

БУЙРУК № 524

20 июля 2018 ж.

Кыргыз Республикасында вирустук гепатиттерди эпидемиологиялык көзөмөлдөө боюнча колдонмосун бекитүү тууралуу

Вирустук гепатит азыркы мезгилде саламаттык сактоодо глобалдык көйгөй болуп эсептелет. Курч мүнөздөгү вирустук гепатиттер оорусунун Кыргыз Республикасындагы акыркы 40 жылдагы көрсөткүчтөрү жогору болуп, 100000 калкка 163,3-төн 1084,5-ке чейинки денгээлде сакталып турат.

Күнүмдүк колдонулуп жүргөн эпидемиологиялык көзөмөлдөө системасы маалыматты толук камдуу чогултууну жана каттоону камсыз кыла албай, бул оорулардын таркалуусунун, өзгөчө өнөкөт вирустук гепатиттер, кан аркылуу таркалуучу вирустук гепатиттерден пайда болгон боордун цирроз жана рак ооруларынын жана алардан болгон өлүмдөрдүн чыныгы абалын көзөмөлдөөгө толук мүмкүндүк бере албай жатат.

Вирустук гепатиттерди эпидемиологиялык көзөмөлдөө системасын мындан ары жакшыртуу максатында, ошондой эле Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн №118 токтому менен бекитилген Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги жөнүндө Жобонун №12 беренесин колдонуу менен

БУЙРУК КЫЛАМ

1. “Кыргыз Республикасында вирустук гепатиттерди эпидемиологиялык көзөмөлдөө боюнча колдонмосу” бекитилсин;

2. МЖКУжЛСБ жетекчисине (Тойматов С.Ш.), КССБ бөлүм башчысына (Исмаилова Б.А.), ОААжМСЭКД генералдык мүдүрүнө (Исаков Т.Б.) “Кыргыз Республикасында вирустук гепатиттерди эпидемиологиялык көзөмөлдөө боюнча колдонмосун” ишке киргизүү жана ушул колдонмого ылайык саламаттык сактоо мекемелеринде вирустук гепатиттердин алдын алуу жана эпидемияга каршы иш чараларын жүргүзүүнү координациялоо жүктөлсүн.

Мөөнөтү: буйрук өз күчүн жоготконго чейин.

3. Саламаттык сактоонун мекемелеринин бардык денгээлдеги жетекчилерине жана ОААжМСЭКБ башкы врачтарына ушул “Кыргыз Республикасында вирустук гепатиттерди эпидемиологиялык көзөмөлдөө боюнча колдонмосун” жетекчиликке алуу менен анын талаптарын аткаруу жүктөлсүн.

Мөөнөтү: буйрукка кол коюлган күндөн баштап.

4. КММКДжАЖИ (Чубаков Т.Ч.), КММА (Кудайбергенова И.О.) ректорлоруна жана башка диплом алгандан кийин даярдоого катышкан жогорку окуу жайларына, ушул “Кыргыз Республикасында вирустук гепатиттерди эпидемиологиялык көзөмөлдөө боюнча колдонмосун” кесиптик кошумча билим берүү программаларына

кошуп, медициналык кызматкерлердин дасыгуусун жогорулатуу боюнча окутууну камсыздоо жүктөлсүн.

Мөөнөтү: окуу курстарын өткөрүү графиктерине жараша.

5. “Алдын алуу медицинасы” илимий өндүрүштүк бирикмесинин мүдүрүнө (Касымов О.Т.) эпидемиологиялык көзөмөлдөө системасына жана вирустук гепатиттер менен күрөшүү боюнча иш-чаралардын натыйжалуулугуна баа берүү боюнча илимий изилдөө жумуштарын жүргүзүү жүктөлсүн.

Мөөнөтү: 2018-2020 жылдары.

6. Республикалык ден соолукту чындоо борборунун мүдүрүнө (Айтмурзаева Г.Т.) вирустук гепатиттердин алдын алуу боюнча маалымдоо жана түшүндүрүү каражаттарын даярдап, жалпы элди ушул оору менен күрөшүүгө үгүттөө боюнча иш чараларды жүргүзүү жүктөлсүн.

Мөөнөтү: 2018-2019 жылдары.

7. Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин 01.07.2009 жылкы № 488 “Кыргыз Республикасында вирустук гепатит ооруларынын алдын алуу иш-чаралары жөнүндөгү” буйругу күчүн жоготту деп эсептелсин.

8. Бул буйруктун аткарылышын көзөмөлдөө Министрдин орун басары Э.М. Чечейбаевке жүктөлсүн.

ПРИКАЗ № 524

20 июля 2018 ж.

Об утверждении руководства по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике

Вирусные гепатиты являются глобальной проблемой современного здравоохранения. Показатели заболеваемости острыми вирусными гепатитами в КР за последние 40 лет остаются на высоком уровне, составляя от 163,3 до 1084,5 на 100000 населения.

Существующая рутинная система эпиднадзора за вирусными гепатитами не обеспечивает полноценный сбор и регистрацию данных, что не позволяет определить истинную картину заболеваемости и распространенности, особенно, хронических вирусных гепатитов, цирроза и рака печени в исходе парентеральных вирусных гепатитов и смертности от них.

В целях дальнейшего совершенствования системы эпиднадзора за вирусными гепатитами в республике, а также руководствуясь п.12 Положения о Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденного постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20 февраля 2012 года № 118

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Руководство по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике».

2. Начальнику УОМП и ЛП (Тойматов С. Ш.), заведующему ООЗ (Исмаилова Б.А), генеральному директору ЦПЗ и ГСЭН (Исаков Т.Б.) обеспечить внедрение «Руководство по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике» и координацию деятельности организаций здравоохранения в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий согласно требованиям данного руководства.

Срок: до потери силы данного приказа

3. Руководителям организаций здравоохранения всех уровней и главным врачам ЦПЗ и ГСЭН принять к руководству и исполнению данное «Руководство по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике».

Срок: со дня подписания данного приказа.

4. Ректорам КГМИ и ПК (Чубаков Т.Ч), КГМА (Кудайбергенова И.О.) и других ВУЗов, принимающих участие в постдипломной подготовке медицинских работников включить в учебные программы и обеспечить проведения обучения по повышению квалификации специалистов по данному руководству по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике.

Срок: согласно графика проведения курсов обучения.

5. Директору НПО «Профилактическая медицина» (Касымов О.Т.) провести научно-исследовательские работы для оценки системы эпиднадзора и эффективности мероприятий по борьбе с вирусными гепатитами.

Срок: 2018-2020 гг.

6. Директору РЦУЗ (Айтмурзаева Г.Т.) усилить социальную мобилизацию населения на борьбу с вирусными гепатитами и организовать разработку информационно-образовательного материала для населения по профилактике вирусных гепатитов.

Срок: 2018-2019 гг.

7. Считать утратившим силу приказ министерства здравоохранения КР № 488 от 01.07.2009 г. «О мерах по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами населения Кыргызской Республики».

8. Контроль за реализацией данного приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Э.М. Чечейбаева

Министр

К. С. Чолпонбаев

Руководство по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике

Система эпидемиологического надзора (ЭН) за энтеральными и гемоконтактными вирусными гепатитами (ВГ) содержит следующие разделы:

- I. Выявление больных вирусными гепатитами (ВГ);
- II. Учёт, регистрация и отчет о заболеваемости ВГ в организациях здравоохранения (ОЗ);
- III. Алгоритм наблюдения больных ВГ на уровне первичной медикосанитарной помощи (ПМСП);
- IV. Учёт, регистрация и отчет о заболеваемости ВГ в центре профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора (ЦПЗ и ГСЭН);
- V. Эпидемиологический анализ заболеваемости и прогноз эпидемиологической ситуации; На основании данных, полученных системой эпиднадзора за ВГ, будут разрабатываться **меры контроля:**
- VI. Профилактические мероприятия;
- VII. Противоэпидемические мероприятия;
- VIII. Оценка эффективности проведенных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.

I. ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

1.1. Пассивный метод выявления:

Выявление больных острыми энтеральными и/или острыми и хроническими гемоконтактными ВГ проводится медицинскими работниками организаций здравоохранения (ОЗ) независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности (амбулаторные, стационарные, частные медицинские организации) при обращении за медицинской помощью согласно стандартным определениям случая острых и хронических гепатитов.

Стандартные определения случая острых гепатитов

Определение случая острого гепатита¹:

- клинические критерии: начало с лихорадки, недомогания, утомляемости, наличие анорексии, тошноты, болезненности в правом верхнем квадранте живота, желтухи склер и кожи, потемнения мочи, обесцвечивания кала;
- и/ или биохимические критерии: повышение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) более чем в 10 раз выше верхней границы нормы и тимоловой пробы.

Подтверждённый случай острого гепатита А (ОГ А):

Пациент, имеющий критерии «Определение случая острого гепатита» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови anti-HAV IgM - антител класса М к вирусу гепатита А, методом ИФА.

Примечание - обнаружение HAV РНК - вируса гепатита А в крови методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР), без результатов анализа крови на anti-HAV IgM (ИФА) так же может быть подтверждением диагноза ОБГА;

Шифры по МКБ-10

- В 15 Острый гепатит А
- В 15.0 Гепатит А с печеночной комой
- В 15.9 Гепатит А без печеночной комы

¹ Технические вопросы и определения случая для повышения эффективности надзора за вирусным гепатитом, ВОЗ, 2016

Подтвержденный случай острого гепатита E:

Пациент, имеющий критерии «Определение случая острого гепатита» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови anti- HEV IgM - антител класса М к вирусу гепатита E, методом ИФА.

Шифры по МКБ-10 В 17.2 Острый гепатит E

Подтвержденный случай острого гепатита B без дельта агента

Пациент, имеющий критерии «Определение случая острого гепатита» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg –поверхностного антигена вируса ГВ, методом ИФА
- и/или anti-HBc IgM - антител класса М к сердцевинному антигену, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В в крови, методом ПЦР.

