3.1. ПРОФИЛАКТИКА
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.958—99

gost.e-ecolog.ru

1. Разработаны Научно-исследовательским институтом вирусологии им. И. Д. Ивановского РАМН (Клименко С. М., Шахгильдян И. В., Хухлович П. А.); Научно-исследовательским институтом эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи (Михайлов М. И.); Санкт-Петербургским НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера (Мукомолов С. Л., Шляхтенко Л. И.), ГИСК им. Л. А. Тарасевича (Горбунов М. А.); Гематологическим научным центром РАМН (Голосова Т. В); НИИ дезинфектологии Минздрава России (Пантелеева Л. Г., Абрамова И. М.); Минздравом России (Наркевич М. И., Дементьева Л. А., Тымчаковская И. М.); Хабаровским НИИ эпидемиологии и микробиологии (Богач В. В.); Федеральным центром госсанэпиднадзора Минздрава России (Коршунова Г. С., Ясинский А. А.); ЦГСЭН в г. Москве (Лыткина И. Н., Храпунова И. А., Чистякова Г. Г.); ЦГСЭН в Московской обл. (Каира А. Н.); ЦГСЭН в г. Липецке (Сидорова З. В.); ЦГСЭН в Нижегородской обл. (Погодина Л. В.), ЦГСЭН в г. Санкт-Петербурге (Крыга Л. Н.); ЦГСЭН в Самарской обл. (Трошкина Н. П.); ЦГСЭН в Тульской области (Бажанина Н. А.).

2. Утверждены Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 1 февраля 2000 г., введены в действие 1 июля 2000 г.

3. Введены впервые.

4. Регистрации не подлежат, т. к. носят организационно-технический характер (письмо Минюста России от 16.03.00 № 1796-ЭР).

Федеральный закон Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30.03.99

«Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) – нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний» (статья 1).

«Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц» (статья 39).

«За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность» (статья 55).

СОДЕРЖАНИЕ

1. Область применения 46
2. Нормативные ссылки 46
3. Общие положения 47
4. Первичные мероприятия, проводимые в очагах вирусных гепатитов (ВГ) 47
5. Противоэпидемические и профилактические мероприятия при вирусных гепатитах с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей 49
5.1. Гепатит А (ГА) 49
5.2. Гепатит Е (ГЕ) 53
6. Противоэпидемические и профилактические мероприятия при парентеральных вирусных гепатитах 53
6.1. Гепатит В (ГВ) 53
6.2. Гепатит D (ГD) 55
6.3. Гепатит С (ГС) 55
6.4. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на HBsAg и АНТИ-ВГС в крови методом ИФА 56
6.5. Гепатит G (ГG) 57
7. Вирусные гепатиты сочетанной этиологии (микст-ВГ) 57
8. Вакцинопрофилактика гепатита В 58

УТВЕРЖДАЮ
Главный государственный санитарный врач Российской Федерации – Первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
Г. Г. Онищенко
29 февраля 2000 г.
Дата введения: 1 июля 2000 г.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.958—99

1. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее – *санитарные правила*) устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение и распространение заболеваний вирусными гепатитами.

1.2. Соблюдение *санитарных правил* является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

1.3. Контроль за выполнением настоящих *санитарных правил* осуществляют органы и учреждения госсанэпидслужбы России.

2. Нормативные ссылки

2.1. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

2.2. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятые Верховным Советом Российской Федерации и подписанные Президентом Российской Федерации 22.07.93 № 5487-1.

2.3. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

2.4. Положение о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 5 июня 1994 г. № 625, и изменения и дополнения, внесенные постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 680.

Издание официальное

Настоящие санитарно-эпидемиологические правила не могут быть полностью или частично воспроизведены, тиражированы и распространены без разрешения Департамента госсанэпиднадзора Минздрава России.

3. Общие положения

3.1. Вирусные гепатиты (ВГ) – особая группа антропонозных инфекций, вызываемых возбудителями с выраженными гепатотропными свойствами.

По этиологической структуре, патогенезу, эпидемиологии, клинике и исходам эти заболевания крайне неоднородны. Различают 6 самостоятельных нозологических форм с известными возбудителями, обозначаемыми как вирусы гепатитов A, B, C, D, E, G, а также другие гепатиты, этиология которых слабо изучена или не установлена.

