

Эпидемиология и профилактика парентеральных вирусных гепатитов В и С

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МЗ РОССИИ,
КАФЕДРА ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ,
К.М.Н., ДОЦЕНТ НАЗАРОВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

Определение

Вирусные гепатиты – инфекционные заболевания, которые вызываются различными вирусами, характеризуются преимущественным поражением печени, имеют разнообразные механизмы передачи возбудителей и разные исходы.

Актуальность

По широте распространения, уровню заболеваемости, тяжести течения, частоте развития хронических форм и наносимому экономическому ущербу вирусные гепатиты в России занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии.

Гепатит в цифрах



1,1

миллиона человек
ежегодно умирает
в результате
заражения
гепатитом В и С

3

миллиона
новых случаев заражения
гепатитами В и С
регистрируется
ежегодно

350

миллионов
человек живут с
хроническим
вирусным
гепатитом

8000

новых случаев
заражения гепатитами
В и С происходит
ежедневно



3000

человек
умирает от гепатита
каждый день

История

ВИРУС ГЕПАТИТА В

В 1963 году обнаружен
«австралийский антиген»

В 1970 году проведено электронное
микроскопирование вируса гепатита В

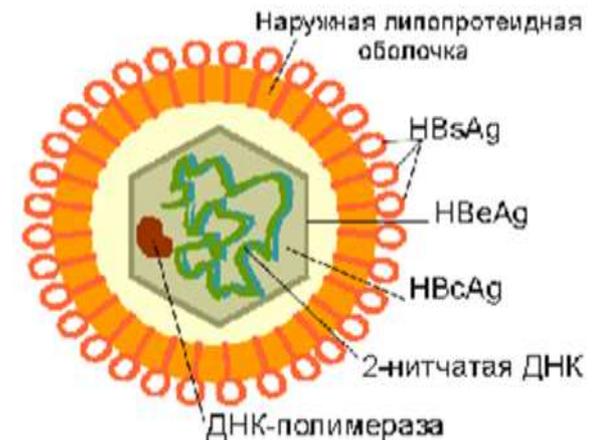
ВИРУС ГЕПАТИТА С

С 1972 года известен
как гепатит ни А ни В

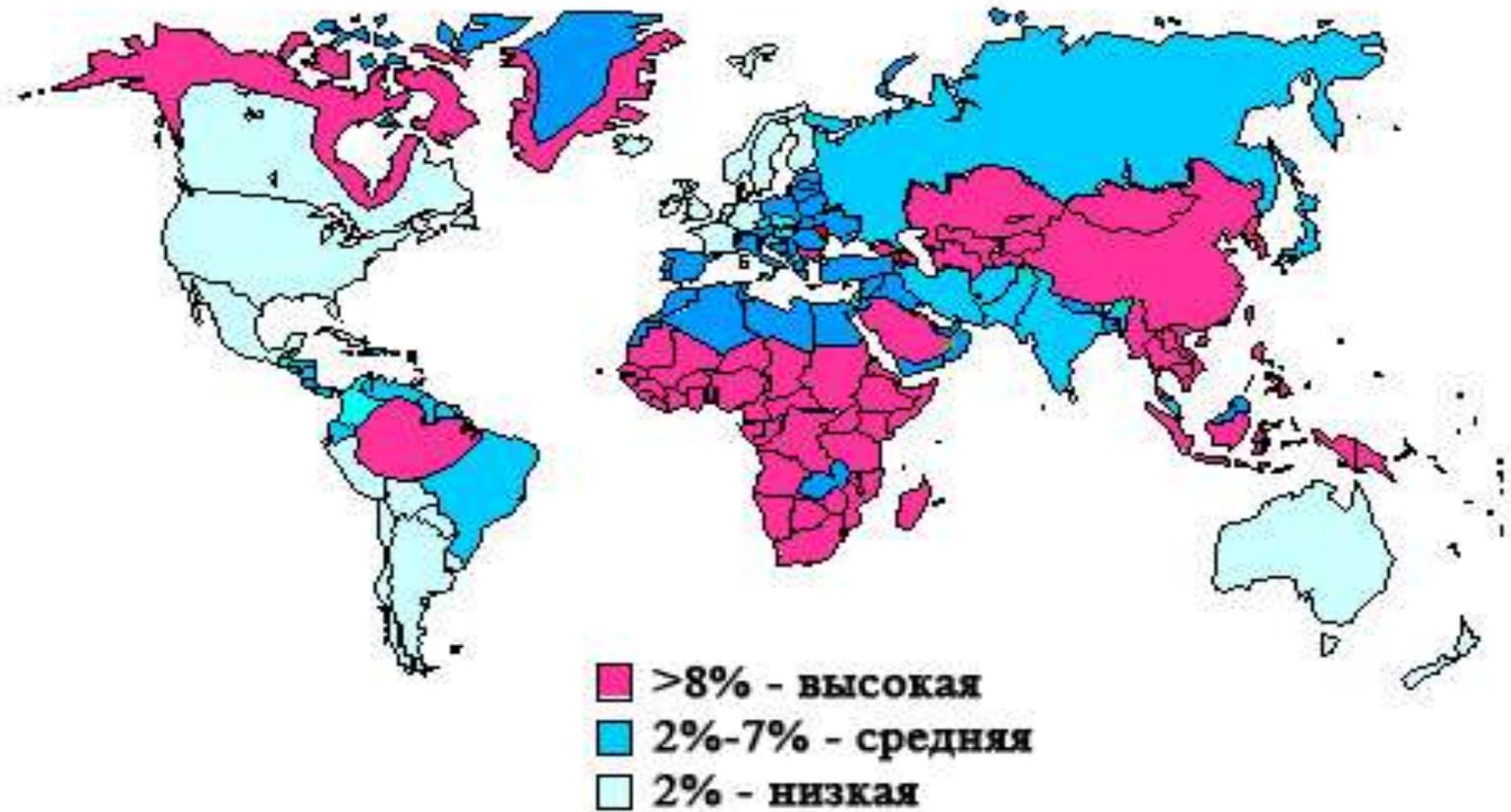
Открыт в 1989 году

Вирусный гепатит В (ВГВ)

- вирусная антропонозная инфекционная болезнь с контактным и вертикальным механизмами передачи возбудителя. Характеризуется циклически протекающим паренхиматозным гепатитом с наличием в части случаев желтухи и возможной хронизацией.



