды которых соответствует требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения» (1 класс источника в соответствии с требованиями табл. 1 ГОСТ 2761-84), и обеспечивает подачу достаточного количества доброкачественной воды для хозяйственно-питьевых нужд санатория. Оборудование скважины включает все необходимые элементы для обеспечения герметичности и должной санитарной надежности. Скважина соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям и может эксплуатироваться без ограничений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003733

1. Целью является установление пороговых концентраций вредных веществ по влиянию на органолептические свойства воды, т. е. совокупности показателей (запах, привкус, окраска, мутность и пр.), непосредственно воспринимаемых потребителем с помощью органов чувств.

2. Основная задача - оценка влияния вредных веществ на процессы естественного самоочищения водных объектов от органического загрязнения. Решается путём определения пороговой концентрации вещества по влиянию на показатели биохимического окисления (БПК, аммонификация, нитрификация, развитие и отмирание микрофлоры) естественных органических веществ.

3. Целью хронического опыта является установление пороговой и максимально недействующей дозы вещества при длительном энтеральном поступлении в организм с учётом возможного кожно-резорбтивного, мутагенного и гонадотоксического действия.

4. Лимитирующие показатели вредности: для мышьяка – санитарно-токсикологический; для цинка – общесанитарный; для тиофоса - органолептический.

5. В качестве ПДК химического вещества выбирается доза (концентрация), характеризующаяся наименьшей пороговой (подпороговой) по санитарно-токсикологическому показателю величиной по влиянию на органолептические свойства воды, общесанитарный режим водоёма и организм экспериментальных животных. В этой связи ПДК мышьяка – 0,01 мг/л; цинка – 1,0 мг/л; тиофоса – 0,03 мг/л.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003734

1. Расширенные исследования проведены в соответствии с требованиями Приложения 1 СанПиН 2.1.4.1074-01 «Правила установления контролируемых показателей качества питьевой воды и составления Рабочей программы производственного контроля качества питьевой воды».

2. Химические вещества 1 и 2 класса опасности, нормируемые по санитарно-токсикологическому показателю вредности, необходимо включать в программу производственного контроля качества питьевой воды в том случае, если содержание таких веществ в воде превышает $\frac{1}{3}$ ПДК.

3. Химические вещества 3 и 4 класса опасности необходимо включать в программу производственного контроля качества питьевой воды в том случае, если содержание таких веществ в воде превышает $\frac{1}{2}$ ПДК.

4. Медь, молибден и марганец в перечень контролируемых показателей Рабочей

программы производственного контроля вносить не следует, так как их концентрации в воде в несколько раз ниже ПДК.

5. На основании результатов расширенных исследований необходимо внести в перечень контролируемых показателей железо, так как его содержание в воде водозаборных скважин превышает ПДК; стронций и фтор, так как они относятся к веществам 2 класса опасности, а их содержание в воде скважин более $\frac{1}{2}$ ПДК. Медь, молибден и марганец в перечень контролируемых показателей Рабочей программы производственного контроля вносить не следует, так как их концентрации в воде в несколько раз ниже ПДК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003736

1. Выбор реки В. в качестве источника питьевого водоснабжения для г. М. оправдан малыми запасами подземных вод и не противоречит ГОСТ 2761-84 «Источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Гигиенические, технические требования и правила выбора». Предполагается создание централизованной системы питьевого водоснабжения, которая подлежит обязательной оценке органами, осуществляющими санитарно-эпидемиологический надзор. Среднемесячный расход воды в реке в месте предполагаемого водозабора 2 м³/сек. (172 800 м³/сут.) обеспечит потребное количество воды для города М. (30 тысяч м³/сут.).

2. Вода поверхностных источников, как правило, характеризуется высоким содержанием взвешенных и химических веществ (природного и техногенного происхождения), большим уровнем микробного загрязнения, значительными колебаниями расхода и состава. В этой связи выбранный источник не имеет должной санитарной надежности.

3. В соответствии с ГОСТ 2761-84 «Источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Гигиенические, технические требования и правила выбора» источник относится ко 2 классу поверхностных источников, и на водопроводе должна предусматриваться обработка воды, включающая коагулирование, отстаивание, фильтрование и обеззараживание.

4. Схема водопровода включает необходимый для поверхностного источника 2 класса набор сооружений и обеспечит обработку воды до гигиенических нормативов: береговой водозабор, расположенный выше г. М. на участке реки с устойчивым руслом и достаточной глубиной, насосы 1 подъема, реагентное хозяйство для проведения коагуляции (растворные и расходные баки, дозатор коагулянта), вихревой смеситель, камеры хлопьеобразования, горизонтальные отстойники, скорые фильтры с двухслойной загрузкой, хлораторная, резервуары питьевой воды, насосная станция второго подъема, кольцевая распределительная сеть. Все сооружения будут строиться по утвержденным типовым проектам. Имеются все необходимые условия для организации ЗСО в составе 3 поясов.

5. Обработка воды на водопроводе г. М. включает все предусмотренные ГОСТ 2761-84 методы для поверхностных источников 2 класса (коагулирование, отстаивание, фильтрование, обеззараживание). Предложенная схема водопровода обеспечит подачу доброкачественной воды для населения г. М. Схема водопровода включает все

сооружения, необходимые для забора, обработки (очистки и обеззараживания) до нормативных требований, предъявляемых к питьевой воде, к подаче её потребителю и сохранению качества воды на пути её транспортирования к потребителям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003737

1. Согласно СанПиНу 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод» санитарно-эпидемиологические нормативы относятся к воде водного объекта у первого после спуска сточных вод пункта водопользования населения. Соответственно расчёт условий отведения сточных вод фармацевтического завода должен проводиться для створа реки у поселка П., тем более что это - пункт I категории водопользования (источник питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения). Для створа реки у д. М. расчёт не проводится, так как пункт располагается ниже по течению реки и относится ко II категории водопользования (используется для рекреации).

2. Сст – максимальная концентрация химического вещества, которая может быть допущена в сточных водах без нарушения гигиенических требований в водном объекте у первого после спуска сточных вод пункта водопользования населения.

3. γ - коэффициент обеспеченности смешения, определяющий долю расчётного расхода водного объекта, которая реально может участвовать в разбавлении сточных вод.

4. Результаты расчёта показали, что допустимая концентрация брома (Сст брома) не должна превышать 6,2 мг/л, а фактическая концентрация брома в сточных водах предприятия может составлять 16 мг/л. Следовательно, сточные воды перед отведением в р. Д. должны подвергаться обезвреживанию в отношении хрома. Расчётом установлено, что Сст фенола = -0,87 мг/л. Отрицательная величина свидетельствует о том, что в данный водный объект нельзя отводить сточные воды, содержащие фенол. Следовательно, сточные воды перед отведением в р. Д. должны подвергаться полной очистке от фенола.

5. Результаты расчётов по определению условий спуска сточных вод проектируемого фармацевтического завода свидетельствуют, что сточные воды предприятия перед отведением в реку Д. должны подвергаться полной очистке от фенола и обезвреживанию в отношении брома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003738

1. Основными задачами при очистке городских сточных вод являются: освобождение сточных вод от взвешенных минеральных и органических веществ (механическая очистка); удаление растворенных и коллоидных органических веществ (биологическая очистка); освобождение от патогенной микрофлоры (обеззараживание); обработка осадка (обезвреживание и утилизация осадка).

2. Проектируемая схема очистки предусматривает все необходимые этапы: механическую и биологическую очистку, обеззараживание сточных вод и обезвреживание осадка. Исходя из неблагоприятных природных условий (высокое стояние грунтовых вод) обоснованно выбран интенсивный метод, моделирующий биологическую очистку сточных вод в почвенных условиях (аэрофилтры) или водной среде (аэротенки).

3. Биологические фильтры - резервуары, в котором стоки фильтруются через

загрузочный материал, покрытый биологической пленкой, которая состоит из колоний микроорганизмов. Аэротенки - крупные железобетонные сооружения глубиной 3-6 м со свободно плавающим в воде активным илом, биоценозы которого используют загрязнения сточных вод для своей жизнедеятельности. При прочих равных условиях аэротенки имеют большую окислительную способность, чем биофильтр. Эффективность очистки сточной воды в биофильтрах значительно ниже, чем в аэротенках.

4. С гигиенических позиций схема № 1, включающая решетки, песколовки, первичные радиальные отстойники, аэротенки, радиальные вторичные отстойники, обеззараживание ультрафиолетовыми лучами, метантенки с термофильным сбраживанием, является оптимальной, поскольку включает набор современных сооружений для полной механической, биологической очистки и обеззараживания сточных вод, а также надёжного обезвреживания осадка.

5. Схема очистки № 1 предусматривает все необходимые этапы: механическую и биологическую очистку, обеззараживание сточных вод и обезвреживание осадка. Для предполагаемого количества сточных вод (50 000 м³/сутки) выбран оптимальный состав и количество современных сооружений для очистки сточных вод и обезвреживания осадка. Схема № 1 (решетки, песколовки, первичные радиальные отстойники, аэротенки, радиальные вторичные отстойники, обеззараживание ультрафиолетовыми лучами, метантенки с термофильным сбраживанием) может быть использована на очистных сооружениях г. К.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003739

1. Согласно СанПиНу 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод» санитарно-эпидемиологические нормативы относятся к воде водного объекта у первого после спуска сточных вод пункта водопользования населения. Соответственно расчёт условий отведения сточных вод фармацевтического завода должен проводиться для створа реки у г. М., тем более, что это пункт I категории водопользования (источник питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения).

2. С_{ст} – максимальная концентрация химического вещества, которая может быть допущена в сточных водах без нарушения гигиенических требований в водном объекте у первого после спуска сточных вод пункта водопользования населения.

3. Q - расход воды реки в створе г. М. в м³/сек, а q – расход сточных вод в м³/сек.

4. Цианиды и свинец относятся к веществам 2 класса опасности. При совместном присутствии в воде веществ 1-2 класса опасности необходимо учитывать возможность их комбинированного действия по типу простой суммы. Следовательно, ПДК каждого из веществ должны быть уменьшены в 2 раза. Тогда С_{пдк} для цианидов принимается на уровне 0,035 мг/л, а для свинца С_{пдк} - 0,005 мг/л. Результаты расчёта, с учётом комбинированного действия загрязнителей, показали, что допустимая концентрация цианидов (С_{ст} цианиды) не должна превышать 5,04 мг/л, а фактическая концентрация брома в сточных водах предприятия может составлять 5,0 мг/л, следовательно, сточные воды могут отводиться в р. П. без нарушения условий водопользования населения. Расчётом установлено, что С_{ст} свинца = 1,0 мг/л, а фактическая концентрация свинца в сточных водах предприятия может составлять 6,0 мг/л, в связи с чем, сточные воды перед

отведением в р. П. должны подвергаться обезвреживанию в отношении свинца.

5. Результаты расчётов по определению условий спуска сточных вод проектируемой рудообогатительной фабрики свидетельствуют, что сточные воды предприятия перед отведением в реку П. должны подвергаться обезвреживанию в отношении брома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003740

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: ФЗ № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении»; СанПиН 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод»; ГН 2.1.5.1315-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования».

2. На предприятии по ремонту сельскохозяйственной техники нарушены обязательные требования: 1.ФЗ № 416 «О водоснабжении и водоотведении» в части необходимости обеспечения безопасной эксплуатации систем водоотведения; 2. СанПиН 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод»: запрещается отведение сточных вод в черте населенных пунктов; сброс сточных вод в черте населенных мест через существующие выпуски допускается лишь в исключительных случаях по согласованию с органами государственной санитарно-эпидемиологической службы, при этом нормативные требования, предъявленные к составу и свойствам сточных вод, должны соответствовать требованиям, предъявляемым к воде водных объектов питьевого, хозяйственно-бытового и рекреационного водопользования; качество воды в ближайшем от места выпуска сточных вод пункте водопользования не соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям по органолептическим показателям, содержанию органических веществ и микробиологическим показателям.

3. Отведение недостаточно очищенных сточных вод предприятия в реку привело к ограничению рекреационного водопользования населения, что является фактором риска для развития инфекционных и неинфекционных заболеваний у лиц, пользующихся рекой для купания и отдыха.

4. Качество воды реки не соответствует требованиям СанПиН 2.1.5.980-00 и ГН 2.1.5.1315-03 по органолептическим (запах, окраска), химическим (БПК, ХПК, нефтепродукты, ПАВ) и санитарно-эпидемиологическим (общие колиформные бактерии, колифаги) показателям.

5. С целью устранения выявленных нарушений, предупреждения возникновения и распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний предписывается:

1. приостановить работу предприятия по ремонту сельскохозяйственной техники;
2. руководителю предприятия обеспечить проведение работ по очистке пляжа поселения от нефтепродуктов;
3. согласовать возможность и условия отведения сточных вод предприятия в реку в территориальных органах, осуществляющих санитарно-эпидемиологический и природоохранный надзор за водными объектами;
4. разработать проект предельно-допустимого сброса (ПДС) вредных веществ сточных вод предприятий и схему локальных очистных сооружений, обеспечивающих доведение показателей качества очищенной воды до санитарно-эпидемиологических требований.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003741

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: ФЗ № 96-ФЗ «Об охране атмосферного воздуха»; ФЗ № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест»; ГН 2.1.6. 1338-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

2. В течение всего периода наблюдения качество атмосферного воздуха города Ч. не соответствовало санитарно-гигиеническим требованиям по содержанию основных загрязнителей (диоксиды азота и серы, пыль), концентрации которых превышали среднесуточные ПДК.

3. Присутствие в атмосферном воздухе поселения загрязняющих веществ в концентрациях, превышающих ПДК, является фактором риска для развития неспецифических хронических интоксикаций у жителей города.