3.2. В целях предупреждения возникновения и распространения вирусных гепатитов необходимо своевременно и в полном объеме проводить комплексные организационные, лечебно-профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

3.3. Для профилактики внутрибольничного заражения парентеральными вирусными гепатитами первостепенное значение имеют меры, направленные на предупреждение заражения вирусами гепатитов B, D, C и G при использовании изделий медицинского назначения: в т. ч. инструментов, загрязненных кровью и другими биологическими жидкостями, а также при переливании крови и/или ее компонентов.

После использования все изделия медицинского назначения подлежат дезинфекции с последующей предстерилизационной очисткой и стерилизацией.

Проведение таких мероприятий регламентируется соответствующими нормативными правовыми документами, а также организационно-распорядительными документами Минздрава России.

4. Первичные мероприятия, проводимые в очагах вирусных гепатитов (ВГ)

4.1. Первичные мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага, осуществляет врач лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) или другой медицинский работник, выявивший больного.

4.2. Выявление больных вирусными гепатитами осуществляют медицинские работники учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, при амбулаторном приеме, посещении больного на дому, устройстве на работу и периодических медицинских осмотрах определенных групп населения, наблюдении за детьми в коллективах, при обследовании контактных в очагах инфекции, а также лабораторном обследовании лиц из групп высокого риска заражения вирусом гепатитов A, B, C, Д, G (медицинские работники, пациенты отделений гемодиализа, доноры, персонал учреждений службы крови и др.).

4.3. Этиологическая расшифровка случаев гепатита в инфекционных стационарах и других лечебно-профилактических учреждениях, как правило, осуществляется в течение 5 дней. Более поздние сроки установления окончательного диагноза допускаются при наличии микст-инфекции, хронических форм гепатита B (ГВ) и гепатита C (ГС), сочетании ВГ с другими заболеваниями.

4.4. Больные острой и впервые выявленной хронической формами вирусных гепатитов подлежат обязательной регистрации в центрах государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) и, как правило, госпитализации в инфекционные стационары.

4.5. При установлении диагноза гепатита А (лабораторно подтвержденного обнаружением в крови анти-ВГА IgM) допускается лечение на дому при обеспечении динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования, проживании больного в отдельной благоустроенной квартире, отсутствии контактов с работниками лечебных, детских, пищевых и приравниваемых к ним учреждений, а также детей, посещающих коллективы, обеспечении ухода за больным и выполнении всех мер противоэпидемического режима.

4.6. При выявлении больного вирусным гепатитом медицинский работник лечебно-профилактического учреждения (семейный врач, врач участка, детского учреждения, госпитальный эпидемиолог, др.) организует и осуществляет комплекс первичных противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение заражения окружающих. Выявляются лица, имевшие контакт с больными в период его заразительности. Контактные подлежат учету, обследованию и наблюдению. Сведения о них фиксируются в листе медицинского наблюдения.

4.7. В очагах ВГ необходимо выявить детей, посещающих организованные коллективы, лиц, участвующих в приготовлении пищи и реализации пищевых продуктов, персонал интернатных учреждений, доноров крови и других биологических материалов, беременных, подростков, работников детских учреждений, персонал службы крови и других медицинских работников. С контактными проводят беседы о мерах профилактики вирусных гепатитов, о симптомах этих заболеваний, осуществляют клиническое и лабораторное обследование для выявления больных и носителей вирусов.

4.8. Медицинский работник лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, выявивший больного ВГ, подает экстренное извещение установленной формы в территориальный ЦГСЭН. Каждый случай ВГ вносится в журнал регистрации инфекционных заболеваний.

4.9. Врач-эпидемиолог ЦГСЭН проводит эпидемиологическое обследование каждого случая острого и хронического вирусного гепатита в детском учреждении, стационаре, санатории, в производственных условиях. Необходимость проведения эпидемиологического обследования очага по месту жительства определяется эпидемиологом.

По результатам эпидемиологического обследования заполняется карта обследования или составляется акт. В зависимости от результатов обследования эпидемиолог конкретизирует, дополняет или расширяет объем и характер санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и назначает дополнительные обследования контактных: определение IgM антител к вирусам гепатита А, В, С (анти-ВГА, анти-НВсог IgM, анти-ВГС), антигена вируса ГА в фекалиях и HBsAg в крови.

4.10. После госпитализации больного в очаге организуют заключительную дезинфекцию, объем и содержание которой зависят от характеристики очага. Дезинфекционные мероприятия осуществляют в границах очага, определяемых эпидемиологом.

4.11. Расследование групповых заболеваний ВГ, связанных с общим водопользованием, питанием, медицинскими и немедицинскими манипуляциями, проводят комплексно, под руководством врача-эпидемиолога с участием специалистов санитарно-гигиенических и лабораторных подразделений ЦГСЭН, а также заинтересованных служб и ведомств.