Распространенность ВГВ в мире



Этиология ВГВ (1)

ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Hepadnaviridae*, роду *Orthohepadnavirus*

Гепатотропен, способен к длительному персистированию в организме человека

Морфологически состоит из ядра (нуклеотида), внутри которого находится двухцепочечная ДНК и фермент ДНК - полимеразы. Нуклеотид содержит НВс-антиген, который прочно интегрирован в ядро клетки-мишени (гепатоцита) и не определяется в сыворотке крови, но в ходе репродукции вируса трансформируется в НВе- антиген, который определяется при острой инфекции. Оболочка вируса состоит из поверхностного антигена (НВsAg). Вирус гепатита В реплицируется преимущественно в клетках печени, а также в клетках почек, поджелудочной железы, костного мозга и лимфоцитах.

Этиология ВГВ (2)

Высоко инфекционен: для заражения HBV достаточно 10-100 вирусных частиц.

Устойчив во внешней среде. При температуре 3–5 °С сохраняет жизнеспособность в течение 6–12 месяцев, в условиях комнатной температуры — 3–6 месяцев, в замороженном состоянии — несколько лет. В цельной крови и ее компонентах переживает годами. Под действием температуры 85 °С вирус погибает только через 1 час, при кипячении — через 30 минут, автоклавирование (120 °С) приводит к гибели через 45 минут, сухой нагретый воздух (160 °С) — через 1 час. Вирус гепатита В устойчив в кислой среде, не чувствителен к эфиру, но погибает под воздействием 3–5 % раствора хлорамина, 6 % раствора перекиси водорода, чувствителен также к фенолу, этиловому спирту, глютаровому альдегиду и растворам гипохлоритов.

Самый изменчивый из ДНК-содержащих; зарегистрировано более 60 мутантных штаммов, имеет 10 генотипов, обозначенных латинскими буквами от А до J. Доказана взаимосвязь определённого генотипа и субтипа HBV с тяжестью течения острого и хронического гепатита, развитием фульминантных форм и эффективностью применяемой терапии.

Эпидемиология ВГВ

Источник инфекции - больные с различными формами ОВГВ (4-6%), ХВГВ и вирусоносители (94-96%).

Вирус у инфицированных лиц содержится в крови, сперме, вагинальном секрете.

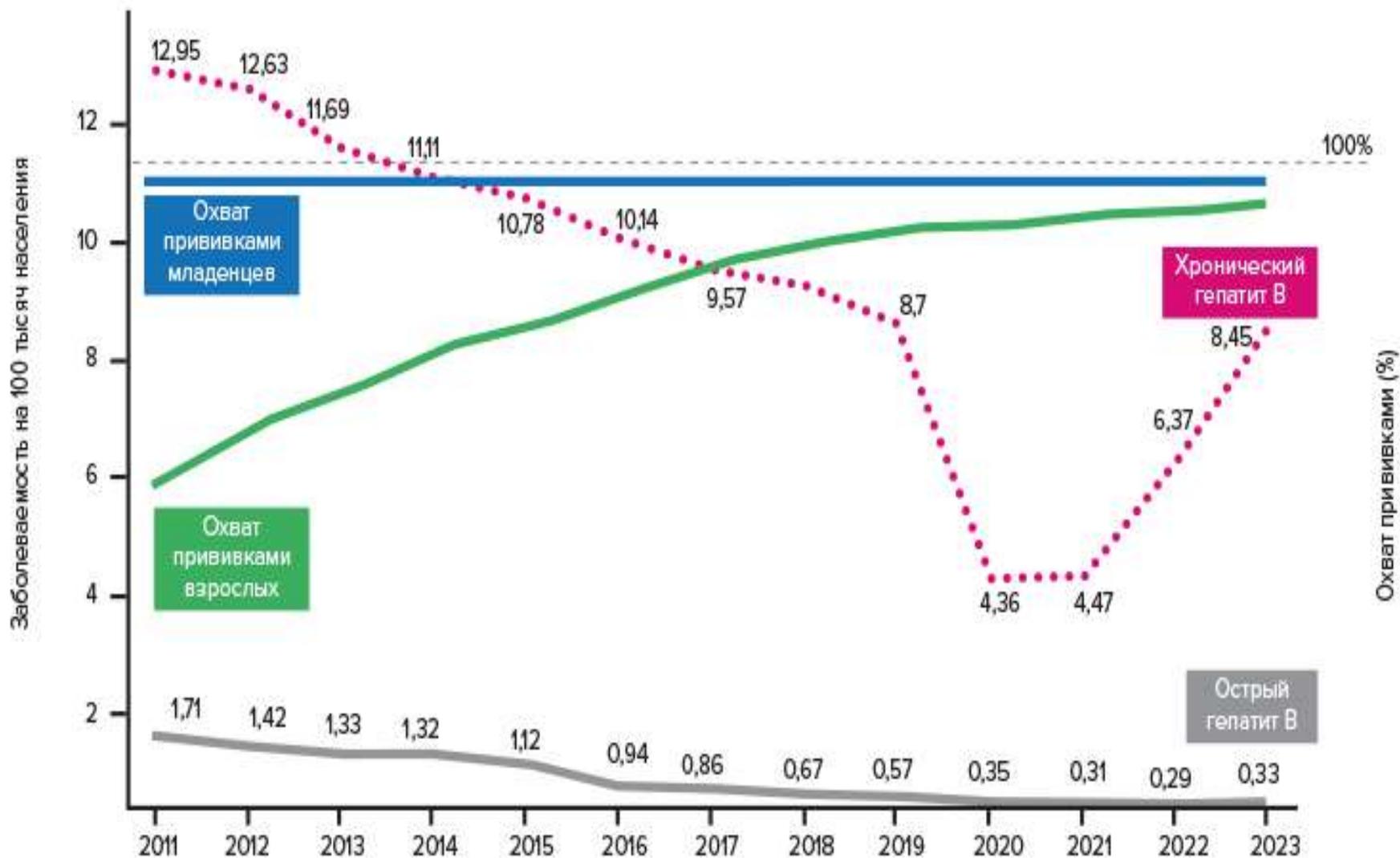
Механизм передачи – гемоконтактный (парентеральный)

Пути передачи: естественный (вертикальный и контактный (половой, бытовой)) и искусственный (атифициальный), связанные с парентеральными вмешательствами.

Восприимчивость – высокая, всеобщая: обусловлена наличием специфических рецепторов к HBs антигену на гепатоцитах.

Группы риска: дети, подростки, молодёжь, медицинские работники, реципиенты крови и её компонентов, реципиенты при пересадке органов, пациенты отделений гемодиализа, пациенты хирургических и других отделений с высокой парентеральной нагрузкой, потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса, новорождённые от женщин, инфицированных ВГВ, воспитанники специализированных интернатов.

