
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 августа 2010 года № 661

Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении больных вирусными гепатитами»

В соответствии с подпунктом 26) статьи 145 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении больных вирусными гепатитами».

2. Комитету государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Оспанов К.С.) обеспечить государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмильдин Ф.Б.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Признать утратившим силу приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 декабря 2008 года № 684 «О мерах по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5500, опубликован в газете «Юридическая газета» от 3 июля 2009 года № 100 (1697)).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Каирбекову С.З.

6. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр

Ж. Доскалиев

Утверждены приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 августа 2010 года № 661

**Санитарные правила
«Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении
больных
вирусными гепатитами»**

1. Общие требования

1. Настоящие санитарные правила устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий,

которые обеспечивают предупреждение возникновения и распространения острых и хронических вирусных гепатитов (далее - вирусных гепатитов).

2. В настоящих санитарных правилах использованы следующие понятия:

1) инкубационный период - отрезок времени от момента попадания вируса в организм до проявления симптомов болезни;

2) острый вирусный гепатит (А, Е, В, С, Д) - острое воспаление печени с длительностью меньше 6 месяцев, при наличии специфических маркеров;

3) обследование по эпидемиологическим показаниям - обследование лиц на основе полученной информации о вирусных гепатитах, обусловленной эпидемиологической ситуацией на определенной территории, среди отдельных групп населения и при проведении эпидемиологического расследования каждого случая вирусного гепатита (для выявления факторов риска заражения, путей передачи и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий);

4) очаг вирусного гепатита - место пребывания больного вирусным гепатитом с окружающей его территорией в тех пределах, в которых вирус способен передаваться от больного к восприимчивым людям;

5) парентеральный механизм - передача инфекции при переливании крови, инъекциях и других манипуляциях, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов и слизистых, а также от матери ребенку при прохождении через родовые пути;

6) ремиссия - этап течения болезни, характеризующийся временным ослаблением или исчезновением ее проявлений;

7) энтеральный механизм - передача инфекции через желудочно-кишечный тракт. Вирус проникает в организм с загрязненной водой, пищевыми продуктами, через грязные руки.

3. Выявление больных или подозрительных на вирусные гепатиты проводится медицинскими работниками медицинских организаций, независимо от форм собственности во время амбулаторных приемов, госпитализации в стационар, посещений на дому, при медицинских осмотрах, диспансеризации и других посещениях медицинских организаций.

4. Диагностика, лечение и диспансеризация больных вирусными гепатитами проводится в соответствии с требованиями по клинике, лабораторной диагностике, лечению и диспансеризации больных при вирусных гепатитах согласно приложению к настоящим санитарным правилам.

5. Регистрация и учет вирусных гепатитов проводится по месту регистрации заболевания, независимо от места постоянного жительства, гражданства и заражения больного согласно Правилам регистрации, ведения учета случаев инфекционных и паразитарных заболеваний среди населения Республики Казахстан, а также ведения отчетности по ним, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 706 «О некоторых вопросах регистрации инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5908).

6. При регистрации вирусных гепатитов специалистами государственных органов санитарно-эпидемиологической службы проводится эпидемиологическое обследование очагов больных вирусными гепатитами и эпидемиологическое расследование каждого случая острых вирусных гепатитов В и С, хронического вирусного гепатита С и впервые выявленного хронического вирусного гепатита В, выявление путей передачи и оценка факторов риска заражения в медицинских и других организациях согласно Правилам расследования случаев инфекционных и паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений населения, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 705 «Об установлении Правил расследования случаев инфекционных и паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений населения»

(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5907).

7. Выявленные больные вирусными гепатитами направляются в медицинские организации для обследования и лечения.

8. В очагах вирусных гепатитов проводятся дезинфекционные мероприятия.

2. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при вирусных гепатитах А и Е с энтеральным механизмом передачи

9. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при вирусных гепатитах А и Е с энтеральным механизмом передачи (далее - ВГА и ВГЕ) включают:

1) улучшение санитарного состояния населенных мест, обеспечение населения доброкачественной питьевой водой;

2) обеспечение надлежащих санитарно-гигиенических условий в организациях дошкольного воспитания и обучения, организациях начального, основного среднего образования для профилактики контактно-бытового пути передачи инфекции, обратив особое внимание на создание питьевого режима (бутилированная вода, индивидуальные или одноразовые стаканы) и условий для соблюдения личной гигиены (мыло, туалетная бумага, бумажные полотенца);

3) обеспечение соблюдения санитарно-гигиенических требований при ежедневной текущей уборке на объектах общественного питания, санитарных узлах, классных комнатах и рекреациях, проведение которой возложено на технический персонал;

4) недопущение привлечения обучающихся в организациях начального, основного среднего образования к проведению уборки помещений школы.

10. Специфическая профилактика ВГА - вакцинация.

11. Специфическая профилактика ВГЕ отсутствует.

12. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГА:

1) дети в возрасте 2-х лет;

2) контактные лица в очагах ВГА в возрасте до 14 лет включительно, в первые 2 недели со дня контакта;

3) дети до 14 лет, больные хроническими вирусными гепатитами В и С в период ремиссии.