5. Противоэпидемические и профилактические мероприятия при вирусных гепатитах с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей

5.1. Гепатит А (ГА)

5.1.1. При проведении мероприятий в очагах (прежде всего, в детских коллективах) необходимо обеспечить раннее выявление среди контактных больных этой инфекцией (особенно со стертой и безжелтушной формами), организовать их регулярное клиническое обследование (наблюдение за цветом склер, окраской мочи, размером печени и селезенки).

5.1.2. Эпидемиологический надзор за гепатитом А обеспечивает целенаправленность, содержание, объем и время проведения мер по профилактике ГА. Надзор включает в себя 3 части: информационную, диагностическую и управленческую.

5.1.3. Сбор всей первичной информации, ее оценку, обработку, анализ (эпидемиологическую диагностику) осуществляют эпидемиологи и другие специалисты ЦГСЭН в оперативном порядке или в процессе проведения ретроспективного эпидемиологического анализа. Результаты оперативного анализа являются основой для принятия экстренных управленческих решений. Выводы ретроспективного анализа используются для определения прогноза заболеваемости и разработки перспективных целевых программ по снижению заболеваемости.

При проведении оперативного анализа должна приниматься во внимание следующая информация: ежедневные сведения по поступившим «экстренным извещениям» о всех больных вирусными гепатитами, и особо о больных сотрудниках эпидемически значимых объектов, о каждом значимом для ГА отклонении от нормы результатов исследования воды, пищевых продуктов, аварийных ситуациях, ремонтных работах, случаях нарушения технологии и санитарно-противоэпидемического режима на объектах надзора, вводе в действие новых таких объектов; поступление сведений о качестве проводимых профилактических мероприятий и результатов проводимых с определенной периодичностью санитарно-бактериологических, санитарно-вирусологических исследований (определение колифагов, энтеровирусов, антигена вируса ГА и др.).

Интенсивность и динамику заболеваемости следует оценивать с периодичностью не более 3—7 дней, сопоставляя с «контрольными» уровнями, характерными для своей территории в соответствующий период и в условиях благополучной по ГА ситуации. Оперативно оценивается уровень и динамика заболеваемости отдельных возрастных и социальных групп населения, а также очаговость в детских и при необходимости в других учреждениях.

Ретроспективный эпидемиологический анализ ГА осуществляется на основе информации, поступающей в течение каждого года, сведений устойчивого характера, отражающих санитарно-гигиенические, демографические особенности территории, ее отдельных частей и конкретных эпидемиологически значимых объектов. Этот анализ направлен на выявление основных закономерностей проявления ГА на конкретных территориях и на основании многолетних данных, характеризующих эти особенности, разработку комплексных программ, направленных на снижение заболеваемости ГА.

В процессе анализа оценивается качество специфической диагностики ГА, интенсивность эпидемического процесса в целом на обслуживаемой территории и особо на отдельных ее участках с определением территорий риска. Многолетнюю динамику заболеваемости оценивают в течение 15—20 лет и определяют ее тенденции.

Оценивается помесячная динамика заболеваемости, в основу которой берутся даты заболевания. Оценивается заболеваемость отдельных возрастных, социальных, профессиональных групп населения и отдельных коллективов, выявляются группы и коллективы риска.

Анализируется качество и эффективность профилактических (качество питьевой воды, санитарно-противоэпидемический режим на объектах надзора, специфическая профилактика и др.) и противоэпидемических мероприятий (полнота и своевременность выявления больных, качество специфической диагностики, доля зарегистрированных безжелтушных форм ГА, полнота госпитализации, очаговость ГА в семьях и коллективах и др).

5.1.4. Меры профилактики в отношении источников ВГА (активное и раннее выявление) имеют вспомогательное значение. Они наиболее важны в коллективах детей, среди работников организаций общественного питания, торговли пищевыми продуктами и других организаций.

Лица, подозреваемые как источник инфекции, подвергаются углубленному клинико-лабораторному обследованию (с определением активности аланин-аминотрансферазы и обследованию на наличие маркеров ГА, прежде всего, выявление анти-ВГА IgM в крови).

5.1.5. В комплекс мер по профилактике ГА входит как пассивная (введение иммуноглобулина человеческого нормального), так и активная иммунизация-вакцинация.