4. Наличие представленных загрязняющих веществ в атмосферном воздухе поселений чаще всего обусловлено влиянием автомобильного транспорта или/и топливно-энергетических предприятий. В этой связи для установления источников загрязнения необходимо проанализировать данные с постов наблюдения: маршрутных, размещённых вдоль основных транспортных магистралей города; подфакельных, размещённых на пути распространения загрязнений от предприятий топливно-энергетического комплекса города.

5. Качество атмосферного воздуха в городе не соответствует требованиям СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест» по содержанию основных загрязняющих веществ (диоксиды азота и серы, пыли), концентрации которых превышали среднесуточные ПДК (ГН 2.1.6. 1338-03) на протяжении года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003742

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест»; СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»; ГН 2.1.6. 1339-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

2. Определение проводится с целью оценки загрязнения атмосферного воздуха других территорий города веществами аналогичными тем, которые присутствуют в выбросах предприятия. Такая оценка позволяет подтвердить принадлежность (специфичность) веществ для выбросов предприятия. К примеру, согласно табл.1 в фоновой точке не обнаруживались ацетон, диметилфталат и фенол, которые в значительных концентрациях.

3. Присутствие в атмосферном воздухе городской зоны отдыха ацетона и фенола в концентрациях, превышающих ПДК, является фактором риска для развития неспецифических хронических интоксикаций у жителей города.

4. В пределах санитарно-защитной зоны (СЗЗ) происходило снижение концентраций специфических для предприятия химических веществ, но на границе СЗЗ (точки 8, 9, 10 рис. 1) концентрации ацетона и фенола превышали максимально разовые ПДК для этих соединений, что не отвечает санитарно-эпидемиологическим требованиям (СанПиН 2.1.6.1032-01).

5. Качество атмосферного воздуха в зоне отдыха не соответствует требованиям СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест» по содержанию специфических для предприятия по сборке мебели химических веществ (ацетон, фенол), концентрации которых в контрольных точках (11, 12, 13) превышали ПДК_{м.р.} (ГН 2.1.6. 1339-03). В соответствии с СанПиНом 2.1.6.1032-01 в установленных городских зонах отдыха содержание загрязняющих веществ не должно превышать 0,8 их ПДК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003743

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест»; СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»; ГН 2.1.6. 1338-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

2. Согласно ситуационному плану жилая территория и зона отдыха города располагаются ниже по течению реки, с подветренной стороны и на расстоянии 1200-1500 м по отношению к проектируемому предприятию.

3. Присутствие в атмосферном воздухе городской зоны отдыха диоксида серы, аммиака, оксидов азота является фактором риска для развития интоксикаций, в том числе острых, у жителей города. Возможность такого действия вполне реальна, поскольку предполагаемое расположение зона отдыха по отношению к предприятию - с подветренной стороны, а для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 2200 м.

4. Согласно СанПиНу 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов» предприятие по производству азотно-туковых удобрений относится к 1 классу, и ориентировочная величина СЗЗ должна составлять не менее 1000 м. Однако, предполагаемое расположение предприятия с наветренной стороны, а для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 2200 м. Таким образом, на проектируемой площадке невозможно организовать СЗЗ в соответствии с действующим санитарно-эпидемиологическим законодательством.

5. Проект размещения площадки под строительство производства азотно-туковых удобрений (I класс опасности) в районе г. М. от согласования отклоняется в связи с тем, что предприятие планируется с наветренной стороны, для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 2200 м, и на проектируемой площадке невозможно организовать СЗЗ в соответствии с действующим санитарно-эпидемиологическим законодательством.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003744

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест»; СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»; ГН 2.1.6. 1338-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

2. Согласно ситуационному плану существующая жилая застройка города располагается выше по течению реки, с наветренной стороны и на расстоянии 2200-3300 м по отношению к проектируемым предприятиям. Разрывы между предполагаемыми районами для жилищного строительства и проектируемыми промплощадками составят около 800 м, что не соответствует ориентировочному размеру СЗЗ для предприятий 1 класса опасности (необходимо не менее 1000 м согласно СанПиНу 2.2.1/2.1.1.1200-03).

3. Присутствие в атмосферном воздухе жилой зоны соединений мышьяка, свинца и марганца является фактором риска для развития специфических хронических интоксикаций у жителей города. Возможность такого действия вполне реальна, поскольку предполагаемое расположение перспективных районов жилищного строительства по отношению к предприятию частично с подветренной стороны, а для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 1080 м, а в проекте – около 800 м.

4. Согласно СанПиНу 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов» предприятия по добыче и производству мышьяка относятся к 1 классу, и ориентировочная величина СЗЗ должна составлять не менее 1000 м. Однако, предполагаемое расположение предприятия по отношению к жилым районам перспективного строительства частично с наветренной стороны на расстоянии около 800 м. Согласно расчётам для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 1080 м. Таким образом, на проектируемой площадке невозможно организовать СЗЗ в соответствии с действующим санитарно-эпидемиологическим законодательством.

5. Проект размещения площадки под строительство предприятий по добыче и производству мышьяка (I класс опасности) в районе г. В. от согласования отклоняется в связи с тем, что предприятия планируется разместить по отношению к жилым районам перспективного строительства частично с наветренной стороны на расстоянии около 800 м, а для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 1080 м. На проектируемой площадке невозможно организовать СЗЗ в соответствии с действующим санитарно-эпидемиологическим законодательством.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003745

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест»; СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»; ГН 2.1.6. 1338-03

«Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

2. Согласно ситуационному плану существующая жилая застройка города располагается ниже по течению реки с подветренной стороны и на расстоянии 1750 м по отношению к проектируемому заводу. Расстояние между предполагаемым районом для жилищного строительства и проектируемой промплощадкой составит 750 м, что не соответствует ориентировочному размеру СЗЗ для предприятий 1 класса опасности (необходимо не менее 1000 м согласно СанПиНу 2.2.1/2.1.1.1200-03).

3. Присутствие в атмосферном воздухе селитебной зоны диоксида серы и пыли является фактором риска для развития неспецифических хронических интоксикаций у жителей города. Возможность такого действия вполне реальна, поскольку предполагаемый разрыв между территорией перспективных жилых районов и коксохимического завода составит только 750 м, а для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 1000 м.

4. Согласно СанПиНу 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов» коксохимический завод относится к 1 классу, и ориентировочная величина СЗЗ должна составлять не менее 1000 м. Однако расстояние между предполагаемым районом для жилищного строительства и проектируемой промплощадкой составит 750 м. Таким образом, на проектируемой площадке невозможно организовать СЗЗ в соответствии с действующим санитарно-эпидемиологическим законодательством.

5. Проект размещения площадки под строительство коксохимического завода (I класс опасности) в районе г. В. от согласования отклоняется в связи с тем, что расстояние между предполагаемым районом для жилищного строительства и проектируемой промплощадкой составит 750 м, а для снижения концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе до ПДК требуется расстояние не менее 1000 м. Таким образом, на проектируемой площадке невозможно организовать СЗЗ в соответствии с действующим санитарно-эпидемиологическим законодательством.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003746

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: ФЗ № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений»; ФЗ № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

СанПиН 2.1.2.2645-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания в жилых зданиях и помещениях»; ГН 2.1.6. 1339-03

«Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

2. Качество воздуха в обследованной квартире не соответствовало санитарно-гигиеническим требованиям (СанПиН 2.1.2.2645-10): во всех помещениях квартиры отмечался посторонний химический запах, а в жилой комнате обнаружены фенол и формальдегид, концентрации которых превышали среднесуточные ПДК (ГН 2.1.6. 1338- 03).

3. Присутствие в воздушной среде жилой квартиры загрязняющих веществ 2 класса опасности (фенол, формальдегид) в концентрациях, превышающих ПДК, является

фактором риска для развития неспецифических и специфических хронических заболеваний у лиц, постоянно проживающих в обследованной квартире.

4. Необходимо проверить наличие сертификатов соответствия и протоколов испытаний к ним на все материалы, которые применялись при ремонте квартиры (линолеум, обои, краски, клей и пр.).

5. Качество воздушной среды в жилой квартире не соответствует требованиям СанПиН 2.1.2.2645-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания в жилых зданиях и помещениях» по содержанию фенола и формальдегида, концентрации которых превышали среднесуточные ПДК (ГН 2.1.6. 1338-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест»).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003747

1. Анализ ситуации должен осуществляться с использованием: СанПиН 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест»; СанПиН 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»; ГН 2.1.6. 1339-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест»; ГН 2.1.6.2604-10 «Дополнение № 8 к ГН 2.1.6.1338-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест».

2. Согласно представленной на рисунке розе «запылённости» северо-западное направление является в течение года господствующим для распространения взвешенных веществ в воздушной среде города. Причём средняя годовая концентрация взвешенных частиц РМ 10 (0,7 мг/м³) с северо-западного направления превышала ПДК (0,04 мг/м³ согласно ГН 2.1.6.2604-10).

3. Присутствие в атмосферном воздухе селитебной зоны взвешенных частиц РМ 10 в концентрациях, превышающих ПДК, является фактором риска для развития неспецифических хронических заболеваний у жителей города. Возможность такого действия станет реальной при расположении жилых кварталов с наветренных румбов (СЗ, З).

4. В соответствии с действующим санитарным законодательством при функциональном зонировании территории поселения производственная зона должна размещаться с подветренной стороны по отношению к селитебной зоне. Согласно этому положению и анализу розы «запылённости» промышленная зона должна занимать территории города, расположенные на подветренных румбах (В, ЮВ, Ю).

5. В соответствии с СанПиНом 2.1.6.1032-01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест»; СанПиНом 2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов» и результатами оценки розы «запылённости» (северо-западное господствующее направление распространения атмосферных загрязнений) промышленная зона должна занимать территории города, расположенные на подветренных румбах (В, ЮВ, Ю).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003750

1. СанПиН 2.1.7.1287-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству почвы»; ГН 2.1.7.2041-06 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в почве»; ГН 2.1.7.2511-09 «Ориентировочно допустимые концентрации (ОДК) химических веществ в почве»; МУ 2.1.7.730-99 «Гигиеническая оценка качества почвы населенных мест».

2. «Санитарное число» (по Н.И. Хлебникову) - это отношение количества почвенно-белкового (гумусного) азота в миллиграммах на 100 г абсолютно сухой почвы к количеству «органического» азота в миллиграммах на 100 г абсолютно сухой почвы. Соответственно санитарное число почвы песочницы равняется 0,78, что согласно СанПиН 2.1.7.1287-03 является свидетельством опасной категории загрязнения почвы.

3. Данные санитарно-гигиенического обследования, а также результаты биохимического, бактериологического, гельминтологического и энтомологического анализов свидетельствуют о том, что почва песочницы не отвечает санитарно-эпидемиологическим требованиям, предъявляемым к земельным участкам, отводимым под строительство детских игровых площадок. Почва песочницы относится к категории, имеющей опасную степень загрязнения (санитарное число 0,78, содержание свинца, кадмия и бенз(а)пирена от 2 до 5 ПДК).

4. Почва песочницы относится к категории, имеющей опасную степень загрязнения. В данном очаге загрязнения возможно увеличение общей заболеваемости среди детей, особенно в случаях геофагии у детей, при играх на загрязненной почве. Вещества-загрязнители обладают транслокационным и миграционно-водным показателями вредности. Токсиканты могут проникать в организм детей перорально (через заглатывание растений, частичек почвы), чрезкожно (при непосредственном контакте с загрязненной почвой), аэрогенно (при вдыхании почвенной пыли и загрязненного почвенного воздуха в приземном слое).

5. Результаты биохимического, бактериологического, гельминтологического и энтомологического анализов свидетельствуют о том, что почва песочницы игровой площадки жилого дома не отвечает санитарно-эпидемиологическим требованиям, предъявляемым к объектам повышенного риска. В связи с тем, что почва песочницы относится к категории, имеющей опасную степень загрязнения, необходимо запретить использование детской площадки, провести выемку грунта и дезинфекцию почвы. В дальнейшем необходимо построить и оборудовать детскую площадку в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004016

1. ФЗ № 52-от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья»; СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования».

2. Для обучающихся образовательных учреждений необходимо организовать

двухразовое горячее питание (завтрак и обед). Для детей, посещающих группу продленного дня, должен быть организован дополнительно полдник.

3. При одно-, двух-, трех- разовом питании распределение калорийности по приёмам пищи в процентном отношении должно составлять: завтрак - 25%, обед - 35%, полдник - 15% (для обучающихся во вторую смену - до 20-25%), Допускается в течение дня отступления от норм калорийности по отдельным приёмам пищи в пределах + 5% при условии, что средний процент пищевой ценности за неделю будет соответствовать вышеперечисленным требованиям по каждому приему пищи.

4. Для обеспечения здоровым питанием всех обучающихся образовательного учреждения необходимо составление примерного меню на период не менее двух недель (10-14 дней) в соответствии с разработанными меню-раскладками, содержащими количественные данные о рецептуре блюд. Согласование осуществляют руководители образовательного учреждения и территориального органа государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

5. Организация питания школьников не соответствует требованиям санитарно-эпидемиологического законодательства. Организация и рацион питания учащихся не согласованы с органами Госсанэпиднадзора. В питании детей используются не рекомендованные (запрещенные) к потреблению пищевые продукты и способы кулинарной обработки. Нарушены нормы питания детей по основным продуктам питания и гигиенические принципы построения питания детей. Рационы питания школьников не обеспечивают при двухразовом питании 50% суточной потребности детей в пищевых веществах и энергии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004017

1. При продолжительной жарке продуктов во фритюре качество жиров изменяется: жиры темнеют, приобретают резкий неприятный запах, горький привкус. В жире накапливаются вторичные термостабильные продукты окисления.

2. Рекомендуется использовать только специализированное технологическое оборудование, не требующее дополнительного добавления фритюрных жиров. Жир используют 6-7 часов при непрерывном производстве.