Шифры по МКБ-10 B16 Острый гепатит В (ОГ В)
B16.2 ОГ В без дельта-агента с печеночной комой
B16.9 ОГ В без дельта-агента и без печеночной комы

Определение случая острого гепатита B с дельта агентом:

- клинические критерии: начало с лихорадки выше 38оС, сохраняющейся и в желтушном периоде, озноба, недомогания, утомляемости, наличие анорексии, тошноты, рвоты, интенсивные боли в правом верхнем квадранте живота, желтухи склер и кожи, зачастую полиморфной сыпи, суставных болей, увеличение селезёнки, чаще, чем при остром гепатите В (ОГВ), а также потемнение мочи, обесцвечивания кала;
- биохимические критерии: более высокие показатели активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) чем при ОГВ, причём АСТ выше активности АЛТ, значительное повышение показателя тимоловой пробы

Подтвержденный случай острого гепатита B с дельта-агентом (коинфекция)

Пациент, имеющий критерии «Определения случая острого гепатита В с дельта-агентом» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg –поверхностного антигена вируса ГВ, методом ИФА
- и/или anti-HBc IgM - антител класса М к сердцевинному антигену, методом ИФА
- с anti- HDV IgM - антител класса М к вирусу гепатита D, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР
- и HDV РНК - вируса гепатита D, методом ПЦР.

Подтвержденный случай острой дельта (супер) инфекции - инфицирование вирусом гепатита D пациента с хронической ВГВ-инфекцией

Пациент, имеющий критерии «Определения случая острого гепатита В с дельта-агентом» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg –поверхностного антигена вируса ГВ, методом ИФА
- и/или anti-HBc IgG - антител класса G к сердцевинному антигену, методом ИФА
- anti- HDV IgM - антител класса М к вирусу гепатита D, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР
- и HDV РНК - вируса гепатита D, методом ПЦР.

Шифры по МКБ-10	B16.0 ОГ В с дельта-агентом (коинфекция) и печеночной комой.
	B16.1 ОГ В с дельта-агентом (коинфекция) без печеночной комы.
	B17.0 Острая дельта (супер-) - инфекция пациента при хроническом гепатите В

Подтвержденный случай острого гепатита С

Пациент, имеющий критерии «Определения случая острого гепатита» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- anti- HCV IgM - антител класса М к вирусу гепатита С, методом ИФА
- и/или HCV РНК - вируса гепатита С, методом ПЦР.

Примечание - в большинстве случаев ОГС протекает бессимптомно, желтушная форма гепатита регистрируется в 15-17%, в связи с чем желтуха кожи и склер, может быть необязательным критерием «Определения случая острого гепатита С»

Шифры по МКБ-10 B17.1 Острый гепатит С

Стандартные определения случая хронических гепатитов

Европейской комиссией по изучению заболеваний печени (EASL) с 2016 года «Носительство вируса гепатита В» рекомендуется диагностировать, как **Хроническую HBV инфекцию**, а «Носительство вируса гепатита С» – как

Хроническую HCV- инфекцию.

Определение случая хронического гепатита1:

Пациент, **не соответствующий критериям острого гепатита:**

- клинические критерии могут отсутствовать или встречаться от легкой степени до выраженной: быстрая утомляемость, слабость, эмоциональная лабильность, потеря аппетита, тошнота, интенсивные боли в правом верхнем квадранте живота, расстройство пищеварения, желтуха, увеличение печени и селезёнки;
- биохимические критерии: аланинаминотрансфераза (АЛТ) может быть в пределах нормы или умеренно повышаться

Подтвержденный случай «Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента» (Хроническая HBV–инфекция)

Пациент, имеющий критерии «Определения случая хронического гепатита» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg более 6 месяцев, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР

Шифры по МКБ-10 В 18.1 Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента

Подтвержденный случай «Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом» (Хроническая HBV–инфекция с дельта агентом)

Пациент, имеющий критерии «Определения случая хронического гепатита» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg более 6 месяцев, методом ИФА
- anti- HDV IgG - антител класса G к вирусу гепатита D, методом ИФА

- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР
- и HDV РНК - вируса гепатита D, методом ПЦР.

Шифры по МКБ-10 В 18.0 Хронический вирусный гепатит В с дельта - агентом
Подтвержденный случай «Хронический вирусный гепатит С»
(хроническая HCV–инфекция)

Пациент, имеющий критерии «Определения случая хронического гепатита» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- anti- HCV IgG - антител класса G к вирусу гепатита С, методом ИФА
- и/или HCV РНК - вируса гепатита С, методом ПЦР

Шифры по МКБ-10 В 18.2 Хронический вирусный гепатит С

Стандартные определения случая цирроза печени

Определение случая цирроза печени

- клинические критерии могут отсутствовать или встречаться от легкой степени до выраженной: быстрая утомляемость, слабость, эмоциональная лабильность, потеря аппетита, тошнота, интенсивные боли в правом верхнем квадранте живота, расстройство пищеварения, желтуха, увеличение печени и селезёнки, асцит, портальная гипертензия;
- биохимические критерии: аланинаминотрансфераза (АЛТ) может быть в пределах нормы или умеренно повышаться
- морфологические критерии - (Ультразвуковое исследование (УЗИ), Компьютерная томография (КТ), Ядерно-магнитно-резонансная томография (ЯМРТ)) –признаки обширного фиброза, узелковых уплотнений ткани печени, изменений её архитектоники и нарушения печеночного кровообращения

Подтвержденный случай «Цирроз печени в исходе гепатита В без дельта агента»

Пациент, имеющий критерии «Определения случая цирроза печени» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР

Подтвержденный случай «Цирроз печени в исходе гепатита В с дельта агентом»

Пациент, имеющий критерии «Определения случая цирроза печени» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg, методом ИФА
- anti- HDV IgG - антител класса G к вирусу гепатита D, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР
- и HDV РНК - вируса гепатита D, методом ПЦР.
-

Подтвержденный случай «Цирроз печени в исходе гепатита С»

Пациент, имеющий критерии «Определения случая цирроза печени» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- anti- HCV IgG - антител класса G к вирусу гепатита С, методом ИФА
- и/или HCV РНК - вируса гепатита С, методом ПЦР.

Стандартное определение случая гепатоцеллюлярной карциномы**Определение случая гепатоцеллюлярной карциномы(ГЦК) (печеночноклеточного рака)**

- клинические критерии: на ранних стадиях клинические проявления заболевания отсутствуют или весьма скудны, преобладают общие симптомы онкологического заболевания: слабость, похудение, снижение работоспособности, утомляемость, анорексия, психическая депрессия. В более поздних стадиях - тупые боли в правом подреберье, гипертермию. К поздним симптомам относят асцит и обтурационную желтуху, возникающие за счет сдавления опухолью внутрипеченочных ветвей воротной вены и магистральных желчных протоков. Сдавление опухолью печеночных вен вызывает развитие синдрома Бадда-Киари.;
- биохимические критерии: аланинаминотрансфераза (АЛТ) может быть в пределах нормы или умеренно повышаться
- морфологические критерии - (Ультразвуковое исследование (УЗИ), Компьютерная томография (КТ), Ядерно-магнитно-резонансная томография (ЯМРТ)) – опухолевый узел.

Подтвержденный случай «Гепатоцеллюлярная карцинома в исходе гепатита В без дельта агента»

Пациент, имеющий критерии «Определения случая гепатоцеллюлярной карциномы» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР

Подтвержденный случай «Гепатоцеллюлярная карцинома в исходе гепатита В с дельта агентом»

Пациент, имеющий критерии «Определения случая гепатоцеллюлярной карциномы» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- HBsAg более 6 месяцев, методом ИФА
- anti- HDV IgG - антител класса G к вирусу гепатита D, методом ИФА
- и/или HBV ДНК - вируса гепатита В, методом ПЦР
- и HDV РНК - вируса гепатита D, методом ПЦР.

Подтвержденный случай «Гепатоцеллюлярная карцинома в исходе гепатита С»

Пациент, имеющий критерии «Определения случая гепатоцеллюлярной карциномы» и лабораторное подтверждение, в виде обнаружения в крови

- anti- HCV IgG - антител класса G к вирусу гепатита С, методом ИФА
- и/или HCV РНК - вируса гепатита С, методом ПЦР.

1.2. Активный метод выявления (скрининг):

Активный метод выявления больных вирусными гепатитами – это систематическая, определенным образом организованная и подкреплённая нормативными документами деятельность организаций здравоохранения, основанная на лабораторном обследовании лиц на маркеры вирусных гепатитов.

В целях активного выявления больных с острыми и хроническими формами вирусных гепатитов подлежат обследованию определенные группы населения (доноры, беременные и др.), а также персонал учреждений, подвергающиеся определенному риску заражения и представляющие важное эпидемиологическое значение в распространения заболевания (таблица №1). Ответственность за активное выявление больных с ВГ и последующие меры по их регистрации, учету и соответствующий мониторинг возлагается на руководителей организаций здравоохранения и/или на специально назначенных ответственных медицинских работников.

Таблица №1

**Перечень лиц,
подлежащих обязательному обследованию (скринингу) на
инфицированность вирусами гепатита В (HBsAg) и С (анти-НСV)
для активного выявления больных.**

№	Категории обследуемых	Порядок обследования
Группы людей		
1.	Доноры	При каждой кроводаче
2.	Беременные	При взятии на учет по беременности
3.	Реципиенты крови и ее компонентов	Через 6 месяцев с момента первой трансфузии
4.	Лица, имеющие бытовые и сексуальные контакты с больными острыми и хроническими вирусными гепатитами, циррозом и гепатоцеллюлярной карциноме в их исходе.	Однократно, при выявлении больного в очаге, далее по эпидемиологическим и клиническим показаниям
5.	Опекаемые лица закрытых детских учреждений (дома ребенка, детские дома, спец. интернаты, школы интернаты и др.)	При поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно – по клиническим и эпидемиологическим показаниям
6.	заключенным и лицам, ранее находившимся в местах лишения свободы	При первичном обращении, дополнительно – по клиническим и эпидемиологическим показаниям
7.	Ключевые лица: ЛУИН, РС, МСМ и др	
Персонал учреждений, независимо от формы собственности		
1	организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	При приеме на работу и далее не привитые против гепатита В лица 1 раз в год, дополнительно - по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Примечание: Медицинский персонал с положительным анализом на HBs Ag и anti HCV не подлежит обязательному ежегодному обследованию (проф. осмотра) на HBs Ag и anti HCV. Указанные лица подлежат лечению как пациенты с ХГВ и/или ХГС, согласно КП «Профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов В, С и D»,
2	отделений гемодиализа, трансплантации органов	
3	клинико-диагностических и биохимических лабораторий	
4	хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, гематологических, неонатологических, офтальмологических, отоларингологических,	

