

**ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А, В, С,
Д И Е.
ОРГАНИЗАЦИЯ
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ (ДОУ, ЛПУ,
ПИЩЕВЫЕ ОБЪЕКТЫ)..**

● Вирусное поражение печени получило широкое распространение среди населения мира.

● Это обусловлено несколькими факторами, такими как

● свободное половое поведение,

● распространение наркомании,

● ухудшение экологии

● и качества медицинского обслуживания.

Существует **две основные формы гепатита – неинфекционный и инфекционный.**

К инфекционным относят такие типы вируса как А, В, С, Е и Д.

В 16 Острый гепатит В

В16.0 Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) и печеночной комой

В16.1 Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) без печеночной комы

В16.2 Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой

В16.9 Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы

В17 Другие острые вирусные гепатиты

В17.0 Острая дельта-(супер) инфекция вирусоносителя гепатита В

В17.1 Острый гепатит С

В17.2 Острый гепатит Е

В17.8 Другие уточненные острые вирусные гепатиты

В18 Хронический вирусный гепатит

В18.0 Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом

В18.1 Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента

В18.2 Хронический вирусный гепатит С

В18.8 Другой хронический вирусный гепатит

В18.9 Хронический вирусный гепатит неуточненный

В19 Вирусный гепатит неуточненный

В19.0 Неуточненный вирусный гепатит с комой

В19.9 Неуточненный вирусный гепатит без печеночной комы

В15.0 Гепатит А с печеночной комой
В15.9 Гепатит А без печеночной комы
Гепатит А (острый) (вирусный) БДУ

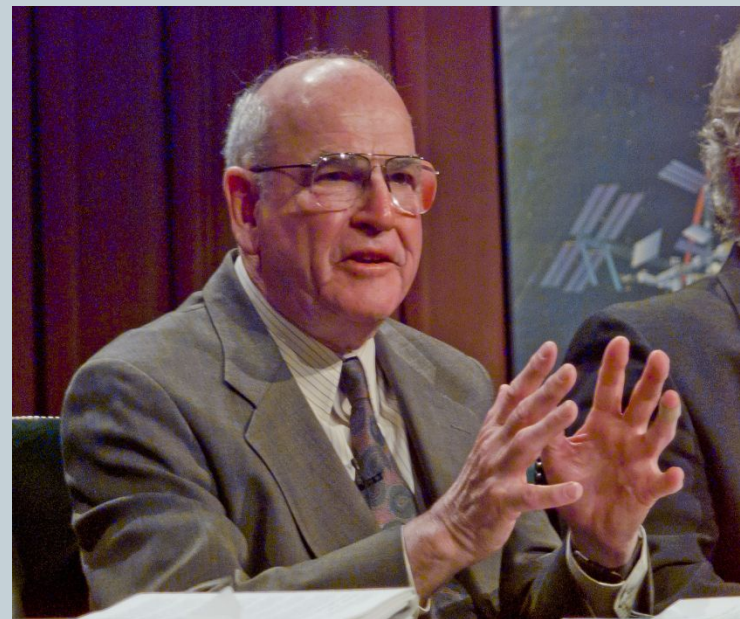
● Вирусные гепатиты по механизму передачи различают:

- Вирусные гепатиты с контактным механизмом передачи (парентеральные, гемоконтактные, гемотрансмиссивные гепатиты).
- Вирусные гепатиты с фекально-оральным механизмом передачи.

- Вирусные гепатиты с **контактным механизмом передачи** (парентеральные, гемоконтактные, гемотрансмиссивные гепатиты) – это острые или хронические поражения печени вирусной этиологии с интоксикацией, желтухой (или без нее), многообразием клинических проявлений и исходов.

- К гемоконтактным вирусным гепатитам в соответствии с эколого-эпидемиологической характеристикой относятся вирусный гепатит В, С, Д (дельта) и др. мало изученные заболевания (G, TTV, SAN).

- По инициативе Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире **28 июля** проводится **Всемирный день борьбы с гепатитом**
- Дата 28 июля была выбрана в честь дня рождения лауреата Нобелевской премии профессора Баруха Самюэля Бламберга, открывшего вирус гепатита В.



Б.Бламберг, США



АКТУАЛЬНОСТЬ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

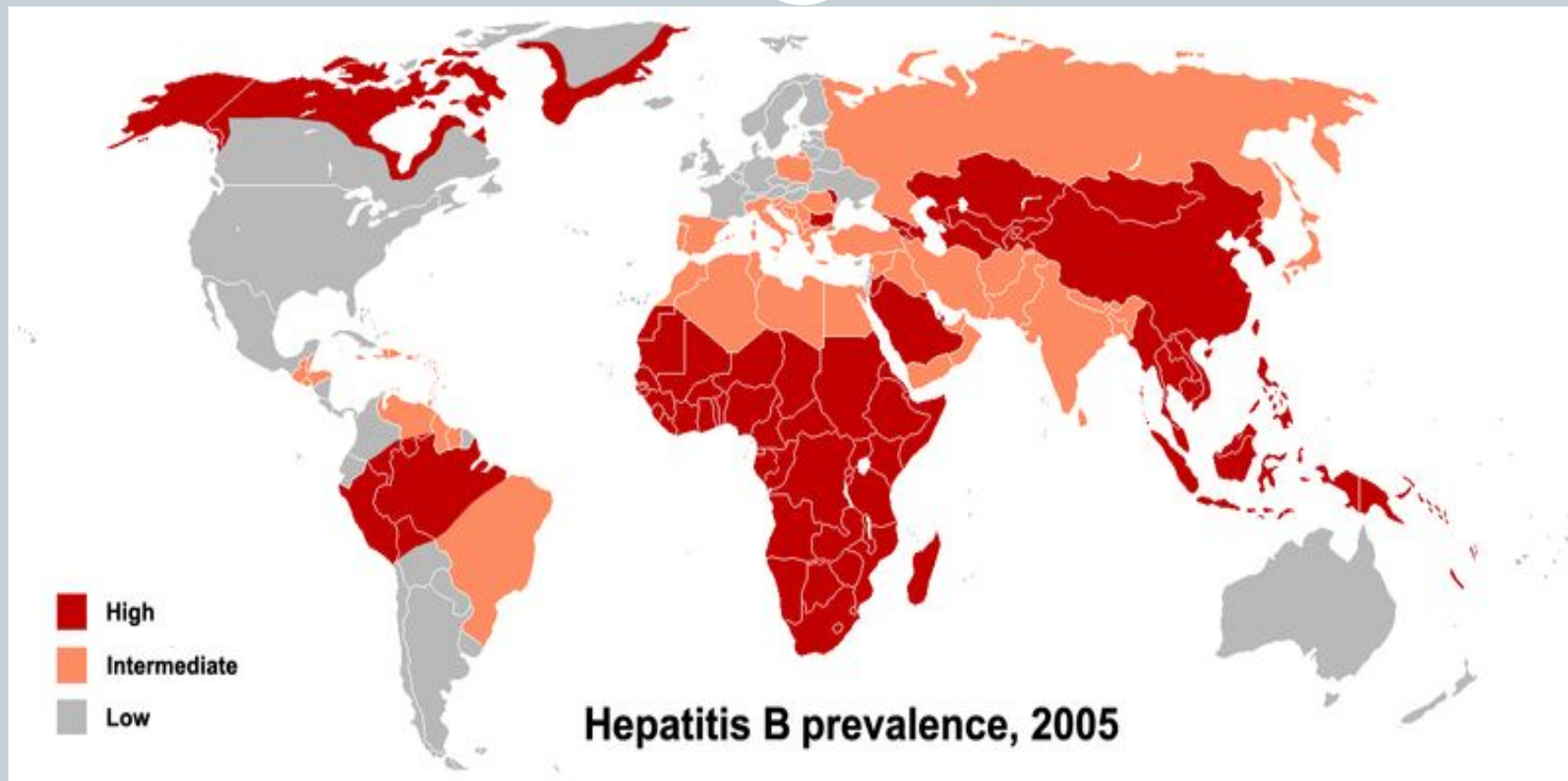
- 57% случаев цирроза печени и 78% случаев первичного рака печени в мире связаны с инфицированием вирусом гепатита В (HBV) или вирусом гепатита С (HCV).
- Общее число людей, инфицированных HBV, составляет около 2-х миллиардов человек.
- Примерно 600 000 человек в год умирают от последствий гепатита В.
- Около 150 миллионов человек хронически инфицированы HCV (примерно в 10 раз больше, чем ВИЧ).
- Более 350 000 человек умирают ежегодно от болезней, связанных с гепатитом С

Источники: ВОЗ (2013). Центр СМИ. Гепатит С. Информационный бюллетень № 164. Обновлено в июле 2013 г.;

ВОЗ (2013). Центр СМИ. Гепатит В. Информационный бюллетень № 204. Обновлено в июле 2013 г.



Глобальная распространенность вирусного гепатита В, 2005г



Европейский регион

- Вирусным гепатитом В и С страдают примерно 2% населения Европейского Региона ВОЗ (13,3 миллиона человек живут с хроническим гепатитом В и 15 миллионов с хроническим гепатитом С);
- Вирусные гепатиты В и С - причина более 120 000 случаев смерти в год.
- Общее число больных хроническими формами вирусного гепатита В (ХВГВ) и носителей ВГВ в Российской Федерации составляет около 5 млн. человек.

