

«УТВЕРЖДЕНО»
Приказом Министра здравоохранения
и социальной защиты
Приднестровской Молдавской Республики
от 4 июня 2007 г. N 326
Регистрационный N 3974 от 28 июня 2007 г. (САЗ 07-27)

САНИТАРНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА и нормативы

СанПин МЗиСЗ ПМР 3.1.958-07

Профилактика вирусных гепатитов.

Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами

1. Область применения

1. Настоящие санитарно – эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) разработаны в соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 7 июня 1996 года N 7-З "О санитарно-профилактическом и эколого-гигиеническом обеспечении здоровья населения" (СЗМР 96-2/1), с изменением внесенным Законом Приднестровской Молдавской Республики от 27 января 2000 года N 237-ЗИ (СЗМР 00-1), Инструкцией "О порядке организации проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий", утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 06 января 2004 года N 2 (регистрационный N 2763 от 20 мая 2004 года) (САЗ 04-21/2) и устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно – профилактических, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение и распространение заболеваний вирусными гепатитами.

2. Соблюдение санитарных правил является обязательным для юридических лиц независимо от их организационно – правовой формы и формы собственности, индивидуальных предпринимателей и граждан.

3. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил осуществляют органы государственной санитарно-эпидемиологической службы Приднестровской Молдавской Республики.

2. Общие положения

4. Вирусные гепатиты (далее – 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 А, В, С, D, Е, G, а также другие гепатиты, этиология которых слабо изучена или не установлена.

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

6. Для профилактики внутрибольничного заражения парентеральными вирусными гепатитами первостепенное значение имеют меры, направленные на предупреждение заражения вирусами гепатитов В, С, D 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.

Порядок проведения данных мероприятий определяется соответствующими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики.

3. Первичные мероприятия, проводимые в очагах вирусных гепатитов

7. Первичные мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага, осуществляет врач лечебно – профилактической организации или другой медицинский работник, выявивший больного.

8. Выявление больных вирусными гепатитами осуществляют медицинские работники организации 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 А, В, С, D, G (медицинские работники, пациенты отделений гемодиализа, доноры, персонал организаций службы крови и др.).

9. Этиологическая расшифровка случаев гепатита в инфекционных стационарах и других лечебно – профилактических организациях, как правило, осуществляется в течение 5 дней. Более поздние сроки установления окончательного диагноза допускаются при наличии микст – инфекции, хронических форм гепатита В (ГВ) и гепатита С (ГС), сочетании ГВ с другими заболеваниями.

10. Больные острой и впервые выявленной хронической формами вирусных гепатитов подлежат обязательной регистрации в территориальных органах государственной санитарно – эпидемиологической службы и, как правило, госпитализации в инфекционные стационары.

11. При установлении диагноза гепатита А (лабораторно подтвержденного с 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 организаций, а также детей, посещающих коллективы, обеспечении ухода за больным и выполнении всех мер противоэпидемического режима.

12. При выявлении больного вирусным гепатитом медицинский работник лечебно – профилактической организации (семейный врач, врач участка, дошкольной, школьной организации, 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.

13. В очагах ВГ необходимо выявить детей, посещающих организованные коллективы, лиц, участвующих в приготовлении пищи и реализации пищевых продуктов, персонал интернатных организаций, доноров крови и других биологических материалов, беременных, подростков, работников дошкольных, школьных организаций, 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.

14. Медицинский работник лечебно – профилактической организации, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, выявивший больного ВГ, подает экстренное извещение установленной формы в территориальный орган государственной санитарно – эпидемиологической службы. Каждый случай ВГ вносится в журнал регистрации инфекционных заболеваний.

15. Врач – эпидемиолог (помощник врача-эпидемиолога) территориального органа государственной санитарно – эпидемиологической службы проводит эпидемиологическое обследование каждого случая острого и хронического вирусного гепатита в дошкольной, школьной организации, 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-НВсor IgM, анти-ВГС), антигена вируса ГА в фекалиях и HBsAg в крови.

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

17. 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 территориального органа государственной санитарно – эпидемиологической службы, а также иных заинтересованных служб и ведомств.

4. Противоэпидемические и профилактические мероприятия при вирусных гепатитах с фекально – оральным механизмом передачи возбудителей

Гепатит А (ГА)

18. 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).

19. 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.

20. Сбор всей первичной информации, ее оценку, обработку, анализ (эпидемиологическую диагностику) осуществляют эпидемиологи и другие специалисты органов государственной санитарно – эпидемиологической службы 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 сотрудниками 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 - противозидемического режима на объектах надзора, вводе в действие новых таких объектов; поступление сведений о качестве проводимых профилактических мероприятий и результатах 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 коллективах и при необходимости в других организациях.

