**Приказ № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране» от 12.07.89 г.**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР ПРИКАЗ 12 июля 1989 г. N 408 О МЕРАХ ПО СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В СТРАНЕ**

Основными направлениями развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения в СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года предусмотрено снижение заболеваемости вирусными гепатитами. Заболеваемость вирусными гепатитами в стране сохраняется на высоком уровне. Особенно неблагополучные показатели заболеваемости вирусными гепатитами отмечаются в республиках Средней Азии, где они в 3-4 раза превышают среднесоюзные и составляют почти половину от общего числа заболевших вирусными гепатитами в стране. Значительный подъем заболеваемости вирусными гепатитами в последние годы на ряде территорий Туркменской ССР, Узбекской ССР, Киргизской ССР и Таджикской ССР обусловлен гепатитом ни А, ни В с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Основными причинами высокой заболеваемости вирусными гепатитами А и ни А, ни В с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя остаются: загрязнение питьевой воды, окружающей среды вследствие серьезных недостатков в водоснабжении, канализовании и санитарной очистке населенных мест; неудовлетворительное санитарно-техническое состояние и содержание детских дошкольных учреждений, школ, значительная их переуплотненность; недостаточный уровень коммунального благоустройства жилого фонда; низкий уровень гигиенической культуры населения; грубые нарушения санитарно-противоэпидемических норм и правил; низкий уровень гигиенических и профессиональных знаний работников коммунальных служб, общественного питания, детских и подростковых учреждений. Серьезной проблемой здравоохранения является заболеваемость вирусным гепатитом В. За последние годы отмечается рост заболеваемости этой нозологической формой. Высокий удельный вес заражений гепатитом В в медицинских учреждениях при проведении лечебно-диагностических манипуляций, переливаний крови и ее компонентов обусловлен прежде всего серьезными недостатками в обеспечении медицинских учреждений шприцами, иглами, в том числе одноразового пользования и другим инструментарием; стерилизационной аппаратурой, дезинфекционными средствами, реактивами и диагностическими тест-системами, в первую очередь для обследования доноров. Имеются грубые нарушения медицинским персоналом режимов дезинфекционной обработки и стерилизационной медицинского и лабораторного инструментария и правил его пользования. Низкий уровень дифференциальной диагностики вирусных гепатитов связан с недостаточным производством и применением в практике тест-систем для диагностики гепатитов А, В и дельта высокочувствительными методами. Медленно ведется разработка средств этиотропной терапии. На многих территориях не решен вопрос о лечении больных хроническими формами гепатита В (HBsAg-положительного) в инфекционных стационарах. С целью улучшения диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов, УТВЕРЖДАЮ: 1. Методические указания "Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита А и вирусного гепатита ни А, ни В с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя", приложение 1. 2. Методические указания "Эпидемиология и профилактика вирусных гепатитов В, дельта и ни А, ни В с парентеральным механизмом передачи возбудителя", приложение 2. 3. Методические указания "Средства и методы дезинфекции и стерилизации", приложение 3. 4. Методические указания "Клиника, диагностика, лечение и исходы вирусных гепатитов у взрослых и детей", приложение 4. ПРИКАЗЫВАЮ: 1. Министрам здравоохранения союзных, автономных республик, начальникам управлений и заведующим отделов здравоохранения краев и областей, начальникам Главных управлений здравоохранения городов Москвы и Ленинграда: 1.1. Разработать с учетом конкретных условий и утвердить комплексные планы мероприятий по снижению заболеваемости вирусными гепатитами на 1991-1995 гг. Строго контролировать ход их выполнения, ежегодно заслушивать реализацию этих планов на коллегиях министерств здравоохранения союзных, автономных республик, управлений и отделов здравоохранения краев и областей. 1.2. Провести в течение 1990-1991 гг. подготовку врачей-лаборантов клинико-диагностических, вирусологических лабораторий городских и центральных районных больниц, санэпидстанций, станций переливания крови по методике постановки реакции на HBs-антиген высокочувствительными методами (РОПГА, ИФА, РИА) на базах научно-исследовательских институтов, вирусологических лабораторий республиканских, областных, городских СЭС и станций переливания крови, крупных клинических и инфекционных больниц. 1.3. Обеспечить организацию и проведение обследования высокочувствительными методами на HBsAg всех беременных женщин на гиперэндемичных по гепатиту В территориях с высоким уровнем носительства HBsAg. Для госпитализации рожениц - "носителей" HBsAg выделить специальные родильные дома или изолированные отделения (палаты) со строгим проведением в них противоэпидемических мероприятий. 1.4. Обеспечить в 1990-1995 гг. охват централизованной стерилизацией изделий медицинского назначения для парентерального применения во всех лечебно-профилактических учреждениях, повысить ответственность руководителей этих учреждений за соблюдение режимов дезинфекции, предстерилизованной очистки и стерилизации медицинского и лабораторного инструмента и аппаратуры. 1.5. Обеспечить госпитализацию больных хроническим гепатитом В (HBsAg-положительных) взрослых и детей в инфекционные стационары. 1.6. Обязать республиканские центры здоровья усилить пропаганду здорового образа жизни, учитывая при этом национальные и возрастные особенности; разработать методические материалы для проведения лекций и бесед, широко использовать средства массовой информации. 2. Главным государственным санитарным врачам союзных и автономных республик, краев и областей: 2.1. Осуществлять строгий контроль за обеспечением населения питьевой водой, безопасной в эпидемическом отношении, выполнением мероприятий по санитарной охране источников хозяйственно-питьевого водопользования, обеспечением эффективной работы очистных сооружений в соответствии с нормами и правилами, предусмотренными документами водного законодательства, выполнением руководителями ведомств (управлений водного и коммунального хозяйства) и медицинских учреждений режима обеспечения надлежащего санитарного состояния и коммунального благоустройства территорий, а также в детских дошкольных учреждениях, школах, лечебно- оздоровительных учреждениях, предприятиях пищевой промышленности. 2.2. Строго контролировать соблюдение в лечебно-профилактических учреждениях противоэпидемического режима, режимов дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария и правил его использования. Все случаи группового заражения гепатитом В в лечебно-профилактических учреждениях рассматривать на заседаниях чрезвычайной противоэпидемической комиссии. 2.3. Своевременно информировать о возникновении среди населения групповых заболеваний вирусными гепатитами и оперативных мерах по их расследованию и ликвидации в соответствии с приказом N 1025 Минздрава СССР "О внеочередных донесениях, представляемых Министерству здравоохранения СССР" от 04.09.84 г. 2.4. Организовать с 1990 года лабораторный контроль питьевой воды по показателям вирусного загрязнения: антиген ГА, колифаги, энтеровирусы в соответствии с "Методическими рекомендациями по контролю и оценке вирусного загрязнения объектов окружающей среды" от 24 сентября 1986 г. N 4116-86. 3. Начальнику Главного эпидемиологического управления т. Наркевичу М.И. и директору Института вирусологии им. Д.И.Ивановского АМН СССР т. Львову Д.К. в течение 1989-1990 гг. организовать и провести для врачей (инфекционистов, педиатров, эпидемиологов, вирусологов и др.) региональные семинары по вопросам диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов. 4. Начальнику Главного эпидемиологического управления т. Наркевичу М.