

О мерах по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами в Республике Казахстан

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 декабря 2008 года № 684. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 января 2009 года № 5500. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 августа 2010 года № 661

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 23.08.2010 № 661 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В целях совершенствования мер по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:

- 1) Инструкцию по клинике, лабораторной диагностике, лечению и диспансеризации при вирусных гепатитах;
- 2) Инструкцию по профилактике вирусных гепатитов с энтеральным (А и Е) и парентеральным (В, С, Д) механизмами передачи;
- 3) Инструкцию по методам и средствам дезинфекции при вирусных гепатитах

2. В срок до 1 июля 2009 года Государственному предприятию "Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней" (Беркинбаев С.Ф.), Товариществу с ограниченной ответственностью "Мединформ" (Нугуманов Т.К.) (по согласованию) создать и утвердить государственный Регистр по регистрации больных хроническими вирусными гепатитами и циррозами печени в исходе вирусных гепатитов.

3. Комитету государственного санитарно-эпидемиологического надзора (Белоног А.А.) и Департаменту организации медицинской помощи (Исмаилов Ж.К.) Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить координацию деятельности организаций здравоохранения по проведению комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, обратив особое внимание на качество лабораторной диагностики, выявление лиц с хроническими гепатитами, предупреждение внутрибольничного и посттрансфузионного инфицирования.

4. Начальникам управлений здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы:

, медицинских и других организациях и учреждениях независимо от форм собственности;

2) обеспечить полный учет и достоверную отчетность по всем формам острых и хронических вирусных гепатитов; эпидемиологическое расследование случаев острых вирусных гепатитов;

3) проводить контроль за полнотой и своевременностью диагностики больных вирусными гепатитами с определением специфических маркеров;

4) осуществлять ежемесячный мониторинг привитости населения против гепатитов "В" и "А", соблюдением режимов хранения, транспортировки и применения вакцин.

6. Государственному учреждению "Казахская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция" обеспечить проведение обучающих семинаров для специалистов регионов по вирусным гепатитам, включающих вопросы контроля качества лабораторных исследований и организации системы эпидемиологического надзора за заболеваемостью вирусными гепатитами.

7. Государственному предприятию "Республиканский центр крови":

1) обеспечить безопасность заготавливаемой крови и ее препаратов на всех уровнях системы здравоохранения;

2) оказывать региональным центрам крови организационно-методическую, практическую помощь по вопросам профилактики посттрансфузионных инфекций, в том числе вирусных гепатитов.

8. Государственному предприятию "Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни" проводить постоянную санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам профилактики вирусных гепатитов с выпуском информационных материалов (брошюры, листовки, плакаты, памятки).

9. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Вощенко Т.А.

10. Настоящий приказ вводится в действие по истечении 10 дней со дня официального опубликования.

Министр

Ж. Доскалиев

Утверждено

приказом

Министра

здравоохранения

Республики

Казахстан

от 26 декабря 2008 года № 684

Инструкция

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

Общие положения

1. Основные понятия, используемые в настоящей инструкции:

1) Стандартное определение случая острого вирусного гепатита (А, Е, В, С, Д): вирусный гепатит - это острое воспаление печени с длительностью меньше 6 месяцев, при наличии специфических маркеров.

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

3) 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.

Классификация острых вирусных гепатитов

(Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотр)

2. Вирусные гепатиты с энтеральным механизмом передачи:

1) острый вирусный гепатит А;

2) острый вирусный гепатит Е.

3. Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи:

1) острый вирусный гепатит В;

2) острый вирусный гепатит D;

3) острый вирусный гепатит С.

4. Вирусные гепатиты неустановленной этиологии.

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

5. Ф о р м ы О В Г :

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

2) Инаппарантная форма ОВГ (вирусоносительство) - полное отсутствие клиники, нормальные показатели АЛТ. Выявляются специфические маркеры

в и р у с о в .

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 - 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 - полное отсутствие желтухи. Клинические симптомы не выражены и близки преджелтушному периоду, гепатомегалия. Специфические маркеры вирусных гепатитов в сочетании с повышенным **уровнем АЛТ**.