3. Ежедневно до начала и по окончании жарки проверяют качество фритюра по органолептическим показателям (вкусу, запаху, цвету) и ведутся записи по использованию фритюрных жиров в типовом журнале учёта использования фритюрных жиров.

4. Качество фритюра определяют по органолептическим показателям ежедневно после окончания жарки. Органолептическую оценку фритюрного жира проводят, пользуясь оценочной шкалой качества. Если по органолептическим показателям фритюр получает оценку ниже трех баллов, лаборатория дает заключение о непригодности жира, и по физико-химическим показателям его уже не оценивают. Если при органолептической оценке жир получил «удовлетворительно», то производят определение степени термического окисления физико-химическими методами. Жир с массовой долей продуктов окисления более 1% считается непригодным для пищевых целей.

5. В журнале указывается: дата (час) начала использования фритюрного жира; вид

фритюрного жира; органолептическая оценка качества жира на начало жарки; время окончания фритюрной жарки; органолептическая оценка качества жира по окончании жарки; использование оставшегося жира. Отработанный фритюрный жир и его осадок не пригоден для пищевых целей и подлежит сдаче на промышленную утилизацию (в канализацию не сливается) в рамках заключенного договора на вывоз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К004019

1. Предварительный диагноз: пищевое отравление немикробной природы (отравление грибами – бледной поганкой). Отравления грибами характеризуются сезонностью (весной и в конце лета). Большинство случаев связано с потреблением грибов, лично собранных или приобретенных на рынках у частных лиц. Предварительный диагноз основан на анамнестических данных, собранных у пострадавших, специфической клинической картине течения заболевания, наличии выраженной симптоматики, характерной для избирательного действия токсинов (аманитинов) бледной поганки на печень и почки. Результаты вскрытия (аутопсии) органов пострадавших подтверждают этот диагноз.

2. Периоды развития заболевания: латентный период; период острого гастроэнтерита; период мнимого благополучия; период острой печёночной, печёочно-почечной недостаточности; период выздоровления.

3. В первые часы - промывание желудка. Антитоксическая терапия, гемосорбция, антишоковая терапия.

4. Наибольшее токсическое значение имеет аманитин, содержащийся в бледной поганке. Он нарушает внутриклеточные обменные процессы в первую очередь в печени и почках, вызывая их некроз.

5. Санитарно-просветительная работа среди населения, централизованная заготовка дикорастущих грибов, государственный и производственный контроль за реализацией и промышленной переработкой грибов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К004026

1. «Санитарно-эпидемиологические требования к организации торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов, «Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)».

2. Этапы экспертизы: экспертиза документации; осмотр партии продуктов; органолептические исследования продуктов из партии; отбор образцов для лабораторного исследования (при необходимости); лабораторные и инструментальные исследования; оформление экспертного заключения.

3. К приоритетным загрязнителям пищевых продуктов антропогенного происхождения относятся токсичные элементы, радионуклиды, пестициды, нитраты, нитриты, полихлорированные дифенилы, стимуляторы роста сельскохозяйственных животных (гормоны, антибиотики).

4. Особо токсичным является метилртуть. Несколько видов анаэробных бактерий преобразовывают сульфат неорганической ртути в метилртуть.

5. Партия морепродуктов признается не пригодной для питания населения и подлежит утилизации на не пищевые цели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004027

1. Учитывая данные анамнеза, кинической картины возникновения и течения заболевания, массовость и внезапность возникновения заболевания, связь заболевания с местом изготовления и потребления одного продукта (блюда с курицей) в столовой санатория всеми пострадавшими, а также на основании результатов лабораторных исследований санитарного состояния объекта общественного питания можно поставить предварительный диагноз: пищевое отравление смешанной микробной природы, пищевая токсикоинфекция,

2. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести исследования подозреваемого продукта, биологических материалов от заболевших и смывов с оборудования, инвентаря, рук и рабочей одежду персонала, а также биологического материала от персонала на бактерионосительство.

3. Основные причины связаны с неудовлетворительным санитарным состоянием и содержанием помещений, оборудования на предприятии общественного питания, несоблюдением технологии термической обработки и условий хранения мяса курицы, что способствовало попаданию и накоплению в продукте кишечной палочки и протей.

4. Санитарно-показательными микроорганизмами для пищевых продуктов являются бактерии группы кишечной палочки, объединяющие следующие роды и семейства: Enterobacteriaceae, Escherichia, Enterobacter, Citrobacter, Klebsiella, Serratia и протей. Присутствие данных микроорганизмов в продукции в количествах $10 \times 5 - 10 \times 6$ свидетельствуют о грубом нарушении обязательных санитарных требований на пищевом объекте.

5. В соответствии с действующим законодательством в области защиты прав потребителей, Кодексом РФ об административных правонарушениях, виновные в нарушениях санитарного законодательства привлекаются к административной ответственности в виде штрафа или приостановления деятельности пищевых объектов сроком от 5 до 90 суток. Больные и бактерионосители не должны допускаться к работе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004028

1. Периодические медицинские осмотры включают осмотр врачом-терапевтом и флюорографическое обследование органов грудной клетки, исследование кала на гельминтозы и протозоозы, соскоб на энтеробиоз - 1 раз в год; осмотр врачом- дерматовенерологом, исследование крови на сифилис, бактериоскопическое исследование на заболевания, передаваемые половым путем, - 2 раза в год.

2. Медицинский осмотр работников проводится перед началом каждой смены с целью выявления гнойничковых поражений кожи рук и открытых частей тела, бактериальных и вирусных заболеваний верхних дыхательных путей у сотрудников кондитерского цеха.

3. Медицинский работник (или ответственное лицо), проводящий осмотр, в письменном виде сообщает начальнику цеха обо всех работниках, которые в результате

осмотра не допущены к работе, результаты осмотра заносятся в журнал. Работники с заболеваниями направляются на лечение. Лица, которые в связи с лёгкой степенью заболевания не получают листка нетрудоспособности, переводятся на другую работу, не связанную с изготовлением крема.

4. Лица, переболевшие гнойничковыми заболеваниями кожи рук и открытых частей тела, допускаются к работе только после бактериологического исследования на отсутствие плазмокоагулирующего стафилококка для исключения латентного бактерионосительства.

5. Объём профилактических медицинских осмотров составляет осмотр врачом-терапевтом и врачом-дерматовенерологом. Исследование крови на сифилис, бактериоскопическое исследование на заболевания, передаваемые половым путем, флюорографическое обследование органов грудной клетки, исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций, стафилококка, серологическое обследование на брюшной тиф, исследование кала на гельминтозы и протозоозы, соскоб на энтеробиоз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004029

1. Во всей пищевой продукции нормируется цезий-137 и стронций-90 (периоды полураспада около 30 лет). Допустимые уровни содержания радионуклидов в пищевых продуктах регламентируются «Едиными санитарно-эпидемиологическими и гигиеническими требованиями к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)» Раздел 1. «Требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов».

2. Основные дозовые нагрузки на население при авариях на АЭС были связаны с потреблением сельскохозяйственных продуктов, производимых на загрязнённых территориях, а также употреблением загрязнённой питьевой воды.

3. Основным агротехническим приёмом для ограничения перехода радионуклидов в растение является пахота почв, что приводит к перераспределению радионуклидов в корнеобитаемом слое почвы. К специальным приёмам относятся: механическое удаление верхнего загрязнённого слоя почвы; глубокая вспашка с захоронением загрязнённого верхнего слоя почвы; внесение в почву специальных мелиораторов, связывающих радионуклиды в труднодоступные для растений формы.

4. Концентрация радионуклидов уменьшается при мытье, очистке и вымачивании продовольственного сырья с последующим отвариванием при условии не использования отвара (бульона) в питании. Удалению радионуклидов из конечной продукции способствует переработка зерна в муку высшего сорта молока в масло, жирные сливки, творог, сыр.

5. Увеличение квоты белков до 15% калорийности рациона в основном за счёт белков животного происхождения; ограничение поступления жира до 30% калорийности рациона; повышение в рационе на 20-50% по сравнению с рекомендуемыми возрастными нормами содержания витаминов-антиоксидантов: Е, С, А; увеличение на 20-30% содержания пищевых волокон; повышение поступления защитно-адаптационных минеральных веществ: кальция, калия, йода, магния, железа, селена.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004030

1. Строительные правила «Общественные здания и сооружения» и Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов».
2. В своей деятельности предприятия торговли, размещенные в жилых зданиях, не должны ухудшать условия проживания и отдыха людей: не нарушать тишину в ночное время, не препятствовать эксплуатации электроснабжения, водоснабжения и канализации жилого дома, не мешать использованию жильцами входных и лестничных помещений, а также подъездных путей и стоянок автотранспорта на территории жилого дома.
3. В соответствии с Санитарными правилами в магазины, расположенные в жилых зданиях, с целью создания оптимальных гигиенических условий проживания и отдыха людей, завоз продукции не должен производиться в ночное время (с 23.00 до 7.00). При этом загрузку товара следует осуществлять с торца жилого здания, не имеющего окон.
4. К превышению уровня шума и вибрации в жилых помещениях и появлению посторонних запахов.
5. Согласно Санитарным правилам для продовольственных магазинов в организациях торговли, размещенных в жилых зданиях, сети бытовой и производственной канализации не объединяются с канализацией этих зданий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004031

1. Начиная с 1994 года наблюдается снижение заболеваемости. В период 2005-2012 гг. уровень заболеваемости не превышал 1 на 100 тысяч населения. Однако в последние годы с 2012 г. начался рост заболеваемости корью. Учитывая реализацию программы ВОЗ по ликвидации кори, ситуацию нельзя считать благополучной.
2. Охват прививками в период 1992-1998 гг. был существенно ниже 95%, что свидетельствует о низком качестве иммунопрофилактики кори. Начиная с 1999 г. охват прививками превысил уровень 95%, что привело к снижению заболеваемости и характеризует высокую эпидемиологическую эффективность.
3. Критерием эпидемиологического благополучия при кори считается выявление в каждой «индикаторной» группе не более 7% серонегативных лиц. В возрастных группах 25-29 лет и 40-49 лет состояние коллективного иммунитета неудовлетворительное. Серологический мониторинг в группах 1-2 года и 50-59 лет не проводится.
4. Качество работы детской городской поликлиники следует считать неудовлетворительным. Выявлен недостаточный охват ревакцинацией против кори в группе детей в возрасте 7-14 лет. Необходима оценка причин непривитости, так как уровень отводов составляет более 10%.
5. Взрослых в возрасте 25-35 лет необходимо ревакцинировать, лица в возрасте старше 35 лет в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок вакцинации в плановом порядке не подлежат. В случае если указанные лица относятся к группам риска, то возраст вакцинации против кори расширяется до 55 лет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004032

1. Начиная с 1994 года наблюдается тенденция к снижению заболеваемости, выявляются циклические подъёмы, выраженность которых снизилась с 2002 года.

2. Охват прививками в период 1995-1999 гг. был существенно ниже 95%, что свидетельствует о низком качестве иммунопрофилактики коклюша. Начиная с 2000 г. охват прививками превысил уровень 95%, что привело к снижению заболеваемости и характеризует высокую эпидемиологическую эффективность.

3. По результатам серологического обследования детей в возрасте 3-4 лет проводится оценка формирования базисного иммунитета к коклюшу. Критерием эпидемиологического благополучия при коклюше следует считать выявление не более 10% лиц в обследуемой группе детей с уровнем антител менее 1:160. Серологический мониторинг в группах 1-2 года, 9-10 лет, 16-17 лет, 20-29 лет, в том числе 25-29 лет, 30-39 лет, в том числе 30-35 лет, 40-49 лет, 50-59 лет.

4. Качество работы детской городской поликлиники следует считать неудовлетворительным. Выявлен недостаточный охват законченной вакцинацией детей в возрасте 6 месяцев - 11 месяцев 29 дней; охват законченной вакцинацией детей в возрасте 1 год - 1 год 11 месяцев 29 дней; охват первой ревакцинацией детей в возрасте 2 года - 2 года 11 месяцев 29 дней; охват ревакцинацией детей к 24 месяцам. Необходима оценка причин непривитости, так как уровень отводов составляет более 10%.

5. Из приведенных причин медицинских отводов обоснованной является только сильная поствакцинальная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины против коклюша.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004033

1. В период с 1994 по 2001 г. наблюдается подъём заболеваемости, начиная с 2002 года – выраженная тенденция к снижению заболеваемости.

2. Охват прививками в период 1999-2001 гг. был существенно ниже 95%, что свидетельствует о низком качестве иммунопрофилактики гепатита В. Начиная с 2003 г., когда охват прививками был ниже 95%, наблюдается снижение заболеваемости, а с 2004 г. при достижении уровня охвата прививками более 95% уровень заболеваемости снизился еще более значительно, что свидетельствует о высокой эпидемиологической эффективности.

3. Критерием эпидемиологического благополучия по гепатиту В считается выявление в каждой «индикаторной» группе не более 10% серонегативных лиц. Серологический мониторинг в группах 1-2 года, 9-10 лет, 25-29 лет, 30-35 лет и 50-59 лет не проводится. В возрастных группах 3-4 года, 16-17 лет, 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет состояние коллективного иммунитета удовлетворительное.

4. Качество работы детской городской поликлиники следует считать неудовлетворительным. Выявлен недостаточный охват законченной вакцинацией детей в возрасте 6 месяцев - 11 месяцев 29 дней.