И., начальнику Главного управления охраны материнства и детства т. Алексееву В.А., начальнику Главного управления организации медицинской помощи населению т. Калинину В.И. предусмотреть с момента освоения промышленного выпуска вакцин против гепатита В проведение вакцинации в соответствии с инструкцией по применению этих вакцин. 5. Институту полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР (т. Дроздов С.Г.) обеспечить промышленный выпуск диагностикума для определения методом ИФА анти-ВГА класса lgM и типоспецифических диагностических энтеровирусных сывороток в 1991 г. 6. Горьковскому институту эпидемиологии и микробиологии Минздрава РСФСР (т. Блохин И.Н.) обеспечить промышленный выпуск диагностикумов для определения антигена-ВГА с 1990 г. и с 1991 г. суммарных анти-ВГА методом ИФА. 7. Институту общей и коммунальной гигиены им. А.Н.Сысина АМН СССР (т. Сидоренко Г.И.) совместно с Институтом эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи АМН СССР (т. Прозоровский С.В.), Институтом вирусологии им. Д.И.Ивановского АМН СССР (т. Львов Д.К.), Институтом полиомиелита и вирусных энцефалитов (т. Дроздов С.Г.) провести в 1989-1991 гг. исследования по усовершенствованию способов водоподготовки и обработки, режимов обеззараживания воды, направленных на повышение эффективности барьерной роли водопроводных сооружений в отношении возбудителя гепатита А. 8. Всесоюзному научно-исследовательскому институту профилактической токсикологии и дезинфекции (т. Прокопенко Ю.И.) представить в IV квартале 1989 г. в Минздрав СССР для утверждения "Методические рекомендации по организации централизованных стерилизованных в лечебно-профилактических учреждениях". 9. Институту вирусологии им. Д.И.Ивановского АМН СССР (т. Львов Д.К.) разработать генно- инженерную тест-систему для диагностики дельта-инфекции в течение 1989-1990 гг. 10. Институту полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР (т. Дроздов С.Г.) совместно с НПО "Вектор" Минмедпрома СССР обеспечить в 1989 г. выпуск экспериментально-производственных серий культуральной инактивированной вакцины против гепатита А и промышленный ее выпуск с 1991 г. 11. Генеральному директору В/О "Союзфармация" т. Апазову А.Д. принять меры к полному удовлетворению потребностей союзных республик в системах разового использования, диагностикумах для определения HBsAg методами РОПГА, ИФА, и реактивах, обеспечив приоритетное удовлетворение заявок республик Средней Азии и Молдавской ССР. 12. Генеральному директору В/О "Союзмедтехника" т. Зиновцову Н.А. принять меры по удовлетворению заявок на медицинский и лабораторный инструментарий, в том числе разового использования, оборудование для дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения. Обеспечить приоритетное удовлетворение заявок на эти изделия минздравов республик Средней Азии и Молдавской ССР. 13. Всесоюзному научно-исследовательскому центру профилактической медицины (т. Оганов Р.Г.) подготовить материалы для населения о профилактике вирусных гепатитов, осуществлять координационную функцию за работой республиканских, краевых, областных домов санитарного просвещения. 14. Институту вирусологии им. Д.И.Ивановского АМН СССР (т. Львов Д.К.) организовать и провести в 1990 г. научно-практическую конференцию по проблеме "Вирусные гепатиты". 15. Главным специалистам органов здравоохранения взять под личный контроль обоснованность назначений врачами стационаров, диспансеров, МСЧ переливаний крови, ее препаратов, средств инъекционной терапии, имея в виду их максимальное сокращение с заменой на кровезаменители и пероральные препараты с учетом показаний. Считать утратившим силу приказы министра здравоохранения СССР N 300 от 08.04.77 г. "Об усилении мероприятий по профилактике сывороточного гепатита в лечебно-профилактических учреждениях" и N 752 от 08.07.81 г. "Об усилении мероприятий по снижению заболеваемости вирусными гепатитами". Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителей министра здравоохранения СССР тт. Кондрусева А.И., Баранова А.А., Царегородцева А.Д. Настоящий приказ разрешается размножить в необходимом количестве. Министр здравоохранения СССР Е.И.ЧАЗОВ Приложение N 1 к приказу Минздрава СССР от 12.07.1989 г. N 408 МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НИ А, НИ В С ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ. ЭТИОЛОГИЯ Гепатит А (ГА). Вирус ГА относится к семейству пикорнавирусов и по совокупности физико- химических характеристик сходен с энтеровирусами. Во внешней среде он более устойчив, чем типичные пикорнавирусы. Вирус ГА может сохраняться в течение нескольких месяцев при температуре +4 град. С, несколько лет - при температуре -20 град.С, в течение нескольких недель - при комнатной температуре. Вирус инактивирует при кипячении. Частичная гибель вируса в воде происходит в течение 1 часа при концентрации остаточного хлора 0.5-1.5 мг/литр, полная инактивация - при воздействии 2.0-2.5 мг/литр в течение 15 мин., при ультрафиолетовом облучении (1.1 ватт) - за 60 секунд. Вирус стабилен к воздействию кислот и жирорастворителей. Известен только один серологический тип вируса ГА. Из определяемых в настоящее время специфических маркеров важнейшим является наличие антител к вирусу ГА класса lgM (антител-ВГА lgM), которые появляются в сыворотке крови уже в начале заболевания и сохраняются в течение 3-6 месяцев. Обнаружение анти-ВГА lgM однозначно свидетельствует о гепатите А и используется для диагностики заболевания и выявления источников инфекции в очагах. Антикен вируса ГА (ArВГА) обнаруживается в фекалиях больных за 7-10 дней до клинических симптомов и в первые дни заболевания, что и используется также для ранней диагностики, выявления источников инфекции. Определение анти-ВГА lgG, которые выявляются с 3-4 недель заболевания иммуноструктуры населения, динамику специфического гуморального иммунитета. Гепатит ни А, ни В (ГНАНВ) с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Антигенные и биологические свойства, физико-химические характеристики вируса-возбудителя ГНАНВ в настоящее время изучены недостаточно. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ Гепатит А. Источником инфекции являются больные с любыми формами острого инфекционного процесса (желтушная, безжелтушная, субклиническая,инапарантная). Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные с безжелтушными и бессимптомными формами, а также больные в преджелтушной фазе заболевания. Наиболее массивное выделение вируса с фекалиями происходит в последние 7-10 дней инкубации и в преджелтушный период заболевания. В это время больные наиболее заразительны. С появлением желтухи у подавляющего большинства выделение вируса прекращается или резко снижается, опасность лиц в данной фазе инфекции для окружающих невелика, госпитализация больных в данном случае эпидемиологического значения не имеет. В редких случаях выделение вируса затягивается до 2-3 недель. Вирусемия кратковременна и эпидемиологического значения не имеет. Хроническое вирусоносительство не установлено. Механизм передачи возбудителя - фекально-оральный. Реализация его происходит через факторы, присущие кишечным инфекциям: воду, пищевые продукты, "грязные" руки и предметы обихода. В детских и других организованных коллективах наибольшее значение имеет контактно-бытовой путь передачи возбудителя. Распространению инфекции способствует переуплотненность, несоблюдение изоляции групп в детских учреждениях, формирование "сборных" круглосуточных групп и групп продленного дня, нарушение санитарно-противоэпидемического режима, позднее выявление и изоляция больных. Водный путь передачи возбудителя имеет место при использовании недоброкачественной питьевой воды, купании в загрязненных водоемах, при интенсивной контаминации вирусом ГА водоисточников вблизи водозаборов, отсутствии или периодическом нарушении регламентированной ГОСТом водоподготовки и обеззараживания воды, подаваемой населению, при использовании технических водопроводов, нарушении