Динамика заболеваемости гепатитом В 2011-2023 годы в России (начало массовой вакцинации 2006 год)



Немного о печени

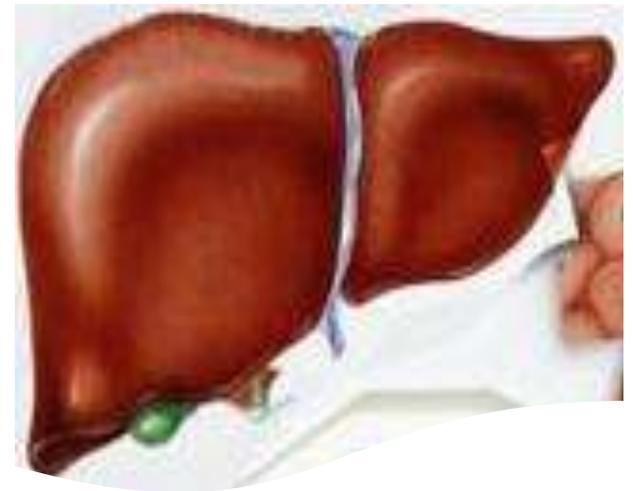
Самый большой непарный орган

Самая большая пищеварительная железа

Обладает экзокринной и эндокринной функциями

Способна к быстрой регенерации

Является депо крови (до 20% крови)



Функции печени

Синтез новых веществ

гликоген, альбумин, фибриноген, жиры, углеводы, гормоны...

Обезвреживание токсинов

Переваривание жиров

(производит литр желчи каждый день)

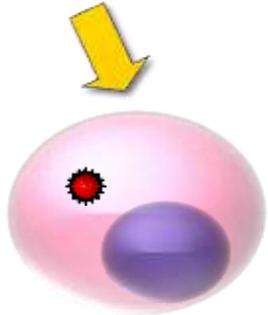
Функция накопления

витамины, железо, гликоген

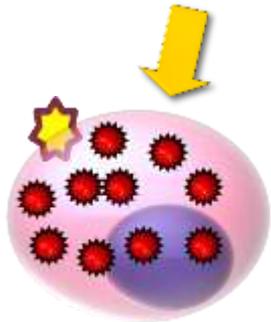
Жизнь ВГВ



Вирус с током крови попадает на поверхность гепатоцита и присоединяется к соответствующим рецепторам



Вирус проникает в клетку и освобождает свою генетическую информацию



Клетка становится «фабрикой по производству вирусов», при этом на её поверхности появляется «чужеродная метка». Новые вирусы образуются при помощи ферментов вируса структурами клетки из веществ клетки



Клетки иммунной системы по метке находят заражённые клетки, разрушают их и убивают вирусы

Действие ВГВ на печень

ВГВ не обладает цитотоксичностью

При гепатите В клетки печени разрушаются силами иммунной системы

Гепатоциты разрушаются и их содержимое попадает в кровь

Разрушенные гепатоциты заменяются новыми

Часть гепатоцитов замещается соединительной тканью, которая перекрывает кровоток печени

Если гепатоцитов мало, то печень не выполняет все свои функции – развивается печёночная недостаточность

Внепеченочные проявления ВГВ

Гематологические нарушения (анемия и тромбоцитопения)

Патология суставов (артралгия и артрит)

Заболевания кожи (красный плоский лишай, псориаз, васкулит)

Патология щитовидной железы

Патология поджелудочной железы

Гломерулонефрит – воспаление почек

Прурит – нестерпимый зуд (обычно при ЦП)

Отрицательно влияют на течение заболевания

Возраст более 40 лет к моменту инфицирования

Мужской пол

Потребление алкоголя

Ожирение

Нарушение обмена железа

Повторное инфицирование

Варианты клинического течения ВГВ (1)

1) ОСТРЫЙ (клинически выраженной (манифестной) формой является *острая циклическая желтушная форма с цитолитическим синдромом*, при которой признаки болезни выражены наиболее полно)

Периоды:

Инкубационный период (от момента заражения до выработки антител или появления клинической симптоматики) - от 45 до 180 дней

Преджелтушный период - от 4 до 10 дней, реже - укорачивается или затягивается до 3-4 недель.

Желтушный период - 2-6 недель с колебаниями от нескольких дней до нескольких месяцев.

Варианты клинического течения ВГВ (2)

2) ФУЛЬМИНАНТНЫЙ (БЫСТРОТЕЧНЫЙ ИЛИ МОЛНИЕНОСНЫЙ) (основой является гипериммунный ответ на репликацию ВГВ)

Периоды:

Инкубационный период – в среднем около 30 дней

Преджелтушный период - от 2 до 5 дней

Желтушный период - к 5-10 дню от начала заболевания развиваются грозные осложнения: печеночно-клеточная энцефалопатия и/или геморрагический синдром, которые могут привести к смерти больного.

Варианты клинического течения ВГВ (3)

3) ПОДОСТРЫЙ (ПРОГРЕДИЕНТНЫЙ)

(в основе патогенеза лежит запаздывание иммунного ответа)

Периоды:

Инкубационный период – от 2 до 6 мес

Преджелтушный период – от 3 до 4 недель

Желтушный период - максимальная выраженность всех клинических и биохимических изменений к 3–4 неделе

Варианты клинического течения ВГВ (4)