5. Все медицинские работники независимо от специальности и наличия возможного контакта с кровью должны быть привиты против гепатита В.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004034

1. В период с 1992 по 1994 г. наблюдается подъём заболеваемости, начиная с 1995 года начинается спад заболеваемости. В период 2011-2015 гг. регистрируются единичные случаи заболеваний

2. Охват прививками в период 1999-1998 гг. был существенно ниже 95%, что свидетельствует о низком качестве иммунопрофилактики дифтерии. Начиная с 1996 г., когда охват прививками составил 83,7%, наблюдается снижение заболеваемости, а с 1999 г. при достижении уровня охвата прививками более 95% уровень заболеваемости снизился еще более значительно, что свидетельствует о высокой эпидемиологической эффективности.

3. Выявление в каждой обследуемой группе детей и подростков не более 5% лиц с титром дифтерийных антител менее 1:20 и не более 10% лиц с отсутствием защитных титров дифтерийных антител в группе взрослых служит показателем достаточной защищенности от дифтерии и столбняка. Серологический мониторинг в группах 1-2 года, 9-10 лет, 25-29 лет, 30-35 лет не проводится. В возрастных группах 3-4 года, 16-17 лет, 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет и 50-59 лет состояние коллективного иммунитета удовлетворительное.

4. Качество работы детской городской поликлиники следует считать неудовлетворительным. Необходима оценка причин непривитости, так как уровень отводов составляет более 10% по отдельным прививкам. План профилактических прививок требует проведения корректировки. Выявлен недостаточный охват прививками по следующим индикаторным группам: детей, начавших вакцинацию с 3 месяцев жизни; охват законченной вакцинацией в возрасте 6 месяцев - 11 месяцев 29 дней; охват законченной вакцинацией в возрасте 1 год - 1 год 11 месяцев 29 дней; охват первой ревакцинацией в возрасте 2 года - 2 года 11 месяцев 29; охват первой ревакцинацией к 24 месяцам.

5. Необходимо вакцинировать всех непривитых лиц независимо от возраста.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004036

1. Начиная с 2002 года наблюдается снижение заболеваемости. Период 2007-2012 гг. можно охарактеризовать как благополучный по краснухе.

2. Охват прививками в период 1999-2005 гг. был существенно ниже 95%, что свидетельствует о низком качестве иммунопрофилактики краснухи. Начиная с 2006 г., когда охват прививками превысил 95%, наблюдается снижение заболеваемости, что свидетельствует о высоком качестве иммунопрофилактики и высокой эпидемиологической эффективности.

3. Показатели охвата прививками и своевременность их проведения соответствуют рекомендуемым нормативам за исключением 3 территорий у детей, получивших вакцинацию (районы № 5, 6, 8), и 3 территорий среди детей, получивших ревакцинацию (районы № 3, 5, 6).

4. Результаты серологического мониторинга оценки коллективного иммунитета подтверждают эпидемиологическое благополучие по краснухе на территории города N, так как в каждой «индикаторной» группе населения выявляется не более 7%

серонегативных лиц.

5. Болеют краснухой, как правило, непривитые против этой инфекции и лица с неизвестным прививочным анамнезом, их доля в общей заболеваемости краснухой составила 88,2%.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004038

1. Рекомендовано проведение вакцинации против дифтерии, столбняка, коклюша гемофильной и пневмококковой инфекций.

2. Рекомендовано проведение вакцинации против дифтерии, столбняка, гемофильной и пневмококковой инфекций, гепатита В.

3. Проведение вакцинации против туберкулёза после получения отрицательного результата пробы Манту, остальные прививки в соответствии с возрастом.

4. Ребёнку показана вторая ревакцинация против дифтерии и столбняка и ревакцинация против туберкулёза после получения отрицательного результата пробы Манту.

5. Вакцинация против ветряной оспы проводится с возраста 12 месяцев разрешенными к применению препаратами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004040

1. Исследование организовано правильно. Чётко сформулированы критерии включения и исключения, проведена рандомизация, выполнено ослепление, в контрольной группе использовалось «плацебо».

2. Показана высокая иммунологическая эффективность вакцины против ротавирусной инфекции. Нарастание титра антител в группе привитых детей значительно интенсивнее, чем в группе детей, получавших плацебо.

3. Показана безопасность вакцины против ротавирусной инфекции, так как частота развития общих опрашиваемых симптомов (рвота, раздражительность, снижение аппетита, диарея, лихорадка, сонливость) в группе привитых вакциной достоверно не отличалась от частоты и выраженности данных симптомов в группе «плацебо».

4. Заболеваемость снизилась в 8,3 раз на фоне вакцинации против РВИ, но оценить реальную эпидемиологическую эффективность не представляется возможным, так как для оценки реальной эффективности данных не достаточно.

5. Для оценки эпидемиологической эффективности вакцинации против РВИ необходимы сведения об изменении: характера многолетней динамики, сезонности, структуры заболеваемости по возрасту, социальным характеристикам, показатели очаговости, вспышечная заболеваемость и др. Для оценки социальной эффективности необходимы сведения о показателях смертности, летальности, инвалидизации, тяжести течения заболевания и др. Для оценки экономической эффективности необходимы сведения о предотвращенном прямом и косвенном ущербе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004042

1. Динамика развития вспышки сальмонеллеза постепенная – в течение двух инкубационных периодов. Группа риска заболеваемости – дети в возрасте от 5 до 12 дней,

территория риска – 7 боксов из 12. Структура эпидемического процесса – от заболевших выделена *Salmonella typhimurium*, зарегистрированы как лёгкие, так и среднетяжелые и тяжёлые формы.

2. Источник возбудителя инфекции – либо больной (бактерионоситель) ребёнок, либо больной (бактерионоситель) сотрудник. Путь передачи возбудителя – бытовой. Фактор передачи возбудителя – руки медицинского персонала или уборочный инвентарь. Фактор риска – некачественная обработка рук или неудовлетворительная дезинфекционная обработка уборочного инвентаря.

3. Бытовой путь передачи возбудителя от человека к человеку подтверждается: отсутствием единого питания новорождённых; появлением случаев заболевания в сроки, превышающие инкубационный период; относительно не тяжёлым течением заболевания; выделением от больных *S. typhimurium*, которая, как известно, часто передается от человека к человеку по типу антропонозной кишечной инфекции.

4. Исследование смывов с объектов больничной среды на наличие сальмонелл и санитарно-показательной микрофлоры, изучение антибиотикочувствительности *S. typhimurium* для определения антропофильности возбудителя.

5. Изоляция заболевших в отдельные боксированные палаты. Текущая дезинфекция с использованием дезсредств, рекомендованных в очагах бактериальных ОКИ. Бактериологическое обследование всех незаболевших новорождённых и персонала отделения и медицинское наблюдение за ними в течение 7 дней после изоляции последнего больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004043

1. Больного оставляют в купе, в котором он находился, остальных пассажиров этого купе переводят в соседнее, предварительно освобожденное от других пассажиров, последних размещают в этом же вагоне. В плацкартных вагонах купе с больным отгораживают простынями или одеялами, закрывают двери вагона, запрещают посадку и выход пассажиров до особого распоряжения, хождение пассажиров по вагону и в другие вагоны. В купе, где находится больной, а также в других купе, коридоре и туалетах вагона проводят текущую дезинфекцию; один из туалетов выделяют для сбора и дезинфекции выделений больного, унитаз в нем закрывают, устанавливают ёмкости (ведра) с крышками. Второй туалет используется остальными пассажирами вагона. Вызывает эпидемиологическую, эвакуационную и дезинфекционную бригады.

2. Проводит сбор эпидемиологического анамнеза (уточняет характер питания, водопользования и круг лиц, которые общались с ним в Адлере) и ставит предварительный эпидемиологический диагноз. Определяет список пассажиров вагона поезда, подлежащих изоляции, медицинскому наблюдению, экстренной профилактике, а также объекты для дезинфекции. Обеспечивает контроль за эвакуацией больного и общавшихся с ним лиц, проведением текущей и заключительной дезинфекции

3. По прибытии на место проведения дезинфекции члены бригады надевают защитную одежду и после эвакуации больного проводят заключительную дезинфекцию. Проведение заключительной дезинфекции начинают от входной двери, последовательно обрабатывая все помещения, включая купе, где находился больной.

4. Общавшихся с больным холерой направляют в изолятор. В изоляторе за общавшимися с больным осуществляется медицинское наблюдение 5 дней, трехкратное бактериологическое обследование и экстренная антибиотикопрофилактика.

5. Диспансерное наблюдение осуществляет врач кабинета инфекционных болезней в течение трёх месяцев. Перенесшие холеру подлежат бактериологическому обследованию: в первый месяц 1 раз в 10 дней, в дальнейшем - 1 раз в месяц.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004044

1. Учитывая характер эпидпроцесса дизентерии, резкий подъём и спад заболеваемости, большой процент заболевших за 4 дня, один вид возбудителя, клинику болезни, можно исключить предметно-бытовое инфицирование. Заболели дети в одной группе, значит, водное инфицирование исключается. Вспышка может носить пищевой характер (гипотеза). Возможно, что среди заболевших ОРЗ были источники возбудителя дизентерии.

2. Границы очага: группа № 2, группа № 4 и семейно-квартирные очаги с детьми, болеющими ОРЗ. Мероприятия - бакобследование детей группы № 4, детей отсутствующих (ОРЗ), обследовать персонал группы № 4, провести текущую и заключительную дезинфекцию, установить карантин на 7 дней.

3. В других группах могут быть случаи дизентерии: а) в случае заноса инфекции из дома, из других групп при переводе из карантинных групп; б) в случае заноса инфекции персоналом, если он не закреплен за группами и не соблюдает сан-эпид. режим.

4. Дополнительная информация необходима: об эпидситуации в этом д/к за 2-3 месяца до вспышки; тип возбудителя, выделенного у больных; данные о персонале (прохождение санминимума, учёба, подмена); данные из санитарного журнала о нарушении режима д/к и их устарении; данные об изоляции групп; даты забора материала у контактных и даты получения результатов; качество и полноте наблюдения за контактными; сведения о детях, переведенных в группу № 4 и др.

5. Разобрать вспышку с персоналом д/к с разбором причин и условий её возникновения. Строгое соблюдение личной гигиены (особенно обработки рук) персоналом перед раздачей пищи. Закрепление персонала за группами, учеба персонала. Соблюдение сан.-гигиенического режима в группе. Лабораторный контроль за качеством соблюдения личной гигиены и за объектами внешней среды. Ответственные: медработник д/к и заведующий д/к.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004045

1. Мероприятия проведены не в полном объёме. Необходимо промыть раны струей воды с мылом; провести экстренную профилактику столбняка (если ранее не проводилась); пострадавшего направить в травмпункт, а при его отсутствии - в хирургический кабинет; заполнить «карту обратившегося за антирабической помощью, а после окончания лечения - копию направить в ФБУЗ. Покусанного лисой госпитализировать и провести безусловный курс прививок (сельская местность, неизвестное животное). Покусанных собакой: первому - начать курс прививок, второму - не назначается. Если в течение 10 дней собака не заболеет, начатый курс прекратить. Если

собака заболела - продолжить курс прививок первому пострадавшему и начать второму.

2. Меры в отношении собаки: доставить животное в ветеринарное лечебное учреждение для осмотра и карантина его на 10 дней; выяснить, прививалась ли она против бешенства; о результатах наблюдения или исследования сообщить в ФБУЗ, травматологический пункт.

3. Патронаж укушенных с целью контроля за явкой пострадавших для назначения и прохождения непрерывного курса прививок; корректировки назначений в зависимости от результатов наблюдения за животными; слежения за состоянием здоровья, при ухудшении - госпитализировать, а прививки прекратить, обследовать у врача-невропатолога и врача-терапевта.

4. Необходимо привлечь ветеринарную службу, ее диагностические подразделения, органы местного хозяйства, охраны природы, охотничьего хозяйства (должны направлять трупы диких животных в учреждения ветеринарной службы, туда же сообщать о случаях их необычного поведения). Необходимы данные по прививкам домашних собак (вет. служба). Следует привлечь и коммунальную службу (соблюдение правил содержания и выгуливания собак и кошек, снижение плотности популяций).

5. Мероприятия: снижение плотности популяции лисиц (отстрел); организация и регистрация, ветеринарный осмотр всех собак; привить домашних и служебных собак; разработать и внедрить правила содержания и выгула собак; истребление бродячих собак и кошек; выделить финансовые средства МО для приобретения вакцины и антирабического иммуноглобулина; помощь ветеринарной службе в приобретении вакцин для профилактики бешенства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004046

1. Возможный период заражения – с 07 ноября по 20 декабря. Территориальные границы очага – квартирный (домашний) очаг по месту жительства больной и средняя группа детского сада по месту работы больной.

2. Источник возбудителя инфекции – дети, заболевшие гепатитом А в средней группе детского сада, где работает больная. Место заражения – средняя группа детского сада. Путь передачи возбудителя – контактно-бытовой. Фактор передачи – руки и предметы обихода в группе. Фактор риска – несвоевременная изоляция из группы детей с признаками гепатита А.

3. Типичная клиническая картина ГА у больной. Наличие в эпидемиологическом анамнезе в возможный период заражения больной общения с 2 больными ГА детьми в детском саду на фоне их несвоевременной изоляции из группы. Регистрация случаев гепатита А только в средней группе детского сада в пределах максимального инкубационного периода указывает на реализацию контактно-бытового пути передачи возбудителя в детском саду от несвоеременно изолированных из средней группы 2 детей с признаками ГА.

4. Заключительная дезинфекция силами специалистов организаций дезинфекционного профиля. Текущая дезинфекция силами членов семьи больной. Заключительная и текущая дезинфекция проводятся с использованием дезинфицирующих средств, эффективных в отношении вирусного гепатита А. Первичный медицинский

осмотр мужа и клинико-лабораторное исследование на определение в сыворотке крови anti-HAV IgM и anti-HAV IgG и РНК ВГА силами медицинских работников по месту жительства в первые 5 дней после выявления больной. Последующее медицинское наблюдение за мужем больной в течение 35 дней со дня разобщения с заболевшей. Осмотр не реже 1 раза в неделю. Вакцинация против гепатита А не позднее 5 дня с момента выявления больной.