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 помесечная 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 - противозидемический режим на объектах надзора, специфическая профилактика и др.) и противозидемических мероприятий (полнота и своевременность выявления больных, качество специфической диагностики, доля зарегистрированных безжелтушных форм ГА, полнота госпитализации, очаговость ГА в семьях и коллективах и др.).

21. 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.

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

23. Для активной иммунизации против ГА применяются инактивированные вакцины, 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 организаций, 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.

24. При отсутствии условий оставления больных ГА на дому их госпитализируют в инфекционные отделения. Проводится заключительная дезинфекция, которую организует врач – эпидемиолог (помощник врача-эпидемиолога) территориального органа государственной санитарно – эпидемиологической службы.

25. Эпидемиологическое обследование в очагах ГА проводится врачом – эпидемиологом территориального органа государственной санитарно – эпидемиологической службы 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 территориального органа государственной санитарно – эпидемиологической службы ставит в известность руководителей указанных организаций.

26. 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 организаций. Детей допускают в коллективы с разрешения педиатра и эпидемиолога при условии их полного здоровья, при указаниях на перенесенный ранее ГА, введении 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 лечебно – профилактических организациях, воспитанием и обслуживанием детей, обслуживанием взрослого населения (проводники, стюардессы и т.п.), сообщается руководителям этих организаций, в соответствующие здравпункты (медико – санитарные части) и территориальные органы государственной санитарно – эпидемиологической службы.

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 организации, 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.

27. Содержание, объем и продолжительность проведения мер по ликвидации очагов ГА в организациях и коллективах (детские коллективы, учебные заведения, санатории, стационары и др.) определяет эпидемиолог на основании результатов эпидемиологического обследования, с учетом данных обследования очагов по месту жительства. Они согласуются с руководителем и медицинским персоналом организации. В организации 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 организации и вероятность дальнейшего распространения инфекции.

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

28. Больных с любой установленной клинической формой ГА регистрируют в территориальных органах государственной санитарно – эпидемиологической службы и из организаций закрытого типа госпитализируют в инфекционные отделения. Больных с неясными симптомами госпитализируют в боксированное отделение, при благоприятных санитарно – коммунальных условиях, легком течении заболевания и обеспечении индивидуального ухода их изолируют на 2 – 3 дня в изоляторе организации 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 организации. 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 организаций в другие группы, классы, палаты и в другие организации, за исключением особых случаев с разрешения эпидемиолога. Прием в карантинные коллективы (группы дошкольных организаций, 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 организации.

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

За лицами, бывшими в контакте с больными ГА, устанавливают медицинское наблюдение. Детей и персонал дошкольных организаций, школьников начальных классов, больных стационаров, санаториев и т.п. осматривают ежедневно (опрос, осмотр кожи, склер и слизистых, термометрия, в дошкольных организациях 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 организациях по назначению педиатра и эпидемиолога.

Экстренную иммуноглобулинопрофилактику (ИГП) проводят препаратом с высоким титром антител по решению эпидемиолога и согласованию с врачом организации. 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 детской организации, стационара, санатория и других коллективов. Беременные, находившиеся в контакте с больным ГА, получают титрованный иммуноглобулин, за исключением женщин, иммунных к ГА.

В течение всего периода карантина контактным не проводят плановые прививки.

Персонал карантинных организаций 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.

29. 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 руководитель территориального органа государственной санитарно – эпидемиологической службы формирует группу специалистов гигиенического, клинического и других необходимых профилей, распределяет между ними обязанности по проведению эпидемиологического обследования и реализации мер по ликвидации очага.

30. 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. Верификация диагноза возможна с помощью определения специфических антител. 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.

31. 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.

32. Больные ГЕ подлежат регистрации в территориальных органах государственной санитарно – эпидемиологической службы 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.

5. Противозидемические и профилактические мероприятия при парентеральных вирусных гепатитах

Гепатит В (ГВ)

33. Эпидемиологический надзор включает в себя:

а) 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 клинко – лабораторной расшифровки "носительства" вируса ГВ, качеством диспансерного наблюдения за реконвалесцентами и больными всеми формами хронической инфекции;

б) систематический контроль за оснащенностью оборудованием, обеспечением медицинским и лабораторным инструментарием и соблюдением санитарно – противозидемического режима на объектах надзора: организациях службы крови, стационарах, родильных домах, диспансерах, амбулаторно – поликлинических организациях. 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 организации закрытого типа для детей и взрослого населения;

в) систематическую оценку тенденций развития заболеваемости наркоманиями;

г) контроль за санитарно – противозидемическим режимом в организациях немедицинского профиля, независимо от форм собственности, осуществляющих вмешательства, при которых может передаваться вирус ГВ (косметические, маникюрные и педикюрные кабинеты, парикмахерские, татуаж салоны и т.п.);

д) контроль за реализацией Закона Приднестровской Молдавской Республики от 28 февраля 2007 года N 180-З-IV "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней (САЗ 07-10).