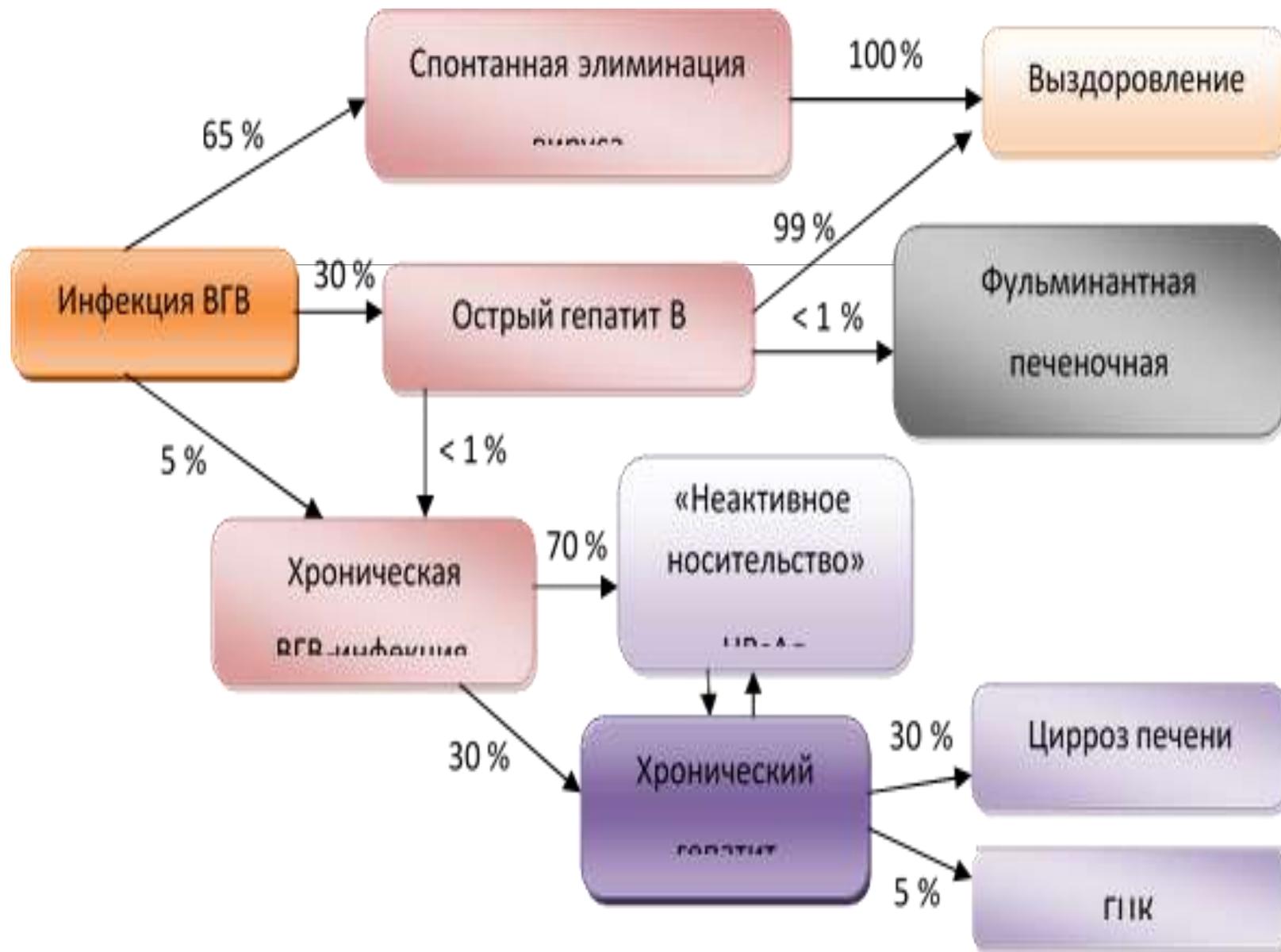
4) ХРОНИЧЕСКИЙ (течение, клинические проявления, серологическая картина и исход ХВГВ определяется взаимоотношением вируса и иммунной системы организма)

Фазы:

Иммунной толерантности (иммунная система не распознает вирус как чужеродный, характеризуется активной репликацией вируса) – от 2 до 4 недель

Иммунной реактивности (характеризуется иммунным лизисом инфицированных гепатоцитов) – до 10 лет и более

Неактивного носительства HBs-Ag, часто развивается **хронический HBeAg-негативный ГВ**



Естественное течение ВГВ-инфекции у взрослых иммунокомпетентных лиц
(по Д. Т. Абдурахманову, 2010)

Жалобы – не показатель состояния!

Чаще всего жалоб нет (у 70%)

Астеновегетативный синдром – быстрая утомляемость, слабость, недомогание, снижение трудоспособности, нарушение сна, эмоциональная лабильность

Диспепсический – тяжесть в правом подреберье, ухудшение аппетита, тошнота, отрыжка, нарушения стула

Похудание

При обострении – желтуха

Диагностика ВГВ (1)

Данные эпидемиологического анамнеза

(н-р, наличие «рискованных ситуаций»)

Клиническая картина (более актуальна при острых гепатитах)

Изменение биохимических анализов:

- Повышение билирубина
- Повышение АлАТ и АсАТ
- Снижение ПТИ

Диагностика ВГВ (2)

ИФА – выявление антител и антигенов

- «период окна» для ВГВ до 90 дней

ПЦР

- качественная
- количественная

Лабораторные обследования

Контроль серологических маркеров (ИФА)

Контроль вирусной нагрузки (ПЦР)

Контроль состояния печени:

- Синдром цитолиза (повышение – АЛТ, АСТ, железо, прямой билирубин)
- Синдром мезенхимального воспаления (повышение гамма-глобулина, СРБ, СОЭ)
- Синдром холестаза (повышение – непрямой билирубин, ЩФ, ГГТ, холестерин)
- Печёночно-клеточная недостаточность (снижение – белок, альбумин, ПТИ)