Динамика заболеваемости вирусными гепатитами

с 2013г. введена регистрация гепатита Е



Показатель заболеваемости	РФ 2015	НСО 2015	РФ 2014	НСО 2014
Гепатит А	4,41	3,42	7,27	8,75
ОГВ	1,13	0,4	1,27	0,7
ОГС	1,44	0,58	1,55	0,73
ХГВ	10,79	18,79	11,26	21,46
ХГС	38,04	72,78	39,94	86,81
Носители ВГВ	13,88	1,53	15,98	1,35

Охват прививками против гепатита В взрослого населения в среднем по России вырос с 2013 по 2014гг.:
в возрасте 18-35 лет - с 90% до **92%**;
в возрасте 36-59 лет вырос с 65% до **71,2%**

Формирование устойчивой иммунной прослойки населения к гепатиту В позволило достигнуть к началу 2014 года показателя 1,27 на 100 тыс. населения (в том числе среди детей до 17 лет – 0,1 на 100 тыс. детей данного возраста – 27 сл.), что соответствует уровням заболеваемости ОГВ в развитых зарубежных странах.

Охват прививками против гепатита В взрослого населения в возрасте 18—59 лет в среднем по России в 2014 г. составил 79,9 % (в 2013 г. – 76 %),

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.03.2013 №9 «**О мероприятиях, направленных на стабилизацию заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в Российской Федерации**»

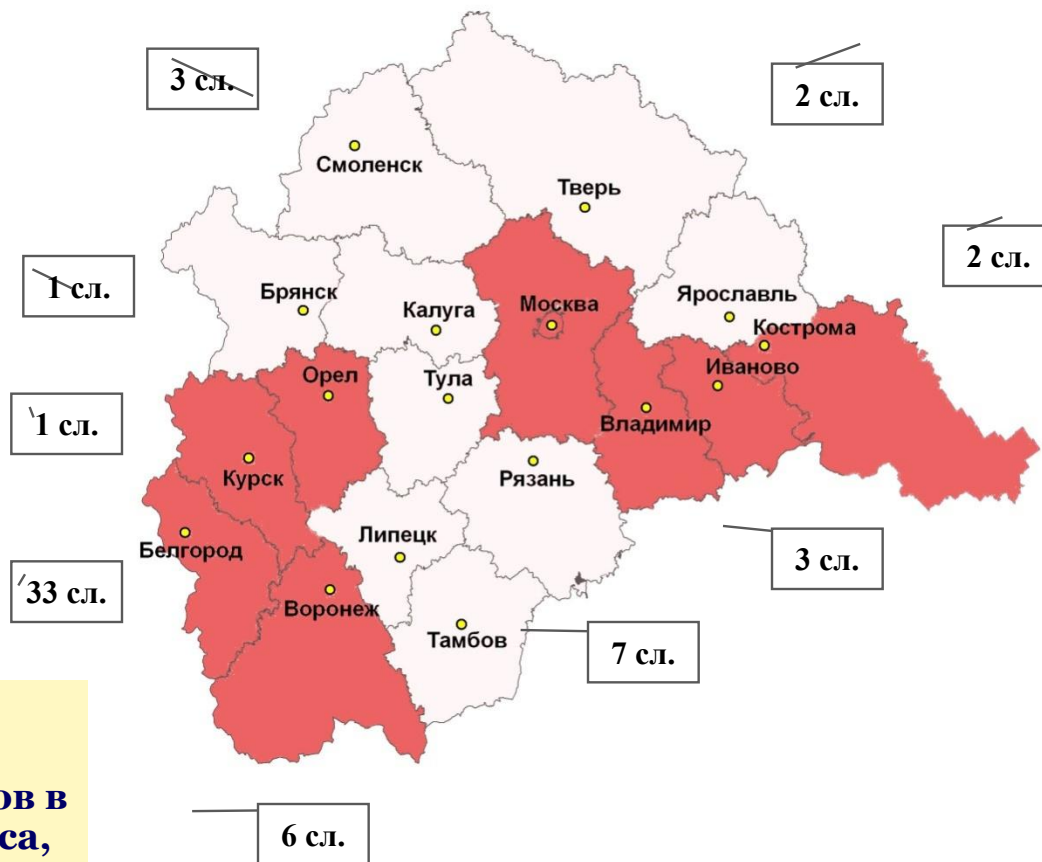
- В целом в стране к началу 2014 года остаются не привитыми **около 2 млн.** взрослых, подлежащих прививкам против гепатита В в рамках национального календаря профилактических прививок

Вирусный гепатит E

В 2013 г. в РФ зарегистрировано 92 случая острого гепатита E, 2014 – 110 сл., 2015 - 96

33 случая ОГЕ выявлено в Белгородской области

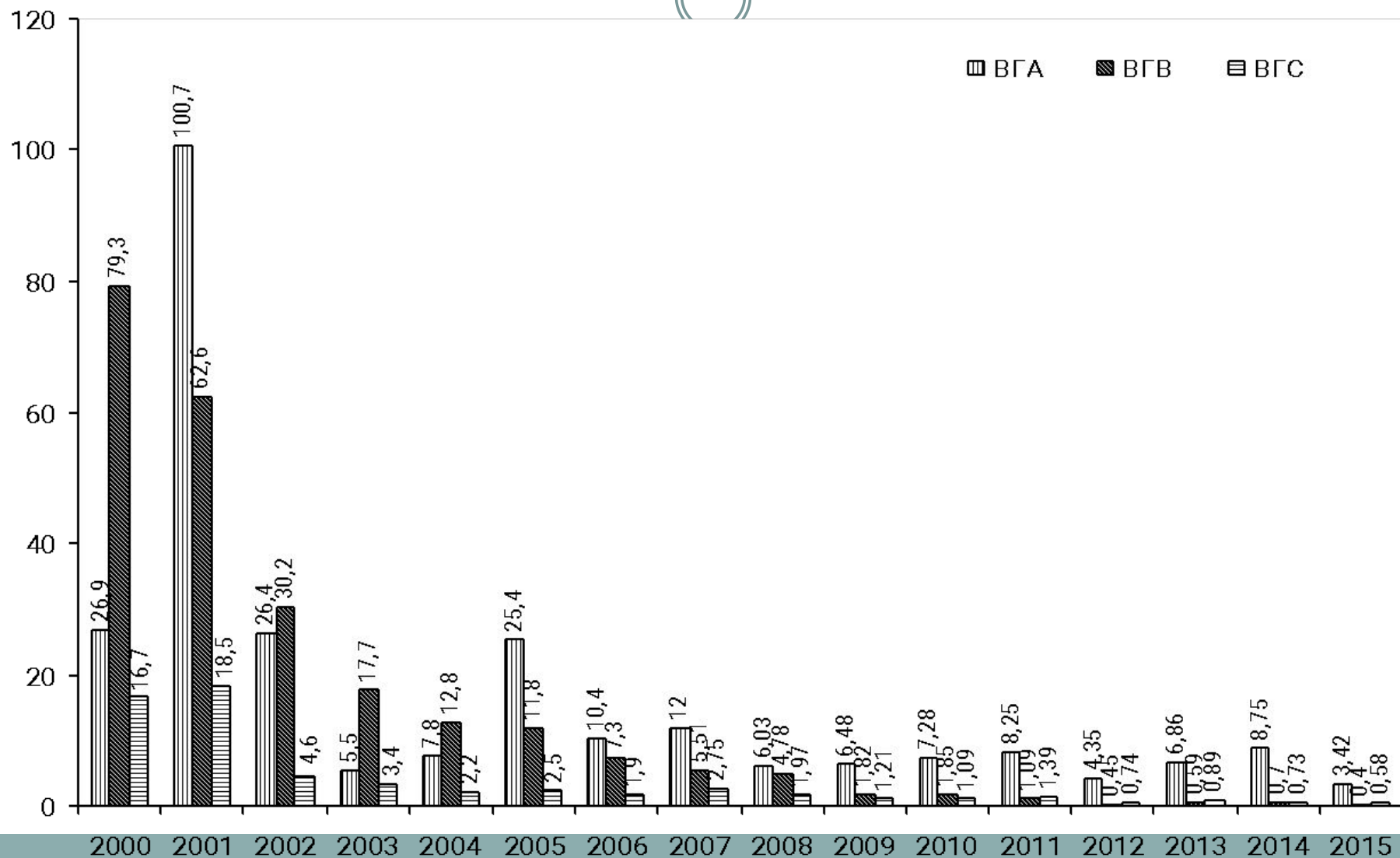
Федеральный округ	Количество субъектов РФ	Число случаев ОГЕ
Центральный	10	70
Северо-Западный	3	7
Южный	2	2
Приволжский	2	3
Уральский	2	4
Сибирский	3	7