13. Вакцинация проводится 2-хкратно с интервалом в 6 месяцев. Побочные реакции на введение вакцины не характерны. Разрешается вводить вакцину против ВГА одновременно с другими вакцинами, при условии их отдельного введения.

14. Мероприятия в очагах больных ВГА и ВГЕ:

1) контактные лица подлежат медицинскому наблюдению в течение 35 дней со дня разобщения с больным с еженедельным врачебным осмотром (опрос, осмотр кожи и слизистых, термометрия, пальпация печени);

2) в период наблюдения не допускается прием новых детей и перевод контактных лиц в другие группы, палаты или учреждения, отменяется кабинетная система обучения для класса, где зарегистрированы случаи заболевания. При вспышечной заболеваемости - кабинетная система обучения прекращается по всей организации начального и основного среднего образования на время инкубации со дня регистрации последнего случая;

3) лабораторные обследования контактных лиц на биохимические анализы крови назначаются врачом при наличии клинических показаний;

4) очаговая заключительная дезинфекция проводится в организациях дошкольного воспитания и обучения, организациях начального и основного среднего образования закрытого типа при условии совместного питания, пребывания и сна детей после изоляции больного из коллектива.

3. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при вирусных гепатитах В, С и Д с парентеральным механизмом передачи

15. Специфическая профилактика вирусного гепатита С (далее - ВГС) - отсутствует.

16. Специфическая профилактика вирусных гепатитов В и Д (далее - ВГВ и ВГД) - вакцинация. Главной целью вакцинации против ВГВ является предотвращение всех форм ВГВ и ВГД, включая хронические.

17. Моновалентная вакцина против ВГВ выпускается во флаконах в жидком виде, в однодозной или многодозной расфасовке, которая защищает только от ВГВ, поливалентная вакцина против ВГВ в комбинации с другими вакцинами, которые обеспечивают защиту сразу против нескольких заболеваний (совместно с АКДС и/или вакциной против гемофильной инфекции).

18. В качестве первой дозы при рождении используется моновалентная вакцина против ВГВ, так как поливалентные вакцины нельзя вводить детям при рождении.

19. Вакцинальный комплекс состоит из 3-х доз. Схема вакцинации следующая:

1) для новорожденных детей - 0-2-4 месяца (в первые 12 часов после рождения - в 2 месяца жизни - в 4 месяца жизни);

2) для детей до 1 года, невакцинированных при рождении - 0-2-6 с интервалами между первой и второй прививками 2 месяца и между второй и третьей - 4 месяца;

3) для детей старше 1 года и взрослым, невакцинированных при рождении - 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками 1 месяц, между второй и третьей - 5 месяцев.

20. Разрешается введение вакцины против ВГВ одновременно с другими вакцинами, при условии введения отдельными шприцами и в разные участки тела. Все типы и формы выпуска вакцины против ВГВ могут быть полностью взаимозаменяемы, для введения последующих доз вакцины, допускается использование препаратов разных типов от различных производителей. Если пропущена какая-либо доза вакцины, она должна быть введена как можно скорее, при этом нет необходимости начинать полный курс иммунизации сначала.

21. Вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ. Лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.

22. Противопоказаниями для введения вакцин считаются:

1) недоношенность, масса тела менее 2000 грамм при рождении;

2) сильная аллергическая реакция на предыдущую дозу, связанную с повышенной чувствительностью к компонентам препарата (генерализованная сыпь - крапивница, затрудненное дыхание, отек глотки и полости рта, гипертензия, шок). При этом дальнейшее применение данной вакцины прекращается;

3) среднетяжелые и тяжелые формы заболевания, сопровождающиеся температурой выше 38,5°C и/или серьезными нарушениями общего состояния. Вакцинация разрешается через 2-4 недели после нормализации состояния здоровья;

4) беременность;

5) нетяжелые острые респираторные вирусные инфекции, кишечные и другие острые инфекционные заболевания (вакцинация разрешается сразу после выздоровления).

23. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГВ:

1) новорожденные, с целью предупреждения перинатальной передачи в первые 12 часов жизни;

2) контактные лица в очагах ВГВ для профилактики полового и бытового путей передачи;

3) медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) медицинских организаций независимо от форм собственности;

4) лица, обучающиеся в организациях среднего и высшего образования медицинского профиля независимо от форм собственности;

5) реципиенты крови, ее компонентов и препаратов, независимо от кратности переливания;

6) впервые выявленные ВИЧ-инфицированные;

7) впервые выявленные лица, подлежащие гемодиализу и трансплантации тканей и (или) органов (части органов), независимо от кратности;

8) онкогематологические больные, а также больные, получающие иммуносупрессивные препараты, которым в связи со слабым иммунным ответом вводится удвоенная доза вакцины и проводится дополнительная ревакцинация через 6 месяцев после законченной вакцинации.

24. Прививки реципиентам крови и ее компонентов и препаратов проводится в территориальных поликлиниках согласно представленному списку организации здравоохранения, проводившей переливание крови.

4. Профилактика заражения ВГВ, ВГД и ВГС у медицинских работников

25. В основу мероприятий по защите медицинских работников от вирусов гепатита положен принцип рассмотрения биологических жидкостей всех пациентов как потенциально инфицированных. Риск инфицирования существует у медицинских работников медицинских организаций, в том числе лабораторий, и обучающихся в организациях образования в области здравоохранения.