Контроль состояния других органов, страдающих при гепатите

Инструментальные обследования

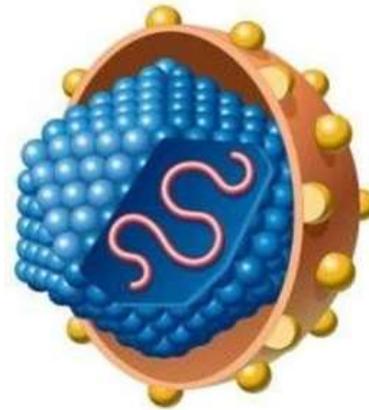
УЗИ органов брюшной полости

ФГДС

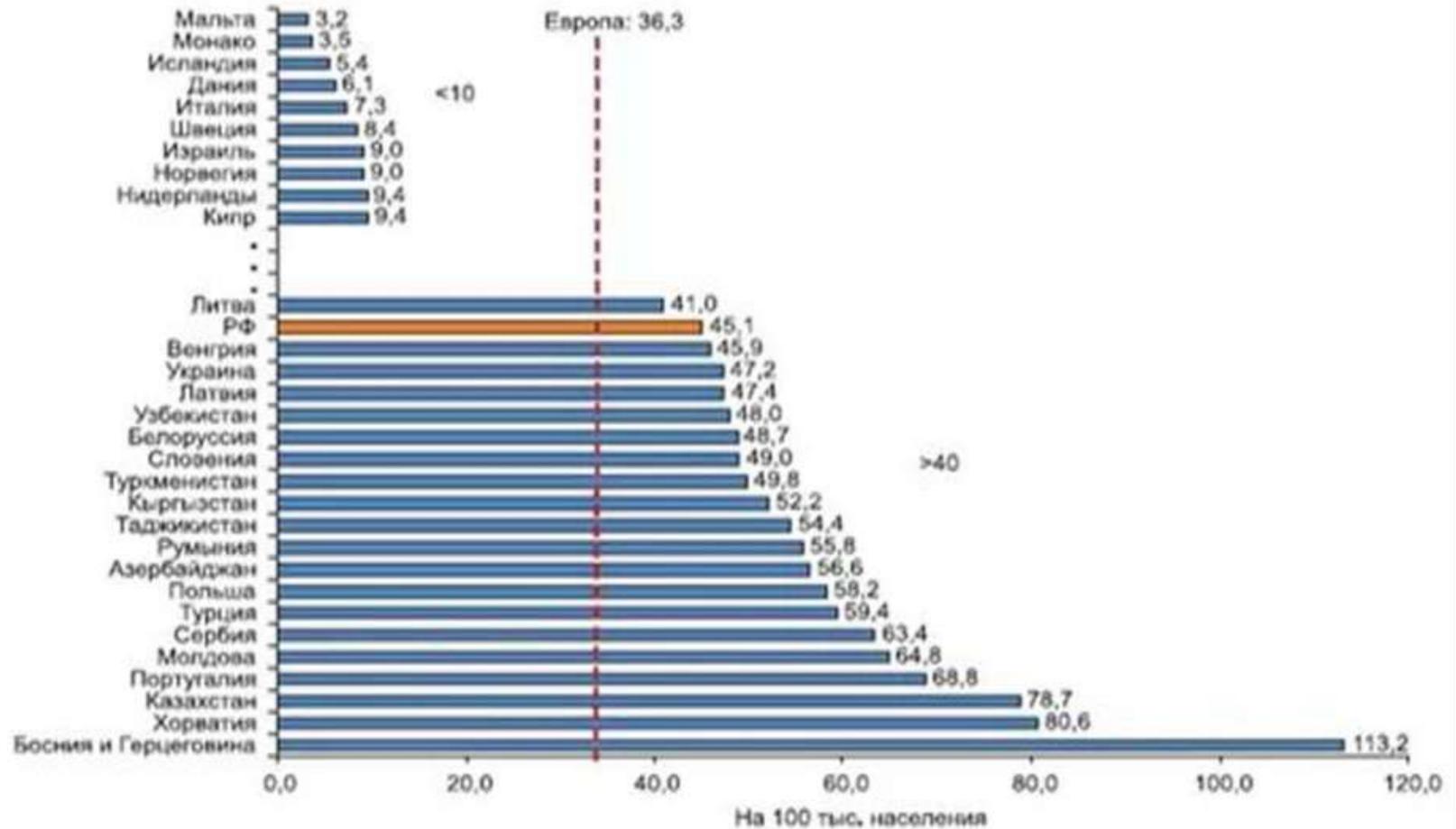
Биопсия печени и/или Фиброэластометрия

Вирусный гепатит с (вгс)

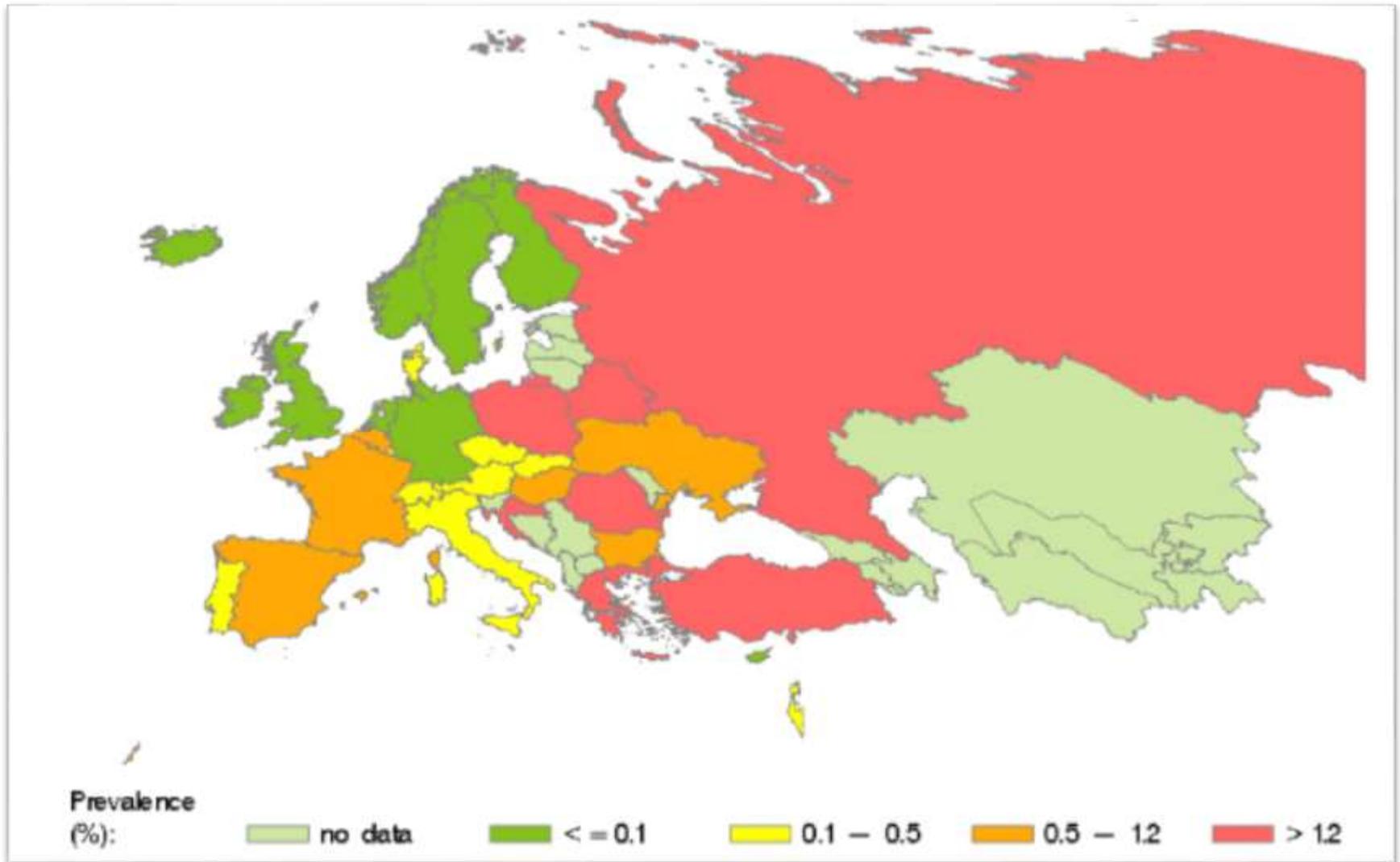
— антропонозная инфекционная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением печени, умеренной интоксикацией и склонностью к развитию хронических форм.