5.1.6. Для активной иммунизации против ГА применяются инактивированные вакцины отечественного и зарубежного производства, которые вводят дважды с интервалом в 6—12 месяцев.

Вакцинация показана, прежде всего, детям, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости этой инфекцией, (возрастные группы определяются данными эпиданализа), медицинским работникам, воспитателям и персоналу детских дошкольных учреждений, работникам сферы обслуживания населения и, прежде всего, занятым в организациях общественного питания, водопроводных и канализационных сооружениях. Прививки также показаны лицам, выезжающим в гиперэндемичные по гепатиту А регионы и страны (туристы, лица, работающие по контракту, военнослужащие), а также контактным лицам в очагах по эпидпоказаниям.

Массовую вакцинацию против гепатита А не проводят.

5.1.7. При отсутствии условий оставления больных ГА на дому их госпитализируют в инфекционные отделения. Проводится заключительная дезинфекция, которую организует врач-эпидемиолог ЦГСЭН.

5.1.8. Эпидемиологическое обследование в очагах ГА проводится врачом-эпидемиологом ЦГСЭН или, по его усмотрению, помощником эпидемиолога.

Эпидемиолог уточняет границы очага, разрабатывает и реализует меры по его ликвидации. В границы очага включаются детские и трудовые коллективы, стационары, санатории и др., в которых больной был в конце инкубации и в первые дни болезни. Об этом эпидемиолог ЦГСЭН ставит в известность руководителей указанных учреждений.

5.1.9. Всех лиц, проживающих в границах очага, подвергают осмотру в день регистрации больного и медицинскому наблюдению в течение 35 дней со дня разобщения с источником. Лица, подозреваемые как источник инфекции, подвергаются клинико-лабораторному обследованию, включая определение маркеров ГА (анти-ВГА IgM в крови, антиген вируса ГА в фекалиях). Определяют активность аминотрансфераз в крови.

О контактных детях, воспитывающихся и обучающихся в коллективах, ставят в известность медицинский персонал этих учреждений. Детей допускают в кол-

лективы с разрешения педиатра и эпидемиолога при условии их полного здоровья, при указаниях на перенесенный ранее ГА, введения иммуноглобулина или вакцинации против ГА. За ними устанавливают регулярное наблюдение в течение 35 дней. При наличии показаний в кратчайший срок (до 10 дня от начала контакта с больным) детям, находившимся в контакте, проводят экстренную иммуноглобулинопрофилактику, которую назначает врач поликлиники (амбулатории) по согласованию с эпидемиологом. Иммуноглобулин не назначают при наличии ГА в анамнезе, при обнаружении защитного уровня антител в сыворотке контактного, при наличии медицинских противопоказаний и в тех случаях, когда не прошло 6 месяцев после предыдущего введения такого же препарата. Дозы титрованных серий иммуноглобулина не отличаются от тех, которые назначают при предсезонной профилактике.

О взрослых лицах, общавшихся с больным ГА по месту жительства, занятых приготовлением пищи и реализацией пищевых продуктов (организации общественного питания и т. п.), уходом за больными в ЛПУ, воспитанием и обслуживанием детей, обслуживанием взрослого населения (проводники, стюардессы и т. п.) сообщается руководителям этих учреждений, в соответствующие здравпункты (медико-санитарные части) и центры госсанэпиднадзора.

Указанные руководители обеспечивают контроль за соблюдением контактными правил личной и общественной гигиены, обеспечивают медицинское наблюдение и отстраняют их от работы при появлении первых признаков заболевания. Содержание наблюдения за взрослыми эпидемиологически значимых профессий не отличается от такового в отношении детей.

За детьми, не посещающими детские учреждения, и взрослыми, не относящимися к указанным выше профессиональным группам, наблюдение и клиническое обследование в течение 35 дней осуществляет медицинский персонал поликлиники (амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты). Осмотр этих лиц проводят не реже 1 раза в неделю, по показаниям осуществляют лабораторные исследования и иммуноглобулинопрофилактику.

Каждый медицинский работник, осуществляющий наблюдение за контактными, систематически проводит работу по гигиеническому воспитанию. Все меры, направленные на ликвидацию очага, отражаются в карте эпидемиологического обследования и в амбулаторной карте больного ГА, в которую вклеивается особый лист наблюдения за контактными. В этих же документах фиксируется окончание мероприятий в очаге и результаты наблюдения за контактными.