Вирусный гепатит А чаще протекает в виде безжелтушной, субклинической и **инаппарантной формы**.

Безжелтушная форма при всех ОВГ и, особенно, хроническом течении встречается **чаще, чем желтушная**.

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 прогрессивное 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. Прогрессивное 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.

6. Тяжесть течения ОВГ:

Течение ОВГ может быть легким, среднетяжелым и тяжелым. Существует злокачественное течение - фульминантный гепатит. Преимущественно тяжелое течение регистрируется при гепатитах В и Д. Доля тяжелых форм при гепатитах А, С и Е (кроме беременных) значительно меньше.

1) Легкое течение - отсутствует интоксикация или она слабо выражена. Желтуха легкая. Величина протромбинового индекса (далее - ПИ) в пределах нормы. Содержание общего билирубина не выше 80-85 микромоль/литр.

2) Среднетяжелое течение - характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации. Желтуха умеренная. ПИ снижается до 60 %. Содержание общего билирубина в пределах 100-180 микромоль/литр.

3) Тяжелое течение - отмечается выраженная интоксикация центральной нервной системы, нарушение ритма 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, достигая 400, 1/8 от общего билирубина составляет свободная фракция. Альбумин сыворотки крови снижается до 47-45 %, повышено содержание гаммаглобулинов.

7. 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.

Фульминантное течение 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 %.

8. Кома и осложнения комы:

- 1) отек - 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.

Вирусный гепатит А

9. Республика Казахстан относится к региону с высокой эндемичностью распространения вирусных гепатитов. Ежегодно, в разных областях республики от 60 до 90 % случаев заболеваний приходится на вирусный гепатит А (далее - ВГА), наиболее высокий уровень ее регистрируется среди детей младших возрастов. В ряде регионов регистрируются водные вспышки, с последующим распространением инфекции контактно-бытовым путем.

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

11. Пути передачи ВГА:

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

12. 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 %.

13. Клинические исходы ВГА:

- 1) острый гепатит А в 99 % приводит к выздоровлению;
- 2) тяжелые формы, нередко с летальным исходом, характерны для взрослых, иногда регистрируются у больных микст-инфекцией, когда больные хроническими вирусными гепатитами В и С заражаются гепатитом А;
- 3) редкие осложнения: фульминантный, холестатический, рецидивирующий гепатит;

4) хронизация при ВГА отсутствует.

14. Лабораторная диагностика. Серологические маркеры ВГА:

1) Антитела класса IgM к ВГА (IgM anti-HAV) указывают на острую инфекцию ВГА и могут сохраняться в течение 6 месяцев после перенесенного заболевания; у многих больных исчезают в течение 3 месяцев.

2) Общие антитела к ВГА (anti-HAV total) указывают на перенесенную ранее инфекцию или на наличие иммунитета к ВГА (после перенесенного заболевания или вакцинации); у большинства больных сохраняется в течение жизни.

Вирусный гепатит Е

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

16. Путь передачи вируса гепатита Е - водный.

17. Эпидемический процесс при ВГЕ характеризуется:

- 1) эпидемическими вспышками водного происхождения с интервалами 7-8

л е т ;

- 2) взрывным характером заболеваемости;
- 3) преимущественным поражением лиц молодого возраста 15-29 лет;
- 4) низкой квартирной очаговостью;
- 5) летальностью до 20 % в третьем триместре беременности.

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

19. Лабораторная диагностика. Серологические маркеры ВГЕ:

- 1) антитела класса IgM к ВГЕ (IgM anti-HEV) указывают на острую и н ф е к ц и ю В Г Е ;
- 2) антитела класса IgG к ВГЕ (IgG anti-HEV) указывают на перенесенную инфекцию; у большинства больных сохраняется в течение жизни.

Вирусный гепатит В

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

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

22. Вирус гепатита В вызывает как острое, так и хроническое заболевание.

23. 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.

24. 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.

25. Исходы острого ВГВ - выздоровление, хронизация с переходом в цирроз печени (далее - ЦП) и развитием гепатоцеллюлярной карциномы.

26. Летальность - 0,5-1,0 %.