Распространенность гепатита С в мире



Распространенность ВГС в России



ЭТИОЛОГИЯ

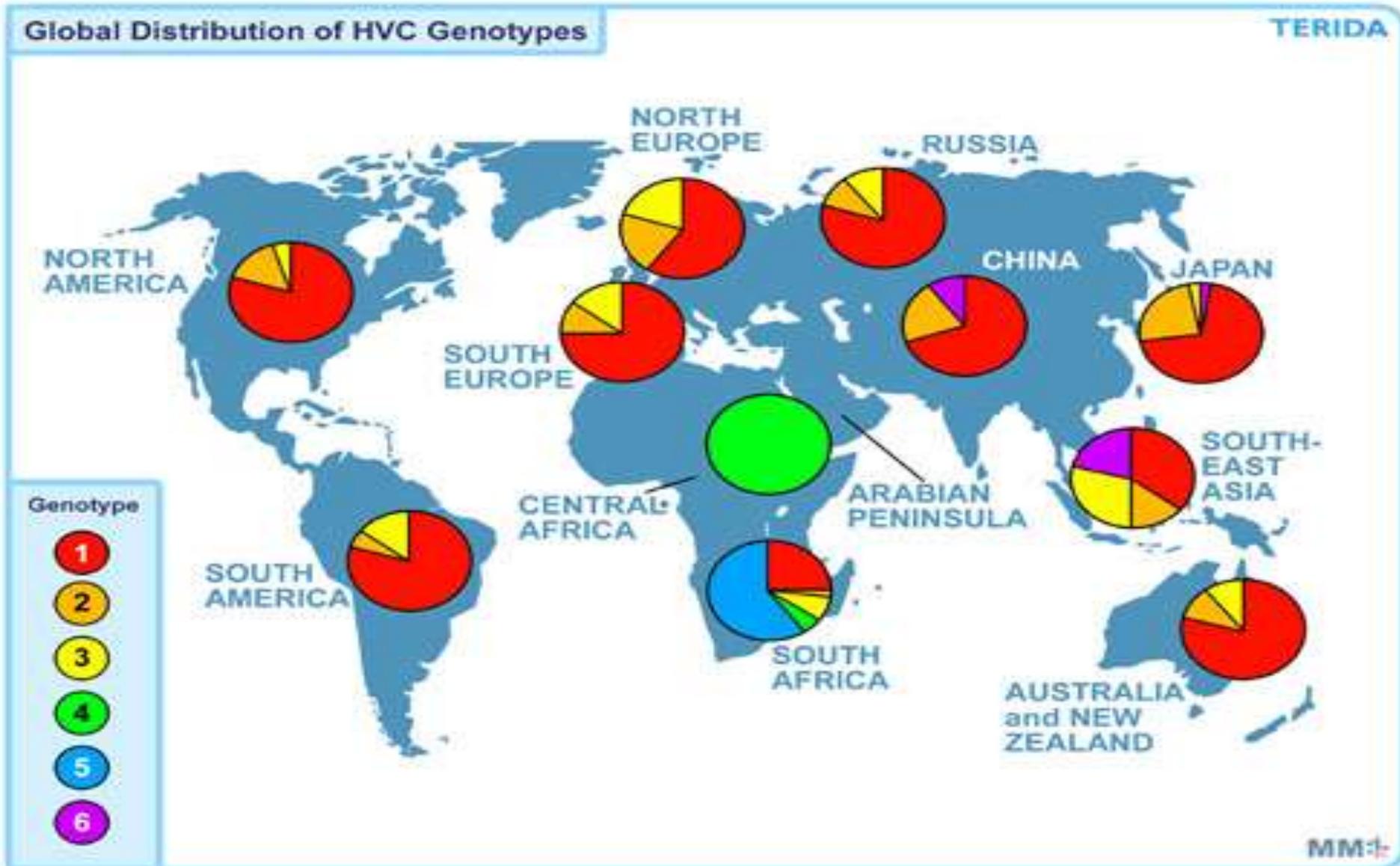
Возбудителем является вирус, относящийся к роду *Hepacivirus*,
семейство *Flaviviridae*

Содержит однонитевую линейную РНК

Идентифицировано 6 основных генотипов (1–6), которые, в свою очередь, подразделяются на субтипы (более 100)

Быстрое изменение ВГС лежит в основе длительного, возможно, иногда и пожизненного, носительства вируса.

Распространенность генотипов ВГС



ЭТИОЛОГИЯ

Вирус устойчив к нагреванию до 50 °С. При температуре 60 °С инактивируется в течение 30 минут, при 100 °С — за 2 минуты. Инактивируется растворителями липидов (хлороформ) и ультрафиолетовым облучением. В целом, к факторам внешней среды ВГС менее устойчив, чем вирус гепатита В, однако степень его устойчивости к инаktivации выше, чем у ВИЧ.

Эпидемиология

Источник инфекции. ВГС - антропонозная инфекция, главной средой обитания является популяция человека, в которой он реализует и клинические, и эпидемические потенциалы. Источниками инфекции являются больные всеми формами ОВГС, ХВГС и вирусоносители.

Механизм передачи: гемоконтактный (парентеральный)

Пути передачи: естественный (контактный (половой) и вертикальный) и искусственный (атифициальный), связанные с парентеральными вмешательствами.

Факторы передачи: цельная кровь, плазма, эритроциты, иммуноглобулины и другие препараты крови.

Восприимчивость и иммунитет. Естественная восприимчивость к ВГС высокая и в большей степени определяется инфицирующей дозой.

Напряженность и длительность постинфекционного иммунитета неизвестны. В экспериментах на обезьянах показана возможность повторного заболевания. Возможно множественное инфицирование различными генотипами и субтипами возбудителя.

Клиническое течение

Инкубационный период от 2 до 26 недель (в среднем — 6–8 недель).

В течении ВГС выделяют острую и хроническую стадии болезни.

Острая стадия ВГС чаще всего протекает в бессимптомной форме. Своевременная диагностика ее значительно затруднена.

Для **продромального периода** характерны диспепсический синдром (снижение аппетита, тошнота), нередко слабость, недомогание. В **периоде разгара** желтуха часто отсутствует, а если и развивается, то она умеренно выражена, интоксикация незначительная.

Хронический гепатит С. Вирус гепатита С — одна из главных причин хронических заболеваний печени. Диапазон исходов ВГС-инфекции широк и колеблется от минимального до тяжелого поражения печени, включая развитие цирроза и ГЦК.

Стоит помнить!

Хроническое заболевание печени при ХВГС снижает качество жизни и является причиной смерти

не более чем у 15% пациентов

ДИАГНОСТИКА

ИФА

ПЦР (определение репликативной активности, генотипирование)

Эпидемиологический надзор за ВГ

— это динамическая оценка состояния и тенденций развития эпидемиологического процесса, на основании которой проводятся противоэпидемиологические мероприятия с целью снижения общих показателей заболеваемости, предупреждения внутрибольничных, профессиональных и перинатальных заражений этой инфекцией.

Информационное обеспечение системы эпидемиологического надзора

заболеваемость ПВГ;

полноту охвата вакцинацией против ВГВ подлежащих контингентов с выборочным контролем за состоянием иммунитета у привитых против ВГВ;

результаты лабораторных обследований на маркеры ПВГ контингентов повышенного риска инфицирования и контактных;

данные диспансерного наблюдения за инфицированными и реконвалесцентами;

соблюдение в учреждениях, осуществляющих манипуляции с нарушением целостности кожных покровов и слизистых, работу с биологическим материалом, требований санитарно-эпидемиологического законодательства;

изменения демографической, социальной, профессиональной характеристики инфицированных ПВГ и населения, распространение инъекционного употребления наркотических средств;

другие эпидемически значимые сведения.