	анестезиологических, реанимационных, стоматологических, инфекционных и гастроэнтерологических стационаров, а также отделений и кабинетов поликлиник, ЦСМ (в том числе процедурных, прививочных), персонал станций и отделений скорой помощи и т.д	утвержденного приказом МЗ КР от №42 от 18.01.2017г. При этом, после успешной терапии ВГС противовирусными препаратами, у пролеченных пациентов - anti HCV, Ig G будут выявляться всю жизнь, что расценивается как постинфекционный иммунитет.
6	закрытых детских учреждений (дома ребенка, детские дома, спец. интернаты, школы-интернаты и др.)	
7	- парикмахерских, косметологических салонов, маникюрных, педикюрных салонов и др.	
Пациенты медицинских учреждений, независимо от форм собственности:		
1	центров и отделений гемодиализа и хронической почечной недостаточности (ХПН)	При первичном обращении и через каждые 6 месяцев, при этом на HBs Ag – только не вакцинированных против ВГВ
2	<ul style="list-style-type: none"> • с хроническими заболеваниями: гепатологические, гематологические, туберкулезные, онкологические, психоневрологические, сердечно-сосудистые, наркологические и кожно-венерологические и т.д. • людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ, В 20); 	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования и далее 1 раз в год, дополнительно - по показаниям
3	поступающие в хирургические, травматологические, гинекологические и др стационары	При поступлении в стационар для оказания экстренной и плановой медицинской помощи
4	в стоматологические отделения и кабинеты	При первичном обращении – при наличии возможности.
5	кабинетов инвазивных скопических процедур: бронхо-, гастро-, колоно-, лапароскопии и т.д.	При первичном обращении – при наличии возможности.

Алгоритм действия в зависимости от результатов скрининга на ВГВ и ВГС:

Обследование на HBs Ag:

- при отрицательном результате – рекомендовать вакцинацию против ВГВ и провести информирование о безопасном поведении
- при положительном результате – направить на консультацию к инфекционисту/гепатологу для определения стадии болезни и назначения лечения.

Обследование на антитела к ВГС:

- при отрицательном результате – провести информирование о безопасном поведении
- при положительном результате – направить на консультацию к инфекционисту/гепатологу для определения стадии болезни и назначения лечения.

II. УЧЁТ, РЕГИСТРАЦИЯ И ОТЧЁТ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВГ в ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

1. На каждый **подозрительный** случай острых энтеральных, острых и впервые выявленных хронических парентеральных вирусных гепатитов (В, D и С), цирроза печени и/или гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК, рак печени) в исходе гепатитов В и С, заподозривший медицинский работник, независимо от специальности и формы собственности организации здравоохранения (ОЗ), подаёт экстренное извещение (форма №058у, установленное постановлением правительства КР №583 от 23.09.2011г.) в территориальный ЦПЗ и ГСЭН в течение 24 часов и записывает эпид. номер в карту больного (амбулаторную или стационарную).
2. При подозрительном случае ВГ для подтверждения диагноза, медработнику, заподозрившему и установившему предварительный диагноз, необходимо
 - a. собрать эпидемиологический анамнез у пациента с уточнениями факторов риска
 - b. направить его на лабораторное обследование на вирусные гепатиты А, В, С и D (Приложение 1).
 - c. в течение 7 дней подтвердить или отменить предварительный диагноз вирусного гепатита на основании результатов лабораторного обследования и подать повторное экстренное извещение (форма №058у.) как «подтверждённый случай» острых энтеральных или острых и впервые выявленных хронических парентеральных гепатитов В или D или С, цирроза печени и/или гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК, рак печени) в исходе гепатитов В и С в территориальный ЦПЗ и ГСЭН
 - d. в случае получения отрицательных результатов лабораторного обследования медработник подает экстренное извещение (форма №058у.) об отмене диагноза.
3. В ОЗ имеющих компьютерную «Автоматизированную информационную систему слежения за инфекционными и паразитарными болезнями (АИС) руководителем назначается ответственное лицо,
 - a. подает экстренное извещение о подозрительном случае
 - b. подтверждает или отменяет предварительный диагноз, на основании лабораторных данных, в течении 7 дней после подачи экстренного извещения.
4. При установлении диагноза острого вирусного гепатита А и Е, пациенту назначается лечение согласно “Клиническому руководству по вирусным гепатитам А и В, утвержденному приказом МЗ КР № 479 от 25.08.2014г.
5. При наличии показаний лечение острых и хронических парентеральных гепатитов и цирроза печени в исходе гепатитов В и С проводится согласно клиническому протоколу: “Диагностика, лечение и профилактика острых и хронических вирусных гепатитов В, С и D”, утвержденному Приказом МЗ КР №42 от 18.01.2017г.
6. Алгоритм наблюдения на уровне ПМСП пациентов, в том числе беременных женщин, с острыми энтеральными, острыми и впервые выявленными хроническими парентеральными вирусными гепатитами (В и С), цирроза печени и/или гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК, рак печени) в исходе гепатитов В и С проводится согласно III разделу настоящего руководства.
7. Специалисту ПМСП в очаге
 - a. **острого** вирусного гепатита (энтеральных и парентеральных) необходимо наблюдать контактных лиц до 35 дней, с момента выявления последнего больного с осмотром 1 раз в неделю (жалобы, термометрия, цвет кожи и слизистых оболочек, пальпация печени, цвет мочи и кала) согласно Приказа МЗ КР №610 от 26.11.2008 г. и при необходимости обследовать по клиническим показаниям на маркеры ВГА, В, С, методом ИФА, АЛТ, АСТ и билирубин при наличии желтухи.

- b. **впервые выявленного хронического** вирусного гепатитов В и С, цирроза печени и/или гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК, рак печени) в исходе гепатитов В и С необходимо обследовать контактных лиц на маркеры ВГ: HBsAg и anti-HCV, методом ИФА и при наличии показаний - АЛТ, АСТ и билирубин при наличии желтухи.
8. В случае летального исхода больных с ВГ, медицинский работник, констатировавший смерть, немедленно подает экстренное извещение (форма №058у.) в ЦПЗиГСЭН с указанием даты смерти и клинического диагноза, об основных и сопутствующих причинах смерти на основании врачебного свидетельства о смерти, с указанием её вида (первоначальная, непосредственная), номера и даты выдачи.
 9. Дезинфекционные мероприятия проводятся согласно постановлению Правительства №32 «Об утверждении Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения КР» от 12.01.2012г. Приказ МЗ КР №114 «Эпидемиологический надзор за гемоконтактными инфекциями» от 13.03.2015г.
 10. В ОЗ стационарных или амбулаторных больных с острыми энтеральными, острыми и впервые выявленными хроническими парэнтеральными вирусными гепатитами (В и С), цирроза печени и/или гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК, рак печени) в исходе гепатитов В и С необходимо учитывать и регистрировать в «Журнал учёта и регистрации больных инфекционными и паразитарными заболеваниями» (форма 060/у) с занесением эпидемиологического номера, в «Журнал регистрации экстренных извещений 058/у», в компьютерную программу «Автоматизированная информационная система слежения за инфекционными и паразитарными болезнями (АИС)». Кроме этого, амбулаторных больных необходимо включать в отчетную форму №12 - здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (ЦСМ, диспансера, ГСВ)», а стационарных - в отчетную форму № 14 -здрав «Отчет о деятельности стационара».
 11. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета инфекционных болезней, а также за своевременную передачу экстренных извещений несет руководитель организации здравоохранения.

III.АЛГОРИТМ МОНИТОРИНГА НА УРОВНЕ ЦМСЦ

Острые гепатиты А и Е

1. Выявленные пациенты с гепатитом А или Е могут получить лечение
 - a. по месту жительства в кабинетах инфекционных заболеваний (КИЗ) ЦСМ, ЦОВП, ГСВ, ФАП и др. в легких и среднетяжелых случаях
 - b. в стационаре при тяжелом течении заболевания и/или по эпид показаниям: закрытые детские учреждения, большая скученность в семье и/или отсутствие условия для соблюдения санитарно-гигиенических требований и тд
2. Пациенты, перенёвшие гепатит А и Е, через 10 дней после выписки из стационара или от последних нормальных показателей АЛТ при лечении на дому, сдают контрольные анализы крови на АЛТ, билирубин и тимоловую пробу
3. Реконвалесценты гепатита А и Е находятся под диспансерным наблюдением в течении 1-3 мес. после выписки из стационара или от последних нормальных показателей АЛТ при лечении на дому, в зависимости от их самочувствия, скорости нормализации размеров печени. При этом, необходимо определить уровень АЛТ, АСТ в конце наблюдения.
4. При возобновлении у реконвалесцента гепатита А или Е желтухи и гиперферментемии (повышение активности АЛТ, АСТ) необходима повторная госпитализация по тяжести состояния для разграничения возможного рецидива ГА, ГЕ от манифестации гепатита иной этиологии (в том числе аутоиммунного).

5. При отсутствии каких-либо клинических и лабораторных отклонений от нормальных показателей они снимаются с учёта с рекомендацией освобождения от тяжёлой физической работы и занятий спортом на 3 мес.
6. Противопоказаны профилактические прививки, кроме столбнячного анатоксина и вакцины для профилактики бешенства на 1 месяц от момента выписки из стационара или окончания амбулаторного лечения
7. Нежелательно проведение плановых операций, противопоказано назначение гепатотоксичных медикаментов в течение полугода после перенесённого гепатита А и Е.