санитарно-технического состояния разводящей водопроводной сети в сочетании с дефицитом воды и подсосом канализационных стоков или грунтовых вод, низком санитарно-коммунальном благоустройстве территории. Загрязнение пищевых продуктов вирусом на пищевых предприятиях, предприятиях общественного питания и торговли может происходить от персонала с недиагностированными формами ГА, несоблюдающим правила личной гигиены. Продукты питания могут загрязняться вирусом также при использовании недоброкачественной воды для их обработки, приготовлении или мытье посуды. Ягоды, овощи загрязняются вирусом при выращивании их на полях орошения или на огородах, удобряемых содержимым туалетов. Восприимчивость людей к инфекции всеобщая. Иммунитет после перенесенного заболевания - длительный, возможно, пожизненный. Бессимптомные формы формируют менее напряженный иммунитет, чем клинически выраженные. Уровень коллективного иммунитета населения является одним из факторов, влияющих на ход эпидемического процесса. Отмечается тенденция к увеличению иммунных лиц с возрастом. На территориях с высокой заболеваемостью (Средняя Азия, Казахстан) большинство людей приобретают анти-ВГА к 4-6 годам, а на территориях со средними и низкими показателями - к 20-30 годам. Эпидемический процесс ГА характеризуется рядом особенностей: повсеместным распространением; неравномерной интенсивностью на отдельных территориях; цикличностью многолетней динамики, выраженной осенне-зимней сезонностью; преимущественным поражением детей дошкольного возраста, подростков и взрослых лиц молодого возраста; низкой семейной очаговостью. Периодические подъемы заболеваемости наблюдаются с интервалами от 3 до 10 лет, различаются на разных территориях и в отдельных возрастных группах населения. С интервалами 15-20 лет возникают синхронные подъемы, охватывающие все территории страны. На территориях с высокими уровнями заболеваемости наиболее поражаемой группой населения являются дети ясельного возраста. Дети, посещающие детские дошкольные учреждения, как правило, болеют чаще, чем не посещающие. В последние годы происходит выравнивание показателей заболеваемости населения городов и сел. Наибольшая интенсивность развития эпидемического процесса на отдельных территориях зависит также от действия социально-демографических факторов (рождаемость, возрастная структура, доля многодетных семей и "организованность" детей, плотность населения, активность миграции и др.). Рост заболеваемости ГА обычно начинается в июле-августе и достигает максимума в октябре- ноябре с последующим снижением в первой половине очередного года. Отмечается неодинаковые сроки начала и выраженность сезонных подъемов заболеваемости в разных социально-возрастных группах населения. На территориях со средними показателями заболеваемости сезонный подъем начинается среди школьников, а на территориях с высокими показателями - среди детей младших возрастных групп. Гепатит ни А, ни В - самостоятельное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, при котором не обнаруживаются маркеры непатитав А и В. Регистрируется преимущественно в республиках Средней Азии. Эта инфекция характеризуется рядом эпидемиологических признаков, к которым относятся: 1) резко выраженная неравномерность территориального распределения заболеваемости; 2) взрывообразный характер вспышек с высоким уровнем заболеваемости в районах с неудовлетворительным водоснабжением; 3) наиболее частое поражение взрослых лиц 15-30 лет; 4) низкая семейная очаговость. ГНАНВ отличается тяжелым течением болезни и высокой летальностью у беременных женщин, как правило, во второй половине беременности. Все известные эпидемические вспышки этого заболевания обусловлены действием водного фактора. Истинная широта распространения этой инфекции не определена. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ Основными профилактическими мероприятиями при гепатитах А и ни А, ни В являются санитарно-гигиенические, направленные на разрыв фекально-орального механизма передачи возбудителя, обеспечение населения доброкачественной водой, безопасными в эпидемическом отношении продуктами питания, создание условий, гарантирующих соблюдение санитарных правил и требований, предъявляемых к заготовке, транспортировке, хранению, технологии приготовления и реализации продуктов питания; обеспечение повсеместного и постоянного выполнения санитарно- технических и гигиенических норм и правил санитарно-противоэпидемического режима в детских учреждениях, учебных заведениях; соблюдение правил личной гигиены, гигиеническое воспитание населения. Исходя из этого, учреждения санитарно-эпидемиологической службы должны осуществлять следующие мероприятия: контроль за состоянием всех эпидемиологически значимых объектов (источники водоснабжения, очистные сооружения, водопроводная и канализационная сети, объекты общественного питания, торговли, детские, учебные и другие учреждения); широкое использование лабораторного контроля за объектами окружающей среды с применением санитарно- бактериологических и санитарно-вирусологических методов (определение колифагов, энтеровирусов, антигена вируса ГА); оценку эпидемиологически значимых социально-демографических и природных процессов; оценку связи между заболеваемостью и санитарно-гигиеническими условиями; прогнозирование заболеваемости; оценку качества и эффективности проводимых мероприятий. В основу планирования конкретных мероприятий по профилактике ГА должны быть положены результаты углубленного ретроспективного и оперативного анализа и данные прогноза заболеваемости. В задачи ретроспективного эпидемиологического анализа входит: 1) анализ многолетней динамики заболеваемости; 2) анализ сезонной динамики заболеваемости; 3) установление социально-возрастных групп населения с высокими, средними и низкими уровнями заболеваемости с учетом их эпидемиологической значимости; 4) выявление отдельных коллективов, в которых систематически регистрируется заболеваемость; 5) оценка качества и эффективности проводящихся противоэпидемических мероприятий; 6) формулирование и обоснование выводов о факторах, определяющих проявление эпидемического процесса. Основой оперативного анализа служит информация, поступающая в СЭС о всех случаях регистрируемых заболеваний по первичным диагнозам. Оперативный анализ заболеваемости целесообразно осуществлять по недельным или двухнедельным интервалам путем сопоставления текущего фактического уровня с "нормативным" (контрольным) уровнем в годы с циклическими подъемами и спадами заболеваемости. Оперативный эпидемиологический анализ включает: проведение контроля за выполнением запланированных мероприятий; динамическую оценку состояния эпидемически значимых объектов, а также условий, способствующих активизации эпидемического процесса. В ходе оперативного анализа особое внимание обращается на микротерритории (контингенты, коллективы), выявленные в процессе ретроспективного эпидемиологического анализа. Под наблюдением соответствующих специалистов СЭС находятся такие процессы, как формирование, отъезд и возвращение детских дошкольных и школьных, студенческих коллективов, а также миграция населения, связанная с сельскохозяйственными и другими работами. С учетом результатов анализа и прогноза заболеваемости конкретных санитарно-гигиенических условий разрабатываются комплексные планы профилактических мероприятий по снижению заболеваемости вирусными гепатитами, утверждаемые Советами народных депутатов. Выявление больных вирусными гепатитами осуществляется врачами и средними медицинскими работниками всех учреждений здравоохранения во время амбулаторного приема, посещения больных на дому, при периодических осмотрах населения, наблюдения за лицами, общавшимися с больными. Важно при этом учитывать клинические особенности начального периода, наличие стертых и безжелтушных форм, диагностика которых требует особого внимания. При отсутствии желтухи и недостаточной выраженности других симптомов, целесообразно провести исследование крови для определения активности АлАт и при возможности анти-ВГА класса lgM. Все заболевшие острой формой гепатита А подлежат регистрации в СЭС. В квартирах с хорошими бытовыми условиями в случае подозрения на ГА допускается кратковременная (не более 3 дней) изоляция заболевших на дому для проведения необходимых лабораторных исследований. Обязательной госпитализации подлежат больные с подозрением на ГА проживающие в неблагоприятных жилищных условиях (коммунальные квартиры, общежития и т.