5.1.10. Содержание, объем и продолжительность проведения мер по ликвидации очагов ГА в учреждениях и коллективах (детские коллективы, учебные заведения, санатории, стационары и др.) определяет врач-эпидемиолог на основании результатов эпидемиологического обследования, с учетом данных обследования очагов по месту жительства. Они согласуются с руководителем и медицинским персоналом учреждения. В учреждении выясняют число заболевших желтушными стертыми формами ГА и подозрительных по этой инфекции, определяют связь между ними, анализируют распределение их по группам, классам (отделениям и т. п.); устанавливают вероятный источник и пути передачи вируса, обязательно анализируют санитарно-техническое состояние, санитарно-противоэпидемический режим учреждения и вероятность дальнейшего распространения инфекции.

С учетом выводов эпидемиологического обследования определяют границы очага и разрабатывают план мероприятий по его ликвидации.

5.1.11. Больных с любой установленной клинической формой ГА регистрируют в ЦГСЭН и из учреждений закрытого типа госпитализируют в инфекционные отделения. Больных с неясными симптомами госпитализируют в боксирован-

ное отделение, при благоприятных санитарно-коммунальных условиях, легком течении заболевания и обеспечении индивидуального ухода их изолируют на 2—3 дня в изоляторе учреждения для медицинского наблюдения, лабораторного обследования в целях уточнения диагноза. В очаге проводят заключительную дезинфекцию и определяют меры текущей дезинфекции. Лица, подозреваемые как источник инфекции для зарегистрированных больных ГА, подвергаются углубленному клинико-лабораторному обследованию, включая определение маркеров ГА. Пораженные группы (классы, больные отделений или палат) максимально изолируют от других групп, подразделений учреждения. Они не принимают участия в мероприятиях, проводимых с другими членами коллектива. В карантинной группе, классе, палате и т. п. отменяют систему самообслуживания, проводят беседы по гигиеническому воспитанию и мерам профилактики ГА.

В период наблюдения (в течение 35 дней с момента изоляции последнего больного ГА) не допускается перевод контактных детей, персонала детских и иных учреждений в другие группы, классы, палаты и в другие учреждения за исключением особых случаев с разрешения эпидемиолога. Прием в карантинные коллективы (группы дошкольных учреждений, палаты и т. п.) новых лиц допускается по согласованию с эпидемиологом в случаях, если поступающий ранее перенес ГА или предварительно получил высокотитрованный иммуноглобулин, или вакцинирован против ГА. Дети и взрослые лица эпидемиологически значимых профессий, бывшие в контакте с больным ГА, в стационаре (санатории и др.), ранее переболевшие ГА допускаются в коллективы и учреждения.

В случае госпитализации контактного лица по другим причинам в соматическое, хирургическое и др. отделения медицинский персонал или руководитель карантинного коллектива обязаны сообщить администрации этого лечебного учреждения о пребывании госпитализированного в эпидемическом очаге гепатита А.

За лицами, бывшими в контакте с больными ГА, устанавливают медицинское наблюдение. Детей и персонал дошкольных учреждений, школьников начальных классов, больных стационаров, санаториев и т. п. осматривают ежедневно (опрос, осмотр кожи, склер и слизистых, термометрия, в дошкольных учреждениях дополнительно оценивается цвет мочи и фекалий) и 1 раз в неделю проводят углубленный осмотр с обязательным определением размеров печени и селезенки. Контактных других категорий (студенты, рабочие и др.) осматривают еженедельно.

По решению эпидемиолога, в зависимости от характеристики очага, назначаются однократные или повторные (с интервалом 15—20 дней) лабораторные обследования контактных. Они могут касаться всех лиц в границах очага или проводиться выборочно, включать биохимические исследования крови (определение активности аланин-аминотрансферазы) и определение маркеров ГА (анти-ВГА класса IgM в крови, антиген вируса в фекалиях). Лабораторное обследование лиц, общавшихся с больными ГА (определение в крови аланин-аминотрансферазы и специфических маркеров ГА), при наличии показаний проводят в детских дошкольных и других учреждениях по назначению педиатра и эпидемиолога.

Экстренную иммуноглобулинопрофилактику (ИГП) проводят препаратом с высоким титром антител по решению эпидемиолога и согласованию с врачом учреждения. Контингент, подлежащий ИГП, определяют с учетом конкретной эпидемической ситуации, времени, прошедшего от регистрации случая ГА и от предшествовавших введений этого препарата, перенесения в прошлом ГА, состояния здоровья контактных детского учреждения, стационара, санатория и других коллективов. Беременные, находившиеся в контакте с больным ГА, получают титрованный иммуноглобулин за исключением женщин, имунных к ГА.