5. Реконвалесценты гепатита А выписываются из стационара после клинического выздоровления. Диспансерное наблюдение осуществляется врачом-инфекционистом по месту жительства или лечения. Первый осмотр проводится не позднее чем через месяц после выписки из стационара. В дальнейшем сроки наблюдения и объем обследований реконвалесцента определяются врачом-инфекционистом по месту жительства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004047

1. Возможный период заражения – с 1 апреля по 10 апреля. Потенциальное время существования очага – с 11 апреля по 22 апреля.

2. Место заражения – группа 4 курса педагогического университета, в которой обучался Богданов Д. Источник возбудителя инфекции – Иванов И. Путь передачи возбудителя – воздушно-капельный.

Условия, способствовавшие заражению – непосредственное тесное общение Богданова Д. с инфицированным лицом в период выполнения исследовательского проекта.

3. Территориальные границы очага: домашний (семейный) очаг по месту жительства Богданова Д. и группа 4 курса педагогического университета, в которой обучается Богданов Д.

4. Заключительная дезинфекция не проводится. Проводят ежедневную влажную уборку помещений и частое проветривание силами членов семьи больного. Медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения, силами медицинских работников в течение 10 дней. Осмотр врачом-отоларингологом в течение первых 24 часов. Бактериологическое обследование лиц с явлениями острого назофарингита до назначения лечения. Антибиотикопрофилактика (химиопрофилактика) лицам без воспалительных изменений в носоглотке, вакцинопрофилактика.

5. Реконвалесцент менингококковой инфекции выписывается из стационара после клинического выздоровления. Допускается к занятиям в университете после однократного бактериологического обследования с отрицательным результатом, проведенного не ранее чем через 5 дней после законченного курса лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004048

1. Период заражения – с 15 марта по 01 августа. Территориальные границы очага: семейный (домашний) очаг по месту жительства больного и хирургическое отделение городской больницы по месту работы больного.

2. Источник возбудителя инфекции – пациент с ХГВ. Место заражения – хирургическое отделение. Путь передачи возбудителя – артифициальный. Фактор передачи – хирургическая игла, кровь больного ХГВ. Фактор риска – нарушение порядка проведения экстренной профилактики парентеральных вирусных гепатитов – после укола

иглой не были введены специфический иммуноглобулин и вакцина против гепатита В. Отсутствие у врача-хирурга прививки против гепатита В.

3. Укол иглой в ходе проведения операции у пациента с ХГВ во время возможного периода заражения Петрова К. Отсутствие у врача-хирурга прививки против ГВ. Нарушение порядка проведения экстренной профилактики парентеральных вирусных гепатитов в части экстренной иммунопрофилактики (не были введены специфический иммуноглобулин и вакцина против гепатита В).

4. Текущая дезинфекция до госпитализации больного членами семьи или самим больным под руководством медицинских работников МО. Заключительная дезинфекция после госпитализации больного членами семьи под руководством медицинских работников МО. Дезинфекции подвергаются все предметы личной гигиены и вещи, непосредственно соприкасающиеся с кровью, слюной и другими биологическими жидкостями больного, с использованием дезинфицирующих средств, обладающих вирулицидным в отношении ВГВ действием. Медицинское наблюдение за контактными лицами силами медицинских работников в течение 6 месяцев с момента госпитализации больного. Осмотр врачом 1 раз в 2 месяца с определением активности АЛАТ и выявлением HBs Ag и анти-HBs. Проведение экстренной иммунизации против ГВ.

5. Реконвалесценты острого ГВ находятся под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев. Клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты проводят через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара. При сохранении клинико-лабораторных признаков заболевания наблюдение за реконвалесцентом должно быть продолжено. Допуск к производственной деятельности не ранее, чем через месяц после выписки при условии нормализации лабораторных показателей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004049

1. Срок возможного заражения определяется с учётом минимального и максимального инкубационного периода заболевания, который при менингококковой инфекции составляет 1-10 дней. Таким образом срок возможного заражения с 4.01. по 15.01, потенциальное время существования очага с 15.01 по 26.01.

2. Местом возможного заражения является ДОО № 35 или квартира, где проживает заболевшая, территориальные границы очага-квартира и ДОО № 35.

3. Выписка из стационара должна быть проведена только после клинического выздоровления. Допуск в дошкольную образовательную организацию осуществляется после однократного бактериологического обследования, проведенного не ранее чем через 5 дней после законченного курса лечения. При сохранении носительства менингококка проводится курс санации антибиотиками. Диспансерное наблюдение не проводится.

4. Провести однократную иммунизацию родителей девочки вакциной против менингококковой инфекции в соответствии с инструкцией по применению препарата.

5. В круг общавшихся лиц войдут родители девочки, дети и персонал группы ДОО, которую посещала девочка, за ними устанавливается наблюдение сроком на 10 дней. В течение первых 24 часов врач-отоларинголог проводит осмотр лиц, общавшихся с больной, с целью выявления больных острым назофарингитом. Всем лицам без

воспалительных изменений в носоглотке проводится антибиотикопрофилактика. Выявленные больные острым назофарингитом подлежат бактериологическому обследованию до назначения им соответствующего лечения. После проведения бактериологического обследования лиц с явлениями острого назофарингита госпитализируют в стационар (по клиническим показаниям), либо оставляют на дому для соответствующего лечения при отсутствии в ближайшем окружении детей в возрасте до 3 лет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004050

1. Срок возможного заражения определяется с учётом минимального и максимального инкубационного периода заболевания, который при кори составляет 10-21 дней. Таким образом, срок возможного заражения с 29.12 по 08.01, потенциальное время существования очага с 18.01 - 08.02.

2. Место возможного заражения - школа и квартира, где проживает заболевший. В территориальные границы очага войдут школа и дом, где проживает больной, а также места пребывания больного в период его заразности.

3. Выписка из стационара проводится после исчезновения клинических симптомов, но не ранее 5 дней с момента появления сыпи. Допуск в образовательное учреждение разрешается сразу после клинического выздоровления. Диспансерное наблюдение не проводится.

4. Вид дезинфекции: очаговая, заключительная, проводится родителями ребёнка сразу же после изоляции заболевшего в стационар. Поскольку возбудитель кори неустойчив во внешней среде достаточно проведения влажной уборки (механический способ дезинфекции) и проветривания помещения.

5. В отношении родителей и брата заболевшего мальчика мероприятия не проводятся, так как родители переболели в детстве корью, а брат привит от кори 2 года назад. Сестре заболевшего мальчика, которая не может быть привита по медицинским показаниям, необходимо провести экстренную специфическую профилактику кори: не позднее 5 дня с момента контакта с больным ввести иммуноглобулин в соответствии с инструкцией по применению.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004051

1. Период возможного заражения – с 15.09. по 20.09. Потенциальное время существования очага с 22.09 - 30.09.

2. Заболевшая могла заразиться как дома, так и на работе, а также в любом из мест, где она могла контактировать с источником возбудителя инфекции в срок возможного заражения. Территориальные границы очага: квартира и структурное подразделение торговой компании, где работает заболевшая, а также места, где она находилась, будучи заразной (с 20.09 по 24.09).

3. Вид дезинфекции, очаговая, заключительная, проводится сотрудниками дезинфекционной службы не позднее 6 часов после госпитализации заболевшей. Способ: химический. Обеззараживанию подлежат: помещения, в которых находилась больная, посуда, остатки пищи, бельё нательное и постельное, предметы обстановки в комнате

больной, с которыми она контактировала, пол, стены, двери в местах общего пользования (ванна, санузел), уборочный материал. Одежду и постельные принадлежности при дифтерии подвергают обязательной камерной дезинфекции.

4. Выписка больной осуществляется после полного клинического выздоровления и 2 кратного бактериологического обследования с отрицательным результатом. Обследование проводят не ранее 3 дней после отмены антибиотиков, с интервалом 1-2 дня. После выписки из стационара реконвалесцент дифтерии сразу допускается к работе. Если бактерионоситель продолжает выделять токсигенные коринебактерии дифтерии, несмотря на проведение 2 курсов санации антибиотиками, его допускают в коллектив при условии отсутствия в коллективе непривитых против дифтерии лиц. Реконвалесценты дифтерии - носители коринебактерий дифтерии – подлежат диспансерному наблюдению в течение 3 месяцев после выписки.

5. Провести серологическое обследование. В случае отсутствия в сыворотке крови защитного уровня дифтерийного антитоксина (менее 1:20) проводят прививку АД-М анатоксином однократно и через 1-1,5 месяца проверяют состояние иммунного ответа. Если уровень дифтерийного антитоксина после прививки не превышает титр 1:160 (что наблюдается у лиц, ранее не прививавшихся против дифтерии), то проводится вторая прививка и через 6-9 месяцев - ревакцинация; если титр дифтерийного антитоксина 1:160 и более, то вторая прививка против дифтерии не проводится.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004052

1. Территориальные границы очага – квартира, где проживает больной, и школа.

2. Трёхлетний ребенок не отстраняется от посещения ДОО, на 14 дней за ним необходимо организовать медицинское наблюдение и провести однократное бактериологическое обследование. Взрослых от работы не отстраняют. За ними устанавливается наблюдение в течение 14 дней.

3. Необходимо провести медицинский осмотр всех детей и педагогов, выявить кашляющих и провести их бактериологическое обследование.

4. Отсутствие комплекса прививок против коклюша, формирующего защиту от этой инфекции (ребенок был привит АДС-анатоксином, не содержащим коклюшного компонента, против коклюша привит только однократно в 3 месяца), пребывание в организованном коллективе, скученность, фактор «перемешивания».

5. Да, риски вовлечения в эпидемический процесс членов семьи существуют, так как родители утратили иммунитет против коклюша с возрастом (продолжительность поствакцинального противокклюшного иммунитета 8-10 лет), брат 3 лет еще не получил базовый вакцинальный комплекс, формирующий защиту (привит трехкратно АКДС- вакциной), изоляция больного при аэрозольном механизме заражения мало эффективна.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004053

1. Категория случая – вторичный от завозного, так как источником возбудителя для данного случая заболевания послужил завозной случай.

2. Тип очага – новый активный второй степени, так как имеются не только вторичные от завозных, но и местные случаи, т.е. местная передача уже восстановилась.

3. Период заражения больного – с 2 по 4 августа. Мужчина считал себя больным с 18.08. Известно, что сезон передачи возбудителя малярии продолжался с 23 июня по 6 августа. Если инкубационный период при 3 дневной малярии чаще составляет 14 - 16 дней, то заразиться он мог со 02.08. по 04.08. Территория заражения – микрорайон «Заостровка» (в пределах 3,5 км вокруг дома, в котором проживал заболевший).

4. Врач-инфекционист (инфекционного отделения) при поступлении больного в стационар в тот же день должен был назначить анализ крови на малярию (толстая капля), так как у заболевшего при поступлении в стационар уже 3 дня держалась высокая температура, и он проживал на территории неблагополучной по заболеваемости малярией, на которой регистрировались местные случаи малярии.

5. Противоэпидемические мероприятия: проверить качество проведенных дезинсекционных мероприятий. Профилактические мероприятия: мониторинг за переносчиком; наблюдение за местами выплода комаров и динамикой их площадей; паспортизация водоёмов на территории населенных пунктов и в радиусе 3 км с ежегодным пополнением данных; предупреждение образования анофелогенных водоемов и сокращение площади существующих; защита населения от укусов комаров с помощью репеллентов, защитной одежды и электрофумигирующих устройств; обработка анофелогенных водоёмов ларвицидами; энтомологический контроль качества ларвицидных и имагоцидных обработок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004054

1. Тип очага по уровню риска заражения – высокий (интенсивность контаминации составила более 10 яиц глистов на 10м², уровень пораженности более 20%).

2. Границы очага – все помещения детского сада. Энтеробиоз, согласно эпидемиологической классификации гельминтозов, относится к группе контагиозных гельминтозов, и человек является непосредственным источником инвазии для окружающих людей. Заболевания энтеробиозом выявлены у детей из различных групп и сотрудников детского сада, среди которых не только воспитатель, но и помощник повара и завхоз.

3. Больных энтеробиозом сотрудников отстранить от работы и пролечить. Всех детей (больных и не больных энтеробиозом) и здоровых сотрудников ДДО пролечить, без отстранения посещения и работы в ДДО. Провести контроль эффективности лечения. В случае выявления инвазированных вновь пролечить их.

4. В помещениях групповых ячеек (с первых дней лечения, и в течение ближайших 3 дней после окончания лечения, с повтором этих же мероприятий на 3 день после проведения повторного курса лечения, если потребуется): обрабатывать горячим мыльно-содовым раствором 2 раза в день горизонтальные поверхности, твёрдые игрушки, ручки дверей, лестничные перила и т.д.; провести камерную дезинфекцию мягкого инвентаря, ковров, мягких детских игрушек (на время проведения лечебно-профилактических мероприятий убрать их из группы); обрабатывать ультрафиолетовым бактерицидным излучением объекты и воздух помещений, после проведения влажной уборки; химические дезинфектанты в очагах энтеробиоза не применяются.

5. Обследование на энтеробиоз членов семей инвазированных детей и сотрудников

детского сада с последующей дегельминтизацией выявленных заболевших среди членов семей больных детей и сотрудников детского сада.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004055

1. Группой риска является население в возрасте старше 60 лет. В старшей возрастной группе (старше 60 лет) группой риска являются мужчины.

2. Имеется прямая (положительная) сильная связь между количеством потребления алкоголя и уровнем заболеваемости раком ободочной кишки. Данная корреляционная связь является статистически значимой. Гипотеза: частое употребление большого количества спиртных напитков увеличивает вероятность развития рака ободочной кишки.