26. Пути инфицирования:

1) повреждение кожи (укол иглой или порез острым инструментом);

2) попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки или поврежденную кожу;

3) длительный или обширный по площади контакт неповрежденной кожи с тканями и биологическими жидкостями.

27. Меры предосторожности соблюдаются при работе с биологическими жидкостями, в том числе:

1) кровью;

2) спермой;

3) вагинальными выделениями;

4) синовиальной жидкостью;

5) цереброспинальной жидкостью;

6) плевральной жидкостью;

7) перитонеальной жидкостью;

8) перикардальной жидкостью;

9) амниотической жидкостью;

10) слюной.

28. Меры предосторожности соблюдаются при работе:

1) с любыми иссеченными (или удаленными иным способом), прижизненно или на аутопсии, человеческими тканями и органами (кроме неповрежденной кожи);

2) с тканями и органами экспериментальных животных, зараженных передающимися с кровью инфекциями;

3) с любыми жидкостями с видимой примесью крови;

4) с любой неизвестной биологической жидкостью.

29. Риск заражения увеличивается при:

1) травмах от неосторожного обращения с загрязненными иглами и острыми инструментами;

2) попадании крови и других биологических жидкостей на слизистые рта, глаз, носа и поврежденную кожу (порезы, царапины, дерматит, угри);

3) прикосновений к слизистым оболочкам глаз, носа, рта и поврежденной коже при работе с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями;

4) растекании, расплескивании и разбрызгивании крови и других биологических жидкостей.

30. В целях защиты от инфицирования применяют:

1) индивидуальные средства защиты;

2) защитные приспособления и безопасные технологии, которые обеспечиваются работодателями.

31. Индивидуальные средства защиты защищают кожные покровы, глаза, рот и другие слизистые оболочки от контакта с биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств.

32. В медицинских организациях обеспечивается:

1) надевание перчаток перед работой с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями. Недопущение повторного использования одноразовых перчаток, применения смазок на масляной основе, повреждающие латекс, из которого сделаны перчатки;

2) надевание халата, хирургического колпака или шапочки, бахил поверх обуви во всех случаях, когда возможен контакт с инфицированным материалом;

3) надевание маски, защитных очков или экрана для лица, прикрывающие лицо до подбородка, или маски в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками при манипуляциях с возможным появлением брызг крови и других биологических жидкостей. Обычные очки не обеспечивают достаточной защиты от инфекций, передающихся с кровью;

4) предоставление работодателем бесплатно индивидуальных средств защиты;

5) хранение индивидуальных средств защиты в доступном месте.

33. Меры предосторожности при работе с биологическими жидкостями:

1) при попадании биологических жидкостей на кожу немедленно, после снятия перчаток или других средств индивидуальной защиты, вымыть руки водой с мылом, затем промыть загрязненные участки. Руки моются под проточной водой. При отсутствии проточной воды, необходимо использовать антисептический раствор для рук (70° спирт + смягчающие смеси) и разовые бумажные полотенца или антисептические салфетки;

2) немедленно после использования одноразовые шприцы с иглами без предварительного промывания, дезинфекции, разбора и деформирования сбрасываются в коробки для безопасной утилизации (далее - КБУ);

3) загрязненные, режущие и колющие инструменты многократного использования сразу для последующей обработки помещаются в жесткие, влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные контейнеры;

4) КБУ и маркированные контейнеры для использованного инструментария размещаются в удобном для пользования месте, не допускаются их переполнение (заполнение на три четверти) и перемещение только тщательно закрытыми;

5) образцы биологических жидкостей помещаются в герметичные контейнеры с соответствующей маркировкой. Если контейнер с образцами загрязнен или поврежден, необходимо поместить его внутрь другого контейнера;

6) перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного биологическими жидкостями, его следует продезинфицировать. Если дезинфекция невозможна, в сопроводительном листе указать загрязненные элементы;

7) свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах.

34. Не допускается:

1) принимать пищу, курить, накладывать макияж, снимать или надевать контактные линзы на рабочих местах, где вероятен контакт с биологическими жидкостями;

2) хранить пищу и напитки в холодильниках или других местах, где хранятся образцы биологических жидкостей и тканей;

3) насасывать в пипетки биологические жидкости ртом;

4) поднимать руками осколки стекла, которые могут быть загрязнены биологическими жидкостями;

5) сгибать, ломать, снимать со шприцев использованные иглы, надевать на них колпачки и проводить подобные действия с загрязненными острыми инструментами;

6) доставать что-либо руками из контейнеров с использованными многоразовыми колющими и режущими инструментами, вручную открывать, опорожнять контейнеры.

35. В случае попадания на индивидуальные средства защиты биологических жидкостей, необходимо немедленно снять их и промыть загрязненные участки кожи водой с мылом. Перед тем, как покинуть рабочее место, следует снять все индивидуальные средства защиты и поместить их в выделенную для этого тару. Работодатель обеспечивает очистку, стирку, ремонт, замену и утилизацию использованных индивидуальных средств защиты.

