# Парентеральные гепатиты

# Вирусные гепатиты

## Энтеральные Парентеральные

## (кишечные)

## 

## **А Е В С D**

# Значимость вирусных гепатитов:

## Стабильно высокий уровень заболеваемости

## Значительная доля в структуре инфекционной патологии (около 15%)

## Преимущественное поражение детей до 14%

## Значительная доля в структуре смертности от инфекционных болезней (около 10%)

## Экономические потери от заболеваемости составляют 47% всех потерь от инфекционных болезней.

# Распространенность ВГВ в мире

#### 2млрд ч-к в мире инфицировано вирусом гепатитаВ 350млн ч-к - хронические носители

## Распространенность маркеров ВГВ варьирует (по вирусоносителям):

## 1.Высокая распространенность(8-20%) – Африка, Юго-Восточная Азия,часть Южной Америки (вертикальная передача)

## 2.Средняя (2-7%)-территория бывшего СССР, центральная Азия

## 3.Низкая(2% и менее)-Северная Америка,Австралия, Европа(половой путь передачи)

## 

## Гепатит В- заболевание, ассоциирующееся с плохими социальными и экономическими условиями жизни !

## 

# Особенности гепатита дельта

## Возбудитель ВГД- РНК-содержащий дефекный (безоболочечный) вирус.

## Способен к размножению только в присутствии вируса ГВ, из которого и формирует оболочку.

## Развитие ГД возможно только у людей , уже инфицированных ГВ (суперинфекция), или при одномоментном инфицировании (коинфекция). Это приводит к утяжелению заболевания, некрозам печени с летальным исходом (у 1/3 лиц).

## Все больные с циррозом печени (по С.О. Вязову) и 60% больных с ХАГ имели маркеры ГД.

# Особенности гепатита С

## Возбудитель- один из самых сложных вирусов с гетерогенным геномом, особенно его структурных участков. Структура не стабильна.

## Клинически протекает легче, чем ГВ, но риск развития цирроза и рака печени у переболевших в 4раза выше, чем при ГВ («ласковый убийца»)

# Структура вируса гепатита В

## ДНК- содержащий вирус (семейство гепадновирусов)

## HBsAg- отвечает за иммуногенность вируса

## 

# Устойчивость вируса ГВ во внешней среде

## При -20 С сохраняется в течение 10-20 лет (не инактивируется при многократных замораживаниях и оттаиваниях).

## Выдерживает 10-минутное кипячение

## Устойчив к воздействию протеолитических ферментов и органических растворителей.

## Погибает при обработке 3-5% р-ром хлорамина в течение часа, перекисью водорода 6% в течение часа, этиловым спиртом (70%) в течение 2 минут, а также автоклавировании и стерилизации сухим жаром.

# Биологические жидкости, содержащие вирус ВГ

## Содержится в крови, сперме, слюне, моче, желчи и других секретах.

## Реальную эпидопасность представляют кровь и сперма.

## Заражающая доза в пересчете на кровь

## 0,000001 мл (т.н. «скрытая кровь»)

# Периоды заболевания

## 1.Инкубационный (от 40 до 180 дней, средняя инкубация- 90 дней)

## Примечание: с середины инкубации ч-к уже заразен, но не знает об этом!

## 2.Продромальный – появляются неспецифические симптомы, длительность 2-3 недели (ч-к заразен!)

## 3.Период разгара- продолжается 2-3 недели в виде желтушной или безжелтушной формы (в соотношении1:4),Человек заразен!

## 4.Период реконвалесценции (ч-к может освободиться от вируса, или нет, т.е. может сформироваться носитель)

## 

# Диагноз ВГВ устанавливается:

## **Клинически** (постепенное начало заболевания, длительный преджелтушный период с полиартралгией, отсутствие улучшения самочувствия или его ухудшение с появлением желтухи

## **Эпидемиологически –**операции,иъекции и другие манипуляции, связанные с нарушением целостности кожи или слизистых за 6-30 недель до заболевания

## **Лабораторно** ( неспецифическая и спеифическая диагностика)

## **-**определение активности печеночных ферментов и уровня билирубина

## -определение антигенов и специфических антител к ним

# Порядок информации и госпитализации

## На каждый *впервые выявленный* случай заболевания (острого, хронического) и носительства заполняется и направляется в санэпидслужбу экстренное извещение (ф. 058/у).

## Регистрация экстренных извещений осуществляется в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у).

## Все острые больные ПГ (или с подозрением на заболевание) подлежат госпитализации и лечению в инфекционных стационарах.

# Варианты клинического течения безжелтушной (атипичной) формы ВГВ

## Катаральная (гриппоподобная)

## Абдоминальная

## Артралгическая

## 

## **Гепатит многолик!**

# **Структура путей передачи вируса ГВ в течение 20 лет**

# Исходы вирусного гепатита В

# Контингенты риска,подлежащие обследованию на НВsAg (пр.66 от02.04.93.)

## 1.Доноры крови,костного мозга, органов

## 2.Беременные женщины (в 3 триместре)

## 3.Новорожденные от матерей с НВsAg

## 4.Медработники, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых и работой с кровью (1 раз в год)

## 5.Пациенты отделений с высоким риском заражения ВГ (гемодиализ, пересадка почки, с/сосудистая, легочная хирургия, гематология, нефрология и др.)