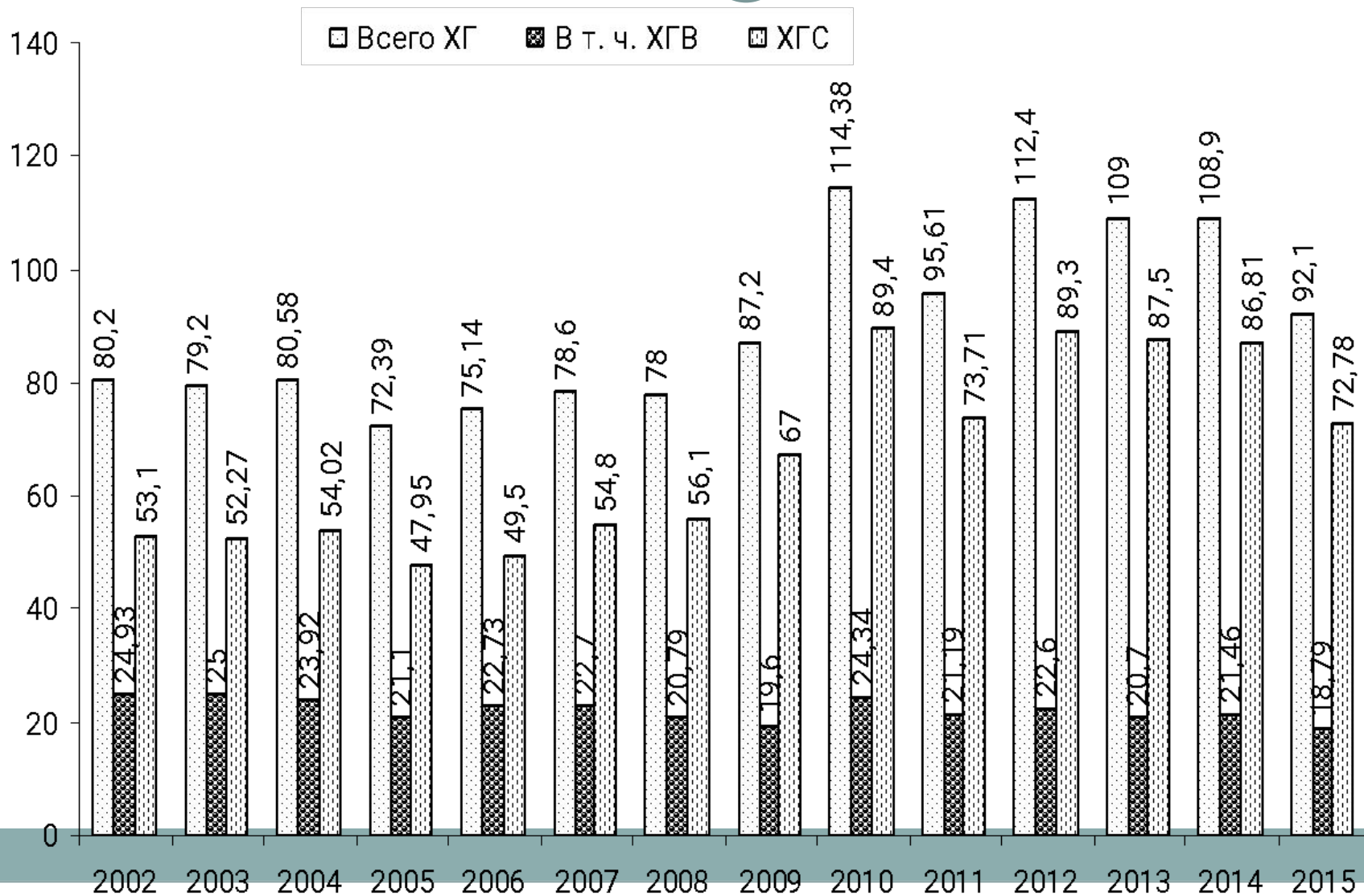
Существующие проблемы:

- не до конца изучены источники инфекции и роль различных генотипов в поддержании эпидемического процесса,
- не разработаны профилактические программы,
- отсутствуют методические документы по надзору за ВГЕ.

Динамика заболеваемости острыми вирусными гепатитами в Новосибирской области в 2000-2013 гг. (на 100 тысяч населения)



Динамика регистрации хронических вирусных гепатитов в Новосибирской области в 2002-2015 гг. (на 100 тысяч населения)



Молекулярно-генетическая характеристика циркулирующих штаммов вирусов

В Российской Федерации циркулируют:

3 генотипа вируса гепатита В

D

A

C выявлен только среди коренного населения Чукотского АО

2 генотипа вируса гепатита D

I

II уникальный выявляется в Р. Саха

2 субтипа вируса гепатита А (IA, IIIA)

4 субтипа вируса гепатита С (1а, 1b, 2 и 3а)

● 1963 г. - Б. Бламберг выделил «австралийский антиген», который с последствием стали считать маркером вирусного гепатита,

● 1970 г. Д. Дейн выделил вирус, тем самым обосновав существование новой нозологической формы – ВГВ

● 1973г. С. Фейнстоун идентификация вируса гепатита А

● 1973г – экспертами ВОЗ принята классификация вирусных гепатитов как гепатиты А и В.

● 1975г в РФ введена официальная регистрация случаев ВГА и ВГВ.

● 1977г -методом флюоресцирующих антител у больных хронически вирусным гепатитом В выделен ВГ дельта (М. Ризетто, Италия)

● 1989г. открыт вирус гепатита С (М. Хоутон, США).

● 1990 г вирус получил буквенное обозначение С.

● 1994 г - официальная регистрация ВГС.

ГЕПАТИТА В

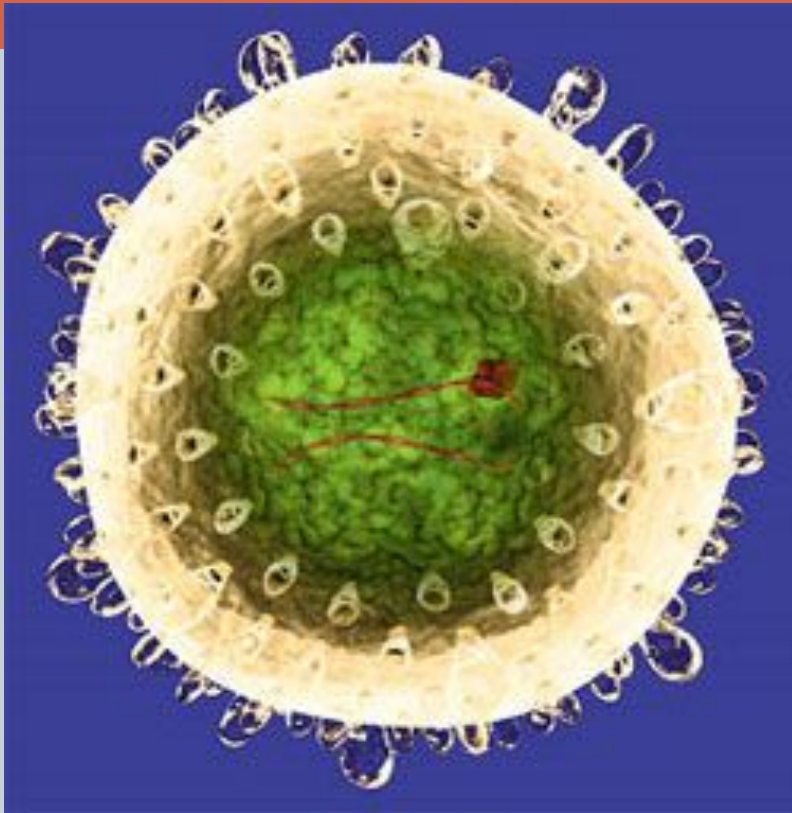


Острый гепатит В (ОГВ) - широко распространенная инфекция человека, вызываемая вирусом гепатита В; в клинически выраженных случаях характеризуется симптомами острого поражения печени и интоксикации (с желтухой или без нее), отличается многообразием клинических проявлений и исходов заболевания.

Хронический гепатит В (ХГВ) - длительное воспалительное поражение печени, которое может переходить в более тяжелое заболевание - цирроз и первичный рак печени, оставаться без изменений или регрессировать под влиянием лечения или спонтанно. Основными критериями для причисления заболевания к хроническому гепатиту является сохранение диффузного воспаления печени более 6 месяцев.

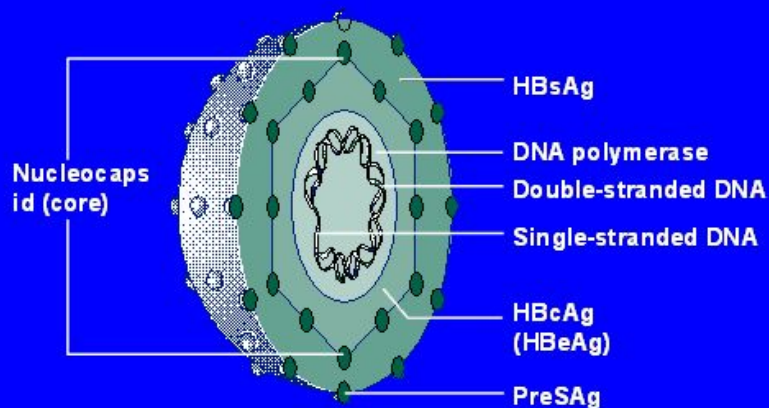
Возбудитель вирусного гепатита В

18



- Вирус гепатита В (HBV) относится в семейству *Нераднаviridae*
- сферической формы среднего размера 42-45 нм,
- В центре вириона находится ДНК двухспиральная, двунитчатая, имеет однонитчатый участок внутри, внутри имеется также ДНК полимеразы которая позволяет очень быстро включить синтез ДНК.

Структура вируса гепатита В



Основными антигенами возбудителя ВГВ являются:

- поверхностный (HBsAg) - скрининговый маркер инфицирования ВГВ,
- сердцевинный (HBcAg) и
- E антиген (HBeAg)
- HBxAg - опосредует злокачественную трансформацию клеток печени

● **Характерными свойствами ВГВ являются его чрезвычайно высокие :**

- инфекционность,**
- устойчивость к действию факторов окружающей среды.**

Инфицирующая доза составляет всего 0,0000001 мл сыворотки, содержащей вирус ГВ.

Источник инфекции



- **Больные острой формой ВГВ (4 - 6% случаев)**
- **больные хроническим вирусным гепатитом В**
- **носители вируса ГВ.**
- **Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют «носители» ВГВ (HBsAg, особенно при наличии HBeAg в крови).**



- **Инкубационный период** при ГВ составляет от 45 до 180 дней.
- **Период заразительности**
 - за 2—8 недель до клинических проявлений,
 - в течение всего острого периода болезни,
 - а также при хроническом носительстве, формирующемся в 5—10% случаев.
 - На 1 желтушную приходится до 100 безжелтушных форм ВГВ.