36. Обучение медицинского персонала по профилактике профессионального инфицирования ВГВ, ВГД и ВГС обеспечивают руководители медицинских организаций.

37. Персонал медицинских организаций (как медицинский, так и немедицинский) при приеме на работу и ежегодно проходит инструктаж по технике безопасности.

38. При проведении лечения больных необходимо избегать любых неоправданных инвазивных вмешательств.

39. Медицинские организации обеспечиваются необходимым оборудованием и расходными материалами (в том числе одноразовыми шприцами, катетерами, иглами и системами для инфузий, дезинфектантами, контейнерами, КБУ) в достаточном количестве и ассортименте.

40. Медицинскими организациями разрабатываются и утверждаются планы по утилизации медицинских отходов, правила использования оборудования, порядок прохождения персоналом инструктажа и порядок контроля.

41. Безопасность донорской крови обеспечивается подбором доноров, тестированием крови, использованием гемоконовых мешков для заготовки крови и плазмы, максимальным ограничением числа доноров в отношении одного реципиента крови или ее препаратов.

42. Не допускаются к донорству лица:

1) перенесшие вирусные гепатиты и лица, с положительными результатами на HBsAg - пожизненно;

2) контактные лица с больным ВГ - на срок инкубационного периода;

3) получавшие переливание крови и ее компонентов - на один год.

43. В целях выявления, организации лечения заболевания, определения режима труда для лиц с положительными результатами на маркеры ВГВ и ВГС, подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС при поступлении на работу и один раз в 6 месяцев:

1) медицинские работники организаций службы крови;

2) медицинские работники, занимающиеся гемодиализом;

3) медицинские работники хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей, также медицинские работники клинических, иммунологических, вирусологических, бактериологических, паразитологических лабораторий;

3) доноры - при каждой сдаче крови.

44. Медицинские работники хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей и занимающиеся гемодиализом, при положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС не допускаются к работе до уточнения диагноза.

45. При положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС медицинские работники не допускаются к процессу заготовки крови и ее препаратов.

46. Организации службы крови обеспечивают:

1) взаимобмен информацией о положительных результатах у доноров на всех уровнях, с целью недопущения их к донорству на всей территории Казахстана;

2) передачу информации о положительных результатах у доноров в территориальные организации здравоохранения для постановки диагноза.

47. Кровь, ее компоненты и препараты, содержащие HBsAg и anti-HCV подлежат утилизации.

5. Организация и проведение дезинфекции при ВГА и ВГЕ

48. Очаговая заключительная дезинфекция проводится организациями, имеющими лицензию на указанный подвид медицинской деятельности.

49. Очаговая текущая дезинфекция:

1) проводится персоналом организаций дошкольного воспитания и обучения, начального, основного среднего образования и лечебно-оздоровительных организаций под контролем медицинского работника данной организации в течение 35 дней с момента изоляции больного;

2) обеспечение дезинфицирующими средствами возлагается на руководителя организации, где зарегистрирован очаг вирусного гепатита;

3) организация и проведение очаговой заключительной и текущей дезинфекции возлагается на руководителя организации.

6. Организация и проведение дезинфекции при ВГВ, ВГД и ВГС

50. Медицинский инструментарий одноразового пользования без предварительной дезинфекции и разборки подвергается уничтожению (сжиганию, разрушению).

51. Изделия медицинского назначения многократного применения после использования подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке, сушке, упаковке и стерилизации.

52. Дезинфекция инструментария проводится в местах его использования путем погружения в дезинфицирующий раствор или в ультразвуковых и других моечных машинах.

53. Для дезинфекции медицинских изделий, имеющих полости, используются две емкости. В первой емкости инструментарий промывается от остатков крови, слизи, лекарственных препаратов, затем погружается во вторую емкость для экспозиции. Разъемные изделия обрабатываются в разобранном виде.

54. Дезинфицирующие растворы меняются по мере загрязнения, изменения цвета или появления осадка.

55. При использовании дезинфицирующего средства, обладающего фиксирующим эффектом в отношении биологических жидкостей, инструментарий предварительно отмывается в отдельной емкости водой с последующим ее обеззараживанием.

56. Моющий раствор используется в течение суток с момента приготовления, если цвет раствора не изменился. Качество предстерилизационной обработки оценивается по отсутствию положительных проб на остаточное количество крови и щелочных компонентов синтетических моющих веществ, а также остатков масляных лекарственных средств на инструменте.

57. Предстерилизационная очистка и стерилизация инструментария проводится в специально выделенном месте каждого подразделения медицинской организации или в централизованном стерилизационном отделении. При содержании в дезинфицирующем средстве моющего компонента предстерилизационная очистка не проводится.

к санитарным правилам
«Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий в отношении
больных вирусными гепатитами»

Требования по клинике, лабораторной диагностике, лечению и диспансеризации при вирусных гепатитах

1. Классификация острых вирусных гепатитов

1. Вирусные гепатиты с энтеральным механизмом передачи:

- 1) острый вирусный гепатит А;
- 2) острый вирусный гепатит Е.

2. Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи:

- 1) острый вирусный гепатит В;
- 2) острый вирусный гепатит D;
- 3) острый вирусный гепатит С.