Острый гепатит В

1. Выявленные пациенты с острым гепатитом В могут получать лечение
 - a. по месту жительства в кабинетах инфекционных заболеваний (КИЗ) ЦСМ, ЦОВП, ГСВ, ФАП и др. в легких и среднетяжелых случаях
 - b. в стационаре - при тяжелой форме заболевания и/или наличии осложнений.
2. Лица, перенёвшие острый гепатит В, в дальнейшем подлежат обязательной диспансеризации в течение 6 месяцев в кабинете инфекционных заболеваний ЦСМ, ЦОВП или ГСВ (ФАП) и др.
3. Осмотр и контроль активности АЛТ и АСТ (определение уровня билирубина – только при наличии желтухи) проводятся через 10 дней и при наличии показаний через 3 месяца после выписки из стационара или окончания амбулаторного лечения.
4. В случае повышения активности АЛТ и АСТ, вести пациента как с «Острым вирусным гепатитом В затяжной формой».
5. Через 6 месяцев от начала болезни пациенты подлежат обязательному обследованию на активность, HBs Ag и anti-HBs, АЛТ и АСТ (определение уровня билирубина – только при наличии желтухи).
 - a. При положительном результате обследования на HBs Ag, выставить диагноз «Хронический вирусный гепатит В» и вести пациента согласно КП «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D, утвержденный приказом МЗ КР №42 от 18. 01 .2017г .
 - b. При отрицательных результатах на наличие HBsAg, необходимо повторить исследование на HBsAg и анти HBs через 9 месяцев от начала болезни.
 - c. При двукратных отрицательных анализах на HBsAg (6 и 9 мес.), стойкой нормализации показателей клинико-биохимических исследований и при наличии титра анти HBs более 10 мМЕ/мл (появляется через 2-3 месяца после исчезновения HBSAg) можно снять с учёта как «Реконвалесцент острого гепатита В».
6. После перенесенного острого ГВ
 - a. можно приступить к учёбе, работе при условии хорошего самочувствия и нормальной активности АЛТ и АСТ (определение уровня билирубина – только при наличии желтухи).
 - b. освобождаются от занятий спортом и физкультурой и тяжёлой физической нагрузки на 3-6 мес., в зависимости от состояния здоровья.
 - a. Противопоказаны профилактические прививки, кроме столбнячного анатоксина и вакцины для профилактики бешенства на 1 месяц от момента выписки из стационара или окончания амбулаторного лечения
7. Пациенты с сохраняющейся HBS-антигемией представляют группу риска по возможности присоединения дельта-вирусной инфекции, и в связи с этим, пациентам рекомендуется избегать парэнтеральных вмешательств, которые можно отложить (протезирование зубов, плановые операции и т.д.).

Острый гепатит В с дельта-агентом

1. Пациенты, перенесшие ОГВ с дельта-агентом (ко-инфекция), подлежат диспансерному наблюдению в течение 6 мес. после выписки из стационара. Интервалы между осмотрами, лабораторными исследованиями, критерии снятия с учёта, соответствуют таковым при моно-инфекции ГВ.
2. Пациенты перенесшие острый ГД на фоне хронической ВГВ-инфекции (суперинфекция) с признаками активности процесса (повышенные показатели АЛТ, АСТ, Тимоловой пробы) остаются на учёте врача без ограничения срока.

Острый гепатит С

1. Выявленные пациенты с острым гепатитом С могут получать лечение
 - a. по месту жительства в кабинетах инфекционных заболеваний (КИЗ) ЦСМ, ЦОВП, ГСВ, ФАП и др. в легких и среднетяжелых случаях.
 - b. в стационаре - при тяжелом течении и/или наличии осложнений.
2. Лица, перенёвшие острый гепатит С, в дальнейшем подлежат обязательной диспансеризации в течение жизни в кабинете инфекционных заболеваний ЦСМ, ЦОВП или ГСВ (ФАП) и др.
3. Осмотр и контроль активности АЛТ и АСТ (определение уровня билирубина – только при наличии желтухи) проводятся через 10 дней и при наличии показаний через 3 месяца после выписки из стационара или окончания амбулаторного лечения.
4. После перенесенного острого ГС
 - a. могут приступить к учёбе, работе не ранее чем через 3-4 недели после выписки из больницы или амбулаторного лечения, при условии хорошего самочувствия и нормальной активности АЛТ и АСТ (определение уровня билирубина – только при наличии желтухи).
 - b. освобождаются от занятий спортом и физкультурой и тяжёлой физической нагрузки на 3-6 мес..
 - c. противопоказаны профилактические прививки, кроме столбнячного анатоксина и вакцины для профилактики бешенства на 1 месяц от момента выписки из стационара или окончания амбулаторного лечения
5. Через 6 месяцев от начала болезни пациенты подлежат обязательному обследованию на ПЦР ВГС, качественным методом и активность АЛТ и АСТ (определение уровня билирубина – только при наличии желтухи).
 - a. При отрицательных результатах ПЦР ВГС, качественным методом и стойкой нормализации показателей биохимических показателей функции печени пациент обследуется 1 раз в год на вирусную нагрузку методом ПЦР, качественно и биохимические показатели функции печени, УЗИ органов брюшной полости.
 - b. При наличии вирусной нагрузки HCV пациенты обследуются и наблюдаются как пациенты с хроническим вирусным гепатитом С и подлежат лечению согласно КП «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D, утвержденный приказом МЗ КР №42 от 18. 01 .2017г .

Пациенты с впервые выявленным положительным анализом на HBsAg:

Врачу ПМСП при первичном приеме пациента необходимо

- собрать эпидемиологический анамнез (возможные риски и пути заражения, контакты, семейная очаговость и др.)
- собрать анамнез болезни- когда впервые, при каких обстоятельствах обнаружен маркёр гепатита В (HBsAg);

- провести объективный осмотр пациента на установление клинических симптомов гепатита;
- направить пациента на лабораторное обследование:
 - определение уровней АЛТ/АСТ в сыворотке крови;
 - определение уровня билирубина – только при наличии желтухи;
 - определение показателя тимоловой пробы;
 - наличие в крови HBeAg (при наличии возможности)
 - наличие HBV ДНК в сыворотке крови количественным методом ПЦР (вирусная нагрузка);
- направить пациента на инструментальное обследование
 - УЗИ печени;
 - фиброэластография (ФИБРОСКАН) по доступности, для определения наличия или отсутствия фиброза печени по шкале METAVIR.
- лицам старше 40 лет (или более молодым людям при высокой заболеваемости гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК) в регионе и наличия ГЦК у членов семьи) – рекомендуется провести скрининг на ГЦК с использованием ультразвукового исследования органов брюшной полости и определением альфа-фетопротеина (АФП). (один раз в 6 месяцев)
- На основании полученных результатов сформулировать диагноз, определить форму, тяжесть и стадию заболевания, согласно КП «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D, утвержденный приказом МЗ КР №42 от 18.01.2017г, подать экстренное извещение в территориальный ЦПЗиГСЭН.
- определить дальнейшую тактику ведения пациента:
 - амбулаторное наблюдение и лечение
 - при наличии показаний - стационарное лечение

Пациенты с Хроническим гепатитом В, независимо от наличия дельта агента, подлежат мониторингу

каждые 6 месяцев, для определения возможной необходимости назначения ПВТ пациентам, которым противовирусная терапия не рекомендуется или отложена, для предупреждения прогрессирования заболевания печени в будущем:

- не получающие противовирусную терапию (ПВТ);
- без клинических доказательств наличия цирроза печени (или с индексом APRI ≤ 2 у взрослых), при стабильно нормальных уровнях АЛТ и низким уровнем репликации ВГВ (ДНК ВГВ < 2000 МЕ/мл), независимо от статуса по HBeAg или возраста (А);
- без цирроза, в возрасте ≤ 30 лет, при уровнях ДНК ВГВ $> 20\,000$ МЕ/мл, но со стабильно нормальными уровнями АЛТ (А);
- без цирроза, в возрасте ≤ 30 лет, с отрицательным HBeAg, при уровнях ДНК ВГВ в диапазоне $2000 - 20\,000$ МЕ/мл или периодически повышенных уровнях АЛТ (В).

каждые 3 мес:

- лица с более продвинутой стадией заболевания: компенсированный или декомпенсированный цирроз;
- лица с сопутствующей ВИЧ-инфекцией;
- при возникновении проблем с соблюдением режима лечения и после прерывания лечения;

- в течение первого года ПВТ, для оценки приверженности к лечению и ответа на лечение;

При этом, необходимо наблюдение за следующими клинико-лабораторными показателями:

- астенический синдром
- желтуха;
- увеличение печени и селезёнки;
- геморрагический синдром;
- периферические отёки и асцит;
- уровень АЛТ и АСТ, ДНК ВГВ , HBsAg и HBeAg;
- результаты неинвазивных тестов (индекс APRI или FibroScan) для оценки возникновения цирроза у лиц с первоначальным отсутствием цирроза.
- при наличии возможности - динамическая эластография;
- УЗИ гепатобилиарной системы и определение показателя альфа-фетопротеина для проведения скрининга на ГЦК каждые 6 мес

Пациенты с Хроническим гепатитом В, независимо от наличия дельта агента, получающие противовирусную терапию (ПВТ) в амбулаторных условиях

- подлежат мониторингу для оценки прогрессирования заболевания и эффективности терапии, до, вовремя и в течение 1 года после лечения каждые 3 мес.
- При этом необходимо наблюдение за следующими клинико-лабораторными показателями:
 - потеря массы тела;
 - желтуха;
 - увеличение печени и селезёнки;
 - геморрагический синдром;
 - периферические отёки и асцит;
 - уровень АЛТ и АСТ, ДНК ВГВ , HBsAg и HBeAg;
 - результаты неинвазивных тестов (индекс APRI или FibroScan) для оценки возникновения цирроза у лиц с первоначальным отсутствием цирроза.
- Мониторинг элиминации вируса ГВ проводится методом ПЦР
 - а. после получения отрицательного результата на ДНК вируса гепатита В методом количественного ПЦР - тестировать на качественный ПЦР;
 - б. после получения отрицательного результата качественного ПЦР – тестировать на HBsAg;
 - с. после получения отрицательного результата на HBsAg–тестировать на anti-HBs (последний появляется через 12 недель после исчезновения HBsAg).
- наблюдение - пожизненно
- При наличии стойко отрицательного анализа HBsAg и anti-HBs >10МЕ/мл – расценивать как «Реконвалесцент Хронического гепатита В» и можно снять с учёта

Пациенты с впервые выявленными антителами на вирус гепатита С (anti HCV):

Врачу ПМСП при первичном приеме пациента необходимо:

- собрать эпидемиологический анамнез (возможные риски и пути заражения, контакты, семейная очаговость и др);
- собрать анамнез болезни- когда впервые, при каких обстоятельствах обнаружен маркёр гепатита С (anti – HCV);