# Контингенты риска,подлежащие обследованию на НВsAg (пр.66 от02.04.93.)

## 6.Реципиенты крови и ее компонентов – дети 1 года жизни

## 7.Больные с заболеваниями печени

## 8.Взрослые и дети закрытых учреждений

## 9.Контингенты наркологических и кожно- венерологических диспансеров

# Профилактика парентеральных гепатитов

## Максимально возможное использование одноразового стерильного инструментария

## Выполнение стандартов обеззараживания многоразового инструментария

## Активная иммунизация -в соответствии с календарем прививок и по эпидпоказаниям (контингентам риска)

# Рекомбинантные (генноинженерные вакцины) против ВГВ

## Эти вакцины не содержат живых вирусных частиц,поэтому они более безопасны

## НВsAg помещается на вектор-носитель (дрожжи) и с его помощью продуцируется сырье для будущей вакцины в неиссякаемых количествах (векторная вакцина)

## По календарю прививок вакцина вводится всем новорожденным в 1-й день после рождения по схеме: 0, 1, 5 месяцев и всем подросткам в 13 лет по схеме:0,1,6 месяцев

# Факторы риска, снижающие ответ на вакцинацию

## Пожилой возраст

## Принадлежность к мужскому полу

## Ожирение

## Курение

## В таких случаях должна назначаться дополнительная доза вакцины

# противопоказания

## Повышенная индивидуальная чувствительность к любому компоненту вакцины

## Острая тяжелая лихорадка

## (незначительная простуда не является противопоказанием к иммунизации)

# Мероприятия в отношении контактных

## Контактные медработники из групприска сразу после возникновения очага осматриваются врачом и им проводят лабораторное обследование (активность АлАт, HBsAg), затем через 3-4 месяца после установления контакта.За ними проводится меднаблюдение в течение 6 мес.

## Всем остальным лицам, общавшимся с больным, проводят врачебный осмотр сразу после возникновения очага и далее при наличии показаний в течение 6 месяцев. Лабораторное обследование по решению врача.

# профилактика ПТГ

## Тщательное врачебное серологическое и биохимическое обследование доноров

## Максимальное ограничение числа доноров в отношении одного реципиента

## Выявление доноров – источников ПТГ и отстранение их от донорства

# **Не допускаются к донорству лица, у которых установлены:**

## Перенесенное в прошлом ВГ

## Наличие НBsAg, анти НСУ в сыворотке крови

## Наличие хр. заболеваний печени

## Контакт в семье или в квартире с больным ПГ в течение 6 месяцев с момента его госпитализации

## Получение в течение последнего 1 года переливания крови и ее компонентов

# **Требования к санэпидрежиму в ОПК**

## Лабораторное обследование каждого донора проводится индивидуальным комплектом стерильного инструментария

## Заготовку крови 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

## Каждому донору обязательно перед сдачей крови разъясняются все мероприятия по его защите от заражения: индивидуальные одноразовые медицинские материалы, обработка рук медперсонала перед каждой процедурой и др.

## В учреждениях службы крови должны строго соблюдаться режимы дезинфекции, предстерилизационной очистки стерилизации всего инструментария в соответствии с ОСТ 42-21-2-85

## Весь персонал учреждений службы крови обследуется на наличие НBsAg при поступлении на работу и далее 1 раз в год. Данные врачебного осмотра и результаты исследования на НBsAg сотрудников должны быть учтены (ф.030/у). Лица с выявленной НBs-антигенемией, по роду своей профессиональной деятельности связанные с забором крови у донора, заготовкой, переработкой или расфасовкой крови и кровепродуктов, отстраняются от выполняемой работы в отделениях и переводятся на др. работу, не связанную с этими процессами.

# Профилактика ПГ при проведении лечебно- диагностических вмешательств

## 1. С целью предупреждения возможности заражения ПГ необходимо максимально применять медицинский и лабораторный инструментарий одноразового пользования; строго соблюдать правила использования, дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского и лабораторного инструментария и др. оборудования.

## 2. Запрещается проводить какие-либо инъекции, вакцинации, внутрикожные пробы и др. манипуляции нескольким лицам одним только шприцем при смене только игл. Для любой манипуляции каждому больному применяется отдельный стерильный инструментарий. Запрещается производить взятие крови из пальца одной микропипеткой у нескольких лиц. Не допускается промывание микропипетки в общем сосуде.

## 3. Мединструментарий всех видов после каждого использования должен подвергаться дезинфекции, тщательной предстерилизационной очистке и стерилизации согласно ОСТ 42-21-2-85 и др. официальным инструктивно-методическим документам.

## 4. В каждом УЗ выделяются лица, ответственные за проведение дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского и лабораторного инструментария

## 5. Необходимо маркировать истории болезни и амбулаторные карты переболевших острыми парентеральными гепатитами – красным треугольником, носителей НBsAg и анти-НСУ и больных ХВГ – красным квадратом.