3. В процессе формирования выборки в одну группу включают пациентов, у которых имеется рак ободочной кишки («случай»), в другую – лиц без данной патологии («контроль»). Пациенты обеих групп сопоставимы по полу, возрасту, территории проживания. В ходе исследования методом опроса получают информацию о количестве, частоте и виде употребляемых спиртных напитков среди лиц группы «случай» и «контроль». Проводят статистическую обработку полученных результатов.

4. Шансы обнаружить фактор риска выше в группе больных, наблюдаемая зависимость является статистически значимой. Величина отношения шансов показывает, что шанс встретить индивида, употребляющего спиртные напитки в группе больных раком в 2,54 раза выше, чем в контрольной группе.

5. Употребление спиртных напитков является фактором риска развития рака ободочной кишки. Величина относительного риска демонстрирует, что употребление спиртных напитков увеличивает вероятность развития рака ободочной кишки в 1,7 раза. Наблюдаемая зависимость является статистически значимой.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004056

1. Нет. Инкубационный период при брюшном тифе – 7-30 дней. Дата заболевания 20.04. Период возможного заражения с 20.03 по 13.04. Дата поступления в стационар 22.04. Данный случай может быть расценен как занос инфекции в МО.

2. Границы очага - терапевтическое отделение ЦРБ, квартира больной.

3. В палате до перевода в инфекционное отделение проводится текущая, после перевода - заключительная дезинфекция, силами младшего медперсонала ЦРБ с использованием дезинфицирующих средств. Обязательна камерная дезинфекция постельных принадлежностей больной, её верхней одежды и обуви. В отделении проводится заключительная дезинфекция мест общего пользования.

4. Контроль качества дезинфекции проводится визуальным и лабораторными методами (отбор смывов, отбор проб дезинфицирующих растворов для определения концентрации дезсредства, экспресс-пробы на остаточное количество дезсредств).

5. За общавшимися с больной (по палате, при пользовании общим санузлом) устанавливают медицинское наблюдение (осмотр, опрос, двукратная термометрия) на протяжении трёх недель, бактериологическое исследование проводится при наличии клинических показаний, осуществляется фагопрофилактика. Проводится информационно-просветительская работа среди пациентов по вопросам эпидемиологии и профилактики

брюшного тифа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004057

1. Время существования очага дифтерии в ДОО – с 11.04 - 25.04.
2. Заключительная дезинфекция проведена с нарушением требований нормативных документов. В ДОО заключительную дезинфекцию должны были проводить специалисты дезинфекционной службы, постельные принадлежности и мягкие игрушки должны обрабатываться камерным способом.
3. Заключительная дезинфекция организована правильно.
4. В первом случае заключительная дезинфекция проведена не своевременно (её должны были провести в течение первых 6 часов после госпитализации заболевшего), во втором случае сроки проведения заключительной дезинфекции не нарушены.
5. Контроль качества дезинфекции проводится визуальным и лабораторными методами (отбор смывов, отбор проб дезинфицирующих растворов для определения концентрации дез. средства, экспресс-пробы на остаточное количество дез. средства).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004058

1. Дезинфекционное средство выбрано неверно, для обработки эндоскопов применяются растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств в спороцидной концентрации.
2. Предстерилизационная очистка проведена не в полном объеме, отсутствуют следующие этапы: механическая очистка внутренних каналов и съемных деталей эндоскопа при помощи щеток и проволочных очистителей соответствующего размера; промывка внутренних каналов при помощи специальных приспособлений (спринцевальные трубки, промывочные шприцы или моечный пистолет с насадками).
3. Обработка эндоскопа проведена некачественно, проба на скрытую кровь оказалась положительной.
4. Медицинская сестра поступила неверно. Поскольку азопирамовая проба оказалась положительной, эндоскоп необходимо было отправить на повторную предстерилизационную обработку.
5. Срок хранения не нарушен. Постстерилизационный инструмент хранится 72 часа, в нашем случае с момента стерилизации прошло менее 24 часов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004059

1. Медицинские отходы классов А (бытовой мусор), Б (шприцы, системы для внутривенных вливаний, иглы, спиртовые салфетки, медицинские перчатки), Г (бактерицидные лампы, ртутные термометры, флаконы из-под лекарственных средств, лампы накаливания).
2. Неправильно. Выявлены следующие нарушения: разбор шприцев категорически запрещён; после использования шприцы, системы для внутривенных вливаний, иглы, спиртовые салфетки, медицинские перчатки перед утилизацией подвергаются дезинфекции. Острые медицинские отходы утилизируют в непрокальваемые контейнеры (неправильно утилизированы системы для внутривенных инъекций). Отсутствует

маркировка на пакете (пакеты маркируются с указанием больницы, отделения, даты, фамилии утилизирующего медицинского работника).

3. Транспортировка осуществлена неверно. Перенос пакетов с отходами в руках запрещен (перевозятся на стойках-тележках).

4. Нет. При использовании одноразовых контейнеров для острого инструментария допускается их заполнение в течение 3 суток, в процедурном кабинете терапевтического отделения контейнер заполнялся на протяжении 4 дней. Оценить сроки утилизации прочих отходов не представляется возможным, так как отсутствует маркировка на мешках.

5. Нет. Бактерицидную лампу после снятия складывают в картонную коробку, которую размещают в металлическом баке для отходов класса Г.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004071

1. 1. СанПиН 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод». 2. СанПиН 42-128-4690-88 «Санитарные правила содержания территорий населенных мест». 3. СанПиН 2.1.7.1287-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству почвы». 4. СанПиН 2.1.4.1074-01 «Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения».

2. Для приёмки пляжей в эксплуатацию создаются комиссии, в состав которых входят представители местного самоуправления, специалисты Роспотребнадзора и госинспекторы Государственной инспекции по маломерным судам МЧС России (ГИМС МЧС России). При проведении проверки готовности пляжа к сезону специалисты Роспотребнадзора оценивают благоустройство территории пляжа, качество воды в водоёме и питьевой воды в фонтанчиках (при их наличии), песка на пляже. Обращают внимание на то, как будет организована уборка территории пляжа, каким образом будут собираться и вывозиться отходы (расположение урн, контейнеров, наличие договоров на вывоз мусора), наличие общественных туалетов (их количество, расположение до мест купания), фонтанчиков с подводом питьевой воды (расстояние между ними, отвод воды); раздевалок. Обновлен ли к началу сезона песок на пляже, проведены ли дератизационные работы на пляже. По предписанию Роспотребнадзора специалисты ФБУЗ отбирают пробы песка на пляже и воды из водоема, фонтанчиков.

3. Качество воды водоёма не соответствует требованиям СанПиН 2.1.5.980-00 «Гигиенические требования к охране поверхностных вод» по микробиологическим показателям. Качество питьевой воды из фонтанчиков соответствует требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 «Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения».

4. Качество песка на пляже соответствует гигиеническим нормативам (СанПиН 2.1.7.1287-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству почвы»).

5. Пляж может быть принят в эксплуатацию как зона отдыха без купания. Администрации района расположения пляжа (если пляж муниципальный), или юридическому лицу, ИП должно быть дано предписание о необходимости установления на пляже таблички о том, что купаться на пляже запрещено.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004072

1. Плановая проверка плавательного бассейна осуществляется специалистами Управления Роспотребнадзора и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» на основании ежегодного плана проведения проверок. Проверяемые юридические лица и ИП должны быть уведомлены о проведении плановой проверки не позднее чем в течение трёх рабочих дней до начала её проведения посредством направления копии распоряжения о начале проведения плановой проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или иным доступным способом. При обследовании бассейна проверяются: выполнение мероприятий по устранению ранее выявленных недостатков, зафиксированных в акте, и ведение журнала регистрации результатов производственного лабораторного контроля; соблюдение организации движения посетителей; соответствие фактической численности посетителей санитарно-гигиеническим требованиям; медицинские книжки о прохождении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров; наличие правил пользования бассейном для посетителей; работа душевых сеток и ножных ванн, а также состояние трапов для отвода стоков в душевых, туалетах, на обходных дорожках; полнота наполнения ванны бассейна водой; наличие актов обследования эффективности работы системы вентиляции специализированной лабораторией; наличие учета промывки фильтров при рециркуляционной системе.

2. Распоряжение о проведении проверки. Акт проверки. Предписание. Протокол отбора образцов (проб) продукции, объектов окружающей среды и производственной среды. Должностное лицо Роспотребнадзора вносит в журнал учёта проверок запись о проведённой проверке. В случае выявленных нарушений составляется протокол об административном правонарушении (ст. 6.4).

3. Качество воды в плавательном бассейне не соответствует требованиям СанПиН 2.1.2.1188-03 «Плавательные бассейны. Гигиенические требования к устройству, эксплуатации и качеству воды. Контроль качества» по показателям эпидемической безопасности.

4. В рамках производственного контроля, наряду с определением остаточного хлора и температуры воды, должны проводиться исследования органолептических свойств воды (мутность, цветность, запах) 1 раз в сутки, 2 раза в месяц вода должна исследоваться по микробиологическим показателям (ОКБ, ТКБ, колифаги, золотистый стафилококк), паразитологическим – 1 раз в квартал, смывы на присутствие ОКБ и обсемененность я/г – 1 раз в квартал, хлороформ – 1 раз в месяц. Эффективность работы системы вентиляции должна оцениваться каждый год, в журнале регистрации результатов производственного контроля должны быть указаны даты промывки фильтров.

5. Должно быть выдано предписание о необходимости проведения промывки фильтров, увеличения объёма подаваемой свежей воды, повышения дозы обеззараживающего агента. Следует провести генеральную уборку и дезинфекцию помещений, инвентаря. Программу производственного контроля необходимо привести в соответствие с СанПиН 2.1.2.1188-03. На юридическое лицо должен быть составлен протокол об административном правонарушении (ст. 6.4. КоАП), а также протокол о временном запрете деятельности (ч.1 ст. 3.12. КоАП РФ, т.к. имеется угроза жизни и

здоровью людей). Срок временного приостановления деятельности не должен превышать 5 суток. Материалы дела должны быть переданы в суд с целью административного приостановления деятельности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004100

1. Для полноты характеристики организации образовательной деятельности необходимы данные о часах внеурочной деятельности, времени начала занятий, распределении времени каникул в течение года, наличии ступенчатого режима для первоклассников. Нарушения в организации образовательной деятельности: превышение недельной учебной нагрузки в 10 классах, составление расписания в 10 классах без учёта кривой работоспособности, нерациональное построение урока, отсутствие физкультминуток.

2. Урок математики в расписании поставлен без учёта дневной динамики работоспособности, оптимально 2-4 уроки. Сдвигание допускается. Число видов учебной деятельности недостаточно, необходимо не менее 4. Одного вида преподавания недостаточно, должна быть не менее 3. Эмоциональных разрядок должно быть 1-2. Отсутствуют физкультминутки. Плотность урока не превышает допустимую – 80%.

3. К концу урока число знаков уменьшилось на 16%, число ошибок возросло на 0,6, что свидетельствует о выраженном утомлении.

4. Административный регламент выполнен по следующим данным. Плановая проверка проведена на основании плана работы Роспотребнадзора, издан приказ- распоряжение. Результаты проверки оформлены в соответствии с регламентом - в виде акта проверки. Нарушен срок извещения о проверке (1 день вместо 3).

5. Уменьшить недельную образовательную и дневную нагрузки в 10 классе. Пересмотреть расписание для 10 класса с учётом дневной и недельной динамики работоспособности учащихся. Проводить на уроках физкультминутки. Ответственность за исполнение мероприятий возлагается на руководителя организации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004101

1. Оценка условий показала, что размещение в здании спортивного зала оптимально. Помещения для занятий младшего школьного возраста должны размещаться не выше третьего этажа здания. Площади указанных помещений достаточны. Микроклимат в обоих помещениях не соответствует требованиям санитарных правил.

2. Занятия в группе, кружке продолжаются дольше, чем разрешается санитарными правилами. Занятие в спортивно-оздоровительной группе заканчивается поздно при должном не позднее 20 часов.

3. Для определения противопоказаний к занятиям в спортивно-оздоровительных группах, определения группы физического воспитания используют показатели: состояние здоровья; физическое развитие; функциональное состояние различных органов и систем; физическую подготовленность.

4. В состоянии здоровья обучающегося возможен риск отклонений со стороны нервно-психической сферы, опорно-двигательного аппарата, системы терморегуляции.

5. Основные нарушения в организации дополнительного образования для

составления экспертного заключения: нерациональное размещение помещений по этажам; несоблюдение воздушно-теплого режима; нарушение режима работы кружков и спортивно-оздоровительных групп; нарушение регламента допуска к занятиям в спортивно-оздоровительных группах.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004108

1. Отсутствует: сведения об авторах, заглавие серии, номер выпуска серии, имя издателя и его адрес, год выпуска издания, дата подписания в печать, формат издания, гарнитура шрифта основного текста, вид печати, тираж, номер заказа полиграфического предприятия.

2. Твёрдый переплет учебника и использование припрессованной плёнки обеспечивает долгий срок пользования и удобство при ответе стоя. Бесшвейное клеевое скрепление страниц для учебников не допускается из-за быстрого разъединения страниц. Масса учебника на 100 грамм больше нормы, что может привести к увеличению массы переносимого ранца. Допускается чёрный цвет основного текста учебника. Дополнительный текст должен отсутствовать.

3. При печати учебника по гуманитарным дисциплинам для учеников 3-4 классов кегль шрифта должен составлять 14 пунктов, используется шрифт из группы рубленных нормального начертания, что соответствует гигиеническим требованиям. Малый кегль шрифта 12 пунктов снижает удобочитаемость и повышает величину нагрузки на зрительный анализатор, повышает риск развития миопии.