- провести объективный осмотр пациента на установление клинических симптомов гепатита;
- направить пациента на лабораторное исследование:
 - определение уровней АЛТ/АСТ в сыворотке крови;
 - определение уровня билирубина – только при наличии желтухи;
 - определение показателя тимоловой пробы;
 - наличие HCV РНК в сыворотке крови качественным методом ПЦР.
- направить пациента на инструментальное исследование:
 - УЗИ печени;
 - фиброэластография (ФИБРОСКАН) по доступности, для определения наличия или отсутствия фиброза печени по шкале METAVIR.
- лицам старше 40 лет (или более молодым людям при высокой заболеваемости гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК) в регионе и наличия ГЦК у членов семьи) – рекомендуется провести скрининг на ГЦК с использованием ультразвукового исследования органов брюшной полости и определением альфа-фетопротеина (АФП). (один раз в 6 месяцев)
- При положительном результате ПЦР, качественным методом – выставить диагноз Хронический вирусный гепатит С, передать экстренное извещение в территориальный ЦПЗиГСЭН и вести пациента согласно КП «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D, утвержденный приказом МЗ КР №42 от 18. 01 .2017г
- Определить стадию, тяжесть и выбрать дальнейшую тактику ведения пациента:
 - амбулаторное наблюдение и лечение
 - стационарное лечение - при наличии показаний.
- При отрицательном результате ПЦР, качественным методом - выставить диагноз Хронический вирусный гепатит С, латентная форма – проводить мониторинг каждые 12 месяцев, с обследованием по вышеуказанному плану
- наблюдение - пожизненно

Пациенты с циррозом печени в исходе гепатитов В и С

- наблюдение - пожизненно.
- изучить семейный анамнез на предмет ГЦК
- должны пройти скрининг на ГЦК –ультразвуковое исследование органов брюшной полости и определение альфа-фетопротеина (АФП).
- При наличии показаний -госпитализация проводится в инфекционное отделение или инфекционную больницу, отдельно (отсек, палата) от больных острыми вирусными гепатитами, или в гепатологические отделения, центры, при их наличии.
- Вести согласно КП «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D, утвержденный приказом МЗ КР №42 от 18. 01 .2017г.

Беременные женщины с Хроническим вирусным гепатитом В, независимо от наличия дельта агента

- при выявлении маркера гепатита В, беременная должна быть направлена к инфекционисту, при его отсутствии - к врачу ГСВ
- назначаются АЛТ, АСТ, тимоловая проба, общий билирубин и фракции (при наличии желтухи).
- При повышенной активности АЛТ, АСТ – ежемесячный контроль за уровнем трансаминаз –совместное ведение пациента гастроэнтерологом, инфекционистом и гинекологом

- Назначаются в сроке беременности 24-26 недель:
 - ПЦР ВГВ, количественный
 - HBe Ag
 - Anti HDV, суммарные.
- Показания для лечения и его мониторинг у беременных женщин моно-инфекцией хронической HBV инфекцией не отличаются от показаний для лечения других больных; при этом рекомендуется использовать тенофовир с третьего триместра (Клинический протокол «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D», утвержденный приказом МЗ КР №42 от 18.01.2017г.).
- В настоящее время не рекомендуется использование противовирусной терапии с целью профилактики передачи вируса от матери ребенку.
- Родоразрешение – естественным путем, с сохранением грудного вскармливания, при отсутствии трещин сосков.

Беременных женщин с Хроническим вирусным гепатитом С

- Беременным при наличии антител против вируса гепатита С (anti- HCV) необходимости определения вирусной нагрузки нет (ПЦР РНК ВГС), так как противовирусная терапия им противопоказана.
- Необходимо определить активность АСТ, АЛТ, общий билирубин и фракции (при наличии желтухи).
- При повышенной активности АЛТ, АСТ – – ежемесячный контроль за уровнем трансаминаз –совместное ведение пациента гастроэнтерологом, инфекционистом и гинекологом
- Родоразрешение – естественным путем, с сохранением грудного вскармливания, при отсутствии трещин сосков.
- После окончания грудного вскармливания – повторное углубленное обследование,включая ПЦР РНК HCV, при наличии показаний назначить противовирусную терапию.

Дети и новорожденные родившиеся от матерей с Хроническим вирусным гепатитом С (В)

- Новорожденным, родившимся от матерей с положительным тестом анти-ВГС и отрицательным РНК ВГС, тестирование на ГС не проводят.
- У детей, рожденных от матерей с положительным тестом анти-ВГС и РНК ВГС (ПЦР), тест на анти-ВГС (ИФА) для определения инфицированности проводят в 12 мес. и старше.
- При наличии высокого риска инфицирования ребенка вирусом ГС и необходимости определения показаний к противовирусной терапии, тест на РНК ВГС (ПЦР) можно назначить с 3 месяцев.
- Детям, родившимся от матерей с ко-инфекцией ГС и ВИЧ, и новорожденным, с положительным анти-ВГС, в 12 месяцев проводят обследование на РНК ВГС (ПЦР). В случае положительного результата, желательно подтвердить в повторном анализе.
- У 20-40% детей с положительным тестом анти-ВГС и отрицательным РНК ВГС в 18 мес. наступает спонтанный клиренс вируса.
- Детям с ГС со средней степенью тяжести и другими инфекциями, лечение необходимо сбалансировать между пользой и риском побочных эффектов (С).

IV. Учет, регистрация и отчет о заболеваемости ВГ в ЦПЗ и ГСЭН.

В соответствии статьи 20 главы 3 Закона Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении», «Все случаи инфекционных заболеваний и массовых отравлений подлежат обязательной регистрации организациями здравоохранения, независимо от форм собственности по месту выявления, государственному учету и ведению отчетности по ним, в соответствии с порядком, установленным Правительством Кыргызской Республики»

Согласно требованиям Постановления Правительства Кыргызской Республики от 23 сентября 2011 года № 583 «Об утверждении Руководства по учёту инфекционных заболеваний в КР» все вирусные гепатиты (В15-В19) входят в перечень инфекционных болезней, подлежащих индивидуальному учёту в ЛПО и в центрах госсанэпиднадзора. В основе существующей в Кыргызстане системы статистического учёта ВГ лежит регистрация новых случаев острых форм инфекции и впервые в жизни выявленных случаев хронических форм парентеральных вирусных гепатитов, но не учитывается число больных, т.е., единицей статистического учёта является случай болезни, а не сам больной. В противном случае, данная ситуация не только не позволяет оценить истинную распространенность, но и создаёт предпосылки к искусственному увеличению числа впервые выявленных случаев хронических форм данных инфекций (в том числе сочетанных форм). При этом один и тот же больной ХГВ или ХГС может многократно обращаться за медицинской помощью в различные медицинские организации, в каждом из которых врачи будут расценивать его случай заболевания как выявленный впервые в жизни. Поэтому важно создание в стране единого государственного регистра больных вирусными гепатитами В и С и тщательный сбор эпидемиологического анамнеза пациентов с ВГ.

Основными отчетными документами в ЦПЗ и ГСЭН являются: «Журнал регистрации экстренных извещений», «Журнал учета и регистрации больных инфекционными и паразитарными заболеваниями» (форма 060/у), «Карта эпидемиологического расследования очага вирусного гепатита», «Отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях №1, ежемесячная, годовая».

Врач эпидемиолог/ помощник эпидемиолога, либо обученный специалист территориального ЦПЗ и ГСЭН:

1. регистрирует в «Журнал учета и регистрации больных инфекционными и паразитарными заболеваниями» (форма 060/у) всех выявленных больных с подтвержденными острыми энтеральными и/или острыми и впервые в жизни выявленными хроническими парентеральными вирусными гепатитами, циррозом печени и/или гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК, рак печени) в исходе гепатитов В и С на данной территории, независимо от места прописки или проживания.
2. осуществляет учет заболеваемости острыми энтеральными или острыми и впервые в жизни выявленными хроническими парентеральными вирусными гепатитами, циррозом печени и/или гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК, рак печени) в исходе гепатитов В и С на обслуживаемой территории (района/города) на основании экстренных извещений (ф.058у) или базы данных «Автоматизированной информационной системы слежения за инфекционными и паразитарными болезнями (АИС)».

3. В конце месяца на основании данных «Журнала учета и регистрации больных инфекционными и паразитарными заболеваниями» (форма 060/у) или базы данных АИС составляют «Отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях №1, ежемесячный, годовой» и отправляет в вышестоящие ЦПЗиГСЭН.
4. Передаёт внеочередное донесение в вышестоящие ЦПЗиГСЭН при
 - подозрении, диагностике заболевания и летальности от вирусного гепатита В у ребенка прививочного возраста (у лица, рождённого после 2000 года),
 - при одномоментном заболевании энтеральными ВГ в детских дошкольных учреждениях, школах, в подростковых и оздоровительных учреждениях, с числом больных 5 и более случаев;
5. Проводит эпидемиологическое расследование по месту фактического проживания больного:
 - при острых парентеральных вирусных гепатитах с заполнением «Формы сбора эпидемиологических данных на случай острых парентеральных вирусных гепатитов» (приложение 2)
 - при энтеральных вирусных гепатитах (гепатиты А, Е) с заполнением «Форма сбора эпидемиологических данных на при одномоментном выявлении 5 и более случаев энтеральных вирусных гепатитов» (приложение 3)
 - i. при одномоментной регистрации более пяти случаев в течение максимального инкубационного периода от последнего выявленного случая;
 - ii. при выявлении больного в организованных коллективах, эпидемиологически значимых объектах (молочная кухня, объекты водоснабжения, пищевые и приравненные к ним),
6. направляет данные о выявленных больных, проживающих в других областях, районах, городах в территориальный ЦПЗиГСЭН по месту их жительства для проведения дальнейшего эпидемиологического расследования и проведения работы в очаге;
7. передает специалисту отделения переливания крови сведения о выявленных больных парентеральным гепатитом ежемесячно, для недопущения их к донорству. Примечание: Больные вирусными гепатитами В и С пожизненно отстраняются от всех видов донорства;
8. информирует ПМСП о донорах, включая доноров из числа медицинского персонала отделения, кровь которых явилась фактором передачи посттрансфузионного гепатита для дальнейшего лабораторного обследования и наблюдения;
9. контролирует взятие на диспансерный учет пациента и выполнение условий диспансерного наблюдения в ПМСП (периодичность обследования, назначение противовирусной терапии и т.д.);
10. организует мероприятия, направленные на разрыв путей передачи инфекции и обеспечение противоэпидемического режима, безопасность медицинских процедур, устранение факторов риска и т.д.
11. при подозрении на внутрибольничное заражение вирусными гепатитами проводятся меры по сбору информации и предотвращению дальнейшего распространения инфекции, ликвидации факторов риска, согласно требованиям «Руководства по эпидемиологическому надзору за вирусными гемоконтактными инфекциями в организациях здравоохранения Кыргызской республики» утвержденного приказом Минздрава №114 от 13.03.2015 г.
12. Выносит на обсуждение проблему вирусных гепатитов на совещания района, айыл өкмөтү, мед советов, МКК для решения актуальных вопросов на административном уровне;
13. Разрабатывает межведомственный и межсекторальный комплексные планы по борьбе с вирусными гепатитами на районном уровне;

Эпидемиолог ЦПЗ и ГСЭН с функцией координации по области

1. Проводит анализ заболеваемости, оценку эпид ситуации в разрезе районов области, планирует и организует противоэпидемические мероприятия в эпидемиологически неблагополучных местах;
2. Контролирует мониторинг и оценку качества, проводимых противоэпидемических мероприятий в области;
3. Выносит на обсуждение проблему вирусных гепатитов на совещания администрации области, мед советов, МКК и т.д.;
4. Разрабатывает межведомственный и межсекторальный комплексный план по борьбе с вирусными гепатитами на областном уровне.