Профилактика Парентеральных ВГ (ПВГ)

I. Профилактика посттрансфузионного гепатита (ПТГ)

II. Профилактика заражения пациентов при проведении лечебно-диагностических манипуляций

III. Профилактика профессиональных заражений ВГ медработников

IV. Профилактика заражения гепатитом новорожденных от беременных женщин, являющихся носителями HbsAg

V. Специфическая профилактика

VI. Профилактика заражений в семьях реконвалесцентов и носителей

I. профилактика посттрансфузионного гепатита (ПТГ)

Основой являются своевременное выявление источников инфекции среди доноров и соблюдение противоэпидемического режима в организациях переливания крови.

Мероприятия по профилактике инфицирования ПВГ в организациях переливания крови

- 1) обследование персонала организаций переливания крови на наличие HBsAg при поступлении на работу и далее 1 раз в год;
- 2) ведение картотеки лиц, имеющих заболевания или состояния, при которых сдача крови и ее компонентов противопоказана;
- 3) допуск доноров к сдаче крови и ее компонентов только по предъявлении документов, удостоверяющих личность и проверка этих данных по картотеке;
- 4) проведение медицинского осмотра доноров (МЗ РФ Приказ от 28 октября 2020 г. N 1166н «Об утверждении порядка прохождения донорами медицинского обследования и перечня медицинских противопоказаний (временных и постоянных) для сдачи крови и (или) ее компонентов и сроков отвода, которому подлежит лицо при наличии временных медицинских показаний, от донорства крови и (или) ее компонентов»)»;
- 5) проведение серологического исследования каждой дозы заготовленной крови и ее компонентов методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХА) или иммуноферментного анализа (ИФА) на маркеры ПВГ (первичное тестирование);
- б) определение активности АЛАТ в сыворотке крови донора;
- 7) этикетирование крови и ее компонентов после обследования их, внесения всех надлежащих результатов исследований из всех лабораторий, проверки документации по картотеке;
- 8) карантинизацию свежезамороженной плазмы (не менее 3 месяцев) с целью повторного обследования донора перед ее выдачей в организации здравоохранения;
- 9) отстранение донора от сдачи крови и ее компонентов по медицинским и эпидемическим показаниям, установленным в ходе эпидемиологического расследования;
- 10) указание в накладной на кровь и ее компоненты реквизитов организаций здравоохранения,

Не допускаются к донорству лица

перенесшие в прошлом вирусные гепатиты независимо от давности заболевания и этиологии;

с наличием маркеров вирусных гепатитов в сыворотке крови;

с хроническими заболеваниями печени, в том числе токсической природы и неясной этиологии;

с клиническими и лабораторными признаками патологии печени;

имевшие контакт с больными вирусными гепатитами В и С в течение последних 6 месяцев;

имеющие за последние 6 месяцев переливания крови и ее компонентов;

перенесшие оперативные вмешательства, в том числе аборт, в период до 6 месяцев со дня оперативного вмешательства;

наносившие татуировки или лечившиеся иглоукалыванием в течение 1 года с момента окончания процедур.

Мероприятия, направленные на предупреждение инфицирования ПВГ пациентов при гемотрансфузиях в организациях здравоохранения

переливание крови и (или) ее компонентов по медицинским показаниям в соответствии с требованиями клинических протоколов либо по решению консилиума врачей, о чем делается соответствующая запись в первичной учетной медицинской документации стационарного пациента;

использование кровезаменителей и других инфузионнотрансфузионных средств;

использование аутогемотрансфузии при проведении плановых оперативных медицинских вмешательств;

использование в хирургической практике кровосберегающих технологий;

использование для гемотрансфузии только одноразовых систем для переливания;

использование одного контейнера крови и ее компонентов для одного реципиента;

максимальное использование одноразовых изделий медицинского назначения, расходных материалов при проведении медицинских вмешательств;

соблюдение требований к проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, мероприятий по гигиене рук и использованию защитных перчаток работниками организаций здравоохранения. При выполнении медицинских вмешательств работники организаций здравоохранения с повреждениями кожи должны использовать защитные перчатки.

II. профилактика заражения ПВГ пациентов при проведении лечебно-диагностических манипуляций

достигается применением шприцев, игл, пластиковых инфузионных систем одноразового использования

большое значение имеет строгое соблюдение правил дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения

III. Профилактика профессиональных заражений ПВГ медработников

- а) *универсальные меры профилактики* (- комплекс мероприятий, направленный на снижение риска передачи инфекций между пациентами и медицинскими работниками при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями. Выполнение универсальных мер предосторожности подразумевает, что кровь и биологические жидкости всех пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированные и при работе с ними всегда предпринимать соответствующие меры защиты);
- б) *безопасные методы работы;*
- в) *уничтожение отработанных материалов;*
- г) *вакцинация против гепатита В;*
- д) *предупредительные меры после возможного заражения.*

Основные мероприятия по защите медицинских работников от ПВГ (1)

обследование на ПВГ работников организаций здравоохранения, выполняющих медицинские вмешательства с нарушением целостности кожных покровов, слизистых, работы с биологическим материалом, изделиями медицинского назначения или медицинской техникой, загрязненными биологическим материалом *при предварительном медицинском осмотре, далее 1 раз в год* — не привитые против гепатита В обследуются на HBsAg и анти-HCV, привитые — на анти-HCV, дополнительно — по клиническим и эпидемическим показаниям;

иммунизация работников организаций здравоохранения против ВГВ;

соблюдение работниками организаций здравоохранения мер предо-сторожности при работе с колющими и режущими инструментами, биоматериалом. Надевание колпачков на использованные иглы запрещается. После медицинского вмешательства шприцы с иглами и острые предметы должны обеззараживаться и собираться в непрокальваемые контейнеры для утилизации. Для безопасного отсечения игл должно предусматриваться обеспечение рабочих мест специальными настольными контейнерами с иглоотсекателями;

Основные мероприятия по защите медицинских работников от ПВГ (2)

соблюдение мер безопасности при работе с кровью. Не допускается забор крови самотеком непосредственно в пробирку или через иглу непосредственно в пробирку, использование стеклянной посуды с отбитыми краями. Емкости с биологическим материалом должны быть оснащены плотно закрывающимися крышками, пробками. Пробирки с биологическим материалом помещаются в штатив. Транспортировка штативов, емкостей с биологическим материалом допускается только в контейнерах (биксах, пеналах) с плотно закрывающимися крышками, исключающими их самопроизвольное открывание в пути следования. На случай боя или опрокидывания емкостей с биологическим материалом на дно контейнера (бикса, пенала) укладывается четырехслойная марля. Не допускается помещение бланков направлений или другой документации внутрь контейнера (бикса, пенала) с биологическим материалом;