3. Вирусные гепатиты неустановленной этиологии.

Клинические проявления острых вирусных гепатитов (далее - ОВГ) не имеют существенных различий ни в возрастном, ни в этиологическом аспекте.

4. Формы ОВГ:

1) субклиническая - нет клинических проявлений болезни, в крови больных выявляются специфические маркеры вирусов в сочетании с повышенным содержанием аланинаминотрансферазы (далее - АЛТ);

2) инаппарантная форма ОВГ - протекает при полном отсутствии клинико-биохимических признаков, но в организме человека наблюдаются иммунологические, функциональные и морфологические изменения. Выявляются специфические маркеры вирусов;

3) манифестная диагностируется на основании субъективных и объективных клинических симптомов характерных для острого вирусного гепатита. Манифестные формы ОВГ имеют цикличное течение, включающее преджелтушный (продромальный), желтушный (разгар) и период реконвалесценции. Преджелтушный период характеризуется совокупностью клинических симптомов, представленных гриппоподобным, астеновегетативным, диспептическим, артралгическим и смешанным синдромами. В периоде разгара заболевания появляется желтушное окрашивание кожных покровов и слизистых, гепатомегалия;

4) типичная желтушная циклическая - сочетание желтухи с цитолитическим синдромом с четким разграничением 3-х периодов болезни;

5) типичная желтушная с холестатическим компонентом - желтуха более интенсивная, высокая билирубинемия, незначительная трансаминаземия, имеется тенденция к повышению показателя щелочной фосфатазы (далее - ЩФ). Более продолжителен желтушный период болезни;

6) атипичная желтушная (холестатическая) - наблюдается редко, у больных пожилого возраста. Желтуха интенсивная с выраженным зудом кожи. Гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, повышена ЩФ и гаммаглутаминтранспептидаза. Тенденция к ускорению скорости оседания эритроцитов и субфебрилитет в желтушном периоде;

7) атипичная безжелтушная - характеризуются полным отсутствием желтухи при слабовыраженных общих проявлениях заболевания с увеличением печени и субъективные признаками нарушений ее функций. Специфические маркеры вирусных гепатитов в сочетании с повышенным уровнем АЛТ. Часто они наблюдаются при гепатите А.

8) острая циклическая - в течение 1-1,5 месяцев прекращается репликация (размножение) вируса, он элиминируется (выводится) из организма и наступает полная санация. Для гепатитов А и Е - это типичное течение болезни. При гепатитах В, С и Д - один из возможных вариантов;

9) острое прогредиентное течение ОВГ - фаза активной репликации вируса сохраняется 1,5-3 месяца. Завершение инфекционного процесса неоднозначное: либо санация организма с исходом в выздоровление, либо трансформация в хроническое течение. Прогредиентное течение в основном при гепатитах В, С и Д. При гепатитах А и Е иногда отмечается затяжное течение при отягощенном преморбидном фоне, но завершается полным выздоровлением.

5. Тяжесть ОВГ может быть легкой, средней и тяжелой степени:

1) легкая степень - отсутствует интоксикация или она слабо выражена. Желтуха легкая. Величина протромбинового индекса (далее - ПИ) в пределах нормы. Содержание общего билирубина не выше 100 микромоль/литр;

2) средняя степень - характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации. Желтуха умеренная. ПИ снижается до 65%. Содержание общего билирубина в пределах 100-180 микромоль/литр;

3) тяжелая степень - отмечается выраженная интоксикация центральной нервной системы, нарушение сна, эйфория или сонливость, вялость, анорексия, повторная рвота, геморрагический синдром, интенсивная желтуха, тахикардия, снижение суточного диуреза, ПИ ниже 55%. Содержание общего билирубина превышает 180 микромоль/литр, 1/8 от общего билирубина составляет свободная фракция. Альбумин сыворотки крови снижается до 47-45%, повышено содержание гаммаглобулинов. Регистрируется преимущественно при гепатитах В и Д; при гепатитах А, С и Е (кроме беременных) - значительно меньше.

6. Существует злокачественное течение - фульминантный гепатит. Фульминантный (злокачественный) гепатит с массивным и субмассивным некрозом печени.

Сверхострый вариант соответствует подлинно фульминантному течению ОВГ с развитием печеночной комы и летальным исходом на 1-8 день болезни.

Острый - продолжительность до 28 дней от начала болезни.

Подострый (субмассивный) вариант, когда развитию некроза печени предшествует период обычного течения ОВГ в сроки 15 дней - 12 недель до энцефалопатии.

При гепатите А встречается в 0,01-0,5%; гепатите В - 0,5-1,0%; гепатите С - 0,5-1%; гепатите Д - 1-25% и гепатите Е - 2% (15-25% у беременных) случаев. Летальность высокая: 80-100%.

7. Осложнения ОВГ - острая печеночная недостаточность (далее - ОПН) с развитием острой печеночной энцефалопатии и массивного геморрагического синдрома:

- 1) отек и набухание головного мозга;
- 2) массивное желудочно-кишечное кровотечение;
- 3) острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность;
- 4) генерализованная вторичная инфекция.