п.), а также лица с этиологически недифференцированным гепатитом. В стационарах для госпитализации необходимо раздельное размещение больных ГА и ГВ, в них должен соблюдаться противоэпидемический режим, предусмотренный "Инструкцией по санитарно- противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений)", утвержденной приказом Минздрава СССР N 916 от 04.08.84 г. В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка. "Инструкция по санитарно- противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений)", утверждена приказом Минздрава СССР N 916 от 04.08.1983, а не 04.08.1984. Иммуноглобулинопрофилактика (ИГП) является составной частью комплекса противоэпидемических мероприятий, проводится только среди наиболее поражаемых этой инфекцией контингентов. Основным критерием определения тактики применения ИГП служат показатели заболеваемости и интенсивность формирования эпидемических очагов ГА среди дошкольников и учащихся школ. В зависимости от показателей заболеваемости в наиболее поражаемых возрастных группах на различных территориях страны рекомендуется дифференцированная система использования ИГП: при показателях менее 5 на 1000 - проведение массовой ИГП эпидемиологически нерентабельно; от 5 до 12 на 1000 - эпидемиологически обосновано применение иммуноглобулина только детям, общавшимся с заболевшими в пределах группы детского дошкольного учреждения, класса школы или семьи; при показателях 12 и выше на 1000 - оправдано одномоментное введение иммуноглобулина дошкольникам или учащимся начальных классов школ в начале сезонного подъема с реализацией этого мероприятия в течение 10-15 дней. Рекомендуется также введение иммуноглобулина подросткам и взрослым по эпидпоказаниям и при выезде в неблагополучные по заболеваемости ГА территории. Иммуноглобулин вводят в соответствии с возрастом в следующих дозах: 1-6 лет - 0.75 мл; 7-10 лет - 1.5 мл; детям старшего возраста и взрослым в зависимости от веса до 3.0 мл. Данные о ИГП вносятся в учетные формы N 63/у и 26/у. Введение иммуноглобулина разрешается не более 4 раз с интервалами не менее 12 месяцев. После введения иммуноглобулина прививки могут проводиться через 4-8 недель. Введение иммуноглобулина после прививок допускается через 2 недели. Учитывая, что тактика ИГП зависит от заболеваемости ГА на конкретных территориях, целесообразно при планировании этого мероприятия использовать результаты краткосрочных и долгосрочных прогнозов ("Методические указания по прогнозированию заболеваемости вирусным гепатитом", Минздрав СССР, N 15/6-18, 04.07.89 г.). Случаи вирусных гепатитов по месту жительства подлежат обследованию врачом-эпидемиологом или помощником эпидемиолога. В отдельных случаях допускается сбор информации от госпитализированных больных в стационаре с последующим выходом в "очаг" и заполнением карты эпидемиологического обследования (ф. 357/у). Очаги ГА в коллективах (детские учреждения, стационары, дома отдыха, санатории и др.) обследуются врачом-эпидемиологом. Результаты обследования оформляются в виде акта. Лица, подозреваемые как источник инфекции, должны быть подвергнуты углубленному клинико- биохимическому обследованию, при возможности - обследованию на маркеры ГА. Выявляются также коллективы, в которых больной мог быть в конце инкубационного периода и в первые дни заболевания (больницы, санатории, временные детские коллективы и др.) для проведения в них противоэпидемических мероприятий. За лицами, бывшими в контакте с больными ГА, устанавливается систематическое (не реже 1 раза в неделю) медицинское наблюдение (термометрия, опрос, осмотр с определением размеров печени, селезенки и т.п.) в течение 35 дней со дня разобщения с больным. Дети дошкольных учреждений при наличии показаний наблюдаются ежедневно, в школах - еженедельно. При появлении повторных заболеваний срок наблюдения увеличивается, отсчет продолжительности наблюдения ведется от последнего случая. О лицах, контактных с больными ГА по месту жительства, ставится в известность медицинский персонал детских учреждений или здравпунктов. О контактных лицах, связанных с приготовлением и реализацией пищевых продуктов, сообщается руководителю соответствующего учреждения и ведомственной санэпидслужбе для усиления контроля за соблюдением таким лицом правил личной и общественной гигиены, своевременного отстранения от работы при первых признаках заболевания. Лабораторные обследования лиц, общавшихся с больными ГА (определение в крови аланинаминотрансферазы, а при возможности - специфических маркеров ГА) при наличии показаний (появление в коллективе повышенного числа ОРЗ, особенно сопровождающихся увеличением печени, наличия гепатолиенального синдрома неясной этиологии, диспептических явлений, подъемов температуры и др.) проводятся в детских дошкольных учреждениях по назначению врача-педиатра и эпидемиолога. По эпидемическим показаниям контингент обследуемых может быть расширен, включая персонал групп и пищеблока. Интервал обследования - 15-20 дней. В случае выявления ГА в дошкольном детском учреждении перевод детей из этого учреждения в другие, а также в другую группу внутри данного учреждения запрещается в течение 35 дней со дня изоляции последнего больного. Прием новых детей в эти учреждения допускается по разрешению эпидемиолога при условии предварительного введения иммуноглобулина ребенку, раньше достоверно не болевшему ГА. Персонал детского учреждения, а также родители должны быть подробно проинструктированы о первых симптомах болезни и о необходимости немедленного сообщения медицинским работникам о всех отклонениях в состоянии ребенка. В период наблюдения карантинная группа детского учреждения не должна принимать участие в мероприятиях, проводимых в общих с другими группами помещениях, осуществляется разобщение групп во время прогулок. Для карантинной группы отменяется система самообслуживания и культурно-массовые мероприятия. В течение 2 месяцев со дня изоляции последнего больного ГА в детском учреждении (группа ДДУ, класс школы) не должны проводиться плановые прививки. Вопрос о целесообразности экстренной ИГП решает врач-эпидемиолог по согласованию с медицинской службой учреждений. Как правило, ИГП проводится в пределах карантинной группы детского дошкольного учреждения, но по эпидемическим показаниям она может быть распространена и на другие группы. Проведение ИГП среди школьников целесообразно при множественных случаях ГА. Дезинфекционные и дезинсекционные мероприятия в очагах ГА проводятся в соответствии с приложением 3. Дети, имевшие в семье контакт с ГА, допускаются в коллективы с разрешения эпидемиолога, в случае перенесенного ранее ГА, введения иммуноглобулина и установления за данными детьми регулярного наблюдения в течение 35 дней. При возникновении в соматической детской больнице или санатории случая ГА прекращается перевод детей из палаты в палату и в другие отделения. Вновь поступающих детей рекомендуется размещать в отдельных палатах. Усиливается надзор за проведением противоэпидемических мероприятий и соблюдением санитарно-гигиенического режима. Предупреждение вспышек заболеваний ГНАНВ проводится на основе реализации санитарно- гигиенических мероприятий и основывается на анализе территориальной и возрастной структуры заболеваемости с учетом эпидемиологических особенностей данной инфекции. Особое внимание обращается на состояние водоснабжения. Результаты ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости ГНАНВ и санитарно-гигиенического состояния территорий используют для конкретизации профилактических и противоэпидемических мероприятий. Наибольшее значение придается мероприятиям по улучшению водоснабжения, канализования, санитарно-гигиенического благоустройства территорий (Методические рекомендации "Вирусный гепатит ни А, ни В с фекально- оральным механизмом передачи инфекции" (эпидемиология, клиника, лечение и профилактика, Москва, 1987 г.). Принятие текущих решений проводится с учетом показателей заболеваемости, особенностей развития эпидемического процесса при ГНАНВ. Начальник Главного эпидемиологического управления Минздрава СССР М.