инструктаж работников организации здравоохранения о порядке действий при аварийном контакте с биологическим материалом пациента, загрязнении биологическим материалом объектов внешней среды;

Основные мероприятия по защите медицинских работников от ПВГ (3)

наличие на постоянных рабочих местах, где выполняются манипуляции с нарушением целостности кожных покровов, слизистых или работа с биологическим материалом пациентов, порядка действий работников на случай аварийного контакта, загрязнения биологическим материалом объектов внешней среды; средств индивидуальной защиты глаз и органов дыхания, непромокаемого фартука, нарукавников, пакетов для сбора загрязненной санитарно-гигиенической одежды и обуви, раствора 3 % перекиси водорода, антисептика, рабочего раствора средства дезинфекции;

использование работниками организаций здравоохранения средств индивидуальной защиты (СИЗ). Необходимо использовать защитные перчатки при медицинском осмотре слизистых оболочек и поврежденной кожи пациента; при выполнении медицинских вмешательств с повреждением кожи, слизистых оболочек пациента; при выполнении работ, связанных с риском контакта кожи рук работников организаций здравоохранения с биоматериалом; при работе в микробиологических и клиничко-диагностических лабораториях организаций здравоохранения; при осуществлении ухода за пациентом (гигиена полости рта, мытье, стрижка и бритье волос, замена грязного белья). Следует использовать СИЗ глаз при выполнении работ, связанных с риском попадания биоматериала на слизистую оболочку глаз;

регистрация аварийных контактов в журнале по форме;

проведение лабораторного обследования работника организации здравоохранения и пациента на маркеры ПВГ не позднее 24 часов после аварийного контакта. Положительный результат лабораторного обследования свидетельствует, что инфицирование ПВГ произошло ранее и не имеет связи с данным аварийным контактом. В случае получения отрицательных результатов повторные обследования проводятся через 3, 6, 12 месяцев;

в случае аварийного контакта ранее не привитого медицинского работника с биологическим материалом пациента инфицированного ВГВ рекомендуется проведение постэкспозиционной вакцинации по ускоренной схеме в соответствии с рекомендациями производителя вакцины. Первая доза вакцины вводится в максимально короткий срок после аварийного контакта.

IV. меры по предупреждению заражений вгВ новорожденных от беременных женщин, являющихся носителями Hbs-Ag (1)

лабораторное обследование беременных;

вакцинация новорожденных;

диспансерное наблюдение за новорожденными.

IV. меры по предупреждению заражений ВГВ новорожденных от беременных женщин, являющихся носителями Hbs-Ag (2)

Все беременные обследуются при постановке на учет по беременности. При отрицательном результате первичного обследования, дополнительно в III триместре беременности, далее по клиническим и эпидемическим показаниям (привитые против гепатита В обследуются на анти-НСV). Роженица, инфицированная вирусом (вирусами) ПВГ, подлежит госпитализации в наблюдательное отделение или индивидуальную палату родильного дома (перинатального центра);

Новорожденным от матерей-носителей HBsAg вводится специфический иммуноглобулин и проводится срочная вакцинация рекомбинантной дрожжевой вакциной против ВГВ в первые 12 часов жизни. Последующие вакцинации проводят обычно по ускоренной схеме согласно инструкции к вакцине (0–1–2–12).

Дети, родившиеся от женщин с ПВГ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с врачом-инфекционистом в амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания). Лабораторные обследования таких детей с целью установления клинического диагноза проводятся с учетом сроков циркуляции материнских маркеров ПВГ. Дети, родившиеся от женщин, инфицированных ВГВ, обследуются на HBsAg через 6 месяцев после законченного курса вакцинации, далее по клиническим и эпидемическим показаниям.

Новорожденные от женщин, инфицированных вирусом гепатита С, обследуются в возрасте 3, 6 месяцев методом ПЦР на наличие маркеров вируса гепатита С, в возрасте 18 месяцев на анти-НСV.

В случае выявления маркеров вируса гепатита В диспансерное наблюдение таких детей осуществляется на базе диспансерных (консультативных) кабинетов городских (областных) инфекционных больниц.

V. Специфическая профилактика ПВГ

Вакцинацию против ВГВ лиц старше 15 лет проводят после предварительной маркерной диагностики ВГВ. Лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.

Вакцинация против ВГВ не привитых по возрасту проводится по схеме 0-1-6 мес.

Важно иметь 3 прививки в течение 1 года с любым интервалом. Оптимально интервал между 1 и 3 прививками 6 мес, несмотря на интервал между 1 и 2 вакцинами.

Если между 1 и 2 вакцинами интервал 1 год и более, то интервал между 2 и 3-й должен быть 1 мес.

Экстренные схемы вакцинации от ВГВ для ранее не привитых:

0-1-2-12 мес (новорожденные групп риска, контактные с больным)

0-1-2-6 мес (пациенты на гемодиализе и онкологические больные)

0-7-21 день-12 мес (сексуальный контакт с больным)

Вакцина против ВГС не создана. Основными препятствиями являются гетерогенность вируса и отсутствие доказательств выработки нейтрализующих антител в ответ на ее введение.

VI. Профилактика заражений в семьях реконвалесцентов и носителей ПВГ

В периоде реконвалесценции при ОВГВ, в очагах носителей и больных ХВГВ с целью предупреждения заражений в быту больному выделяются строго индивидуальные предметы личной гигиены (*зубные щетки, мочалки, бритвенные и маникюрные приборы, полотенца, ножницы*), которые подвергаются обеззараживанию кипячением, обработкой дезинфицирующими средствами, обладающими вирулицидным, активным в отношении вирусов действием. Рекомендуется применение механических контрацептивных средств при сексуальных контактах.

Противоэпидемические мероприятия в очаге ВГВ, ВГС (1)

1. Мероприятия, направленные на источник инфекции

Выявление

Диагностика

Учет и регистрация

Экстренное извещение в ЦГЭ

Изоляция

Лечение

Выписка

Диспансерное наблюдение

Противоэпидемические мероприятия в очаге ВГВ, ВГС (1)

2. Мероприятия, направленные на механизм передачи

Текущая дезинфекция

3. Мероприятия, направленные на лиц, общавшихся с источником инфекции

Выявление

Клинический осмотр

Сбор эпидемиологического анамнеза

Медицинское наблюдение

Режимно-ограничительные мероприятия (для доноров)

Экстренная профилактика

Лабораторное обследование

Санитарно-просветительная работа