Достоверный этиологический диагноз вирусных гепатитов устанавливается только путем выявления специфических маркеров в сыворотке крови больных.

2. Классификация хронических вирусных гепатитов

8. Виды хронических вирусных гепатитов:

- 1) хронический вирусный гепатит В с дельта агентом;
- 2) хронический вирусный гепатит В без дельта агента;
- 3) хронический вирусный гепатит С.

9. Фазы вирусного гепатита: обострение и ремиссия.

10. Степень активности: минимальная (АЛТ, аспартатаминотрансфераза (далее - АСТ) - в пределах нормы), слабая (1,5-3 нормы), умеренная (3,5-9 норм), выраженная (10 и более норм).

11. Стадии морфологических изменений:

- 1) F0 без фиброза;
- 2) F1 слабовыраженный перипортальный фиброз;
- 3) F2 умеренный фиброз с портопортальными септами;
- 4) F3 выраженный фиброз с портоцентрными септами;
- 5) F4 цирроз печени.

12. Гепатоцеллюлярная карцинома (далее - ГЦК) - первичная неметастатическая опухоль, происходящая из печеночных клеток с очень высокой злокачественностью. Желтуха - поздний симптом, соответствует метастазированию опухоли в ворота печени с развитием обтурации желчеотделения. Анемия, умеренный лейкоцитоз, ускоренная скорость оседания эритроцитов. Показатели АЛТ и АСТ незначительно повышены. Закономерно повышен показатель ЩФ и при отсутствии желтухи. Развитие ГЦК при HBV-инфекции встречается в 3 - 22%, HCV - 15-36% и HDV - 15-22% случаев.

3. Вирусный гепатит А

13. Инкубационный период в среднем составляет 35 дней (диапазон 7-50 дней).

14. Пути передачи ВГА:

- 1) контактно-бытовой (в семьях и организованных коллективах);
- 2) через контаминированную воду, пищу (алиментарный);
- 3) парентеральный - редко.

15. Желтушные формы - удельный вес среди возрастных групп составляет:

- 1) у детей младше 6 лет - менее 10%;
- 2) у детей от 6 до 14 лет - 40-50%;
- 3) у лиц старше 14 лет - 70-80%.

16. Клинические исходы ВГА:

- 1) выздоровление (99%);
- 2) летальный исход (1%), характерен для взрослых, регистрируется у лиц с микст-патологией при сочетании с любыми заболеваниями печени вирусной и невирусной этиологии;

3) хронизация и рецидивирование при ВГА отсутствует (вирусы энтеральных гепатитов исчезают максимально к 14-му дню желтушного периода).

4. Вирусный гепатит Е

17. Инкубационный период вирусного гепатита Е (далее - ВГЕ) в среднем составляет 40 дней (диапазон 20-60 дней).

18. Путь передачи вируса ВГЕ - водный.

19. Эпидемический процесс при ВГЕ характеризуется:

- 1) эпидемическими вспышками водного происхождения с интервалами 7-8 лет;
- 2) взрывным характером заболеваемости;
- 3) преимущественным поражением лиц молодого возраста 15-29 лет;
- 4) летальностью до 20% в третьем триместре беременности.

20. Начало подъема заболеваемости характерно для летних месяцев, что связано с наибольшим водопотреблением и максимальным загрязнением грунтовых вод, являющихся источником хозяйственно-питьевого водоснабжения.

5. Вирусный гепатит В

21. Инкубационный период вирусного гепатита В (далее - ВГВ) в среднем составляет 60-90 дней (диапазон от 45 до 180 дней).

22. Желтушные формы регистрируются у детей в возрасте до 5 лет в 10%, детей старше 5 лет и взрослых - в 30-50%.

23. Вирус ВГВ вызывает как острое, так и хроническое заболевание.

24. Пути передачи - парентеральный (переливание крови, манипуляции, сопровождаемые повреждением слизистых оболочек и кожных покровов, бытовой контакт через микротравмы), половой, а также от инфицированной матери ребенку при прохождении родовых путей.

25. Клинические исходы ВГВ зависят от возраста, в котором произошло заражение. Острая инфекция проявляется клиническими симптомами менее чем у 10% детей, впервые столкнувшихся с возбудителем в возрасте до 5 лет. Однако при этом, хроническая форма болезни развивается в 30-90% случаях. У детей старше 5 лет и взрослых острая манифестная инфекция возникает у 30-50% заразившихся вирусом гепатита В, но только у 5-10% инфицированных развивается хроническое заболевание.

26. Исходы острого ВГВ - выздоровление, хронизация с переходом в цирроз печени (далее - ЦП) и развитием ГЦК.

27. Летальность - 0,5-1,0%.

6. Вирусный гепатит Д

28. Вирус гепатита Д - дефектный, для репродукции которого необходимо присутствие вируса гепатита В, поэтому вирусный гепатит Д (далее - ВГД) протекает в виде:

1) коинфекции (одновременное заражение ВГВ и ВГД);

2) суперинфекции (наслоение ВГД на текущую ВГВ инфекцию, как правило, хроническую). ВГД имеет острое (15%) и хроническое (70-80%) течение. Фульминантные формы при коинфекции - 10%, при суперинфекции - 20%. На желтушные формы приходится 50-70%.

29. Осложнения и исходы: наиболее часто развивается острая печеночная энцефалопатия и прогрессирующий цирроз печени.

7. Вирусный гепатит С

30. Инкубационный период вирусного гепатита С (далее - ВГС) в среднем составляет 180-210 дней (с колебаниями от 14 до 780 дней).

31. Источники инфекции: больные острой и хронической формой заболевания.

32. Пути передачи аналогично ВГВ.

33. Желтушные формы имеют место в 10-20% случаев. В 90% случаев ВГС является причиной посттрансфузионных гепатитов.

34. Клинические исходы: выздоровление (в 15%), переход в хроническую форму (в 75%-85%); цирроз печени (в 25-50%), гепатоцеллюлярная карцинома (в 15-20%).

8. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов

35. Основой дифференциальной диагностики вирусных гепатитов от гепатитов другой этиологии служат результаты лабораторных исследований в сочетании с клинико-эпидемиологическими данными.

36. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов основывается на:

1) выявлении серологических маркеров в иммуноферментном анализе (далее - ИФА);

2) выявлении нуклеиновых кислот вирусов ГВ и ГС в ПЦР;

3) лабораторных показателях активности процесса: аспарагиновая и аланиновая аминотрансфераза (АСТ и АЛТ).

Интерпретация результатов исследования

Маркеры	Результат	Интерпретация
Вирусный гепатит В		
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	отрицательный отрицательный отрицательный	Данных за вирусный гепатит В нет
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	отрицательный положительный положительный	Иммунитет вследствие естественно перенесенного заболевания
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	отрицательный отрицательный положительный	Иммунитет вследствие вакцинации против вирусного гепатита В
HBsAg Anti-HBc antiHBc IgM Anti-HBs HBV DNA	положительный положительный положительный отрицательный положительный	Острый вирусный гепатит В, или Хронический вирусный гепатит В, обострение.
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs HBV DNA	отрицательный положительный отрицательный положительный	Интерпретация неясна, 3 возможных варианта: 1) период ранней реконвалесценции ОВГВ; 2) ложно-положительный ответ ПЦР-диагностики; 3) низко-активная хроническая инфекция
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs HBV DNA	отрицательный положительный отрицательный отрицательный	Выздоровление
Вирусный гепатит Д		
HBsAg anti-HBc IgM anti-HDV IgM HDV RNA	положительный положительный положительный положительный	Коинфекция
HBsAg anti-HBc IgM anti-HDV IgM HDV RNA	положительный отрицательный положительный положительный	Суперинфекция
HBsAg anti-HBc anti-HDV IgG HDV RNA	положительный положительный/ отрицательный положительный положительный	Хронический вирусный гепатит Д
Вирусный гепатит С		
anti-HCV total HCV RNA	положительный положительный	Острый вирусный гепатит С или Хронический вирусный гепатит С
anti-HCV total HCV RNA	положительный отрицательный	Острый вирусный гепатит С («Серологическое окно»)

37. Диагноз «Острый вирусный гепатит С» выставляется на основании тщательного эпидемиологического анамнеза. Иммуноглобулины класса IgM anti-HCV не имеют диагностической ценности в дифференциации острых и хронических форм инфекции в связи с поздним появлением их в крови. Для исключения ложноположительных или ложноотрицательных результатов в ИФА необходимо использовать подтверждающие тесты, основанные на индикации анти-HCV к отдельным антигенам вируса. Определение антител к каждому из антигенов вируса гепатита С имеет самостоятельное диагностическое значение. Антитела к core-, E- и NS3-антигенам выявляются на ранних, а антитела к NS4- и NS5-антигенам - на более поздних этапах сероконверсии. Метод ПЦР считается «золотым» стандартом в диагностике ВГС. Определение циркулирующей РНК-HCV применяют для раннего диагноза острого ВГС, подтверждения результатов ИФА и контроля эффективности противовирусного лечения.

38. При получении положительных результатов в ИФА, свидетельствующих об остром или хроническом процессе (при ВГВ- на маркеры HBsAg, aHBsAg-IgM и при ВГС- aHCV-total в подтверждающем тесте), инфекционист назначает дополнительные исследования, в том числе качественную ПЦР. В случае положительных результатов необходимо дальнейшее проведение количественной ПЦР для определения вирусной нагрузки (количество копий в 1 мл) и определения генотипа вируса ГС.

9. Госпитализация и лечение больных ОВГ

39. Госпитализация больных энтеральными гепатитами проводится по клиническим показаниям (средне-тяжелые и тяжелые формы, легкие формы при наличии сопутствующей патологии печени и желудочно-кишечного тракта), отдельно от больных с парентеральными гепатитами. Эпидемиологические показания для госпитализации (изоляция) больных отсутствуют, так как зачастую случаи выявляются в разгар заболевания. В этот период заболевшие перестают выделять вирус в окружающую среду и не представляют эпидемиологической опасности.

40. Беременные с ОВГ до 30 недель беременности по клиническим показаниям госпитализируются в инфекционные стационары, с 30 недель беременности и родильницы в изолированные палаты (боксы) родильных домов и отделений.

41. Лечение больных ОВГ проводится в соответствии с общепринятыми подходами на основе международных рекомендаций и включает охранительный режим, специальную диету, этиотропную и патогенетическую терапию.

42. При острых вирусных гепатитах А, Е, В и Д этиотропная терапия не проводится.

43. Назначение противовирусных препаратов показано при остром вирусном гепатите С и хронических вирусных гепатитах В, С и Д в стадии обострения (при наличии вирусной нагрузки).

44. Этиотропная терапия проводится в соответствии с утвержденными протоколами диагностики и лечения на основе международных рекомендаций и консенсусов, включает пегилированные интерфероны и синтетические аналоги нуклеотидов и нуклеозидов. В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», при отсутствии протокола объем диагностических и лечебных мероприятий определяется по медицинским показаниям в соответствии с общепринятыми подходами.

45. Согласно международным протоколам лечения вирусных гепатитов В и С терапии подлежат:

- 1) больные ВГС при вирусной нагрузке >100.000 копий РНК в 1 мл крови;
- 2) больные ВГВ - HBs Ag (-) при вирусной нагрузке >2.000 копий ДНК в 1 мл крови;
- 3) больные ВГВ - HBs Ag (+) при вирусной нагрузке >20.000 копий ДНК в 1 мл крови.

46. Продолжительность противовирусной терапии:

1) хронический вирусный гепатит С генотипы 1 (4, 5, 6) - пегилированные интерфероны и/или интерфероны короткого действия в сочетании с рибавирином - 48 недель;

2) ХВГ С генотипы 2 и 3 - пегилированные интерфероны и/или интерфероны короткого действия в сочетании с рибавирином - 24 недели;

3) острый гепатит С - монотерапия стандартными или пегилированными интерферонами и/или интерферонами короткого действия на протяжении 20-24 недель;

4) хронический вирусный гепатит В - монотерапия пегилированными интерферонами или аналогами нуклеозидов (тидов) - 48 недель, и/или интерферонами короткого действия - 24 недель;

5) хронический вирусный гепатит Д - монотерапия интерферонами - 48 недель.

47. Патогенетическая и симптоматическая терапия показана с учетом тяжести течения болезни.

48. Использование лекарственных препаратов при лечении ОВГ необходимо проводить с большой осторожностью. Многие препараты гепатотоксичны. Применение глюкокортикостероидов противопоказано.

49. Лечение фульминантной формы ОВГ:

1) инфузионная терапия с мониторингом водного баланса;

2) купирование приступов психомоторного возбуждения;

3) предупреждение кишечной аутоинтоксикации;

4) коррекция гипоксии.

50. Лечение осложнений острой печеночной энцефалопатии:

1) отек - набухание головного мозга: осмодиуретики, салуретики, ГКС, кранио-церебральная гипотермия;

2) желудочно-кишечное кровотечение: криоплазменно-антиферментный комплекс;

3) острая почечная недостаточность: калий сберегающие дистальные диуретики, дофамин;

4) генерализованная вторичная инфекция: антибиотики с учетом гепатотоксичности с антимикотическими препаратами.

10. Выписка больных ОВГ

51. Выписка переболевших ОВГ проводится по клинико-лабораторным показателям - полное клиническое выздоровление, АЛТ в пределах нормы или с превышением нормы не более чем в 2 раза.

52. В периоде реконвалесценции могут непродолжительное время сохраняться постгепатитные синдромы:

1) гепатомегалия с нормальными показателями биохимических проб печени;

2) дискинезия и воспалительные заболевания желчевыводящих путей, астенизация, синдром Жильбера;

3) диспепсия;

4) «ферментативные» кризы.

11. Диспансеризация

53. Диспансеризация переболевших ОВГ осуществляется по клиническим показаниям в гепатологических центрах или в кабинетах инфекционных заболеваний территориальных поликлиник с письменной рекомендацией лечащего врача, выдаваемой на руки больному.

Диспансерное наблюдение проводится за переболевшими среднетяжелой и тяжелой формами ВГА - 3 месяца, ВГВ - 6 месяцев, острым ВГС - постоянно, учитывая высокую

вероятность хронизации (в том числе при нормальных показателях биохимических проб и отсутствии репликации вируса в крови).

Хронический вирусный гепатит (далее - ХВГ) - один из исходов ОВГ, диффузный воспалительный процесс в печени, не разрешающийся на протяжении 6 и более месяцев.

Диспансеризация больных ВГВ показана (особенно при наличии HBsAg) в связи с возможным суперинфицированием Д-инфекцией.

Длительность диспансерного наблюдения определяется наличием клиники продолжающегося гепатита и ферментемии.

Реконвалесценты вирусных гепатитов состоят на диспансерном учете при сохраняющейся ферментемии с осмотром через месяц после выписки.

Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений.

Лицам, перенесшим ОВГ, противопоказаны профилактические прививки в течение 6 месяцев после выписки из стационара, кроме (при наличии показаний) противостолбнячного анатоксина и антирабической вакцины.

54. Врачом инфекционистом не допускаются к работе медицинские работники, принимающие участие в хирургических операциях и манипуляциях, при получении положительных результатов ПЦР исследований, подтверждающих репликацию вирусов гепатитов В и С в крови.