В течение всего периода карантина контактным не проводят плановые прививки.

Персонал карантинных учреждений обучают правилам противоэпидемического режима, при этом обязательно мотивируют каждое из мероприятий, инструктируют о первых симптомах ГА и мерах при выявлении лиц с такими симптомами. Эту работу проводят с родителями детей из пораженного инфекцией коллектива, с детьми и взрослыми лицами, оказавшимися в контакте с больными ГА в стационаре, санатории и др.

5.1.12. При появлении одновременных групповых заболеваний ГА в разных группах, классах, отделениях стационара и т. п. условиях проводится комплекс мер в связи с возможностью пищевого или водного пути передачи возбудителя. По представлению эпидемиолога главный врач ЦГСЭН формирует группу специалистов гигиенического, клинического и других необходимых профилей, распределяет между ними обязанности по проведению эпидемиологического обследования и реализации мер по ликвидации очага.

5.2. Гепатит Е (ГЕ)

5.2.1.Эпидемиологический надзор за ГЕ должен быть направлен на своевременное выявление больных ГЕ. Настороженность в отношении ГЕ должна проявляться при обращении за медицинской помощью больных ВГ на территориях, близких к эндемичным. Верификация диагноза возможна с помощью определения специфических антител (по состоянию на октябрь 1999 г. в России зарегистрированных тест-систем нет). Специфичным для ГЕ сигналом должно служить появление тяжелых случаев вирусных гепатитов с отсутствием маркеров ГА, ГВ, ГС у беременных. Эпидемиологические данные и исключение маркеров гепатитов А, В, С и D у больного острым гепатитом может оказать помощь в распознавании ГЕ.

5.2.2. Эпидемиологический надзор за ГЕ принципиально не отличается от такового при ГА. Необходима четкая информация о состоянии водоснабжения и качестве питьевой воды, миграционных процессах с эндемичных территорий.

5.2.3. Больные ГЕ подлежат регистрации в ЦГСЭН в установленном порядке. При появлении больных ГЕ, не связанных с заражением на эндемичных территориях, проводят углубленную ретроспективную оценку всех показателей качества питьевой воды за 1,5 месяца до регистрации больных, при необходимости осуществляют полную ревизию водоснабжения.

6. Противоэпидемические и профилактические мероприятия при парентеральных вирусных гепатитах

6.1. Гепатит В (ГВ)

6.1.1. Эпидемиологический надзор включает в себя:

- динамическую оценку регистрируемой заболеваемости, постоянный контроль за полнотой обследования доноров, беременных, всех групп высокого риска заражения и качеством их лабораторного обследования, своевременным и полным выявлением больных острыми и хроническими формами инфекции, контроль за полнотой и качеством клинико-лабораторной расшифровки «носительства» вируса ГВ, качеством диспансерного наблюдения за реконвалесцентами и больными всеми формами хронической инфекции;

- систематический контроль за оснащенностью оборудованием, обеспечением медицинским и лабораторным инструментарием и соблюдением санитарно-противоэпидемического режима на объектах надзора: учреждениях службы крови, стационарах, родильных домах, диспансерах, амбулаторно-поликлинических учреждениях. Специального внимания требуют отделения с высоким риском заражения (центры гемодиализа, трансплантации органов и тканей, сердечно-сосудистой хирургии, гематологии, ожоговые центры и т. п.), а также учреждения закрытого типа для детей и взрослого населения;
- систематическую оценку тенденций развития заболеваемости наркоманиями;
- контроль за санитарно-противоэпидемическим режимом в учреждениях немедицинского профиля, независимо от форм собственности, осуществляющих вмешательства, при которых может передаваться вирус ГВ (косметические, маникюрные и педикюрные кабинеты, парикмахерские и т. п.);
- контроль за реализацией федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний».

6.1.2. Руководители лечебно-профилактических учреждений несут персональную ответственность за организацию и проведение мероприятий по предупреждению инфицирования вирусами-возбудителями парентеральных вирусных гепатитов.

6.1.3. Профилактика ГВ должна проводиться комплексно, т. е. касаться источников вируса, путей и факторов его передачи, и прежде всего, восприимчивого к инфекции населения.

В связи с особенностями современной эпидемической обстановки с ГВ главную роль в предупреждении этой инфекции играет специфическая профилактика.

6.1.4. Эпидемиологи ЦГСЭН и госпитальные эпидемиологи проводят постоянную оценку и контроль состояния противоэпидемического режима в ЛПУ.