27. Серологические маркеры ВГВ:

- 1) HBsAg - поверхностный антиген указывает на острую или хроническую ф о р м у и н ф е к ц и и ;

2) anti-HBs total - антитела к HBsAg указывают на естественный контакт с вирусом в прошлом (перенесенное заболевание) или поствакцинальный иммунитет;

3) изолированные IgG anti-HBc - антитела к HBcAg указывают на ранее перенесенную инфекцию, IgG anti-HBc в сочетании с другими маркерами HBV инфекции - показатель хронического вирусного гепатита;

4) IgM anti-HBc - антитела IgM к HBcAg указывает на острую инфекцию, выявляются в крови в течение 3-6 месяцев;

5) HBeAg - антиген гепатита В указывает на высокую инфекционность;

6) anti-HBe - указывают на сероконверсию или наличие мутантного вируса.

7) ПЦР-DNA-HBV указывает на наличие ДНК вируса гепатита В.

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) ко-инфекции (одновременное заражение ВГВ и ВГД);

2) суперинфекции (наслоение ВГД на текущую ВГВ инфекцию, как правило, хроническую).

29. ВГД имеет острое (15 %) и хроническое (70-80 %) течение.

30. Фульминантные формы при ко-инфекции - 10 %, при суперинфекции - 20 %. На желтушные формы приходится 50-70 %.

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

32. Серологическими маркерами ВГД являются IgM anti-HDV, total anti-HDV.

Вирусный гепатит С

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

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

35. Пути передачи аналогично ВГВ.

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

37. Клинические исходы: выздоровление (в 15 %), переход в хроническую форму (в 75 % - 85 %).

38. Серологическим маркером ВГС является total anti-HCV, anti-HCV (IgM, IgG).

39. Исходы: цирроз печени (в 25-50 %), гепатоцеллюлярная карцинома (в 15-20 %).

Госпитализация больных ОВГ

40. Госпитализация больных энтеральными гепатитами проводится по клиническим показаниям (тяжелые формы), отдельно от больных с парентеральными гепатитами. Эпидемиологические показания для госпитализации (изоляции) 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.

41. Беременные с ОВГ по клиническим показаниям госпитализируются в инфекционные стационары, роженицы - в изолированные палаты (боксы) родильных домов, где обеспечивается строгий противоэпидемический режим.

Лечение больных ОВГ

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

43. При ВГА и ВГЕ этиотропная терапия отсутствует.

44. Назначение противовирусных препаратов целесообразно использовать при прогрессивном течении острого ГВ и ГД на фоне высокой активности инфекционного процесса и остром ГС.

45. Этиотропная терапия проводится в соответствии с утвержденными протоколами диагностики и лечения на основе международных рекомендаций и консенсусов и включает пегилированные интерфероны, синтетические аналоги нуклеотидов и нуклеозидов. В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 28.09.07 г. № 853 "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. P092136

46. Патогенетическая и симптоматическая терапия показана с учетом тяжести течения болезни. Применение глюкокортикостероидов противопоказано.

47. Использование лекарственных препаратов при лечении ОВГ необходимо проводить с большой осторожностью. Многие препараты гепатотоксичны.

48. Лечение фульминантной формы ОВГ.

- 1) Инфузионная терапия с мониторингом водного баланса.
- 2) Купирование приступов психомоторного возбуждения.
- 3) Предупреждение кишечной аутоинтоксикации.

4) Коррекция гипоксии.

49. Лечение осложнений острой печеночной энцефалопатии (далее - ОПЭ).

1) Отек - набухание головного мозга: осмодиуретики, салуретики, ГКС, кранио-церебральная гипотермия.

2) Желудочно-кишечное кровотечение: криоплазменно-антиферментный комплекс.

3) Острая почечная недостаточность: калийсберегающие дистальные диуретики, дофамин.

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

Выписка больных ОВГ

50. 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.

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.

Диспансеризация

51. 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.

1) Диспансерное наблюдение проводится за переболевшими среднетяжелой и тяжелой формами ВГА - 3 месяца, ВГВ - 6 месяцев;

2) Длительность диспансерного наблюдения определяется наличием клиники продолжающегося гепатита и ферментемии.