Механизм, пути передачи

- Механизм передачи - **контактный**

К естественным путям передачи вируса ГВ относятся:

- **вертикальный - при прохождении через родовые пути**
- **контактный - половой (передача при половых контактах),**
- **контактно-бытовой (передача в условиях тесного бытового общения).**

Группы риска естественных путей передачи



- **дети матерей, инфицированных ВГВ;**
- **лица, имеющие нескольких половых партнеров;**
- **лица, имеющие тесный бытовой контакт с больным ГВ, и прежде всего с больными хроническими формами ГВ, включая вирусоносителей.**
- **контингенты детей и взрослых закрытых учреждений (дома ребенка, детские дома, дома престарелых и др.), где создаются условия для интенсивной циркуляции вируса.**

Искусственные пути передачи ВГВ



(артифициальный) реализуются при проведении **различных манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек,**

- **в медицинских учреждениях**
- **или вне медицинских учреждений (при в/введении ПАВ, тату, маникюр, педикюр и т.д.**
- **донорство**

передачи



- **потребители инъекционных наркотических средств;**
- **реципиенты крови и ее компонентов;**
- **реципиенты других биологических материалов (сперма, ткани, органы);**
- **медицинский персонал, выполняющий инвазивные вмешательства и исследования крови;**
- **персонал, имеющий постоянные контакты с кровью и ее компонентами (службы крови, центров гемодиализа, хирурги, акушеры-гинекологи и др.);**
- **больные, подвергающиеся инвазивным методам обследования и лечения;**
- **лица, подвергающиеся вмешательствам, связанным с нарушением целостности кожи и слизистых вне ЛПУ (нанесение татуировки, пирсинг, акупунктура и др.).**

Факторы передачи вирусов гепатита В, С,

Д

27

- кровь,
- биологические жидкости инфицированного человека
- компоненты крови,
- донорские ткани и орг
- Сперма
- Вагинальный секрет



Методы лабораторной диагностики вирусного гепатита В




- Серологические методы – иммуноферментный анализ, иммуноблотинг (выявление HBsAg в сыворотке крови, анти-НВс класса IgM, G)
- Молекулярно-генетические методы - ПЦР, обнаружение ДНК вируса гепатита В в крови



Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.1.2341-08 – «Профилактика вирусного гепатита В»
7.1. Мероприятия в эпидемических очагах ГВ

- 7.1.1. Меры в отношении источника возбудителя инфекции
- 7.1.1.1. Больные с установленным диагнозом ОГВ, микст-гепатитами, а также больные ХГВ в период обострения подлежат госпитализации в инфекционные отделения.
- 7.1.1.2. При выявлении инфицированных ВГВ в ЛПУ, больной направляется медицинским работником в течение 3-х дней к врачу-инфекционисту по месту жительства для уточнения диагноза, решения вопроса о госпитализации и постановки на диспансерный учет.
- При выявлении инфицированных ВГВ больных, находящихся на стационарном лечении, необходимо обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста для постановки диагноза, решения вопроса о переводе в инфекционный стационар или назначения необходимой терапии.

- 
- 7.1.1.3. Все переболевшие острыми формами ГВ и больные хроническими вирусными гепатитами подлежат обязательному диспансерному наблюдению в ЛПУ по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре.
 - Первый контрольный осмотр проводят не позднее, чем через месяц после выписки из стационара. В случае, если больной был выписан со значительным повышением aminotransferases, осмотр проводят через 10-14 дней после выписки.

- **Лица, перенесшие ОГВ, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев. Клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты проводят через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара. При сохранении клинико-лабораторных признаков заболевания наблюдение за пациентами должно быть продолжено.**
- **«Носители» HBsAg находятся на диспансерном наблюдении до получения отрицательных результатов исследований на HBsAg и обнаружения анти-HBs. Объем обследований определяется врачом-инфекционистом (участковым врачом) в зависимости от выявленных маркеров, но не реже одного раза в 6 месяцев.**

- 7.1.2. Меры в отношении путей и факторов передачи
- 7.1.2.1. Заключительная дезинфекция в очагах вирусного гепатита В (острых, латентных и хронических форм) проводится в случае госпитализации больного в стационар, его смерти, переезде на другое место жительства, выздоровлении.
- Заключительная дезинфекция (в квартирах, в общежитиях, в детских образовательных учреждениях (ДООУ), гостиницах, казармах и др.) проводится населением под руководством медицинских работников ЛПУ.
- 7.1.2.2 Текущая дезинфекция в очагах острого вирусного гепатита В осуществляется с момента выявления больного до его госпитализации. В очагах ХГВ вне зависимости от выраженности клинических проявлений - проводится постоянно. Текущую дезинфекцию осуществляет лицо, ухаживающее за больным, или сам больной под руководством медицинского работника ЛПУ.

- 7.1.3. **Меры в отношении контактных с больными гепатитом В лиц**
- 7.1.3.1. **Контактными лицами в очаге ГВ** считаются лица, находящиеся в тесном общении с больным ГВ (носителем HBsAg), при котором возможна реализация путей передачи возбудителя.
- 7.1.3.2. **В очагах ОГВ, за лицами**, общавшимися с больным, устанавливается медицинское **наблюдение сроком на 6 месяцев** с момента госпитализации больного. **Осмотр врачом проводится 1 раз в 2 месяца с определением активности АЛАТ и выявлением HBsAg, анти-HBs.** Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат. Результаты медицинского наблюдения вносятся в амбулаторную карту больного.
- 7.1.3.3. **Контактные лица в очагах ХГВ** подлежат медицинскому осмотру и выявлению HBsAg и анти-HBs. Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат. **За очагом проводится динамическое наблюдение в течение всего срока наличия источника инфекции.**
- 7.1.3.4. **Проведение иммунизации против ГВ контактных лиц с больным острой или хронической формой ГВ, «носителем» HBsAg, не привитых ранее или с неизвестным прививочным анамнезом.**

- **VIII. Профилактика внутрибольничного инфицирования гепатитом В**

- **8.1. Основой профилактики внутрибольничного инфицирования ВГВ является соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с установленными требованиями.**

- **8.2. Контроль и оценка состояния противоэпидемического режима в ЛПУ проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а также врачом-эпидемиологом ЛПУ.**

- **8.3. С целью профилактики внутрибольничного инфицирования проводятся:**

- **8.3.1. обследование пациентов, поступающих в стационар, и медицинских работников** проводится в сроки, согласно приложению;

- **8.3.2. обеспечение соблюдения установленных требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации изделий медицинского назначения, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в ЛПУ;**

- **8.3.3. обеспечение необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, инструментарием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты (специальная одежда, перчатки и т.д.) в соответствии с нормативно-методическими документами;**

- **8.3.4. обязательное санитарно-эпидемиологическое расследование и разбор каждого случая внутрибольничного инфицирования ВГВ с выяснением возможных причин его возникновения и определения мер по предупреждению распространения в ЛПУ; обеспечение**

- 4. С целью профилактики профессиональных заражений ГВ проводится:

- 8.4.1. выявление лиц, инфицированных ВГВ, среди медицинского персонала в ходе проведения первичных и периодических медицинских осмотров;
- 8.4.2. вакцинация против ГВ медицинских работников при поступлении на работу;
- 8.4.3. учет случаев получения микротравм персоналом ЛПУ, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые, экстренная профилактика ГВ.

Х. Профилактика заражения гепатитом В среди новорожденных и беременных - носителей вирусного гепатита В

10.1. Обследование беременных проводится в периоды, указанные в приложении.

10.2. Беременные с ОГВ подлежат обязательной госпитализации в инфекционные стационары, а роженицы, больные ХГВ и носители ВГВ – в областные (городские) перинатальные центры, специализированные отделения (палаты) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.

10.3. Новорожденным, родившимся от матерей - носителей HBsAg, больных ГВ или перенесших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

10.4. Все дети, родившиеся от женщин с ВГВ и ХГВ и носителей ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года с биохимическим определением активности АЛТ и исследованием на HBsAg в 3,6 и 12 месяцев.

10.5. При выявлении у ребенка HBsAg проводится маркировка амбулаторной карты и организуются противоэпидемические мероприятия в соответствии с главой VII .

10.6. С целью предупреждения заражения ОГВ от беременных женщин - «носителей» HBsAg, а также больных ХГВ, в женских консультациях, родильных домах проводятся: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа.

● XII. Специфическая профилактика гепатита В



- **12.1. Ведущим мероприятием в профилактике гепатита В является вакцинопрофилактика.**
- **12.2. Вакцинация населения против гепатита В проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов.**



4. Специфическая профилактика ВГВ

Вакцинация населения против ВГВ является основной эффективной мерой профилактики заболеваемости ВГВ и снижения частоты первичного рака печени, заболевания ВГД.

