**Парентеральные гепатиты, вирусные гепатиты**

Валерий Раповец

|  |  |
| --- | --- |
| Энтеральные(кишечные) | Парентеральные |
| 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**

2 млрд ч-к в мире инфицировано вирусом гепатита В, 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 групп риска 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.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicinform.net/>