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

4) Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений.

52. Обоснование стратегии диспансеризации:

1) Хронические формы вирусных гепатитов развиваются при не манифестных (безжелтушных) формах, поэтому длительная диспансеризация клинических

манифестных форм не показана;

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

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

Классификация хронических вирусных гепатитов

54. Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, классифицируется на:

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

55. Фазы верифицированного вирусного гепатита: вирусная нагрузка, репликативная активность.

56. Фазы неверифицированного вирусного гепатита: обострение, ремиссия.

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

58. Стадии морфологических изменений:

- 0) F0 без фиброза;
- 1) F1слабовыраженный перипортальный фиброз;
- 2) F2 умеренный фиброз с портопортальными септами;
- 3) F3 выраженный фиброз с портоцентрными септами;
- 4) F4 цирроз печени.

59. 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.

Лабораторная диагностика вирусных гепатитов

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

60. Лабораторная диагностика гепатитов основывается на:

- 1) выявлении специфических маркеров в ИФА и геномов вирусов ПЦР;
- 2) лабораторных показателях активности процесса: аспарагиновая и аланиновая аминотрансфераза (АСТ и АЛТ).

Серологические маркеры вирусных гепатитов

Маркеры	Результат	Интерпретация
Вирусный гепатит В		
Н В s A g Anti-HBc Anti-HBs	отрицательный отрицательный отрицательный	Данных за вирусный гепатит В нет
Н В s A g Anti-HBc Anti-HBs	отрицательный положительный положительный	Иммунитет вследствие естественно перенесенного заболевания
Н В s A g Anti-HBc Anti-HBs	отрицательный отрицательный положительный	Иммунитет вследствие вакцинации против вирусного гепатита В
Н В s A g Anti-HBc IgM antiHBc Anti-HBs HBV DNA	положительный положительный положительный отрицательный положительный	Острая инфекция
Н В s A g Anti-HBc IgM antiHBc Anti-HBs HBV DNA	положительный положительный отрицательный отрицательный положительный	Хроническая инфекция
Н В s A g Anti-HBc Anti-HBs HBV DNA	отрицательный положительный отрицательный положительный	Интерпретация неясна, 4 возможных варианта: 1. переболевший (наиболее часто) 2. ложно-положительный anti-HBc 3. «низко активная» хроническая инфекция
Н В s A g Anti-HBc Anti-HBs HBV DNA	отрицательный положительный отрицательный отрицательный	Выздоровление
Вирусный гепатит Д		
Н В s A g anti-HBc IgM anti-HDV IgM HDV RNA	положительный положительный положительный положительный	Ко - инфекция
Н В s A g anti-HBc IgM anti-HDV IgM HDV RNA	положительный отрицательный положительный положительный	Суперинфекция
Н В s A g anti-HBc	положительный положительный/ отрицательный	Хроническая инфекция гепатита Д

anti-HDV IgG	положительный	
HDV RNA	положительный	
Вирусный гепатит С		
anti-HCV IgM	положительный/ отрицательный	Острый гепатит С
anti-HCV IgG	положительный/ отрицательный	
HCV RNA	положительный	
anti-HCV IgM	отрицательный	Острый гепатит С реконвалесценция
anti-HCV IgG	положительный	
HCV RNA	отрицательный	
anti-HCV IgM	положительный/ отрицательный	Хронический гепатит С
anti-HCV IgG	положительный	
HCV RNA	положительный/ отрицательный	
anti-HCV ns4	положительный	

61. Для проведения иммуноферментного анализа (далее - ИФА) используются только лицензированные тест-системы. Тест-система представляет собой набор, содержащий необходимые для постановки ИФА плашки для микротитрования, реагенты, положительные и отрицательные образцы, показатели которых используются для расчета критической оптической плотности, являющейся мерой отсчета положительных и отрицательных результатов для исследуемых образцов.

Качество тест-систем определяется их чувствительностью и специфичностью, сведения о которых обычно приводятся в инструкции по применению. Там же приводятся данные о ходе проведения ИФА для этой тест-системы. Необходимо также учитывать результаты определения чувствительности и специфичности отдельных серий тест-систем на референс-панелях.