И.НАРКЕВИЧ Приложение N 2 к приказу Минздрава СССР от 12.07.1989 г. N 408 МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В, ДЕЛЬТА, НИ А, НИ В С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЭТИОЛОГИЯ Гепатит В (ГВ) - самостоятельное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом ГВ (ВГВ), который относится к семейству гепаднавирусов. Вирус чрезвычайно устойчив во внешней среде. В организме зараженных ВГВ людей с разной частотой и на разных этапах могут быть выявлены поверхностный HBsAg, сердцевидный - HBcAg, Е-антиген - (HBeAg) и антитела к этим антигенам, вирусоспецифическая ДНК. Все антигены вируса и соответствующие им антитела могут служить индикаторами инфекционного процесса, при этом HBsAg, вирусоспецифическая ДНК, анти-НВс класса lgM свидетельствует об активно текущей инфекции; появление анти-HBs в сочетании с анти-HBcor в периоде реконвалесценции может служить признаком завершившейся инфекции. HBeAg, сопутствующий полноценным вирусным частицам, является прямым показателем активной репродукции вируса и отражает степень инфекциозности. Длительная HBe- и HBs-антигенемия - неблагоприятный признак, свидетельствующий о формировании хронического процесса. Смена HBeAg соответствующими антителами при продолжающейся HBs-антигенемии указывает на вероятность доброкачественного течения процесса. Длительное, возможно пожизненное, носительство вируса является особенностью ГВ. Гепатит дельта. Возбудитель вирусного гепатита дельта (ГД) - РНК-содержащий дефектный вирус, способный реплицироваться в организме хозяина лишь при обязательном участии вируса- помощника, роль которого играет ВГВ. Оболочку-дельта формирует HBsAg. Облигатная связь вируса ГД с вирусом ГВ определяет возможность развития инфекции Д при наличии одной из форм ГВ (суперинфекция) или при одновременном инфицировании обоими вирусами (коинфекция). Присоединение дельта-инфекции к гепатиту В ведет к развитию тяжелых нередко фульминантных форм болезни, хронических форм заболевания с ранним формированием цирроза печени. Гепатит ни А, ни В с парентеральным механизмом передачи возбудителя. Применение высокочувствительных методов специфической диагностики гепатитов А и В, исключение инфекции цитомегаловирусом и вирусом Эпштейн-Барр позволили выявить вирусный гепатит, передающийся парентеральным путем, при котором не определяются маркеры названных инфекций. Специфическая лабораторная диагностика парентерального гепатита ни А, ни В до настоящего времени не разработана. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ Гепатит В. Источниками НВ-вирусной инфекции являются больные любой формой острого и хронического гепатита В (ОГВ, ХГВ), а также хронические "носители" вируса, к которым относятся лица с продолжительностью HBs-антигенемии в течение 6 и более месяцев. Последние являются основными источниками инфекции. Наибольшую эпидемическую опасность представляют "носители" HBsAg особенно с наличием HBeAg в крови. Больной может быть заразен уже за 2-8 недель до появления признаков заболевания. Больные ХГВ и носители вируса могут сохранять эпидемическое значение в течение всей жизни. У больных острым и хроническим гепатитом В, "здоровых" носителей HBsAg вирус может в значительных концентрациях содержаться в крови, сперме. Его удается обнаружить чувствительными методами (РОПГА, ИФА, РИА) в слюне, моче, желчи и других секретах. Реальную эпидемическую опасность представляют кровь и сперма. Вирус гепатита В распространяется эволюционно сформировавшимися естественными и искусственными путями. Последние в настоящее время определяют заболеваемость ГВ в стране. Механизм передачи НВ-вирусной инфекции как в естественных, так и в искусственных условиях - парентеральный. Реализация искусственных путей передачи происходит при нарушении целостности кожных покровов и слизистых через кровь и ее компоненты, содержащие ВГВ. Для заражения ВГВ достаточно введение минимального количества (10 в степени -7 мл) инфицированной крови. Заражение может произойти при трансфузиях крови и ее компонентов, но чаще всего при разнообразных лечебно- диагностических манипуляциях в случаях использования недостаточно очищенного или лабораторного инструментария, приборов, аппаратов. Возможно заражение также во время проведения татуировок, ритуальных обрядов, других процедур, осуществляемых общим инструментарием (проколы мочки уха, бритье, маникюр и др.). В настоящее время установлено, что 6-20% случаев острого ГВ (ОГВ) обусловлено заражением при переливаниях крови и ее компонентов. У детей в возрасте до года на долю посттрансфузионного гепатита приходится 70-80% случаев. Почти у половины больных острым ГВ заражение происходит при проведении лечебно- диагностических парентеральных процедур и примерно у 30-35% больных - естественными путями в условиях бытового общения и профессиональной деятельности. Естественные пути передачи обеспечивают широкую циркуляцию ВГВ и сохранение возбудителя как биологического вида. Реализация естественных путей передачи ВГВ осуществляется при проникновении возбудителя с кровью через поврежденные слизистые оболочки или кожные покровы. Факторы передачи ВГВ могут быть предметы личной гигиены (зубные щетки, бритвенные и маникюрные приборы, мочалки, расчески и пр.), используемые несколькими членами семьи. К группе наиболее высокого риска заражения ГВ относятся медицинские работники, по роду их профессиональной деятельности имеющие постоянные контакты с кровью и ее компонентами. В эту группу, в первую очередь, входит персонал центров гемодиализа, хирурги, акушеры-гинекологи, гемотологи, лаборанты клинических и биохимических лабораторий, операционные и процедурные сестры. Другую группу высокого риска составляют члены семей лиц с персистирующей HBs- антигенемией (прежде всего больных с хроническими формами ГВ). Естественная передача ВГВ может происходить от матери к ребенку главным образом в период родов при наличии у нее в этот период HBs-антигенемии. Источниками инфекции новорожденных являются женщины, больные ОГВ в III триместре беременности при наличии у них HBs-антигенемии, а также "носители" этого антигена и больные хроническим ГВ. Возможность перинатальной передачи ВГВ определяет значительную распространенность ГВ у жителей некоторых регионов, развитие раннего носительства HBeAg. ГВ возникает на 2-4 месяцах жизни ребенка, при этом у 13-16% формируется хроническое носительство антигена. Частота перинатального заражения зависит от присутствия HBsAg в крови матери, при наличии которого инфицирование детей достигает 85-100%. В этих случаях, как правило, развивается персистенция антигена. У таких детей обычно отсутствует желтуха и развивается малосимптомный гепатит с минимальными клинико-биохимическими проявлениями. У части детей возможно развитие первично-хронического гепатита с последующим формированием цирроза и первичного рака печени. Гепатит дельта. Распространение инфекции Д крайне неравномерно в различных регионах и коррелирует с уровнем носительства HBs-антигена. Основными источниками инфекции являются больные хроническими формами ГВ и "носители" HBs-антигена, инфицированные вирусом Д. Механизм передачи дельта вирусной инфекции аналогичен гепатиту В. Наибольший риск развития Д-инфекции имеется у хронических "носителей" HBs-антигена. Эпидемиология ГД нуждается в дальнейшем изучении. Гепатит ни А, ни В с парентеральным механизмом передачи возбудителя. Основные закономерности эпидемического процесса при парентеральном гепатите ни А, ни В аналогичны ГВ. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ Мероприятия по профилактике ГВ должны быть направлены на активное выявление источников инфекции и разрыв как естественных, так и искусственных путей заражения, а также проведение специфической профилактики в группах риска. В комплексе профилактических и противоэпидемических мероприятий первостепенное значение имеют меры, направленные на предупреждение заражений вирусом ГВ при переливаниях крови и ее компонентов, проведении лечебно-диагностических парентеральных вмешательств. С целью выявления источников инфекции ГВ необходимо проводить обследование населения на носительство ВГВ в первую очередь контингентов, относящихся к группам риска (таблица). ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ГЕПАТИТОВ (ПТГ) Профилактику ПТГ должна обеспечить система следующих мероприятий: а) тщательное врачебное, серологическое и биохимическое обследование всех категорий доноров (первичных, кадровых, доноров резерва) при каждой кроводаче; б) максимальное ограничение числа доноров в отношении одного реципиента крови или ее препаратов; в) регулярное эпидемиологическое расследование случаев ПТГ; г) выявление доноров - источников ПТГ и отстранение их от донорства. Все категории доноров при каждой кроводаче подлежат комплексному клинико-лабораторному обследованию с обязательным исследованием крови на наличие HBsAg с использованием высокочувствительных методов его индикации (РОПГА, ИФА, РИА), а также на определение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) в соответствии с "Инструкцией по медицинскому освидетельствованию доноров крови", Минздрав СССР, 1978 г. N 06-14/13. Не допускаются к донорству лица, у которых в результате обследования установлены: перенесенные в прошлом ВГ, независимо от давности заболевания; наличие HBsAg в сыворотке крови; наличие хронических заболеваний печени, в том числе токсической природы и неясной этиологии; наличие клинических и лабораторных признаков патологии печени; контакт в семье или в квартире с больным ГВ на период 6 месяцев с момента его госпитализации; получение за последние 6 месяцев переливания крови и ее компонентов. Запрещается использовать для трансфузии кровь и ее компоненты от доноров, не обследованных на HBsAg. Сужение круга доноров для реципиента достигается: использованием всех возможностей для замены трансфузий гемопрепаратов кровезаменителями и другими инфузионно-трансфузионными средами; широким внедрением методов аутотрансфузии; переливанием консервированием крови и ее компонентов только по строгим медицинским показаниям, которые должны быть тщательно обоснованы в историях болезни; проведением экстренного прямого переливания крови только с помощью аппарата для прямого переливания крови и от доноров, обследованных на наличие HBsAg непосредственно перед кроводачей; максимальным сокращением числа доноров при проведении гемодиализа и операций с использованием АИК (аппарат искусственного кровообращения); применением лечебных препаратов, полученных из пула донорских сывороток, только по жизненным показаниям; направлением крови и ее препаратов от одного донора только в одно лечебное учреждение; исследованием крови и ее компонентов из одной бутылки (контейнера) только для одного реципиента. Предусмотреть мелкую фасовку гемотрансфузионных средств, прежде всего, для педиатрических стационаров. Для переливания крови и ее компонентов необходимо использовать только одноразовые системы. Между станциями или отделениями переливания крови (СПК и ОПК), эпидотделами СЭС и лечебной сетью должна существовать система оповещения с целью своевременного получения необходимых сведений в отношении всех категорий доноров - источников заражения ПТГ и проведения профилактических мероприятий. Для проведения эпидобследования случаев ПТГ во всех лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) необходимо: тщательное ведение лечебными учреждениями журналов регистрации переливания крови (ф. 9) с указанием, помимо всех реквизитов препарата крови, учреждения, приготовившего препарат, даты заготовки крови, фамилии, имени и отчества донора и соответствующего реципиента, номера истории болезни и даты трансфузии; тщательная регистрация каждой трансфузии крови и ее препаратов в истории болезни реципиента; вклеивание в историю болезни документов, сопровождающих кровь и ее компоненты таким образом, чтобы сохранить всю имеющуюся в них информацию; тщательный сбор эпиданамнеза у больных вирусными гепатитами врачами-инфекционистами о наличии гемотрансфузий за 6-месячный период до заболевания вирусным гепатитом и учет всех случаев переливания крови и/или ее препаратов в истории болезни; своевременное и регулярное сообщение о каждом случае вирусного гепатита в районную СЭС для занесения в журнал регистрации больных (форма N 60-у); эпидемиолог при экстренном посещении лечебного учреждения, где проводили гемотрансфузию, изучает необходимую документацию и передает сведения о доноре (донорах) - возможном источнике ПТГ в единый донорский центр (ЕДЦ) или СПК (ОПК). Для выявления доноров - источников ПТГ в учреждениях Службы крови необходимо: тщательное ведение картотеки доноров (учет всех доноров "носителей" HBsAg) на СПК (ОПК), в крупных городах - ЕДЦ; организация картотеки доноров, заподозренных как потенциальные источники ПТГ, углубленное клинико-лабораторное обследование таких доноров с применением высокочувствительных методов определения HBsAg; тщательная регистрация в соответствующих журналах заявок на кровь и ее препараты и их отпуска с указанием, помимо реквизитов препаратов, лечебного учреждения, отделения, а также фамилии, имени и отчества донора и даты кроводачи; врач ЕДЦ или СПК (ОПК) идентифицирует заподозренного донора и вносит его данные в специализированную картотеку. По документам ЕДЦ и СПК устанавливают кроводачи, предшествовавшие и последующие по отношению к заподозренной кроводаче и передают эти сведения районному эпидемиологу; районный эпидемиолог устанавливает реципиентов этих кроводач и проводит поиск заболевших ПТГ среди них. Эта информация передается в ЕДЦ или СПК (ОПК); при установлении заболевания ПТГ у двух или более реципиентов одного донора (либо одного абсолютно достоверного факта заражения реципиента от донора) донор отстраняется от кроводач бессрочно. Информация об этом доноре передается в СЭС для диспансерного обследования и наблюдения. В санэпидстанции ведется картотека, куда по мере выявления заносятся сведения о всех больных ОГВ, ХГВ и "носителях" HBsAg, а также о донорах, заподозренных в заражении реципиента или явившихся источником ПТГ. Картотека используется эпидемиологом при поиске источников инфекции, выдаче справок доноров и для других целей. Лица, занесенные в картотеку, состоят на диспансерном учете в кабинете инфекционных заболеваний, а их амбулаторные карты маркируются: красным треугольником - ОГВ; красным квадратом - ХГВ, "носители" HBsAg. Реципиенты гемопрепаратов - дети первого года жизни - подлежат диспансерному наблюдению каждые 3-6 месяцев. Наблюдение заканчивается через 6 месяцев с момента последней трансфузии. При подозрении на заболевание ГВ проводится углубленное клинико-лабораторное обследование с определением HBsAg. На станциях и отделениях переливания крови должен соблюдаться строгий противоэпидемический режим, который исключает возможность инфицирования вирусом ГВ доноров, для чего лабораторное обследование каждого донора (определение группы крови, клинический анализ крови, гемоглобина, АлАТ, HBsAg и т.д.) проводится индивидуальным комплектом стерильного инструментария (скарификаторы, иглы, микропипетки, металлические шарики, меланжеры, предметные стекла и т.д.). Заготовку крови от доноров осуществляют пластикатными системами одноразового пользования с последующим их автоклавированием и утилизацией. Для каждого донора готовится индивидуальный комплект стерильного материала (ножницы, салфетки, тампоны с антисептиком и т.