34. Руководители лечебно – профилактических организаций несут ответственность за организацию и проведение мероприятий по предупреждению инфицирования вирусами – возбудителями парентеральных вирусных гепатитов.

35. 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.

36. Эпидемиологи территориальных органов государственной санитарно – эпидемиологической службы и госпитальные эпидемиологи проводят постоянную оценку и контроль состояния противоэпидемического режима в лечебно – профилактических организациях.

37. Дезотделы (дезотделения) территориальных органов государственной санитарно – эпидемиологической службы, дезинфекционные станции осуществляют методическое руководство и систематический контроль за качеством дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации всех изделий медицинского назначения во всех лечебно – профилактических организациях, независимо от форм собственности.

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

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

40. В организациях 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.

41. Персонал организаций службы крови, медицинские работники, имеющие по роду своей 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.

42. В организациях бытового обслуживания (парикмахерские, маникюрные кабинеты и др.) должны подвергаться обеззараживанию, очистке и стерилизации все инструменты и предметы, которые могут быть возможным фактором передачи вируса. К обработке этих предметов и использованию растворов предъявляют такие же требования, как и в медицинских организациях.

43. 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.

44. Меры по ликвидации очага включают:

а) заключительную и текущую дезинфекцию, строгий контроль режима обработки медицинских инструментов, применение одноразового инструментария;

б) 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;

в) прекращение проведения профилактических прививок и постановки биологических проб на срок, определенный эпидемиологом и медицинским работником организации;

г) 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;

д) 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;

е) сообщение в поликлинику по месту жительства о детях, изолированных из группы с подозрением на ГВ, а также "носителях" вируса;

ж) 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;

з) решение эпидемиологом совместно с врачом организации вопроса о проведении вакцинации контактных по очагу против ГВ;

и) возможные решения вопроса о формировании специализированных групп для детей – "носителей" вируса и больных хроническими формами ГВ.

Гепатит D (ГD)

45. Развитие дельта – инфекции возможно только в присутствии вируса ГВ.

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

Гепатит C (ГC)

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

48. Профилактические и противэпидемические мероприятия при ГС проводят в соответствии с мероприятиями при ГВ.

49. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на HBsAg и анти-ВГС в крови методом ИФА указаны в таблице N 1.

Таблица N 1

N п/п	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 организаций службы крови	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно – по эпидемиологическим показаниям
6	Персонал отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно –	То же

	сосудистой и легочной хирургии, гематологии	
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
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 эпидпоказаниям
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 лечебно – профилактических организаций.

Гепатит G (ГГ)

50. 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 ГГ.

6. Вирусные гепатиты сочетанной этиологии (микст-ВГ)

51. 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.

52. 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.

53. Санитарно – противозидемические (профилактические) мероприятия в очагах микст-ВГ в лечебно – профилактических организаций, детских коллективах, учебных заведениях, трудовых коллективах и др. проводят в соответствии с мероприятиями, предусмотренными для каждой из диагностированных инфекций.

7. Вакцинопрофилактика гепатита В

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

55. Вакцинации подлежат следующие контингенты:

а) дети первого года жизни. В первую очередь новорожденные, родившиеся у матерей – носителей вируса или больных ГВ в III триместре беременности;

б) дети, в семьях которых есть носитель вируса или больной хроническим вирусным гепатитом;

в) дети, находящиеся в домах ребенка и интернатах;

г) дети, регулярно получающие кровь и ее препараты, а также находящиеся на хроническом гемодиализе;

д) подростки в возрасте 12 – 14 лет;

е) медицинские работники, в первую очередь те, кто имеет контакт с кровью больных;

ж) лица, занятые в производстве иммунобиологических препаратов из донорской и плацентарной крови;

з) студенты медицинских институтов и учащиеся средних медицинских учебных заведений (в первую очередь – выпускники);

и) больные, получающие повторные гемотрансфузии или находящиеся на хроническом гемодиализе;

к) члены семей в окружении больных хроническим ГВ и носителей вируса;

л) больные наркоманией, употребляющие наркотики инъекционным путем;

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

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