62. Этиотропная терапия ХВГ В, Д, и С проводится в соответствии с протоколами диагностики и лечения, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28.12.07 г. № 764 "Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний" и включает пегилированные интерфероны, синтетические аналоги нуклеотидов и нуклеозидов. Основным критерием для назначения этиотропной терапии является активная репликация вируса в сочетании с активным процессом в печени (повышение АЛТ, гистологические признаки) и/или внепеченочными проявлениями.

У т в е р ж д е н о п р и к а з о м
М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
от 26 декабря 2008 года № 684

Инструкция

по профилактике вирусных гепатитов с энтеральным (А и Е) и парентеральным (В, С, Д) механизмами передачи

Вирусный гепатит А

1. Стратегия профилактики и контроля:

1) улучшить санитарное состояние населенных мест, обеспечить население доброкачественной питьевой водой;

2) обеспечить надлежащие санитарно-гигиенические условия в детских дошкольных организациях, школах и других учебных заведениях для профилактики контактно-бытового пути передачи инфекции обратив особое внимание на создание питьевого режима и элементарных условий для соблюдения личной гигиены (мыло, туалетная бумага);

3) обеспечить соблюдение санитарно-гигиенических требований и правильности выполнения ежедневной текущей уборки в буфетах, столовых, санузлах, классных комнатах и рекреациях, проведение которой возложено на технический персонал;

4) категорически запретить привлечение школьников к проведению уборки помещений школы.

2. Специфическая профилактика вирусных гепатитов А (далее - ВГА) - вакцинация.

3. Контингенты, подлежащие вакцинации:

1) дети в возрасте 2-х лет;

2) контактные 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.

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.

4. Мероприятия в очагах:

1) Контактные 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 запрещается прием новых детей и перевод контактных 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 школе на время инкубации со дня регистрации последнего случая.

3) Лабораторные обследования контактных лиц на биохимические анализы крови назначаются врачом при наличии клинических показаний.

4) Заключительная дезинфекция проводится в детских садах и детских организациях закрытого типа при условии совместного питания, пребывания и сна детей после изоляции больного из коллектива.

Вирусный гепатит Е

5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия аналогичны проводимым при ВГА.

6. В основу профилактики ВГА и ВГЕ должна быть положена организация системы эпидемиологического надзора: регистрация, учет, эпидемиологическое расследование каждого случая и анализ заболеваемости.

7. Специфическая профилактика отсутствует.

Вирусный гепатит В и Д

8. Специфическая профилактика ВГВ и ВГД - вакцинация. Главной целью вакцинации против ВГВ является предотвращение всех форм гепатита В и Д, включая хронические.

9. Вакцина против ВГВ:

1) моновалентная вакцина против ВГВ выпускаются во флаконах в жидком виде, в однодозной или многодозной расфасовке, которые защищают только от гепатита В;

2) поливалентная вакцина против гепатита В в комбинации с другими вакцинами, которые обеспечивают защиту сразу против нескольких заболеваний (совместно с АКДС или вакциной против гемофильной инфекции).

В качестве первой дозы при рождении должна обязательно использоваться моновалентная вакцина против ВГВ, так как поливалентные вакцины нельзя вводить детям при рождении.

10. Тактика вакцинации:

1) Вакцинальный комплекс состоит из 3-х доз. Для новорожденных детей схема: 0-2-4 месяца (в первые 12 часов после рождения - в 2 месяца жизни - в 4 месяца жизни); для детей до 1 года, невакцинированных при рождении определена схема: 0-2-6 с интервалами между первой и второй прививками 2 месяца и между второй и третьей - 4 месяца; для детей старше 1 года и взрослым рекомендована схема: 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками 1

месяц, между второй и третьей - 5 месяцев.

2) Разрешается введение вакцины против ВГВ одновременно с другими, как живыми, так и инактивированными вакцинами, при условии введения раздельными шприцами и в разные участки тела.

3) Все типы и формы выпуска вакцины против ВГВ могут быть полностью взаимозаменяемы, то есть для введения последующих доз вакцины, можно использовать препараты разных типов от различных производителей.

4) В случае, если пропущена какая-либо доза вакцины, она должна быть введена как можно скорее, при этом нет необходимости начинать полный курс иммунизации сначала.

5) Независимо от использованной схемы иммунизации, в результате полного курса вакцинации, состоящего из 3 доз, защитный уровень антител против HBsAg (анти-HBs) вырабатывается более чем у 95 % привитых. Лица, ответившие выработкой антител после вакцинации против ВГВ, надежно защищены от острого, хронического гепатита В и дельта-инфекции. Вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ. Лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.

11. 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 $38,5^{\circ}\text{C}$ 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.

12. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГВ:

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

если ранее не привиты, то:

2) подростки, в связи с высоким уровнем заболеваемости;

3) близкие контактные лица в очагах гепатита В для профилактики полового и бытового путей передачи;

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

5) все студенты высших и средних учебных заведений медицинского профиля независимо от форм собственности;

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

7) впервые выявленные ВИЧ-инфицированные;

8) впервые выявленные лица, подлежащие гемодиализу и трансплантации;

9) 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.

13. Прививки реципиентам крови и ее компонентов и препаратов должны проводиться в территориальных поликлиниках согласно представленного списка организации здравоохранения, проводившей переливание крови.

Профилактика парентеральных гепатитов (гепатиты В, Д и С)

В основу мероприятий по защите медицинских работников от вирусов гепатита, как и при ВИЧ, положен принцип относить всех пациентов к потенциально инфицированным. Следовательно, кровь и биологические жидкости всех пациентов рассматриваются как потенциально инфицированные. В этой связи применяются универсальные меры предосторожности.

Универсальные меры предосторожности - это комплекс мероприятий, направленный на снижение риска передачи инфекций между пациентами и медицинскими работниками при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями, которые должны выполняться во всех организациях здравоохранения всеми медицинскими работниками.

14. Профессиональный риск инфицирования существует:

1) у медицинских работников организаций здравоохранения, в том числе лабораторий, студентов медицинских учебных заведений;

2) у сотрудников служб общественного порядка, сотрудников исправительных учреждений, членов спасательных бригад, а также лиц, оказывающих косметологические услуги, которые по роду своей деятельности могут контактировать с кровью и другими биологическими жидкостями.

15. 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, кровью и другими биологическими жидкостями.

16. Меры предосторожности должны соблюдаться при работе с кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе:

- 1) спермой;
- 2) вагинальными выделениями;
- 3) любыми жидкостями с видимой примесью крови;
- 4) культурами или средами, содержащими ВИЧ, вирусы гепатитов; а также с теми жидкостями, степень опасности которых в отношении передачи парентеральных инфекций пока не установлена:
- 5) синовиальной жидкостью;
- 6) цереброспинальной жидкостью;
- 7) плевральной жидкостью;
- 8) перитонеальной жидкостью;
- 9) перикардialной жидкостью;
- 10) амниотической жидкостью.

17. Меры предосторожности должны соблюдаться 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 любой биологической жидкостью, если трудно определить, что это за жидкость.

18. С целью предупреждения заражения инфекциями, передающимися с кровью, следует избегать:

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

2) попадания 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) растекания, расплескивания и разбрызгивания крови и других биологических жидкостей.

19. В целях защиты от инфицирования следует применять:

- 1) индивидуальные средства защиты;

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

Защитные приспособления (например, контейнеры для утилизации острых инструментов) снижают риск заражения путем изоляции или устранения на рабочем месте предметов, представляющих опасность в качестве источника инфекции. Они относятся к средствам первой линии защиты от инфицирования на рабочем месте.

Безопасные технологии предлагают такой способ выполнения различных манипуляций, при котором риск инфицирования минимален.

20. Индивидуальные средства защиты предоставляются работодателем бесплатно и должны храниться в доступном месте:

1) перчатки;

Очень важно всегда надевать перчатки перед работой с кровью и другими биологическими жидкостями или загрязненными ими поверхностями. Нельзя использовать повторно одноразовые перчатки. Нельзя применять смазки на вазелиновой основе, поскольку они повреждают латекс, из которого сделаны перчатки.