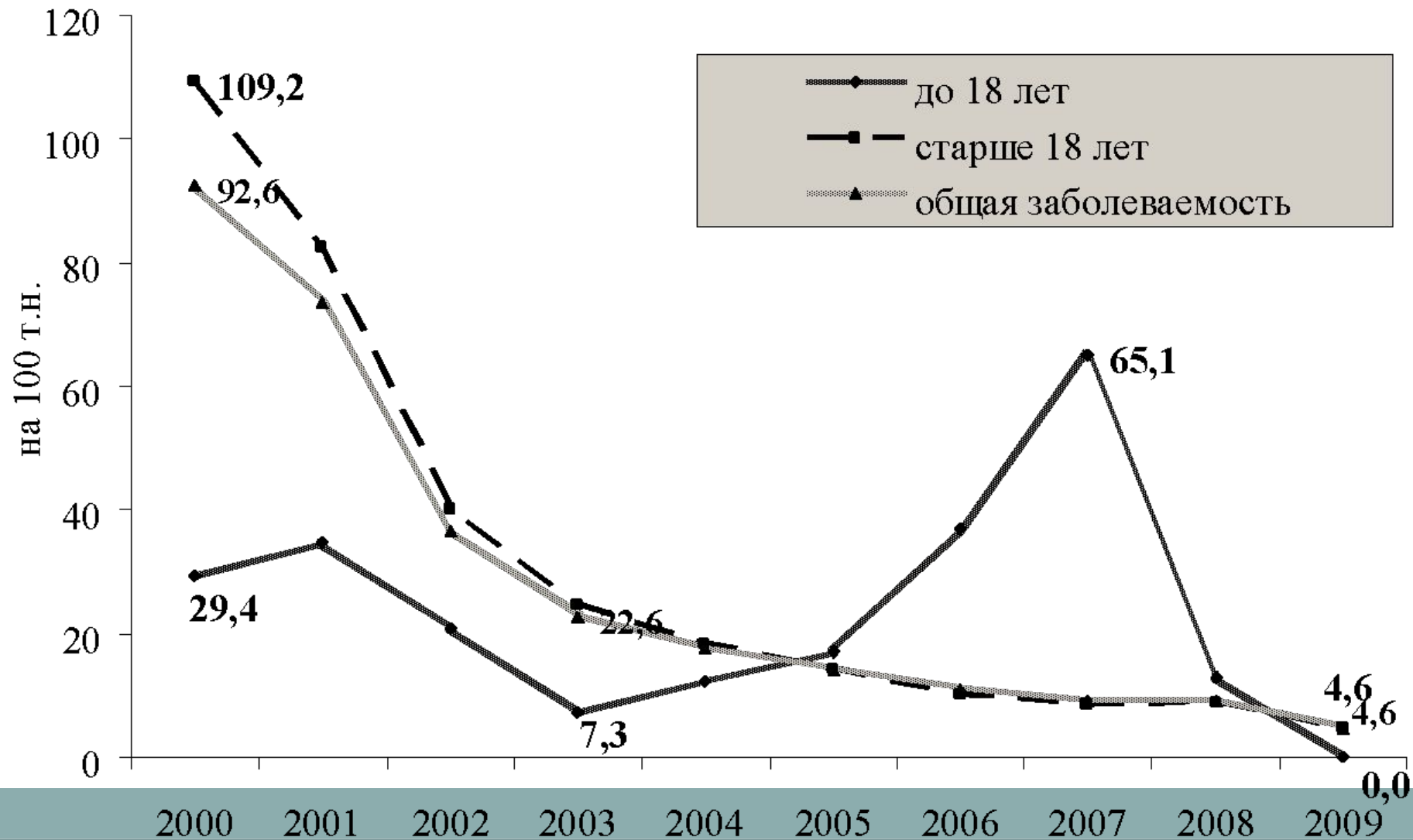
Стандартная схема вакцинации ВГВ – 0-1-6 месяцев

Группы риска – 0-1-2-12 месяцев.

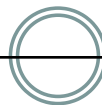
Ревакцинация через 5 лет медработников, через 3 года пациенты гемодиализа.

Динамика заболеваемости ОГВ среди не привитого населения против ГВ в Новосибирской области за 2000-2009 гг.

(‰/10000)



прививками
против вирусного гепатита В в Новосибирской области за
2011-2013 гг.



ГОДЫ	Охват прививками	Заболеваемость на 100 тыс.
2011	<p align="center">до 18 лет – 95,27% взрослые: от 18 до 35 лет – 89,53%; от 35 до 60 лет – 68,5%</p>	1,09
2012	<p align="center">до 18 лет – 95,28% взрослые: от 18 до 35 лет – 92,9%; от 35 до 60 лет – 74,8%</p>	0,45
2013	<p align="center">до 18 лет - 95,22% взрослые: от 18 до 35 лет – 95,03%; от 35 до 60 лет – 82,24%</p> <p>2014 вакцинировано против ВГВ взрослых до 35 лет – 94,7%, 36-60 лет – 84,8%, старше 60 лет – 29,3%.</p>	<p align="center">0,59</p> <p align="center">0,7</p>

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С
Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.3112-13

● Гепатит С представляет собой инфекционную болезнь человека вирусной этиологии с преимущественным поражением печени, характеризующуюся бессимптомным течением острой формы инфекции (70 - 90% случаев) и склонностью к развитию хронической формы (60 - 80% случаев) с возможным исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Элиминация вируса из организма наблюдается у 20 - 40% инфицированных, у которых могут пожизненно выявляться иммуноглобулины класса G к вирусу гепатита С (anti-HCV IgG).

Вирус гепатита С



- ВГС относится к семейству флавивирусов
- род гепацивирусов.
Диаметр вириона—50 нм;
Вирион сферической формы, окружен суперкапсидом, геном содержит однониточную РНК.
- Выделяют 6 генотипов и более 90 субтипов ВГС, каждый из которых циркулирует в определенных странах.

- **2.5. Вирус гепатита С обладает**
- **сравнительно невысокой устойчивостью к воздействию факторов окружающей среды.**
- **Полная инаktivация вируса наступает через 30 минут при температуре 60 °С и через 2 минуты при температуре 100 °С.**
- **Вирус чувствителен к ультрафиолетовому облучению и воздействию растворителей липидов.**

Инкубационный период вирусного гепатита С

- **2.6. Источником инфекции при гепатите С являются лица, инфицированные вирусом гепатита С, в том числе находящиеся в инкубационном периоде. Основное эпидемиологическое значение имеют не выявленные лица с бессимптомным течением острой или хронической формы инфекции.**
- **2.7. Инкубационный период (период от момента заражения до выработки антител или появления клинической симптоматики) колеблется от 14 до 180 дней, чаще составляя 6 - 8 недель.**
- **2.8. Вероятность развития заболевания в значительной степени определяется инфицирующей дозой. Антитела к вирусу гепатита С не защищают от повторного заражения, а лишь свидетельствуют о текущей или перенесенной инфекции. После перенесенного гепатита С антитела могут выявляться в сыворотке крови в течение всей жизни.**

2.2. В настоящее время выделяют две клинические формы заболевания: острый гепатит С (далее - ОГС) и хронический гепатит С (далее - ХГС).

ОГС в клинически выраженных случаях (10 - 30% случаев) может проявляться общим недомоганием, повышенной утомляемостью, отсутствием аппетита, реже тошнотой, рвотой, желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и сопровождается повышением активности aminotransferases сыворотки крови.

ХГС клинически может проявляться слабостью, общим недомоганием, снижением аппетита, чувством тяжести в правом подреберье, увеличением размеров печени, желтухой, повышением активности aminotransferases, однако в большинстве случаев симптомы заболевания слабо выражены, а активность aminotransferases может быть в пределах нормальных показателей.

2.3. Окончательный диагноз острого или хронического гепатита С устанавливается на основании комплекса клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

- 2.9. Классификация случаев заболеваний гепатитом С
- Подозрительным на ОГС является случай, характеризующийся сочетанием следующих признаков:

- - наличие впервые выявленных anti-HCV IgG в сыворотке крови,
- - наличие в эпидемиологическом анамнезе данных о возможном инфицировании вирусом гепатита С в течение 6 месяцев до выявления anti-HCV IgG

- -повышение активности аминотрансфераз сыворотки крови.

- Подозрительным на ХГС является случай, характеризующийся сочетанием следующих признаков:

- - выявление anti-HCV IgG в сыворотке крови,
- - отсутствие в эпидемиологическом анамнезе данных о возможном инфицировании вирусом гепатита С в течение 6 месяцев до выявления anti-HCV IgG

- Подтвержденным случаем гепатита С является случай, соответствующий критериям подозрительного случая, при наличии рибонуклеиновой кислоты (далее - РНК) вируса гепатита С в сыворотке (плазме) крови.

- 2.10. Ведущее эпидемиологическое значение при гепатите С имеют искусственные пути передачи возбудителя, которые реализуются при проведении
- **Немедицинских манипуляций** (при инъекционном введении наркотических средств (наибольший риск), нанесении татуировок, пирсинге, ритуальных обрядах, проведении косметических, маникюрных, педикюрных и других процедур с использованием контаминированных вирусом гепатита С инструментов).
- **Медицинских манипуляций**, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, а также манипуляций, связанных с риском их повреждения (переливании крови или ее компонентов, пересадке органов или тканей и процедуре гемодиализа (высокий риск), через медицинский инструментарий для парентеральных вмешательств, лабораторный инструментарий и другие изделия медицинского назначения, контаминированные вирусом гепатита С. Инфицирование вирусом гепатита С возможно также при эндоскопических исследованиях и других диагностических и лечебных процедурах, в ходе проведения которых существует риск нарушения целостности кожных покровов или слизистых оболочек).

- 2.11. Инфицирование вирусом гепатита С может осуществляться при попадании крови (ее компонентов) и других биологических жидкостей, содержащих вирус гепатита С, на слизистые оболочки или раневую поверхность кожи,

- а также при передаче вируса от инфицированной матери новорожденному ребенку (вертикальная передача) и половым путем.