п.), который используется при всех манипуляциях с кровью только одного донора. Эксфузионист выбирает хорошо видимые вены локтевого сгиба; ватным тампоном, смоченным антисептическим раствором, дважды с интервалом в 1 мин. тщательно обрабатывает место венепункции; снимает защитный колпачок с иглы системы для взятия крови и, не касаясь руками иглы и кожи в месте прокола, пунктирует вену. В случае пальпации вены необходимо обработать место пункции антисептиком. Обработка рук медицинского персонала (эксфузиониста) проводится перед пункцией вены или емкости с кровью каждого донора. При соприкосновении с кровью донора медицинский персонал обрабатывает руки в соответствии с п. 23 таблицы 1 приложения 3 к настоящему приказу. Каждому донору обязательно перед сдачей крови разъясняются все мероприятия по его защите от заражения: индивидуальные одноразовые медицинские материалы, обработка рук медицинского персонала перед каждой процедурой и другое. В учреждениях службы крови должны строго соблюдаться режимы дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации всего медицинского инструментария в соответствии с ОСТ 42-21-2-85 и приложением 3. -------------------------------------------------------------------------------------------------------------- - ОСТ 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы". Весь персонал учреждений службы крови обследуется на наличие HBsAg при поступлении на работу и далее 1 раз в год. Данные врачебного осмотра и результаты исследования на HBsAg сотрудников должны быть учтены (ф. 30). Лица с выявленной HBs-антигенемией, по роду своей профессиональной деятельности связанные с забором крови у доноров, заготовкой, переработкой или расфасовкой крови и кровепродуктов, отстраняются от выполняемой работы в отделениях и переводятся на другую работу, не связанную с этими процессами. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА В ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С целью предупреждения возможности заражения ГВ артифициальным путем во всех ЛПУ необходимо максимально применять медицинский и лабораторный инструментарий одноразового пользования; строго соблюдать правила использования, дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского и лабораторного инструментария, оборудования, используемого при проведении манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов и слизистых. Повсеместно должны использоваться специальные иглы-копья одноразового пользования. Запрещается проводить какие-либо инъекции, вакцинации, внутрикожные пробы и другие манипуляции нескольким лицам одним шприцем при смене только игл. Для любой манипуляции (внутривенной, внутримышечной, подкожной, внутрикожной и т.д.) каждому больному должен применяться отдельный стерильный инструментарий. Запрещается производить взятие крови из пальца одной микропипеткой у нескольких лиц. Забор крови из пальца проводится индивидуальной стерильной микропипеткой. Не допускается промывание микропипетки в общем сосуде . -------------------------------- - При недостаточном количестве микропипеток емкостью 0.02 мл рекомендуется взятие крови способом "часовых стекол" или "лунок", когда кровь у каждого больного берется стерильной индивидуальной пипеткой для РОЭ и выливается на часовое стекло или в отдельную лунку, из которых она забирается для того или другого исследования. Медицинский лабораторный инструментарий всех видов после каждого использования должен подвергаться дезинфекции, тщательной предстерилизационной очистке и стерилизации согласно ОСТ 42-21-2-85, приложению N 3 и официальным инструктивно-методическим документам. В каждом лечебно-профилактическом учреждении выделяются лица, ответственные за проведение дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского и лабораторного инструментария. В лечебно-профилактических учреждениях, в том числе во всех стационарах, необходимо создать централизованные стерилизационные со специально подготовленным персоналом для проведения предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария. Дезотделы (дезотделения) санитарно-эпидемиологических станций, дезинфекционные станции осуществляют методическое руководство и систематический контроль за качественным проведением дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации всего медицинского и лабораторного инструментария во всех лечебно-профилактических учреждениях, централизованных стерилизационных и других объектах. Каждый случай достоверно установленного заражения ГВ при проведении медицинских манипуляций подлежит обязательному разбору с участием руководителей органов здравоохранения и привлечением виновных к административной ответственности. При выявлении лиц с HBsAg в лечебных учреждениях проводится комплекс противоэпидемических мероприятий, которые, в первую очередь, должны быть направлены на прерывание механизма передачи вируса ГВ. Необходимо маркировать истории болезни и амбулаторные карты "носителей" HBsAg и больных ХГВ. В стационарах и отделениях гемодиализа и отделениях с искусственными системами кровообращения проводится комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, предусматривающий качественное проведение дезинфекции, предстерилизационной очистки, имеющейся в таких отделениях аппаратуры и ее деталей специально выделенным и обученным персоналом, хорошо знакомым с правилами профилактики аутоинокуляции; рациональное использование аппаратуры для гемодиализа и искусственного кровообращения с индивидуальным закреплением отдельных аппаратов для гемодиализа или за определенной группой больных; обслуживание больных ОГВ, ХГВ и носителей HBsAg только на аппаратах индивидуального пользования; смена постельных принадлежностей после каждого гемодиализа; немедленное удаление пятен крови со всех предметов тампонами, смоченными в 3%-ном растворе хлорамина; проведение влажной уборки полов, поверхностей столов и аппаратуры в отделениях и кабинетах, где осуществляется гемодиализ с использованием дезрастворов. В случае выявления больных ОГВ, ХГВ и "носителей" HBsAg в отделениях гемодиализа рекомендуется их размещение в отдельные палаты с обеспечением индивидуальным медицинским инструментарием и предметами ухода. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАРАЖЕНИЙ Профилактика профессиональных заражений медицинских работников проводится в соответствии с правилами, которые сводятся к максимальному предотвращению во время работы возможности аутоинокуляции кровью, содержащей вирус ГВ. Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью или сывороткой, следует проводить в резиновых перчатках. Во время работы все повреждения на руках должны быть закрыты напальчиками, лейкопластырем. При угрозе разбрызгивания крови или сыворотки следует работать в масках. Запрещается медицинскому персоналу проведение парентеральных процедур с использованием мединструментария, предназначенного для больных,прием пищи и курение в лабораториях и помещениях, где проводятся процедуры больным. При планировке и строительстве новых ЛПУ необходимо предусмотреть наличие в процедурных кабинетах 2 раковин - для мытья рук и для мытья (обработки) медицинского инструментария. Разборку, мойку и прополаскивание медицинского инструментария, использованных пипеток и лабораторной посуды, приборов и аппаратов, соприкасающихся с кровью или сывороток людей, нужно проводить после предварительной дезинфекции в резиновых перчатках. Следует строго соблюдать правила личной гигиены. После любой процедуры, в том числе парентерального вмешательства (инъекций, забора крови и т.