4. Набор учебников для начальных классов проводится в одну колонку, размер корешкового поля - 27 мм, верхнее и нижнее поля - 16 мм, наружное поле – 15 мм позволяет выделить текст на странице. Увеличение интерлиньяжа 2 пункта позволит быстро отыскивать новую строку, длина строки - 110 мм. Длина строки соответствует возрастной организации движения глаз. Расположение текста на странице создает условия для удобочитаемости текста. В учебнике отсутствует потеря элементов изображения, смазывание, забитых краской участков букв, сдвоенная печать, что обеспечит видимость текста. Выполнение требований к набору и печати учебника снижает величину зрительной нагрузки.

5. Размер шрифта не соответствует государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам СанПиН 2.4.7.1166-02 Гигиенические требования к изданиям учебным для общего и начального профессионального образования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004110

1. Законодательными документами являются ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ», законодательным и нормативным документом - Технический регламент Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков», методическими документами - методические указания «Гигиеническая оценка одежды для детей, подростков и взрослых», методические указания, рекомендации, ГОСТы на методы испытаний, для проведения санитарно-химического исследования необходима также нормативно-техническая

документация на продукцию с указанием химического состава сырья и красителей.

2. Основные направления оценки безопасности детской одежды: идентификация продукции (определение возрастной адресованности и слоя одежды); санитарно-химическое исследование (определение миграции химических веществ в модельные среды - водную и воздушную среды); санитарно-токсикологические исследования (определение индекса токсичности – интегрального показателя воздействия вредных веществ на биологические тест объекты); физико-гигиенические исследования (определение гигроскопичности, воздухопроницаемости и напряженности электростатического поля); определение устойчивости окраски к воздействию (стирке, поту, сухому трению); оценка конструкции одежды.

3. Конструкция ползунков для новорождённого не соответствует требованиям технического регламента, так как соединительные швы с обмётыванием срезов в бельевых изделиях для новорождённых должны быть выполнены на лицевую сторону, для исключения раздражения швами кожных покровов новорождённого ребёнка.

4. Исследованный образец ползунков для новорождённого не соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков» по следующим показателям: индексу токсичности, массовой доле свободного формальдегида, экстрагируемому кобальту, устойчивости окраски к стирке, конструкции одежды.

5. Реализация детской одежды без документов о соответствии требованиям технического регламента и маркировки единым знаком обращения продукции на рынке государств-членов Таможенного союза запрещена. Реализация детской одежды должна осуществляться в помещениях архитектурно - планировочного решения, санитарное состояние и содержание которых соответствует требованиям санитарного законодательства. Продавцы должны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию, иметь личную медицинскую книжку.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004111

1. Организацию и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в семейном очаге ХВГВ осуществляют специалисты территориальной медицинской организации. Эпидемиологическое обследование семейного очага проводят специалисты органа, уполномоченного осуществлять территориальный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2. Врач, проводивший обследование, направляет мужчину с положительным результатом скринингового исследования в медицинскую организацию по месту жительства или территориальный гепатологический центр для постановки на диспансерный учёт, проведения комплексного клинико-лабораторного обследования, установления диагноза, решения вопроса о госпитализации, определения тактики лечения, консультирования.

3. План противоэпидемических мероприятий: мероприятия, направленные на источник инфекции: клинико-лабораторное обследование больного при

постановке диагноза (в процессе клинико-лабораторного обследования выявляют серологические

маркеры инфицирования вирусом гепатита В и ДНК вируса гепатита В, которые подкрепляются биохимическими показателями (активность АлАт, АсАт), др.; госпитализация (больной подлежит госпитализации в период обострения); обеспечение индивидуальными предметами личной гигиены (больному выделяют индивидуальные предметы личной гигиены (зубные щетки, мочалки, бритвенные, маникюрные приборы и др.), постельное белье); консультирование (при каких условиях больной может стать опасным для окружающих, какие меры необходимы для предупреждения заражений, др.).

2. Мероприятия на разрыв механизма передачи: до госпитализации больного проводят текущую дезинфекцию, после госпитализации больного – заключительную дезинфекцию (обеззараживанию подвергаются все предметы и вещи, которые могли быть загрязнены кровью больного и выделениями, секретами, содержащими кровь). 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление и учёт их в специальном листе наблюдения; медицинский осмотр и лабораторное обследование с выявлением HBsAg, анти-HBs. Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат; консультирование (информирование об основных правилах безопасного поведения и личной профилактики).

4. Медицинское наблюдение за очагом ХВГВ проводится в течение всего срока наличия источника инфекции; завершается через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного ХВГВ.

5. Медицинский работник с диагнозом ХВГС не допускается к выполнению работ, связанных с заготовкой, переработкой и хранением донорской крови и её компонентов. Рекомендации: мужчина может работать на должностях среднего медицинского персонала строго соблюдая правила личной гигиены, направленные на предупреждение заражения пациентов и отстранением от работы при нарушении целостности кожных покровов рук. Все парентеральные манипуляции им должны проводиться в резиновых перчатках.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004112

1. Специалисты территориальной медицинской организации осуществляют организацию и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в семейном очаге ОГВ. Эпидемиологическое обследование семейного очага проводят специалисты органа, уполномоченного осуществлять территориальный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2. План противоэпидемических мероприятий: мероприятия, направленные на источник инфекции: госпитализация (больной ОГВ подлежит обязательной госпитализации в инфекционный стационар); обеспечение индивидуальными предметами личной гигиены (больному выделяют индивидуальные предметы личной гигиены (зубные щетки, мочалки, бритвенные, маникюрные приборы и др.), постельное белье); консультирование, которое включает разъяснения, при каких условиях больной может стать опасным для окружающих, какие меры необходимы для предупреждения заражений и др. Мероприятия на разрыв механизма передачи: до госпитализации больного проводят текущую дезинфекцию, после госпитализации больного – заключительную дезинфекцию (обеззараживанию подвергаются все предметы и вещи, которые могли быть загрязнены кровью больного и выделениями, секретами, содержащими кровь). Комплекс

мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление и учёт их в специальном листе наблюдения; медицинское наблюдение сроком 6 месяцев с момента госпитализации больного; медицинский осмотр и лабораторное обследование с определением активности АлАТ и выявлением HBsAg, анти-HBs при выявлении очага; в дальнейшем: осмотр контактных в очаге ОГВ врачом проводится 1 раз в 2 месяца с определением активности АлАТ и выявлением HBsAg, анти-HBs (лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат); отстранение от сдачи крови студентки медицинского университета; специфическая профилактика (медицинскому работнику, получившему полный курс вакцинации против гепатита В более 5 лет назад, рекомендована ревакцинация путем введения одной бустерной дозы препарата согласно наставлению по его применению: МУ 3.1.2792-10. 3.1.; консультирование (информирование об основных правилах безопасного поведения и личной профилактики); медицинское наблюдение завершается через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного.

3. Список лиц, которые не допускаются к донорству с целью профилактики посттранфузионного гепатита В: перенесшие в прошлом гепатит В независимо от давности заболевания и этиологии; с наличием маркеров вируса гепатита В в сыворотке крови; с хроническими заболеваниями печени, в том числе токсической природы и неясной этиологии;— с клиническими и лабораторными признаками патологии печени; лица, считающиеся контактными с больными острым и хроническим гепатитом В, «носителями» HBsAg;— имеющие за последние 6 месяцев переливания крови и ее компонентов; перенесшие оперативные вмешательства, в том числе аборт, в период до 6 месяцев со дня оперативного вмешательства; наносившие татуировки или лечившиеся иглоукалыванием в течение 6 месяцев с момента окончания процедур.

4. В качестве средств экстренной профилактики гепатита В используют специфический иммуноглобулин, содержащий высокие титры анти-HBs, и вакцину против гепатита В.

5. Мероприятия, которые по клинико-эпидемиологическим показаниям будут проведены в отношении лица, перенесшего ОГВ, после выписки из стационара: диспансерное наблюдение в медицинской организации по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре в течение 6 месяцев; клинико-лабораторное обследование через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004113

1. Специалисты территориальной медицинской организации осуществляют организацию и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в семейном очаге гепатита В. Эпидемиологическое обследование проводят специалисты органа, уполномоченного осуществлять территориальный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2. Две основные группы путей передачи гепатита В: естественные пути передачи (перинатальный, половой, контактно-бытовой) и искусственные/искусственные пути передачи (парентеральный, трансфузионный, трансплантационный, др.). Наиболее вероятный путь передачи вируса гепатита В —искусственный, связанный с нарушением

целостности кожных покровов (лечение иглоукалыванием).

3. План противоэпидемических мероприятий: мероприятия, направленные на источник инфекции: клинико-лабораторное обследование при постановке диагноза (в процессе клинико-лабораторного обследования выявляют серологические маркеры инфицирования вирусом гепатита В и ДНК вируса гепатита В, которые подкрепляются биохимическими показателями (активность АлАт, АсАт.), др.; госпитализация (вирусоносители госпитализации не подлежат); обеспечение индивидуальными предметами личной гигиены (больному выделяют индивидуальные предметы личной гигиены (зубные щетки, мочалки, бритвенные, маникюрные приборы и др.), постельное белье); консультирование (при каких условиях больной может стать опасным для окружающих, какие меры необходимы для предупреждения заражений и др.). 2. Мероприятия на разрыв механизма передачи: текущая дезинфекция под руководством медицинского работника (обеззараживанию подвергаются все предметы и вещи, которые могут быть загрязнены кровью и выделениями, содержащими кровь). 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление и учёт их в специальном листе наблюдения; медицинское наблюдение – в течение всего срока наличия источника инфекции, медицинский осмотр и лабораторное обследование с выявлением HBsAg, анти- HBs; специфическая профилактика (вакцинация мужа по схеме 0-1-6); консультирование (информирование об основных правилах безопасного поведения и личной профилактики).

4. Внутриутробное заражение плода происходит редко - не более чем в 2%. Частота перинатального заражения зависит от присутствия HBeAg в крови матери, при наличии которого инфицирование детей достигает 85 - 100%. Лабораторные маркеры, которые свидетельствуют в пользу высокого риска перинатального инфицирования: HBeAg, ДНК ВГВ в крови матери.

5. Вакцинацию ребёнка с перинатальным контактом по ГВ проводят по схеме 0–1–2–12. Заболевание матери не является противопоказанием для грудного вскармливания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004114

1. О каждом впервые выявленном случае гепатита С (подозрительном и (или) подтвержденном) медицинские работники МО независимо от форм собственности, а также медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, обязаны в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов направить в письменной форме экстренное извещение по установленной форме в орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления случая заболевания (независимо от места проживания больного).

2. Указанный случай острого гепатита С подлежит статистическому учёту и регистрации в системе эпидемиологического надзора, поскольку квалифицирован как «подтвержденный случай», т.е. установлено наличие РНК вируса гепатита С в сыворотке/ плазме крови.

3. План противоэпидемических мероприятий: мероприятия, направленные на источник инфекции: клинико-лабораторное обследование при постановке диагноза с исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие anti-HCV IgG и РНК вируса

гепатита С; обеспечение индивидуальными предметами личной гигиены (больному выделяют индивидуальные предметы личной гигиены, постельное белье); госпитализация по клиническим показаниям; консультирование, которое включает разъяснения, при каких условиях больной может стать опасным для окружающих, какие меры необходимы для предупреждения заражений; через 6 месяцев после выявления заболевания – клинический осмотр и лабораторное обследование с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие РНК вируса гепатита С; дальнейшая тактика ведения реконвалесцента зависит от результатов обследования. 2. Мероприятия на разрыв механизма передачи: текущая дезинфекция (дезинфекции подвергаются индивидуальные предметы личной гигиены больного, а также поверхности и вещи в случае их контаминации кровью или другими биологическими жидкостями); 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление и учёт (в листе наблюдения за контактными); медицинский осмотр при выявлении очага; лабораторное обследование на наличие anti- HCV IgG и РНК вируса гепатита С при выявлении очага и далее однократно через 30 дней; консультирование (информирование об основных правилах безопасного поведения и личной профилактики); наблюдение за контактными лицами (6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного гепатитом С).

4. Основные группы путей передачи гепатита С: естественные пути передачи (перинатальный, половой, контактно-бытовой) и искусственные/ искусственные пути передачи (парентеральный, трансфузионный, трансплантационный, др.). Наиболее вероятный путь передачи вируса гепатита С – искусственный, связанный с нарушением целостности кожных покровов в процессе нанесения татуировки.

5. Риск перинатального инфицирования ребенка в целом не превышает 5 %, однако при высоких концентрациях вируса гепатита С в сыворотке крови матери вероятность инфицирования новорождённого значительно возрастает. Наличие РНК вируса гепатита С не является противопоказанием для естественных родов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004115

1. О каждом впервые выявленном случае гепатита С (подозрительном и (или) подтвержденном) медицинские работники МО независимо от форм собственности, а также медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, обязаны в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов направить в письменной форме экстренное извещение по установленной форме в орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления случая заболевания (независимо от места проживания больного).

2. Указанный случай хронического гепатита С подлежит статистическому учёту и регистрации в системе эпидемиологического надзора, поскольку квалифицирован как «подтверждённый случай», т.е. установлено наличие РНК вируса гепатита С в сыворотке/ плазме крови.

3. План противоэпидемических мероприятий: 1. Мероприятия, направленные на источник инфекции:– комплексное клинико-лабораторное обследование при постановке диагноза с исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие anti-HCV IgG и РНК

вируса гепатита С; обеспечение индивидуальными предметами личной гигиены (больному выделяют индивидуальные предметы личной гигиены, постельное белье); госпитализация по клиническим показаниям; консультирование, которое включает разъяснения, при каких условиях больной может стать опасным для окружающих, какие меры необходимы для предупреждения заражений; диспансерное наблюдение не реже одного раза в 6 месяцев с проведением комплексного клинико-лабораторного обследования с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие РНК вируса гепатита С. Мероприятия на разрыв механизма передачи: текущая дезинфекция (дезинфекции подвергаются индивидуальные предметы личной гигиены больного, а также поверхности и вещи в случае их контаминации кровью или другими биологическими жидкостями). 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление и учёт (в листе наблюдения за контактными); медицинский осмотр при выявлении очага и лабораторное обследование на наличие anti-HCV IgG и РНК вируса гепатита С; консультирование, информирование об основных правилах безопасного поведения и личной профилактики; наблюдение в течение всего срока наличия источника инфекции; завершается через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного гепатитом С.

4. Основные группы путей передачи гепатита С: естественные пути передачи (перинатальный, половой, контактно-бытовой) и искусственные/искусственные пути передачи (парентеральный, трансфузионный, трансплантационный, др.). Ведущее эпидемиологическое значение при гепатите С имеют искусственные/искусственные пути передачи возбудителя, которые реализуются при проведении немедицинских манипуляций, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек.

5. Медицинский работник с диагнозом хронический гепатит С не допускается к выполнению работ, связанных с заготовкой, переработкой и хранением донорской крови и её компонентов. Рекомендации: мужчина может работать на должностях среднего медицинского персонала строго соблюдая правила личной гигиены, направленные на предупреждение заражения пациентов и отстранением от работы при нарушении целостности кожных покровов рук. Все парентеральные манипуляции им должны проводиться в резиновых перчатках.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004116

1. О подозрительном на острый гепатит С случай медицинский работник обязан в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов направить в письменной форме экстренное извещение по установленной форме в орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления случая заболевания (независимо от места проживания больного)

2. В системе эпидемиологического надзора в настоящее время учёту и регистрации подлежат: острый гепатит С и хронический гепатит С.

3. План противоэпидемических мероприятий: 1. Мероприятия, направленные на источник инфекции: больной ХГС находится на диспансерном наблюдении у врача-инфекциониста в медицинской организации по месту жительства и регулярно проходит

(не реже одного раза в 6 месяцев) комплексное клинико-лабораторного обследование с исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие РНК вируса гепатита С; госпитализация больного ХГС проводится по клиническим показаниям; беременная женщина с anti-HCV IgG в сыворотке (плазме) крови при отсутствии РНК вируса гепатита С подлежит динамическому наблюдению в течение 2 лет и обследованию на наличие anti-HCV IgG и РНК вируса гепатита С не реже одного раза в 6 месяцев; наблюдение беременной женщины с anti-HCV IgG в сыворотке (плазме) крови осуществляется врачом-инфекционистом в медицинской организации по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре совместно с врачом женской консультации – консультирование, информирование о рисках перинатальной передачи вируса от матери ребенку. 2. Мероприятия на разрыв механизма передачи: текущая дезинфекция (дезинфекции подвергаются индивидуальные предметы личной гигиены больного (лица с подозрением на острый гепатит С), а также поверхности и вещи в случае их контаминации кровью или другими биологическими жидкостями. 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: наблюдение за очагом в течение всего срока наличия источника инфекции.

4. Естественные пути передачи (перинатальный, половой, контактно-бытовой) и искусственные/искусственные пути передачи (парентеральный, трансфузионный, трансплантационный, д р.). Наиболее вероятные пути инфицирования беременной женщины, проживающей в очаге ХГВ, – половой, контактно-бытовой

5. Наличие РНК вируса гепатита С не является противопоказанием для естественных родов. Риск перинатального инфицирования ребенка в целом не превышает 5 %, однако при высоких концентрациях вируса гепатита С в сыворотке крови матери вероятность инфицирования новорожденного значительно возрастает.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004117

1. Медицинский работник территориальной медицинской организации направляет ВИЧ-позитивного пациента в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию, осуществляющую организационно-методическую работу по проведению диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции с целью установления диагноза ВИЧ-инфекции, своевременного назначения лечения, оказания медицинской и психологической помощи, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции, проведения эпидемиологического расследования

2. Задачами эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции являются: выявление источника инфекции; выявление путей и факторов передачи ВИЧ; определение границ очага ВИЧ-инфекции; выявление контактных; выявление зараженных лиц среди контактировавших; обучение зараженных ВИЧ и контактировавших в очаге ВИЧ-инфекции противоэпидемическим и профилактическим мероприятиям; получение дополнительных данных об эпидемиологии ВИЧ-инфекции на территории, где проводится эпидемиологическое расследование.

3. План противоэпидемических мероприятий: 1. Мероприятия, направленные на источник инфекции: установление диагноза ВИЧ-инфекции; проведение

консультирования, направленного на формирование и поддержание у ВИЧ-инфицированного установок ответственного поведения и сознательного избегания риска дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции; специфическая терапия антиретровирусными препаратами по назначению врача; направление на обследование ИППП и при необходимости лечение; в случае установления факта употребления наркотических препаратов и наркозависимости, направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение, консультирование и обучение безопасному или менее опасному поведению. 2. Мероприятия на разрыв механизма передачи: реализация практик безопасного или менее опасного поведения в плане заражения ВИЧ-инфекцией. 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление всех лиц, контактировавших с ВИЧ-инфицированным; консультирование и обучение безопасному или менее опасному поведению; тестирование на ВИЧ через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта с ВИЧ-инфицированным, в последующем при сохранении риска заражения (постоянные половые партнеры, др.) – 1 раз в 6 месяцев.

4. В основе организации диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных лежит принцип добровольности; ВИЧ-инфицированные имеют право на отказ от обследования и лечения, равно как и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору, выраженному в письменной форме.

5. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. От 18.07.2011) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». На основании наличия ВИЧ-инфекции не допускаются увольнение с работы, отказ в приёме на работу, отказ в приёме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено Федеральным законом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004118

1. Заключение о положительном результате исследования крови на ВИЧ из референс-лаборатории передается в скрининговую лабораторию и/или медицинскую организацию, направившую материал на исследование, а также экстренное извещение об инфекционном заболевании (№ 058/у) передается в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а оперативное донесение (№ 286/у-88) в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

2. Медицинский работник предоставляет информацию о положительном результате лабораторного исследования на ВИЧ в форме послетестового консультирования. Вопросы, которые подлежат обсуждению: стандартные вопросы (ВИЧ-инфекция, пути передачи, др.), значение полученного результата тестирования на ВИЧ; необходимость дополнительного обследования; гарантии оказания медицинской помощи, лечения; поведение инфицированного, исключающее распространение ВИЧ-инфекции, ответственность за поставление в опасность заражения, либо заражение другого лица; возможность передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку во время беременности, родов и

грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку, доступные беременным женщинам; возможность информирования о результатах теста полового партнера, родственников; безопасные практики полового поведения.

3. Медицинские организации, специалисты которых осуществляют медицинское наблюдение беременной женщины с диагнозом ВИЧ-инфекция: Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации, женская консультация по месту жительства пациентки. При невозможности направления (наблюдения) беременной женщины в Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации наблюдение осуществляет врач-акушер-гинеколог по месту жительства при методическом и консультативном сопровождении врача-инфекциониста Центра профилактики и борьбы со СПИД.

4. План противоэпидемических мероприятий: 1. Мероприятия на источник инфекции:– установление диагноза ВИЧ-инфекции; проведение консультирования, направленного на формирование и поддержание установок ответственного поведения и сознательного избегания риска дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции; антиретровирусные препараты с 14 недели беременности для профилактики передачи ВИЧ ребёнку, при необходимости раньше (на основании клинико-лабораторного обследования и состояния здоровья самой женщины); направление на обследование ИППП, др. сопутствующих заболеваний и при необходимости лечение, в случае установления факта употребления наркотических препаратов и наркозависимости направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение; консультирование и обучение безопасному или менее опасному поведению. 2. Мероприятия на разрыв механизма передачи: реализация практик безопасного или менее опасного поведения в плане заражения ВИЧ-инфекцией. 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление всех лиц, контактировавших с ВИЧ-инфицированным; консультирование и обучение безопасному или менее опасному поведению; тестирование на ВИЧ через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта с ВИЧ-инфицированным; при сохранении риска заражения (постоянные половые партнеры, др.) – 1 раз в 6 месяцев.

5. Химиопрофилактика женщине (в периоде беременности, в периоде родов); щадящее ведение родов; санитарная обработка родовых путей; кесарево сечение у ВИЧ-инфицированных женщин с высокой вирусной нагрузкой в родах; химиопрофилактика новорождённому; отказ от грудного вскармливания младенца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004119

1. Тактика врача – правильная. Использован экспресс-метод обследования на ВИЧ. Результаты предварительные. Требуется параллельное исследование классическим методом.

2. Вопросы, которые подлежат обсуждению во время проведения послетестового консультирования: стандартные вопросы (ВИЧ-инфекция, пути передачи, др.), значение полученного результата тестирования на ВИЧ; необходимость дополнительного обследования; гарантии оказания медицинской помощи, лечения; возможность передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку во время беременности, родов и грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку; отказ

от грудного вскармливания; необходимость дальнейшего врачебного наблюдения женщины и ребенка; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников; обсуждение безопасного поведения. При послетестовом консультировании женщины необходимо рекомендовать ей как можно быстрее обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для дополнительного обследования, а возможно, и назначения противоретровирусной терапии по состоянию здоровья самой женщины.

3. Мероприятия, направленные на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребёнку: химиопрофилактика женщине (в период беременности, в период родов); ведение родов, учитывая рекомендации по снижению риска заражения ВИЧ ребёнка в период родов; санитарная обработка родовых путей; кесарево сечение у ВИЧ-инфицированных женщин с высокой вирусной нагрузкой в родах; химиопрофилактика новорождённому; отказ от грудного вскармливания младенца.

4. «Приверженность к лечению» – это степень соответствия поведения пациентки относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни. Таким образом, приверженность к лечению означает, что пациентка: (1) вовремя принимает лекарство; (2) принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе; (3) соблюдает рекомендации по диете.

5. Показания к назначению химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку во время родов: ВИЧ-инфекция у беременной; положительный результат экспресс- тестирования—эпидемиологические показания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K004120

1. Заключение о положительном результате исследования крови на ВИЧ из референс-лаборатории передается в скрининговую лабораторию и/или медицинскую организацию, направившую материал на исследование, а также экстренное извещение об инфекционном заболевании (№ 058/у)

передается в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а оперативное донесение (№ 286/у-88) в Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД.

2. Медицинский работник предоставляет информацию о положительном результате лабораторного исследования на ВИЧ в форме послетестового консультирования. Вопросы, которые подлежат обсуждению: стандартные вопросы (ВИЧ-инфекция, пути передачи, диагностика, лечение); значение полученного результата тестирования на ВИЧ; необходимость дополнительного обследования; гарантии оказания медицинской помощи, лечения; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников; риски передачи ВИЧ- инфекции, опасность инфицирования постоянного полового партнера; поведение инфицированного, исключаящее распространение ВИЧ-инфекции. При послетестовом консультировании необходимо рекомендовать мужчине как можно быстрее обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для дополнительного обследования, а возможно, и назначения противоретровирусной терапии по состоянию здоровья.

3. Результаты исследования на ВИЧ по телефону, электронной почте, путем СМС-информирования не сообщаются.

4. План противоэпидемических мероприятий: 1. Мероприятия на источник инфекции: установление диагноза ВИЧ-инфекции; проведение консультирования, направленного на формирование и поддержание установок ответственного поведения и сознательного избегания риска дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции; специфическая терапия антиретровирусными препаратами по показаниям; направление на обследование ИППП, др. сопутствующих заболеваний и при необходимости лечение; в случае установления факта употребления наркотических препаратов и наркозависимости направление потребителей инъекционных наркотиков на лечение, консультирование и обучение безопасному или менее опасному поведению, использование презервативов при половых контактах. 2. Мероприятия на разрыв механизма передачи: реализация практик безопасного или менее опасного поведения в плане заражения ВИЧ-инфекцией. 3. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц в очаге: выявление всех лиц, контактировавших с ВИЧ-инфицированным; консультирование и обучение безопасному или менее опасному поведению; тестирование на ВИЧ через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта с ВИЧ-инфицированным; при сохранении риска заражения (постоянные половые партнеры, др.) – 1 раз в 6 месяцев.

5. Медицинский работник, который проводит эпидемиологическое расследование, не имеет права передать сведения о диагнозе ВИЧ-инфекции жене ВИЧ-инфицированного без его согласия. Предоставление сведений о диагнозе ВИЧ-инфекции без согласия гражданина или его законного представителя допускается по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет для информирования его родителей или законных представителей; в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003691

1. При изучении условий труда шлифовальщиц установлено, что параметры микроклимата не соответствуют санитарным нормам, т.к. температура воздуха превышена на 0,5°C, скорость движения воздуха на рабочих местах (0,7 м/с) превышает регламентируемую на 0,4 м/с.

2. Величина широкополосного низко-, средне- и высокочастотного шума на рабочих местах выше ПДУ: эквивалентный уровень звука на 3 дБА, а уровни звукового давления в пределах октавных частот 250, 500, 1000, 2000, 4000 Гц соответственно на 2, 2, 5, 6, 3 дБ.

3. Эквивалентный скорректированный уровень виброскорости превышает ПДУ на 2 дБ и на 3 дБ в октавной полосе частот 500 Гц.

4. Среднесменная концентрация пыли стекла (силикатсодержащей пыли) в воздухе рабочей зоны (17,3 мг/м³) превышает ПДКсс в 4,3 раза.

5. Все шлифовальные круги оборудованы местной вытяжной системой вентиляции, однако скорость воздуха в рабочих проемах кожухов (0,5 м/с) намного ниже

рекомендуемой скорости удаляемого воздуха (2 м/с).