- 2.11.1. Передача вируса гепатита С от инфицированной матери ребенку возможна **во время беременности и родов (риск 1 - 5%)**. Вероятность инфицирования новорожденного значительно возрастает при высоких концентрациях вируса гепатита С в сыворотке крови матери, а также при наличии у нее ВИЧ-инфекции. **Случаев передачи вируса гепатита С от матери ребенку при грудном вскармливании не выявлено.**

- 2.11.2. **Половой путь передачи** реализуется при гетеро- и гомосексуальных половых контактах. **Риск заражения** гепатитом С среди постоянных гетеросексуальных партнеров, один из которых болен ХГС, **составляет 1,5%** (при отсутствии других факторов риска).

- **2.12. Основным фактором передачи возбудителя является**
- - кровь или ее компоненты,
- - в меньшей степени - другие биологические жидкости человека (сперма, вагинальный секрет, слезная жидкость, слюна и другие).
- **2.13. К группам риска по гепатиту С относятся:**
- - потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры;
- - лица, оказывающие услуги сексуального характера, и их половые партнеры;
- - мужчины, практикующие секс с мужчинами;
- - лица с большим количеством случайных половых партнеров;
- - лица, отбывающие наказание, связанное с лишением свободы.
- В группу риска также входят лица, злоупотребляющие алкоголем или употребляющие наркотические средства неинъекционным путем, которые под воздействием психоактивных веществ чаще реализуют более опасное сексуальное поведение.
- **2.14. Эффективная противовирусная терапия гепатита С**

6.4. Мероприятия в эпидемических очагах гепатита С

6.4.1. Меры в отношении источника инфекции

6.4.1.1. Лица, у которых при обследовании в сыворотке (плазме) крови впервые выявлены anti-HCV IgG и (или) РНК вируса гепатита С, в течение 3 дней направляются врачом, назначившим обследование, к врачу-инфекционисту для постановки на диспансерный учет, проведения комплексного клинико-лабораторного обследования, установления диагноза и определения тактики лечения.

6.4.1.2. Обследование лиц с наличием anti-HCV IgG и (или) РНК вируса гепатита С проводится в амбулаторных условиях (в кабинете инфекционных заболеваний, в гепатологическом центре), в инфекционном стационаре (отделении), а также в других медицинских организациях, имеющих лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

6.4.1.3. Госпитализация и выписка больных ОГС или ХГС проводится по клиническим показаниям. Во время стационарного лечения больные гепатитом С размещаются отдельно от больных вирусными гепатитами А и Е, а также больных с неуточненной формой гепатита.

6.4.1.4. Больному разъясняются пути и факторы передачи инфекции, меры безопасного поведения с целью предотвращения распространения вируса гепатита С, доступные ему виды помощи, дальнейшая тактика диспансерного наблюдения и лечения.

Консультирование проводит врач медицинской организации по месту выявления, а в дальнейшем - по месту наблюдения больного. Отметка о проведении консультирования ставится в медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

6.4.1.6. Срок возвращения к работе (учебе) после выписки из стационара определяется лечащим врачом с учетом характера работы (учебы) и результатов клинико-лабораторного обследования. При этом сроки освобождения от тяжелой физической работы и спортивных занятий должны составлять 6 - 12 месяцев.

- 6.4.2. Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя

- 6.4.2.1. Дезинфекции в очаге гепатита С

подвергаются индивидуальные предметы личной гигиены больного (лица с подозрением на гепатит С), а также поверхности и вещи в случае их контаминации кровью или другими биологическими жидкостями. Дезинфекция проводится самим больным (лицом с подозрением на гепатит С), или другим лицом, осуществляющим за ним уход. Консультирование по вопросам дезинфекции проводит медицинский работник медицинской организации по месту жительства больного.

- 6.4.3. Меры в отношении контактных лиц
- 6.4.3.1. Контактными при гепатите С считаются лица, которые могли быть инфицированы ВГС при реализации известных путей передачи возбудителя инфекции.
- 6.4.3.3. Контактные лица должны знать и соблюдать правила личной профилактики гепатита С и пользоваться только индивидуальными предметами личной гигиены. С целью предотвращения полового пути передачи вируса гепатита С контактным лицам необходимо использовать презервативы.
- 6.4.3.4. Наблюдение за контактными лицами в очагах ОГС и ХГС завершается через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного гепатитом С.

VII. Организация диспансерного наблюдения за больными гепатитом С и лицами с наличием антител к вирусу гепатита С

7.2. Больные ОГС, больные ХГС, а также лица, у которых при скрининге выявлены антитела к вирусу гепатита С (при отсутствии у них РНК вируса гепатита С), подлежат обязательному диспансерному наблюдению у врача-инфекциониста в медицинской организации по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре.

7.3. Больные ОГС проходят клинический осмотр и лабораторное обследование с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие РНК вируса гепатита С через 6 месяцев после выявления заболевания. При этом в случае выявления РНК вируса гепатита С данные лица считаются больными ХГС и подлежат диспансерному наблюдению в соответствии с [пунктом 7.4](#) настоящих санитарных правил. В случае если через 6 месяцев РНК вируса гепатита С не выявляется, данные лица считаются реконвалесцентами ОГС и подлежат динамическому наблюдению в течение 2 лет и обследованию на наличие РНК вируса гепатита С не реже одного раза в 6 месяцев.

- 7.4. Диспансерное наблюдение за больными ХГС и лицами, у которых при скрининге выявлены антитела к вирусу гепатита С (при отсутствии у них РНК вируса гепатита С), осуществляется не реже одного раза в 6 месяцев с проведением комплексного клинико-лабораторного обследования с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие РНК вируса гепатита С.
- 7.5. Лица с наличием anti-HCV IgG, у которых отсутствует РНК вируса гепатита С при динамическом лабораторном обследовании в течение 2 лет с периодичностью не реже одного раза в 6 месяцев, считаются реконвалесцентами и подлежат снятию с диспансерного наблюдения.

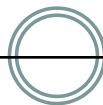
гепатита С



- Серологический метод - определение сывороточных маркеров инфицирования - антител суммарных (анти - HCV) и анти - HCV IgM,
- Рекомбинантный иммуноблотинг или вестерн - блотинг, позволяющие определить антитела к различным структурным и неструктурным белкам HCV.
- Молекулярно-генетический метод - детекция РНК HCV.



**КОНТИНГЕНТЫ,
ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА НАЛИЧИЕ ANTI-HCV
IGG И РНК ВИРУСА ГЕПАТИТА С В СЫВОРОТКЕ (ПЛАЗМЕ) КРОВИ**



	Контингенты населения	Период обследования
1	Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы	При каждой донации или каждом взятии донорского материала
2	Дети в возрасте до 12 месяцев, рожденные от инфицированных вирусом гепатита С матерей	В возрасте 2, 6 (при отсутствии РНК вируса гепатита С в возрасте 2 месяца) и 12 месяцев
3	Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей	В возрасте 2, 6 (при отсутствии РНК вируса гепатита С в возрасте 2 месяца) и 12 месяцев
4	Лица с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами, и другие)	Согласно приложению 1 к настоящим санитарным правилам в случае принадлежности к соответствующим контингентам
5	Лица, имеющие заболевание печени неясной этиологии	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования
6	Пациенты отделений гемодиализа, гематологии и трансплантации, пребывающие в медицинской организации более 1 месяца	Через 30 дней после поступления и далее - ежемесячно
7	Контактные в очагах ОГС	При выявлении очага и далее однократно через 30 дней
8	Контактные в очагах ХГС	При выявлении очага



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Д

Вирусный гепатит D (дельта) — острая или хроническая вирусная инфекция из условной группы гемоконтактных гепатитов, характеризующаяся поражением печени и протекающая в виде коинфекции или суперинфекции на фоне ВГВ.

Обязательным условием проявления патологического действия вируса ВГД является наличие реплицирующегося ВГВ.

Возбудитель вирусного гепатита Д



- РНК-геномный вирус рода *Deltavirus*, выделяемый только от пациентов, инфицированных ВГВ. Вирионы ВГД сферической формы; геном образует однонитевая кольцевая молекула РНК.

В мире 5% носителей ВГВ инфицированы вирусом гепатита Д, что составляет около 15 млн. человек.



- **Зона высокой эндемичности**

- 20% носителей и более 60% среди больных хроническим ГВ – страны Африки Кения, ЦАР, Нигер, Тайвань, Италия, Румыния, Венесуэла.

- **Зона средней эндемичности**

– 10-19% и 30-60% среди ХГВ.- Сомали, Уганда, Бурунди, США,- Калифорния, Россия – Якутия, Тыва.

- **Низкая эндемичность** – 3-9% и до 30% среди ХГВ –

Эфиопия, ЮАР, Литва, Эстония, Латвия, Европейская часть России, США.

- **Очень низкая эндемичность** – до 2% носителей и до 10% ХГВ

Страны Северной и Центральной Европы, Китай, Япония, Австралия, Аргентина, Бразилия.