Эпидемиолог ЦПЗ и ГСЭН республиканского уровня.

1. Проводит анализ, оценку эпид.ситуации, планирование и организацию противоэпидемических мероприятий на республиканском уровне;
2. Оказывает консультативно-методическую помощь координирующим и районным ЦПЗ и ГСЭН;
3. Проводит контроль, мониторинг и оценку качества проводимых противоэпидемических мероприятий по республике
4. Разрабатывает межведомственный и межсекторальный комплексный план по борьбе с вирусными гепатитами на республиканском уровне.
5. Выносит на обсуждение проблему вирусных гепатитов на заседания СМКК, коллегии Министерства здравоохранения, республиканских санэпидсоветов и т.д.;
6. Проводит мониторинг и оценку качества реализации системы эпиднадзора за вирусными гепатитами.
7. Ежегодно пересматривают форму отчета №1 «Отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях (почтовая месячная, годовая)» и представляет в Нацстаткомитет Кыргызской Республики для утверждения

V. Эпидемиологический анализ заболеваемости вирусными гепатитами и прогноз эпидемиологической ситуации.

Эпидемиологический анализ заболеваемости ВГ проводится врачом эпидемиологом ЦПЗ и ГСЭН, на основе комплексного, многопланового изучения динамики заболеваний на конкретной территории за определенный промежуток времени согласно требованиям приказа, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики № 610 от 26.11.2008 г. «О совершенствовании системы эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями в Кыргызской Республике» и других нормативных документов регламентирующие проведения эпидемиологического анализа. Также при проведении эпидемиологического анализа необходимо использовать имеющиеся электронные базы данных созданные в рамках действующих нормативных документов МЗ КР. Эпидемиологическое расследование вспышек вирусных гепатитов проводятся в соответствии требованиям руководства утвержденный приказом министерство здравоохранения КР № 900 от 15.12.2016 г.

На основе полученных данных по результатам эпидемиологического анализа и расследовании случаев вспышек, врачи эпидемиологи с применением современных методов биостатистической обработки данных, с учетом закономерностей развития эпидемиологического процесса в регионах республики и факторов воздействия разрабатывает меры контроля и прогноз эпидемиологической ситуации по вирусным гепатитам.

VI. Профилактические мероприятия

Пути передачи.

Передача, связанная с оказанием медицинской помощи:

- переливание крови и её компонентов, трансплантация органов, тканей, спермы и костного мозга от инфицированного вирусом гепатита пациента.
- любые медицинские вмешательства, сопровождающиеся нарушением целостности кожи и слизистых оболочек
- нарушение правил безопасности при переливании крови и её компонентов, гемодиализе, трансплантации органов и внутривенных инъекциях.

Передача контактно- бытовым путем

- бытовое распространение инфекции при совместном использовании предметов, имеющих риск нарушения целостности кожи: зубные щётки, бритвенные и косметологические приборы и т.д. в семье.

Передача инфекции от матери ребенку

- Передача вируса ГС наблюдается в 4-8% родов, но её частота увеличивается до 10,8-25%, если женщина инфицирована ещё и ВИЧ.
- Передача вируса ГВ чаще наступает во время (интранатально) или после родов.

Передачи ВГ половым путём

Частота увеличивается, если указанный пациент является также ВИЧ-инфицированным или лицом, вовлеченным в оказание коммерческих секс - услуг.

Группы населения, подверженные повышенному риску заражения вирусом гепатита В и С:

- лица, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН),
- реципиенты биологических материалов
- лица, подвергающиеся инвазивным процедурам в медицинских учреждениях с неудовлетворительным соблюдением правил инфекционного контроля,
- дети, рожденные женщинами, инфицированными ВГС или ВГВ,
- лица, сексуальные партнеры которых инфицированы вирусом гепатита С или В,
- люди с ВИЧ-инфекцией,
- лица, наносящие татуировки или пирсинг.

Первичная профилактика гепатита В

Активной иммунизации - вакцинации подлежат: (А)

- все новорожденные, далее по Национальному календарю профилактических прививок,
- взрослые лица, с повышенным риском заражения вирусом гепатита В, проживающие в высокоэндемичных районах, семейных очагах;
- мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ);
- лица, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН);
- пациенты на гемодиализе;
- лица, инфицированные ВИЧ и ВГС;
- половые партнеры пациентов с хроническим гепатитом В, которые имеют отрицательные результаты анализов на маркеры вирусного гепатита В;
- лица, пребывающие в исправительных учреждениях;
- медицинские работники;
- студенты старших курсов медицинских ВУЗов и училищ.

Пассивной иммунизации – введению специфического иммуноглобулина против вируса гепатита В подлежат:

- все новорожденные, родившиеся от HBsAg-положительных матерей (параллельно с вакциной против гепатита В, в разные участки тела, в дозе 100 - 200 МЕ). Это уменьшает вероятность вертикальной передачи вируса на 90% особенно, при наличии у матери HBeAg-положительного хронического гепатита В (А). Высокая эффективность иммунопрофилактики отмечается при внутримышечном введении новорожденному иммуноглобулина против ГВ в течение 48 часов, а – более чем через 7 дней - эффективность низкая.
- Лица, имеющие «аварийный» контакт с кровью или тканями больных с Хронической HBV инфекцией

Вакцинация против гепатита В младенцев и новорожденных

Все младенцы должны получать первую дозу вакцины против гепатита В как можно раньше, в первые 24 часа после рождения; за первой дозой следуют еще три дозы. В Кыргызской Республике вакцинация детей против гепатита В, в рамках календаря профилактических прививок, началась в 2000 году (Приказ МЗ КР 107 от 06.04.2010г “О внедрении плановой иммунизации против вирусного гепатита В в КР”). Согласно приказу МЗ КР №117 от 13.03.09г “О введении в республике иммунизации детей пентавалентной вакциной” с 2009г. вакцинация детей против гепатита В проводится пентавакциной (ВГВ-вакцина входит в ее состав: АКДС-ВГВ-ХИБ) в сроках: первые 24 часа после родов (моновакциной против гепатита В), в 2 мес., 3,5 мес. и 5 мес. Доза для детей – 0,5 мл (1 доза).

Вакцинация против гепатита В взрослых лиц

- Всем взрослым, особенно лицам из групп риска, рекомендуется вакцинация против гепатита В на платной основе по Закону КР «О реализации Закона КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» приказ МЗ КР №800 от 21.12.2001г., «О реализации постановления Правительства КР №472 от 27.12.2001г. (статья 5) и Приказу МЗ КР № 457 от 26.10.2005 г. «О реализации Закона КР «О внесении изменений и дополнений в Закон КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
- Стандартная вакцинация взрослых лиц должна проводиться по схеме 0 - 1- 6 месяцев, дозе 1 мл.
- Члены семьи пациента с гепатитом В, которые имеют отрицательные результаты анализов на маркеры вирусного гепатита В, должны иммунизироваться по ускоренной схеме: 0-1- 2 и 12 мес.
- При аварийной ситуации вакцинацию против ГВ необходимо проводить согласно «Тактике экстренной (постэкспозиционной/постконтактной) профилактики против гепатита В (таблица 2).

Таблица 2.

Тактика экстренной (постэкспозиционной/постконтактной) профилактики против гепатита В

Наличие у пострадавшего вакцинации против ГВ	Результаты исследования на HBsAg источника заражения	Тактика в отношении пострадавшего
Ранее не привит	положительный	вакцинация по экстренной схеме + иммуноглобулин однократно
	отрицательный	плановая вакцинация
	источник заражения не установлен	вакцинация по экстренной схеме + иммуноглобулин однократно
Ранее привит* и концентрация антител в момент контакта не защитная(менее 10 мМЕ/мл) или концентрация анти-HBs не определена	положительный	однократная ревакцинация + иммуноглобулин
	отрицательный	однократная ревакцинация или меры не проводятся
	источник заражения не установлен	однократная ревакцинация + иммуноглобулин
Ранее привит* и концентрация антител против вируса ГВ в момент контакта защитная,(более 10 мМЕ/мл)	положительный	мероприятия не проводятся**
	отрицательный	
	источник заражения не установлен	

Примечание:

**Статус «Ранее привит», применяется только в том случае, если имеется документальное подтверждение вакцинации без нарушения схемы введения вакцины .*

***Мероприятия не проводятся лишь в случае, если имеется документальное подтверждение наличия у пострадавшего анти-HBs в достаточных для защиты от ВГВ концентрациях.*

Принципы вакцинации ЛЖВ против гепатита В

Ответ на вакцинацию против гепатита В менее выражен у ЛЖВ или с низким количеством лимфоцитов CD4. В связи с чем, им рекомендуется схема иммунизации четырьмя удвоенными дозами (40 мкг) вакцины: 0-1-6-12 месяцев.

Мониторинг эффективности вакцинации: (В)

Оценку напряженности иммунитета к ГВ, путём исследования анти-HBs рекомендуется проводить всем вакцинированным лицам через 4-12 недель после введения последней дозы вакцины, в последующем – каждые 3 года. Лица, не ответившие серологически, должны быть вакцинированы повторно (А)

Интерпретация результатов исследования на напряженность иммунитета к вирусу гепатита В при уровне anti-HBs:

- <10мМЕ/мл, пациент считается неиммунизированным. Уровень anti-HBs может снижаться до <10 мМЕ/мл после 5-10 лет, но эти лица обычно считаются иммунизированными.