6.1.5. Дезотделы (дезотделения) ЦГСЭН, дезинфекционные станции осуществляют методическое руководство и систематический контроль за качеством дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации всех изделий медицинского назначения во всех ЛПУ, независимо от форм собственности.

6.1.6. Каждый случай внутрибольничного инфицирования парентеральным гепатитом подлежит обязательному расследованию с привлечением виновных к дисциплинарной или административной ответственности.

6.1.7. Не допускается использовать для трансфузии кровь и ее компоненты от доноров, не обследованных на наличие HBsAg, анти-ВГС и без определения активности АлАТ.

6.1.8. В учреждениях службы крови должны строго соблюдаться режимы дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения в соответствии с требованиями, предъявляемыми к дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.

6.1.9. Персонал учреждений службы крови, медицинские работники, имеющие по роду свой профессиональной деятельности контакт с кровью и ее компонентами при выполнении лечебно-диагностических парентеральных и других манипуляций, обследуются на наличие HBsAg и анти-ВГС при поступлении на работу и далее не реже одного раза в год.

6.1.10. В учреждениях бытового обслуживания (парикмахерские, маникюрные кабинеты и др.) должны подвергаться обеззараживанию, очистке и стерилизации все инструменты и предметы, которые могут быть возможным фактором пе-

редачи вируса. К обработке этих предметов и использованию растворов предъявляют такие же требования, как и в медицинских учреждениях.

6.1.11. При возникновении острого ГВ, выявлении больного хроническим ГВ в детских коллективах и учебных заведениях их регистрируют и обязательно госпитализируют. Вопрос о госпитализации выявленных «носителей» HBsAg решается по результатам предварительного обследования у специалистов-гепатологов.

6.1.12. Меры по ликвидации очага включают:

- заключительную и текущую дезинфекцию, строгий контроль режима обработки медицинских инструментов, применение одноразового инструментария;
- усиление санитарно-противоэпидемического режима с особым контролем за индивидуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щетки, полотенца, носовые платки и т. д.). Игрушки, которые дети берут в рот, закрепляют индивидуально и ежедневно дезинфицируют;
- прекращение проведения профилактических прививок и постановки биологических проб на срок, определенный эпидемиологом и медицинским работником учреждения;
- медицинское наблюдение за контактными детьми и персоналом в границах очага в течение 6 месяцев с врачебным осмотром детей сразу после изоляции источника, а затем ежемесячно или в сроки по усмотрению эпидемиолога;
- лабораторное обследование детей и персонала в границах очага на наличие HBsAg и активность АлАТ сразу после регистрации больного, далее в сроки, определенные эпидемиологом на основании результатов обследования. Обследование организует и проводит территориальная поликлиника при консультации эпидемиолога;
- сообщение в поликлинику по месту жительства о детях, изолированных из группы с подозрением на ГВ, а также «носителях» вируса;
- обеспечение приема в группу детей, перенесших в период карантина какие-либо острые заболевания или обострения хронических заболеваний, при предъявлении справки от врача о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на HBsAg и активность АлАТ;
- решение эпидемиологом совместно с врачом учреждения вопроса о проведении вакцинации против ГВ;
- возможные решения вопроса о формировании специализированных групп для детей-«носителей» вируса и больных хроническими формами ГВ.

6.2. Гепатит D (ГD)

6.2.1. Развитие дельта-инфекции возможно только в присутствии вируса ГВ.

6.2.2. Профилактические и противоэпидемические мероприятия те же, что и при ГВ. Вакцинопрофилактика ГВ предупреждает и развитие ко-инфекции.

6.3. Гепатит С (ГС)

6.3.1. Ведущее значение в профилактике ГС имеет полное и своевременное выявление источников инфекции и проведение мероприятий, направленных на прерывание путей передачи возбудителя этой инфекции.

6.3.2. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при ГС проводят в соответствии с мероприятиями при ГВ.