Инкубационный период вирусного гепатита Д



от 3 до 7 недель

- **Источник инфекции —**

Больной острой или хронической формой дельта-инфекции

Лабораторная диагностика вирусного гепатита Д



- Серологический метод - определение дельта - антигена, антител класса IgG (анти - HDV - IgG) и IgM (анти - HDV - IgM),
- Молекулярно-генетический - детекция РНК *HDV*

СП 3.1.2825-10

**Профилактика вирусного гепатита
А''**

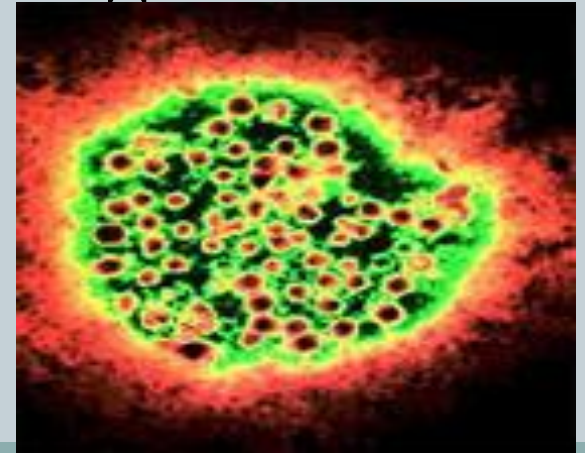


● 2.1. Стандартное определение случая острого гепатита А

- 2.1.1. Острый гепатит А (далее - ОГА) - острая вирусная инфекционная болезнь, проявляющаяся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и обычно сопровождающаяся повышением уровня aminotransferases сыворотки крови.
- Лабораторным критерием подтверждения случая ОГА является наличие антител класса IgM к вирусу гепатита А (далее - anti-HAV IgM) или РНК вируса гепатита А в сыворотке крови.

● 2.2. Этиология

- Возбудитель ОГА – РНК-содержащий вирус рода *Hepatovirus* семейства *Picornaviridae*.
- Вирионы имеют диаметр 27-32 нм.
- Вирус представлен шестью генотипами и одним серотипом.
- Вирус гепатита А (далее - ВГА) по сравнению с представителями рода энтеровирусов более устойчив к физико-химическим воздействиям.



● 2.4.1. Источником инфекции при ОГА является человек.



● Инкубационный период колеблется от 7 до 50 дней, чаще составляя 25 ± 5 дней. Вирус гепатита А выделяют с фекалиями **3 основные категории источников инфекции:**

● лица с бессимптомной формой инфекционного процесса,

● больные со стертой – безжелтушной

● и желтушной формами инфекции.

- 2.4.2. Продолжительность выделения вируса при различных проявлениях инфекции существенно не отличается. **Наибольшая концентрация возбудителя в фекалиях источника инфекции отмечается в последние 7–10 дней инкубационного периода и в первые дни болезни, соответствующие по продолжительности преджелтушному периоду, - от 2 до 14 дней (чаще 5-7 дней).**
- С появлением желтухи у большинства больных концентрация вируса в фекалиях снижается.



- **2.4.4. Передача ВГА осуществляется преимущественно при реализации фекально-орального механизма**

- **ВОДНЫМ,**

- **ПИЩЕВЫМ И**

- **КОНТАКТНО-БЫТОВЫМ ПУТЯМИ.**

- **2.4.4.1. При водном пути передачи ВГА попадает в организм при использовании недоброкачественной питьевой воды, купании в загрязненных водоемах и бассейнах.**

● 2.4.4.2. Пищевой путь передачи реализуется

- при употреблении продуктов, загрязненных вирусом во время производства на пищевых предприятиях, предприятиях общественного питания и торговли любой формы собственности.
- Ягоды, овощи, зелень контаминируются вирусом при выращивании на полях орошения или на огородах, удобряемых фекалиями.
- Морепродукты могут быть инфицированы ВГА при отлове моллюсков в загрязненных сточными водами прибрежных водах.
- 2.4.4.3. Контактно-бытовой путь передачи инфекции реализуется при несоблюдении правил личной гигиены.
- Факторами передачи при этом служат руки, а также все предметы, контаминированные возбудителем инфекции.
- Не исключается также передача вируса при орально-анальных и орально-генитальных контактах

2.5. Характеристика эпидемического процесса



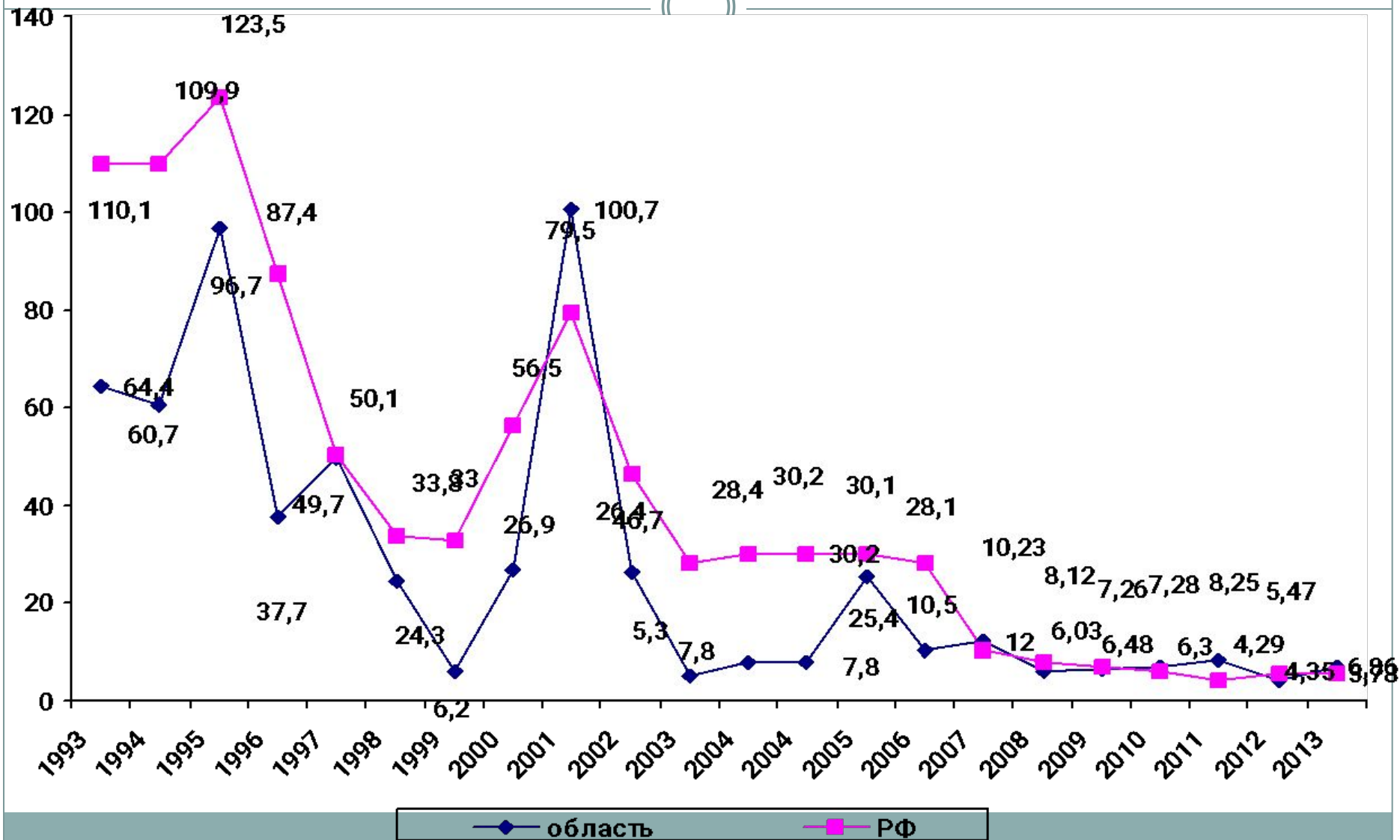
2.5.2. Эпидемический процесс при ОГА в многолетней динамике заболеваемости проявляется

циклическими колебаниями,

выраженной осенне-зимней сезонностью, преимущественным поражением детей, подростков и взрослого населения молодого возраста.

2.5.3. Эпидемический процесс ОГА проявляется спорадическими случаями и преимущественно водными и пищевыми вспышками и эпидемиями различной

Динамика заболеваемости ОІА в Новосибирской области за 1993-2013 гг. (на 100 тысяч населения)



- 5.1.1. **Выявление больных ОГА осуществляют** медицинские работники (врачи, средний медицинский персонал) лечебно-профилактических и других организаций независимо от форм собственности при амбулаторном приеме, посещении больного на дому, предварительных (при устройстве на работу) и периодических медицинских осмотрах определенных групп населения, наблюдении за детьми в коллективах, при обследовании контактных в очагах инфекции

- 5.1.4. Специалисты органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют **эпидемиологическое обследование в очагах ОГА**, в том числе устанавливают причины и условия возникновения ОГА, уточняют границы очага, разрабатывают и реализуют меры по его ликвидации.
- **В границы очага включаются лица, имевшие контакт с заболевшим в конце инкубационного периода и в первые дни его болезни, в детских учреждениях, стационарах, санаториях, производственных, воинских и прочих организациях, а также по месту проживания заболевшего (в том числе в общежитиях, гостиницах и других), о чем руководители данных организаций ставятся в известность.**

- **5.2. Меры в отношении источника инфекции**

- **5.2.1. Больные и подозрительные на заболевание ОГА подлежат госпитализации в инфекционное отделение.**

- **5.2.2. В отдельных случаях легкого течения заболевания допускается лечение больного с лабораторно подтвержденным диагнозом ОГА (при обнаружении в крови anti-HAV IgM или РНК ВГА) на дому при условии:**

- - проживания больного в отдельной благоустроенной квартире;
- - отсутствия контакта по месту проживания с работниками лечебно-профилактических, детских и приравняемых к ним организаций, а также с детьми, посещающими детские образовательные учреждения;
- - обеспечения ухода за больным и выполнения всех мер противоэпидемического режима;
- - отсутствия у заболевшего других вирусных гепатитов (гепатита В (далее - ГВ), гепатита С (далее - ГС), гепатита D (далее - ГD) и других) или гепатита невирусной этиологии, других хронических заболеваний с частыми обострениями и декомпенсацией основного заболевания, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем;
- - обеспечения динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования на дому.

- 5.2.4. Диагноз ОГА должен быть подтвержден лабораторно с определением anti-HAV IgM или РНК ВГА в течение 48 часов после выявления подозрительного на эту инфекцию больного. Более поздние сроки установления окончательного диагноза допускаются при гепатите сочетанной этиологии, при наличии хронических форм ГВ и ГС, сочетании ОГА с другими заболеваниями.
- 5.2.5. Выписка из инфекционного отделения осуществляется по клиническим показаниям.
- 5.2.6. Диспансерное наблюдение за переболевшими ОГА осуществляется врачами-инфекционистами медицинских организаций по месту жительства или лечения.
- Первый контрольный осмотр проводится не позднее, чем через месяц после выписки из стационара.
- В дальнейшем сроки наблюдения и объем необходимых обследований реконвалесцента определяются врачом-инфекционистом по месту жительства.

- **5.3. Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя**
- **5.3.1. При выявлении больного ОГА медицинский работник лечебно-профилактической организации (врач, фельдшер, средний медицинский работник) организует проведение комплекса противоэпидемических мероприятий, включая текущую и заключительную дезинфекцию, направленных на предупреждение заражения окружающих.**
- **5.3.2. Заключительная дезинфекция в домашних очагах, коммунальных квартирах, общежитиях, гостиницах проводится после госпитализации (смерти) больного и осуществляется специалистами организаций дезинфекционного профиля по заявкам организаций, осуществляющих медицинскую деятельность. Текущая дезинфекция проводится населением.**
- **5.3.3. При выявлении случая ОГА в организованных коллективах после изоляции больного осуществляется заключительная дезинфекция, объем и содержание которой зависят от характеристики очага.**
- **5.3.4. Заключительная дезинфекция проводится специалистами организаций дезинфекционного профиля в детских дошкольных учреждениях по каждому случаю, а в школах и других детских учреждениях - при повторных**

- **5.3.5.** Для заключительной и текущей дезинфекции в очагах ОГА используют зарегистрированные в установленном порядке дезинфицирующие средства, эффективные в отношении ВГА.
- **5.3.6.** При возникновении среди населения вспышки ОГА, связанной с употреблением недоброкачественной питьевой воды, контаминированной ВГА в результате аварий на канализационных или водопроводных сетях, в населенных пунктах проводится:
 - - устранение аварий;
 - - замена аварийных участков водопроводных и канализационных сетей с последующей их дезинфекцией и промывкой;
 - - мероприятия по санации нецентрализованных источников и систем водоснабжения;
 - - обеспечение населения в очаге привозной доброкачественной питьевой водой;
 - - очистка и санация систем нецентрализованного канализования (туалетов выгребного и поглощающего типов).
- **5.3.7.** В случае возникновения вспышки ОГА в результате использования продуктов, контаминированных ВГА, проводится:
 - - выявление и изъятие продуктов питания, послуживших вероятной причиной возникновения заболевания;
 - - устранение выявленных нарушений при заготовке, транспортировке, хранении, технологии приготовления (обработка) и реализации продуктов питания.

5.4. Меры в отношении контактных лиц

5.4.3. Все контактные лица, выявленные в границах очага, подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение 35 дней со дня разобщения с источником инфекции, включающим опрос, термометрию, наблюдение за цветом склер и кожных покровов, окраской мочи, размером печени и селезенки, а также клинико-лабораторному обследованию в соответствии с пунктом 2.3. настоящих санитарных правил.

Первичный осмотр и клинико-лабораторное обследование проводит медицинский работник (врач-инфекционист, врач-терапевт, фельдшер) лечебно-профилактической организации по месту проживания контактных лиц или месту работы (обучения, воспитания) в первые 5 дней после выявления больного и до введения вакцины против гепатита А.

5.4.4. При отсутствии клинических признаков заболевания, контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее 5 дня с момента выявления больного ОГА.

- **5.4.5. При выявлении больного ОГА в организованном детском коллективе (коллективах военнослужащих), в учреждении (организации) вводится карантин сроком на 35 дней с момента изоляции последнего больного. За детьми (военнослужащими), имевшими контакт с больным ОГА, устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение карантина.**

- **Пораженные группы (классы, отделения или палаты) подлежат**
- **максимальной изоляции от других групп, подразделений учреждения (организации).**
- **Они не принимают участия в массовых мероприятиях, организуемых учреждением (организацией).**
- **В карантинной группе (классе, отделении, палате) отменяют систему самообслуживания,**
- **проводят беседы по гигиеническому воспитанию и мерам профилактики ОГА.**
- **В период карантина не допускается перевод контактных детей, военнослужащих, персонала детских и иных учреждений в другие группы (классы, отделения, палаты) и в другие учреждения за исключением особых случаев с разрешения специалиста органа, уполномоченного осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.**
- **Прием в карантинные группы (классы, отделения, палаты) новых лиц допускается в случаях, если поступающий ранее перенес ОГА или вакцинирован против гепатита А не менее чем за 14 дней до допуска в коллектив.**

- 5.4.8. 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-акушерского пункта) по месту жительства.
- Осмотр этих лиц проводят не реже 1 раза в неделю, по показаниям осуществляют лабораторные исследования, и в обязательном порядке – вакцинопрофилактику.

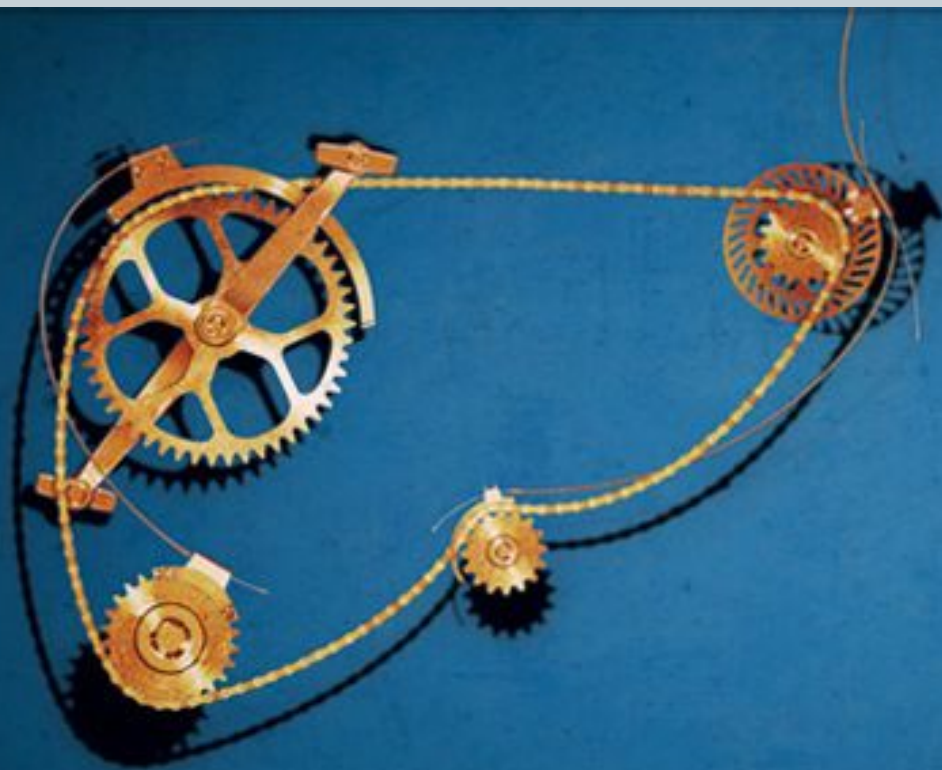
- 5.4.6. О детях из организованных коллективов и о военнослужащих, имевших контакт с больным ОГА вне коллектива, ставят в известность медицинский персонал или руководство этих организаций.
- Детей допускают в организованные коллективы с разрешения врача-педиатра по согласованию со специалистом органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при условии их полного здоровья или указания о перенесенном ранее (документированном) ОГА, либо вакцинированных против гепатита А не менее чем за 14 дней до допуска в коллектив.

- **VI. Вакцинопрофилактика острого гепатита А**
- **6.1. Объем специфической профилактики ОГА** определяется специалистами органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с эпидемиологической обстановкой, а также с учетом особенностей динамики и тенденций развития эпидемического процесса ОГА на конкретной территории.
- **6.2. Вакцинацию населения против гепатита А** проводят в соответствии с действующим календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, региональными календарями профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов, разрешенных к использованию на территории Российской Федерации в установленном порядке.

Нормативно-правовые и методические документы

- СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»
 - СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
 - СП 3.1. 958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»
 - СП 3.1.1275-03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях»
 - СП 3.5. 1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим дезинфекционную деятельность»
-
- СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В»
 - МУ 3.1.2792-10 «Эпиднадзор за вирусным гепатитом В»

Социальная реклама



Важные детали требуют регулярной проверки

АЛТ — основной показатель
здоровья печени.
Чтобы проверить состояние
печени, надо просто сделать
анализ крови и определить
уровень фермента АЛТ.

www.gepatitunet.ru



Московская областная долгосрочная целевая программа по предупреждению и борьбе с социально-значимыми заболеваниями (подпрограмма «Вирусные гепатиты»).



Болезная печень не прикалывается

О печени нужно заботиться, а не беспокоиться.
Причин болезни может быть много: алкоголь,
ожирение, вирусы гепатита С и В.

Чтобы вовремя помочь своей печени, нужно просто
сдать кровь на анализ АЛТ.

Подробности на сайте www.gepatitunet.ru

Московская областная долгосрочная целевая программа
по предупреждению и борьбе с социально-значимыми
заболеваниями (подпрограмма «Вирусные гепатиты»).