п.) проводится тщательное двукратное мытье рук в теплой проточной воде с мылом. Руки необходимо вытирать индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно, или салфеткой одноразового пользования. При обработке рук следует избегать частого применения дезинфектантов, которые способны вызвать раздражение кожи и дерматиты, что облегчает проникновение возбудителя. Хирургам для мытья рук не следует пользоваться жесткими щетками. Бланки направлений в лабораторию на исследование категорически запрещается помещать в пробирку с кровью. Их следует приклеивать к внешней стороне поверхности емкости. Необходимо маркировать пробирку с кровью, взятой для анализа, у носителей HBsAg и больных ХГВ. В клинико-диагностических лабораториях, исследующих кровь или сыворотку людей, следует работать с соблюдением режима, предусмотренного для работы в микробиологических и вирусологических лабораториях. При работе с кровью, сывороткой или другими материалами нужно пользоваться резиновыми грушами или автоматическими пипетками с одноразовыми наконечниками. Насасывание сыворотки ртом не допускается. В случае загрязнения рук кровью следует немедленно обработать их тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором (1%-ный раствор хлорамина) и вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом, насухо вытереть индивидуальным полотенцем или салфеткой одноразового пользования. Поверхности рабочих столов в конце каждого рабочего дня, а в случае загрязнения кровью немедленно следует обработать 3%-ным раствором хлорамина. Все виды использованных пипеток, пробирок, предметные стекла, резиновые груши должны быть обеззаражены погружением в сосуды с дезинфицирующим раствором, а затем подвергнуться предстерилизационной очистке и стерилизации согласно ОСТ 42-21-2-85. Медицинские работники, имеющие по роду своей профессиональной деятельности контакт с кровью и ее компонентами, подлежат обследованию на наличие HBsAg при поступлении на работу, а далее не реже одного раза в год (см. таблицу). При выявлении HBsAg проводится углубленное клинико-лабораторное обследование врачом-инфекционистом. Лица с наличием HBs-антигенами отстраняются от заготовки, переработки и переливаний крови и ее препаратов. Категории медицинских работников с выявленной HBs-антигенемией, относящиеся к группам риска, обязаны соблюдать правила личной гигиены, направленные на предупреждение заражения пациентов ГВ. Все парентеральные манипуляции должны проводиться этими лицами в резиновых перчатках. Временно отстраняются от работы хирурги, урологи, гинекологи, стоматологи, операционные и процедурные сестры и т.п., имеющие нарушение целлостности кожных покровов рук. Указанные ограничения с этих категорий медицинских работников снимаются при повторных отрицательных исследованиях крови на наличие HBsAg высокочувствительными методами. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАРАЖЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЕРЫ В ОТНОШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ - "НОСИТЕЛЕЙ" HBsAg Все беременные должны обследоваться на HBsAg высокочувствительными методами. Забор крови проводится в женских консультациях, а исследования - в вирусологических (серологических) лабораториях. Скрининг беременных на HBs-антигенемию проводится по направлению женской консультации одновременно с тестированием крови на RW. Исследование проводится дважды при взятии женщины на учет (8 недель беременности) и при уходе в декретный отпуск (32 недели). При направлении женщины в роддом в обменной карте обязательно указывается дата и результат ее обследования на HBsAg. Беременные с ОГВ подлежат обязательной госпитализации в инфекционные стационары, а роженицы, больные ХГВ и "носители" HBsAg - в специализированные отделения (палаты) роддомов, ФАП, где должен обеспечиваться строгий противоэпидемический режим. При наличии вакцины против ГВ на гиперэндемичных территориях детям, родившимся от женщин с HBs-антигенемией, проводится вакцинация в соответствии с наставлениями к вакцине. При наличии специфического анти-HBs иммуноглобулина может быть использовано комбинированное применение иммуноглобулина в первые часы жизни и вакцины в соответствии с наставлением. Все дети, родившиеся от женщин с острым и хроническим ГВ и "носителей" HBsAg, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года. Целенаправленный осмотр таких детей проводится в возрасте 2, 3, 6 и 12 месяцев с исследованием крови на наличие HBsAg и активность АлАТ в 3 и 6 месяцев. При выявлении у ребенка HBsAg необходимо маркировать его амбулаторную карту (ф. 112) и проводить противоэпидемические мероприятия, направленные на предупреждение распространения ГВ. С целью предупреждения заражения ВГВ от беременных женщин - "носителей" HBsAg, а также больных ХГВ, в женских консультациях, фельдшерско - акушерских пунктах (ФАП), родильных домах проводятся следующие мероприятия: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа; проведение централизованной стерилизации медицинского и лабораторного инструментария, использование инструментария одноразового пользования. При обслуживании рожениц в родильном зале необходимо применять индивидуальные стерильные перчатки разового пользования, а также стерильные комплекты и инструментарий одноразового пользования и др. Профилактика профессиональных заражений (обработка рук персонала, работа в перчатках и т.д.) проводится в соответствии с правилами, изложенными в разделе "Предупреждение профессиональных заражений". ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ В И НОСИТЕЛЕЙ HBs-АНТИГЕНА Распространение НВ-вирусной инфекции в основном имеет место в семье больных ХГВ и носителей HBsAg и редко - в семейном окружении больных острым ГВ. В семьях больных ХГВ и "носителей" HBsAg, а также ХГВ и хронического носительства вируса проводится текущая дезинфекция. Обеззараживанию подвергаются все предметы и вещи, которые могут быть загрязнены кровью и содержащими кровь выделениями больных или носителей. В семьях больных ХГВ и "носителей" HBsAg, а также в очагах ОГВ до госпитализации источника инфекции выделяются больному и антигеноносителю строго индивидуальные предметы личной гигиены (бритвенные приборы, зубные щетки, полотенца, мочалки, расчески и др.), постельное белье. Эти предметы должны быть не только индивидуальными, но отдельно храниться и обеззараживаться. Больному ГВ и "носителю" HBsAg разъясняется, при каких условиях они могут стать источниками инфекции для окружающих и какие меры необходимы для предупреждения заражений (в т.ч. иметь индивидуальные шприцы и иглы). Члены семьи больных ГВ и "носителей" HBsAg должны знать и строго выполнять правила личной профилактики и обязательно пользоваться индивидуальными предметами личной гигиены. Рекомендуется использовать механические контрацептивные средства. За членами семей больных ХГВ и носителей HBsAg необходимо организовать динамическое наблюдение. Члены семей больных ОГВ наблюдаются в течение 6 месяцев с момента их госпитализации. Члены семей, относящиеся к группам риска и проживающие в очагах больных ХГВ и носителей HBsAg, обследуются при их выявлении и далее в сроки, указанные в таблице. Все больные ОГВ, ХГВ и носители HBsAg подлежат обязательной регистрации в СЭС и поликлинике. По каждому случаю заболевания проводится эпидемиологическое обследование врачом- эпидемиологом. Результаты фиксируются в карте эпидемиологического обследования (ф. 357/у) или оформляются актом. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА В В настоящее время разрабатываются и готовятся к промышленному выпуску вакцины против гепатита В. Вакцинации подлежат прежде всего категории лиц с повышенным риском заражения этой инфекцией. В их число входят: 1. Новорожденные, матери которых являются больными ОГВ в III триместре беременности при наличии у них HBs-антигемении, а также носителями HBs-антигена и больных ХГВ (в первую очередь на гиперэндемичных территориях с высокими уровнями заболеваемости ГВ и носительства HBs и HBе- антигенов). 2. Медицинские работники, по роду своей профессиональной деятельности, имеющие контакт с кровью и/или ее компонентами и прежде всего сотрудники и персонал отделений службы крови, отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, ожоговых центров и гематологии, персонал клинико-диагностических и биохимических лабораторий; врачи, средний и младший медицинский персонал хирургический, урологический, акушерско- гинекологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, онкологических, инфекционных, терапевтических, в т.ч. гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов.