

3.1. Профилактика инфекционных заболеваний

**Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-00
"Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому
надзору за вирусными гепатитами"
(утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 1 февраля 2000 г.)**

Дата введения: 1 июля 2000 г.

**Федеральный закон
"О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"
от 30 марта 1999 N 52-ФЗ**

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

"Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц" ([статья 39](#)).

"За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность" ([статья 55](#)).

1. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее - санитарные правила) разработаны в соответствии с [Федеральным законом](#) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (30.03.99 N 52-ФЗ), [Федеральным законом](#) "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний" (17.09.98 N 157-ФЗ), ["Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан"](#) (22.06.93 N 5487-1) и [Положением](#) о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденном [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 05.06.94 N 625, и изменениями и дополнениями, внесенными [постановлением](#) правительства Российской Федерации от 30.06.98 N 680.

1.2. Санитарные правила устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение распространения заболеваний вирусными гепатитами.

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

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

2. Нормативные ссылки

2.1. [Федеральный закон](#) от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" .

2.2. ["Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан"](#), принятые Верховным Советом Российской Федерации и подписанные Президентом Российской Федерации 22.06.93 N 5487-1.

2.3. [Федеральный закон](#) от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике

болезней".

2.4. Положение о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 5 июня 1994 г. N 625 и изменения и дополнения, внесенные постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 680.

3. Общие положения

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5. При установлении диагноза гепатита А (лабораторно подтвержденного обнаружением в крови анти-ВГА IgM) допускается лечение на дому при обеспечении динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования, проживании больного в отдельной благоустроенной квартире, отсутствии контактов с

работниками лечебных, детских и приравняемых к ним учреждений, а также детей, посещающих коллективы, обеспечении ухода за больными и выполнении всех мер противоэпидемического режима.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1. Гепатит А (ГА)

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

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

5.1.3. Сбор всей первичной информации, ее оценку, обработку, анализ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.6. Для активной иммунизации против ГА применяются инактивированные вакцины

отечественного и зарубежного производства, которые вводят дважды с интервалом в 6 - 12 месяцев.

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

Массовую вакцинацию против гепатита А не проводят.

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

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

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

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

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

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

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

За детьми, не посещающими детские учреждения, и взрослыми, не относящимися к указанным выше профессиональным группам, наблюдение и клиническое обследование в течение 35 дней осуществляет медицинский персонал поликлиники (амбулатории,

фельдшерско-акушерского пункта). Осмотр этих лиц проводят не реже 1 раза в неделю, по показаниям осуществляют лабораторные исследования и иммуноглобулинопрофилактику.

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

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

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

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

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

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

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

определением размеров печени и селезенки. Контактных других категорий (студенты, рабочие и др.) осматривают еженедельно.

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

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

В течение всего периода карантина контактными не проводят плановые прививки.

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

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

5.2. Гепатит Е (ГЕ)

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

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

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

6. Противоэпидемические и профилактические мероприятия при парентеральных

вирусных гепатитах

6.1. Гепатит В (ГВ)

6.1.1. Эпидемиологический надзор включает в себя:

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

- систематический контроль за оснащенностью оборудованием, обеспечением медицинским и лабораторным инструментарием и соблюдением санитарно-противоэпидемического режима на объектах надзора: учреждениях службы крови, стационарах, родильных домах, диспансерах, амбулаторно-поликлинических учреждениях. Специального внимания требуют отделения с высоким риском заражения (центры гемодиализа, трансплантации органов и тканей, сердечно-сосудистой хирургии, гематологии, ожоговые центры и т.п.), а также учреждения закрытого типа для детей и взрослого населения;

- систематическую оценку тенденций развития заболеваемости наркоманиями;

- контроль за санитарно-противоэпидемическим режимом в учреждениях немедицинского профиля, независимо от форм собственности, осуществляющих вмешательства, при которых может передаваться вирус ГВ (косметические, маникюрные и педикюрные кабинеты, парикмахерские и т. п.);

- контроль за реализацией федерального закона "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.12. Меры по ликвидации очага включают:

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

- усиление санитарно-противоэпидемического режима с особым контролем за индивидуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щетки, полотенца, носовые платки и т. д.). Игрушки, которые дети берут в рот, закрепляют индивидуально и ежедневно дезинфицируют;

- прекращение проведения профилактических прививок и постановки биологических проб на срок, определенный эпидемиологом и медицинским работником учреждения;