6.4. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на HBsAg и анти-ВГС в крови методом ИФА

(ст. 34 федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»)

№	Группы людей	Период обследования
1	2	3
1	Доноры	При каждой кроводаче
2	Беременные	В III триместре беременности
3	Реципиенты крови и ее компонентов – дети первого года жизни и др.	При подозрении на заболевание ГВ и ГС в течение 6 месяцев с момента последней трансфузии
4	Новорожденные у женщин, больных острым (в III триместре беременности) и хроническим ГВ и ГС, а также с бессимптомной инфекцией («носительство» HBsAg и анти-ВГС)	При рождении, в возрасте 3 и 6 месяцев и далее до 3-х лет 1 раз в год, затем см. п. 15 таблицы. Новорожденных, привитых против ГВ, обследуют после получения курса вакцинации (с определением анти-HBs)
5	Персонал учреждений службы крови	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно – по эпидемиологическим показаниям
6	Персонал отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	то же
7	Персонал клинико-диагностических и биохимических лабораторий	то же
8	Персонал хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, персонал станций и отделений скорой помощи	то же
9	Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	При поступлении в стационар и далее – по эпидпоказаниям
10	Больные с любой хронической патологией (туберкулез, онкология, психоневрология и др).	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования и далее – по показаниям

Продолжение таблицы 6.4

1	2	3
11	Больные с хроническим поражением печени (хронический гепатит, циррозы печени, гепатокарцинома и другие хронические заболевания гепатобиллиарной системы), а также при подозрении на эти заболевания	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования и далее – по показаниям
12	Пациенты наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров	При взятии на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно – по показаниям
13	Пациенты, поступающие в стационары для плановых оперативных вмешательств	Перед поступлением в стационар
14	Дети домов ребенка, детских домов, специнтернатов	При поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно – по показаниям
15	Контактные в очагах ГВ и ГС (острых и хронических форм и «носительства» вирусов, маркируемых HBsAg и анти-ВГС	При выявлении очага и далее не реже 1 раза в год для хронических очагов

- Доноров резерва из числа медицинских работников обследуют при кроводаче и в плановом порядке 1 раз в год.
- Доноров костного мозга, спермы и других тканей обследуют перед каждой кроводачей биоматериала.
- Обследование групп, указанных в п. п. 2—15 проводят в вирусологических (серологических) лабораториях на базе ЛПУ.

6.5. Гепатит G (ГG)

Вирус пока не классифицирован. Основные группы риска заражения оказались те же, что при ГВ и ГС. Это дает основание отнести гепатит G к группе парентеральных инфекций. Общие для этой группы инфекций меры профилактики должны быть эффективными и при ГG.

7. Вирусные гепатиты сочетанной этиологии (микст-ВГ)

7.1. Эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами сочетанной этиологии должен быть согласован с надзором за каждым из ВГ, особенно ГВ и ГС, и нацелен на комплексную диагностику, при которой гарантируется выявление микст-ВГ. Обнаружение маркеров одного из ВГ, особенно в группах высокого риска заражения, не исключает других одновременно или последовательно развивающихся инфекций.

7.2. Предупреждение микст-ВГ осуществляется мерами, обеспечивающими профилактику заражения каждым из возбудителей ВГ. Микст-ВГ могут быть распознаны только при полном, преимущественно стационарном обследовании больных, поэтому больные микст-ВГ подлежат обязательной госпитализации.

7.3. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очагах микст-ВГ в ЛПУ, детских коллективах, учебных заведениях, трудовых коллективах и др. проводят в соответствии с мероприятиями, предусмотренными для каждой из диагностированных инфекций.

8. Вакцинопрофилактика гепатита В

8.1. Вакцину против гепатита В можно сочетать со всеми вакцинами Национального календаря прививок.

8.2. Вакцинации подлежат следующие контингенты.

8.2.1. Дети первого года жизни. В первую очередь новорожденные, родившиеся у матерей-носителей вируса или больных ГВ в III триместре беременности.

8.2.2. Дети, в семьях которых есть носитель вируса или больной хроническим вирусным гепатитом.

8.2.3. Дети, находящиеся в домах ребенка и интернатах.

8.2.4. Дети, регулярно получающие кровь и ее препараты, а также находящиеся на хроническом гемодиализе.

8.2.5. Подростки в возрасте 12—14 лет.

8.2.6. Медицинские работники, в первую очередь те, кто имеет контакт с кровью больных:

- лица, занятые в производстве иммунобиологических препаратов из донорской и плацентарной крови;
- студенты медицинских институтов и учащиеся средних медицинских учебных заведений (в первую очередь – выпускники).

8.2.7. Больные, получающие повторные гемотрансфузии или находящиеся на хроническом гемодиализе.

8.2.8. Члены семей в окружении больных хроническим ГВ и носителей вируса.

8.2.9. Больные наркоманией, употребляющие наркотики инъекционным путем.

8.2.10. Лица, у которых произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом ГВ (применение специфического иммуноглобулина совместно с введением вакцин повышает протективный эффект).

8.3. Вакцинация против гепатита В рекомендуется всем гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний к проведению прививки.

gost.e-ecolog.ru