2) халаты и другая защитная одежда;

Халат обязателен во всех случаях, когда возможен контакт с инфицированным материалом. Хирургические колпаки или шапочки, бахилы поверх обуви.

3) маски, защитные очки или экраны для лица;

Если во время манипуляции возможно появление брызг крови и других биологических жидкостей, следует надевать защитные экраны, прикрывающие лицо до подбородка, или маски в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками. Обычные очки не обеспечивают достаточной защиты от инфекций, передающихся с кровью.

Индивидуальные средства защиты должны предохранять рабочую и обычную одежду, кожные покровы, глаза, рот и другие слизистые оболочки от контакта с кровью и другими биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств.

21. Меры предосторожности при работе с кровью и другими биологическими жидкостями:

1) при попадании крови или другого потенциально инфицированного материала 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); методы утилизации КБУ - согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 июня 2004 года № 484 "О работе с вакцинами и другими медицинскими иммунобиологическими препаратами" с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.06.2007 г.; См. V095902

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

4) КБУ и маркированные контейнеры для использованного инструментария размещать в удобном для пользования месте, не допуская их переполнения (заполнение на три четверти) и перемещать только тщательно закрытыми;

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

6) перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного кровью или другими 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.

2.2. Запрещается:

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

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

3) насасывать в пипетки кровь и другие 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 для использованных

техники безопасности и снижению профессионального риска инфицирования.

5) обеспечение безопасности донорской крови (подбор доноров, тестирование крови, использование гемоконовых мешков для заготовки крови и плазмы), максимальное ограничение числа доноров в отношении одного реципиента крови и л и е е п р е п а р а т о в ;

6) отстранение от донорства лиц:
перенесших вирусные гепатиты - пожизненно;
с положительными анализами на HBsAg - пожизненно;
контактных с больным ВГ - на срок инкубационного периода;
получавших переливание крови и ее компонентов - на один год;

7) работникам службы крови запрещено быть донорами крови и плазмы.

25. В целях организации лечения, установления профессионального заболевания, определения режима труда для лиц с положительными результатами на маркеры гепатитов В и С, подлежат профилактическому (предварительному и ежегодно периодическому) обследованию на маркеры ВГВ и В Г С :

- 1) медицинский персонал организаций службы крови;
- 2) медицинские работники хирургического и стоматологического профилей;
- 3) доноры - при каждой сдаче крови;

26. При положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС, доноры пожизненно отстраняются от сдачи крови; медицинский персонал - от процесса заготовки крови и ее препаратов.

27. Учреждения службы крови обязаны обеспечить:

1) взаимообмен информацией о положительных результатах у доноров на всех уровнях, с целью недопущения его к донорству на всей территории К а з а х с т а н а ;

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

28. Мероприятия в очагах:

1) эпидемиологическое расследование каждого случая острых гепатитов В и С, а также хронического гепатита С, выявление путей передачи и оценка факторов риска заражения в медицинских и других организациях;

2) вакцинация контактных против ВГВ с предварительным тестированием л и ц с т а р ш е 1 5 л е т ;

3) разъяснительная работа с населением о профилактике парентеральных г е п а т и т о в .

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

У т в е р ж д е н о п р и к а з о м
М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
от 26 декабря 2008 года № 684

Инструкция

по методам и средствам дезинфекции при вирусных гепатитах

Организация и проведение дезинфекции при энтеральных вирусных гепатитах

1. Проведение заключительной дезинфекции проводится в организованных коллективах силами отделов профилактической и очаговой дезинфекции центров санитарно-эпидемиологической экспертизы. Контроль и методическое руководство по организации дезинфекции должны осуществляться государственными органами санитарно-эпидемиологической службы.

2. Проведение текущей дезинфекции:

1) во всех детских и подростковых организациях (детские сады, школы, интернаты, санатории и прочее) текущую дезинфекцию проводит персонал организации под контролем медицинского работника данного учреждения в течение 35 дней с момента изоляции больного;

2) обеспечение дезинфицирующими средствами во всех случаях возлагается на администрацию организации, где зарегистрирован очаг;

3) ответственность за организацию всех дезинфекционных и противоэпидемических мероприятий несет руководитель организации.

Организация и проведение дезинфекции при парентеральных вирусных гепатитах

3. Медицинский и лабораторный инструментарий многоразового применения после каждого использования должен подвергаться дезинфекции, тщательной предстерилизационной очистке и стерилизации, согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 января 2003 года № 96 "Об утверждении санитарных правил и норм "Санитарно-эпидемиологические требования к качеству стерилизации и дезинфекции изделий медицинского назначения".

4. Медицинские отходы класса Б - использованные одноразовые колющие и другие острые предметы (иглы, скарификаторы, бритвы, ампулы) собираются отдельно от других видов медицинских отходов в КБУ без предварительного

разбора и дезинфекции. Емкости с отходами класса Б должны иметь маркировку "Опасные медицинские отходы, класс Б", с наименованием объекта, датой и фамилией лица, ответственного за сбор медицинских отходов.

5. Сбор медицинских отходов класса В осуществляется в одноразовые пакеты, вложенные в емкости с плотно закрывающимися крышками без предварительной дезинфекции. Емкости, пакеты с медицинскими отходами класса В должны иметь маркировку "Чрезвычайно опасные медицинские отходы, класс В", с наименованием объекта, датой и фамилией ответственного лица за сбор медицинских отходов.

6. Все манипуляции с отходами производятся в специальной одежде, маске и резиновых перчатках.

7. Биологические отходы (сгустки крови, сыворотка и другие) обеззараживаются в растворах дезинфектантов, разрешенных к применению в Республике Казахстан согласно утвержденных методических указаний и инструкций по применению в соотношении 1:5. После заданной экспозиции, слив в канализацию.

8. Использованный мягкий перевязочный материал (тампоны, шарики), одноразовое белье, простыни, салфетки - без предварительного обеззараживания собираются в одноразовые пакеты, вложенные в емкости с плотно закрывающимися крышками (отходы класса Б, В).

9. Белье, загрязненное выделениями больных обеззараживается дезинфицирующими веществами, применяемыми в организациях здравоохранения в соответствии с методическими указаниями (инструкциями) по использованию.

Методы и средства дезинфекции при энтеральных вирусных гепатитах

№ п/п	Объект обеззараживания	Способ обеззараживания	Средства обеззараживания
1.	Столовая посуда, ветошь для мытья посуды и поверхностей столов	Освобождают от остатков пищи, погружают в дезинфицирующий раствор из расчета 2 литра на комплект, промывают проточной водой кипячение	дезинфектанты, разрешенные к применению в Республике Казахстан в
2.	Посуда из-под выделений больного	Погружают в дезинфицирующий раствор. После обеззараживания промывают водой	
3.	Постельное белье больного, полотенце	Погружают в дезинфицирующий раствор, кипячение	

4.	Игрушки (допускается один из 2 способов)	1. Погружаются в дезинфицирующий раствор, препятствовать их всплытию; после обеззараживания промывают проточной водой 2. Моют мыльно-содовым раствором с ополаскиванием.	соответствии с методическими указаниями (инструкциями) по использованию
5.	Помещение для содержания больного, предметы обстановки	Протирают двукратно ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов с последующей влажной уборкой	
6.	Санузлы. Санитарно-техническое оборудование	Протирают двукратно ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов с последующей влажной уборкой	

Методы и средства дезинфекции объектов при парентеральных вирусных гепатитах

№ п/п	Объект обеззараживания	С п о с о б обеззараживания	Средства обеззараживания
1.	Изделия медицинского назначения, в том числе стоматологического профиля	Полное погружение в дезинфицирующий раствор	дезинфектанты, разрешенные к применению в Республике Казахстан в соответствии с методическими указаниями (инструкциями) по использованию
2.	Эндоскопическая аппаратура	Полное погружение в дезинфицирующий раствор	
3.	Помещение, где проводятся парентеральные вмешательства	Орошение дезинфицирующим раствором	
4.	Биологические отходы	Засыпание дезинфицирующим средством в соотношении 1:5	