- медицинское наблюдение за контактными детьми и персоналом в границах очага в течение 6 месяцев с врачебным осмотром детей сразу после изоляции источника, а затем ежемесячно или в сроки по усмотрению эпидемиолога;

- лабораторное обследование детей и персонала в границах очага на наличие HBsAg и активность АлАТ сразу после регистрации больного, далее в сроки, определенные эпидемиологом на основании результатов обследования. Обследование организует и проводит территориальная поликлиника при консультации эпидемиолога;

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

- обеспечение приема в группу детей, перенесших в период карантина какие-либо острые заболевания или обострения хронических заболеваний, при предъявлении справки от врача о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на HBsAg и активность АлАТ;

- решение эпидемиологом совместно с врачом учреждения вопроса о проведении вакцинации против ГВ;

- возможные решения вакцинации против ГВ;

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

6.2. Гепатит D (ГД)

6.2.1. Развитие дельта-инфекции возможно только в присутствии [вируса ГВ](#).

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

6.3. Гепатит С (ГС)

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

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

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

(ст. 34 федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии

населения")

N	Группы людей	Период обследования
1	Доноры	При каждой кроводаче
2	Беременные	В III триместре беременности
3	Реципиенты крови и ее компонентов - дети первого года жизни и др.	При подозрении на заболевание ГС в течение 6 месяцев с последней трансфузии
4	Новорожденные у женщин, больных острым (в III триместре беременности) и хроническим ГВ и ГС, а также с бессимптомной инфекцией ("носительство" HBsAg и анти-ВГС)	При рождении, в возрасте 3 месяцев и далее до 3-х лет 1 раз в год, затем см. п.15 новорожденных, привитых против ГВ, обследуют после получения курса вакцинации (с определением HBs)
5	Персонал учреждений службы крови	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно - по эпидемиологическим показаниям
6	Персонал отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной	то же

	хирургии, гематологии	
7	Персонал клинико-диагностических и биохимических лабораторий	то же
8	Персонал хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, персонал станций и отделений скорой помощи	то же
9	Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	При поступлении в стационар и далее - по эпидпоказаниям
10	Больные с любой хронической патологией (туберкулез, онкология, психоневрология и др.)	В процессе клинико-лабораторного обследования и далее - по показаниям

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

- Доноров резерва из числа медицинских работников обследуют при кроводаче и в

плановом порядке 1 раз в год.

- Доноров костного мозга, спермы и других тканей обследуют перед каждой кроводачей биоматериала.

- Обследование групп, указанных в [п.п.2 - 15](#) проводят в вирусологических (серологических) лабораториях на базе ЛПУ.

6.5. Гепатит G (ГГ)

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

7. Вирусные гепатиты сочетанной этиологии (микст-ВГ)

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

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

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

8. Вакцинопрофилактика гепатита В

8.1. Вакцину против гепатита В можно сочетать со всеми вакцинами [Национального календаря прививок](#).

8.2. Вакцинации проводят с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, следующим контингентам.

8.2.1. Детям первого года жизни. В первую очередь новорожденным, родившимся у матерей-носителей вируса или больных ГВ в III триместре беременности.

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

8.2.3. Детям, находящимся в домах ребенка и интернатах.

8.2.4. Детям, регулярно получающим кровь и ее препараты, а также находящимся на хроническом гемодиализе.

8.2.5. Подросткам в возрасте 12-14 лет.

8.2.6. Больным, получившим повторные гемотрансфузии или находящимся на хроническом гемодиализе.

8.2.7. Членам семей в окружении больных хроническим ГВ и носителей вируса.

8.2.8. Больным наркоманией, употребляющим наркотики инъекционным путем.

8.2.9. Лицам, у которых произошел контакт с материалом, инфицированным [вирусом ГВ](#) (применение специфического иммуноглобулина совместно с введением вакцин превышает протективный эффект).

8.3. В соответствии с [перечнем](#) работ, утвержденным [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 15.07.99 N 825, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями, обязательной вакцинации подлежат.

8.3.1. Медицинские работники, в первую очередь те, кто имеет контакт с кровью больных;

8.3.2. Лица, занятые в производстве иммунобиологических препаратов из донорской и плацентарной крови;

8.3.3. Студенты медицинских институтов и учащиеся средних медицинских учебных заведений (в первую очередь выпускники).

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

Главный государственный
санитарный врач
Российской Федерации

Г.Г.Онищенко