- ≥ 10 МЕ/мл, пациент считается иммунизированным, этот титр антител может быть связан с иммунизацией (95% ответов) или перенесенной естественной HBV-инфекцией.

Профилактика передачи вируса гепатита В и меры по уменьшению прогрессирования болезни у лиц с хроническим гепатитом В

- Основные мероприятия по снижению риска передачи ГВ:
 - HBsAg-позитивные лица должны правильно и постоянно использовать презервативы при половых контактах;
 - если у партнера нет иммунитета против вируса ГВ, и вакцинация не проводилась, он не должен использовать общие бритвенные лезвия, зубные щетки или другие предметы личной гигиены;
 - не участвовать в донорстве крови, органов или спермы;
 - соблюдать стандартные универсальные меры предосторожности при открытых повреждениях кожи или кровотечениях.
 - вакцинация против гепатита В членов семьи и половых партнеров
- Снижение потребления алкоголя, наркотиков для замедления прогрессирования болезни.

Рекомендации ВОЗ по профилактике гепатитов В и С в лечебно - профилактических учреждениях:

- гигиена рук: мытье, обработка рук и использование перчаток;
- безопасное обращение с острыми предметами и безопасное удаление отходов;
- безопасная очистка оборудования;
- проверка донорской крови;
- улучшенный доступ к безопасной крови;
- обучение медицинского персонала.

Рекомендации ВОЗ по предупреждению гепатитов В и С среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики (дополнительно к предыдущему перечислению):

- предложить людям, употребляющим инъекционные наркотики стимулы для повышения обращаемости и прохождения экстренного и полного курса вакцинации против гепатита В;
- внедрять программы по предоставлению стерильных игл и шприцев для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в которых также предоставляются шприцы с малым "мертвым" объемом;
- предложить людям, употребляющим инъекционные наркотики, мероприятия по принципу "равные, обучают равных" для снижения заболеваемости вирусным гепатитом;
- предложить заместительную терапию метадонном для лечения опиоидной зависимости; уменьшить распространение рискованного поведения в отношении инфицирования вирусом ГС и его передачи при употреблении инъекционных наркотиков; повысить приверженность лечению гепатита С.

Рекомендации ВОЗ по профилактике передачи ВГС- и ВГВ-инфекции при сексуальных контактах:

- пропаганда правильного и постоянного использования презервативов;
- проведение регулярного скрининга среди работников коммерческого секса на ВГС- и ВГВ-инфекции;

- проявлять особое внимание к реализации стратегий по проведению намеряющейся иммунизации против гепатита В среди работников коммерческого секса, в условиях, где полный охват младенцев иммунизацией еще не достигнут;
- комплексные меры, направленные на ликвидацию дискриминации и гендерного насилия, и расширение доступа к медицинским и социальным службам для уязвимых лиц.

Профилактические мероприятия при энтеральных вирусных гепатитах (А, Е).

Комплексные планы профилактических и противоэпидемических мероприятий в неблагополучных объектах:

- улучшение общего санитарного состояния населенных мест и обеспечение населения доброкачественной питьевой водой,
- создание надлежащих санитарно-гигиенических условий в детских дошкольных организациях и школах,
- соблюдение санитарно-гигиенических требований и правильность выполнения ежедневной текущей уборки в буфетах, столовых, санузлах, классных комнатах, с применением дезинфицирующих средств, проведение которой возложено на технический персонал.

Вакцинация

Все вакцины против гепатита А – инактивированные; выпускаются отдельно для детей и взрослых. Также используется комбинация вакцин гепатита А и В.

Вакцинация против гепатита А должна быть рекомендована:

- детям старше 1 года, проживающим в эндемичных зонах по гепатиту А;
- взрослым, проживающим в эндемичных зонах по гепатиту А, после отрицательных результатов исследования на маркеры вируса ГА методом ИФА;
- людям с хроническими заболеваниями печени, включая хронические гепатиты В или С (вакцинация против гепатита В также рекомендуется не иммунизированным больным с гепатитом С);
- людям с нарушениями свертывающей системы – гемофилией (вакцинация против гепатита В также рекомендуется);
- мужчинам, имеющим секс с мужчинами и людям, которые имеют бисексуальные контакты (вакцинация против гепатита В также рекомендуется);
- потребителям инъекционных наркотиков (вакцинация против гепатита В также рекомендуется);
- людям с профессиональными рисками: работники лабораторий, которые контактировали с больными гепатитом А (лаборанты-микробиологи и персонал инфекционных отделений), сотрудники больших медицинских организаций (где имеются нарушения санитарно-гигиенических правил), работники очистительных сооружений;
- люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ, В 20);

Проведение теста на гепатит А перед вакцинацией

Рекомендуется скрининг на антитела к вирусу гепатита А (ВГА) Ig М (маркер острой стадии) и Ig G (наличие постинфекционного иммунитета) перед вакцинацией.

При наличии результатов:

- положительного Ig М, отрицательного Ig G на фоне высоких показателей АЛТ и АСТ – диагностировать острый гепатит А и вести пациента согласно «Руководству

по вирусному гепатиту А» утвержденному приказом МЗ КР № 479 от 25.08.2014 г., Бишкек;

- положительного Ig M, отрицательного Ig G на фоне нормальных показателей АЛТ и АСТ– перепроверить анализ на Ig M, для исключения ложноположительного результата анализа;
- отрицательного Ig M, положительного Ig G – идентифицировать как наличие постинфекционного иммунитета против ГА (дальнейшие противоэпидемические действия в отношении ГА не требуются);
- отрицательного Ig M и Ig G – вакцинировать против ГА (по возможности, согласно КП «Иммунизация людей, живущих с ВИЧ», имеющемуся в настоящем сборнике).

Схема вакцинации против гепатита А (ГА)

Вакцина против ГА взрослым и детям старше 1 года назначается в 2 дозы – **в день обращения и затем в течение 6-12 мес.** Вакцина вводится внутримышечно в дельтовидную мышцу. Людям, имеющим в анамнезе кровотечения, вводить подкожно.

Если вторая доза пропускается, то нет необходимости заново начинать иммунизацию. Вторая доза назначается, как только возможно после пропущенной дозы.

Путешественникам первая доза вакцины против гепатита А или комбинированной вакцины назначается за 2 недели до путешествия или в крайнем случае – в день отлета.

Антитела могут не выявляться в течение 12-15 дней после введения моновалентной вакцины против гепатита А. Однако, вакцина может обеспечить некоторую защиту до того, как появятся антитела. Через 2 недели достигается 90% иммунитета.

Пассивная иммунизация иммуноглобуном против гепатита А

Необходимо назначить иммуноглобулин (0,02 мл/кг в/м) для постконтактной профилактики ГА неиммунным или невакцинированным пациентам в течение 2-х недель после вероятного бытового и/или сексуального контакта с больным ГА. Вакцина против ГА не показана для постконтактной профилактики; однако, вакцина может быть использована одновременно с иммуноглобулином для длительной профилактики лиц, имеющих наибольший риск.

Профилактика гепатита Е: Использование иммуноглобулина не эффективно. На сегодняшний день нет вакцины от ВГЕ, имеющей рекомендации ВОЗ для широкого использования.

VII. Противоэпидемические мероприятия

- организация своевременной подачи экстренных извещений и сбор эпидемиологического анамнеза;
- обеспечение доступа к качественной медицинской помощи больным;
- организация полноценной диспансеризации больных в ПМСП;
- организация лабораторно-инструментального исследования групп риска методом дозорного эпид. надзора (ДЭН) в целях раннего выявления заболевания;
- обеспечение медперсонала инструктивно-нормативными и методическими руководствами;
- организация и проведение семинаров для медперсонала с последующей аттестацией;
- разработка межведомственных, межсекторальных комплексных планов по профилактике и борьбе с вирусными гепатитами;
- оценка качества профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях здравоохранения.

Работа с населением

Целью социальной мобилизации является привлечение всех слоев населения, государственных органов, религиозных конфессий, общественных организаций, медицинских работников всех профилей, к решению задач, связанных с проведением социальной мобилизации населения на борьбу с энтеральными и парентеральными вирусными гепатитами в эпидемиологически неблагополучных районах и проведению санитарно-просветительной работы в регионах с относительно низким уровнем заболеваемости.

Основные задачи:

- силами ПМСП (КУЗ) информировать население, подверженное риску заражения ВГ, об этиологии, путях и факторах передачи болезни;
- привитие населению знаний о ранних и характерных признаках гепатита, необходимости немедленного обращения за медицинской помощью;
- привитие у населения определенных навыков, способствующих предупреждению заражения вирусами гепатитов;
- привлечение представителей местных госадминистраций, общественных организаций, религиозных конфессий, а также населения к активному участию в профилактических мероприятиях
- организация и проведение разъяснительной работы, с учетом профессиональных, бытовых, национальных и возрастных особенностей населения.

Межведомственная и межсекторальная интеграция

Проблема борьбы с вирусными гепатитами требует интеграции министерства здравоохранения с другими ведомствами: министерствами сельского, водного хозяйства и перерабатывающей промышленности, внутренних дел, финансов, а также с местными государственными администрациями и органами местного самоуправления (айыл өкмөтү). Интеграция достигается с помощью непосредственных контактов ключевых заинтересованных лиц различных министерств и ведомств. А также, проведением совместных коллегий с государственными администрациями, межсекторальными координационными комитетами (МКК), совместными решениями разных ведомств.

Межсекторальное сотрудничество должно осуществляться координацией действий организаций первичной медико-санитарной помощи, территориальных больниц, частных медицинских организаций и ЦПЗ и ГСЭН.

Территориальные центры госсанэпиднадзора, совместно с органами здравоохранения и заинтересованными службами, организациями, учреждениями и ведомствами разрабатывают комплексные планы с утверждением их соответствующими органами исполнительной власти.

Оценка эффективности проведенных лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Оценка эффективности проведенных мероприятий проводится эпидемиологом ЦПЗ и ГСЭН наряду с анализом заболеваемости. Она позволит выявить недостатки в работе организаций здравоохранения за отчетный период, уточнить возможности общемедицинской сети в выполнении, запланированных лечебно-профилактических мероприятий и разработать рекомендации для улучшения системы эпиднадзора за вирусными гепатитами.

Приложение 1.

к "Руководству по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в КР" утвержденному приказом МЗ КР №524 от 20.07.2018 г.

Лабораторные критерии для диагностики вирусных гепатитов.

Острый гепатит А:

- Наличие иммуноглобулинов класса М (IgM) – свидетельствует об остром гепатите А
- Наличие иммуноглобулинов класса G (IgG) – свидетельствует о перенесенном гепатите А (постинфекционный иммунитет)

Острый гепатит Е:

- наличие anti-ВГЕ IgM/ антител к вирусу гепатита Е, - anti-HEV положительные,
- отсутствие IgM anti-HAV,
- отсутствие HBsAg,
- отсутствие IgM anti-HBc ,
- отсутствие anti-HCV/ антител к вирусу гепатита С,
- данные эпидемиологического анамнеза указывают на недавние выезды в эндемичные по ГЕ районы.

Острый гепатит В:

- наличие anti-HBcor IgM (антитела к core антигену вируса гепатита В)
- наличие HBsAg (поверхностного антигена вируса гепатита В
- или наличие вируса гепатита В (HBV ДНК) в крови методом ПЦР
- отсутствие IgM anti-HAV (антитела против вируса гепатита А) отрицательные (дополнительно можно определить наличие HBeAg или anti-HBe IgM для установления периода наибольшей заразности)
- отсутствие anti-HCV/ антител к вирусу гепатита С.

Острый гепатит С:

- уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) повышается более 2,5 раз против верхней границы нормы
- IgM anti-HAV отрицательные,
- HBsAg и anti-HBc IgM отрицательные,
- положительный один из следующих:
 - антитела к вирусу гепатита С /anti-HCV- скрининг тест – положительный,
 - подтверждение более специфическими дополнительными анализами (например, RIBA для anti-HCV или обнаружение РНК ВГС методом ПЦР).

Острый гепатит В с дельта агентом существует в двух формах:

- **ко-инфекция:**
 - наличие anti-HBcor IgM/антитела к core антигену вируса гепатита В
 - антител к дельта-антигену (anti-HDV) или
 - наличие HBsAg /поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg положительный);
- или наличие вируса гепатита В (HBV ДНК) в крови методом ПЦР
- **суперинфекция:**

- наличие HBsAg и антител к *дельта*-антигену (anti-HDV- положительный).
- или наличие вируса гепатита В (HBV ДНК) в крови методом ПЦР

Хроническая HBV инфекция, HBeAg – позитивная (см табл):

- наличие HBsAg более 6 мес,
- наличие HBeAg,
- наличие ДНК вируса гепатита В.

Хроническая HBV инфекция, HBeAg – негативная:

- наличие HBsAg более 6 мес,
- отсутствие HBeAg,
- наличие ДНК вируса гепатита В.

Хроническая HBV инфекция с дельта агентом:

- наличие HBsAg более 6 мес,
- наличие anti-HDV,
- наличие ДНК вируса гепатита В,
- наличие РНК вируса гепатита D.

Хроническая HCV инфекция:

- наличие anti-HCV более 6 мес,
- наличие РНК вируса гепатита С.

Схема интерпретации стандартных случаев ВГ на основании результатов лабораторного исследования

Стандартные определения		Клиника	HBsAg	Анти-HBc IgM	Анти-HAV-IgM	Анти-HDV	Анти-HCV	IgM анти-HEV	РНК ВГА/ ВГС ДНК ВГВ
Острые формы ВГ	Гепатит А	+	-	-	+	*	-	*	+
	Острый GE	+	-	-	-	-	-	+	
	Гепатит В	+	+	+	-	*	-	*	+
	Гепатит С	+	-	-	-	-	+	-	+
	Гепатит В+D Ко-инфекция	+	+	+	-	+	-	*	+ ДНК ВГВ
	Суперинфекция	+	+	-	-	+	-	*	ДНК ВГВ + РНК ВГD
Хронические формы ВГ	Хронический GB	+	+	+	-	-	-		+/-
	Хронический GB+D	+	+	-	-	+	-	-	+/-
	Хронический GC	+	-	-	-	-	+		+/-

Интерпретация маркеров ГЕПАТИТА В:

ДИАГНОЗ	HbsAg	anti-Hbs	HbeAg	anti-Hbe	anti-Hbc-IgM	anti-Hbc-IgG	ДНК-ВГВ
Острый гепатит В	+ / -	-	+ / -	- / +	+	+	+
Реконвалесценция	- / +	- / +	-	+	- / +	+	-
Выздоровление	-	+ / -	-	+	-	+	-
Фульминантный ГВ	+ / -	+	+	-	+	+	+
Хронический персистирующий ГВ	+ / -	-	+ / -	+ / -	+ / -	+	+ / -
Хронический активный ГВ	+ / -	-	+	-	+	+	+

anti-HDV определяют при наличии маркеров ГВ-инфекции.

Интерпретация маркеров ГЕПАТИТА С:

Интерпретация результатов исследований	anti-HCV-IgM	anti-HCV – core – IgG	anti-HCV – NS – IgG	РНК-ВГС
Острый гепатит С	+	+	-	+
Выздоровление (пастификация)	-	+	-	-
Стадия перехода в ХГС (латентную фазу)	-	-	+	-
Выздоровление (пастификация) Латентная фаза ХГС	-	+	+	-
Обострение в латентную фазу ХГС Фаза реактивации	+	+	+	+

Приложение 2
к” Руководству по эпидемиологическому
надзору за вирусными гепатитами в КР”
утвержденному приказом МЗ КР
№524 от 20.07.2018 г.

Форма сбора эпидемиологических данных на случай острых парентеральных вирусных гепатитов

1. Ф.И.О. _____
2. Пол _____
3. Дата рождения _____
4. Место фактического жительства, контактный телефон
5. Место прописки
6. Место работы или учебы
7. Род занятий, профессия, должность
8. Семейное положение
9. Сведения о членах семьи и детях

Ф.И.О.	пол	Дата рождения	Адрес, телефон

10. ЛПО по месту жительства
11. Дата обращения /___/___/___/ в организацию здравоохранения (название) _____
12. Первичный диагноз
13. Дата первичного диагноза
14. Заключительный диагноз
15. На основании: лабораторного обследования, эпидемиологически, клинически (подчеркнуть).

Дата	Место проведения обследования	Результат ИФА	Результат ПЦР

16. Дата заключительного диагноза
17. Получал ли вакцинацию против ВГВ. Да Нет.
18. Если «Да»

Схема	Даты			
	1 доза	2 доза	3 доза	Примечание
Дозы				
Серия				
Дата				

19. Являлся ли пациент реципиентом крови, препаратов крови, спермы, органов, тканей: Да Нет.
20. Если «Да»

Дата	Реципиентом чего являлся			ЛПО, где проводилась процедура, страна, город
	Переливание крови	Пересадка органов	другое	

21. Являлся ли пациент донором крови, спермы, органов, тканей: Да Нет.

22. Если «Да»

Дата	Донором чего являлся	Учреждение, где проводилась манипуляция, страна, город

23. Проводились ли манипуляции с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек в медицинских организациях (операции, роды, аборт, в/в и в/м инъекции, лечение или удаление зубов и т.п.) за 6 месяцев до начала болезни: Да Нет.

24. Если «Да»

Дата	Наименование манипуляции	Учреждение, где проводилась манипуляция, страна, город

25. Имелись ли косметологические факторы риска заражения (татуировка, пирсинг, маникюр, педикюр и тд). Да Нет

26. Если «Да»

Дата	Наименование процедуры	Учреждение, где проводилась процедура, страна, город

27. Болели ли члены семьи парэнтеральными ВГ Да Нет

28. Если «Да»

Ф.И.О.	пол	Дата рождения	Адрес, телефон	Вид гепатита (В/С/D)	Дата первичной идентификации

29. Пользовались ли совместно с членами семьи и/или с другими лицами одной мочалкой, бритвенными и маникюрными принадлежностями (ножницы, кусачки, пилочки и тд) за 6 месяцев до начала болезни: Да Нет.

30. Если «Да», болел ли среди них кто то ранее парентеральными ВГ.

31. Если «Да», дайте информацию

32. Наличие в анамнезе заболеваний, передаваемых половым путем (сифилис, гонорея, герпес, язвы половых органов, трихомониаз, гепатит В (для пациентов с ВГС), С (для пациентов с ВГВ) и др.): Да Нет.

33. Если «Да»

Ф.И.О.	пол	Дата рождения	Адрес, телефон	Диагноз	Дата первичной идентификации

34. Для медицинских работников, характер работы, который связан с парентеральными вмешательствами: Были ли аварии, порезы, уколы и т.п. в процессе оказания помощи пациенту за 6 месяцев до болезни: Да Нет.

35. Если да, то указать дату _____, место _____, какие меры приняты

36. Примечания: _____

Обследование проведено:

Врач/помощник эпидемиолога.

к “Руководству по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в КР”
утвержденному приказом МЗ КР
№524 от 20.07.2018 г.

Форма сбора эпидемиологических данных на при одномоментном выявлении 5 и более случаев энтеральных вирусных гепатитов

1. Ф.И.О. _____
2. Пол _____
3. Дата рождения _____
4. Место фактического жительства, контактный телефон
5. Место прописки
6. Место работы или учебы
7. Род занятий, профессия, должность
8. Семейное положение
9. Сведения о членах семьи и детях

Ф.И.О.	пол	Дата рождения	Адрес, телефон

10. ЛПО по месту жительства
11. Дата обращения /___/___/___/ в организации
12. Первичный диагноз
13. Дата первичного диагноза
14. Заключительный диагноз
15. Основные симптомы в первые дни болезни
16. На основании: лабораторного обследования, эпидемиологически, клинически (подчеркнуть).

Дата	Место проведения обследования	ИФА	ПЦР	Причина обследования

17. Дата заключительного диагноза
18. Название ДДО или СШ, куда ходит ребенок
19. Сколько детей в группе/классе
20. Сколько из них перенесли ВГА, (не считая данного ребенка)
21. Есть ли в образовательном учреждении, куда ходит ребенок вода для мытья рук
22. Да Нет.
23. Если Да, регулярно ли ребенок моет руки
24. Если «Нет», как ребенок обрабатывает руки после туалета или до еды.
25. Есть ли в образовательном учреждении, куда ходит ребенок вода для питья Да Нет.
26. Если Да,
 - a. Централизованная Да Нет,
 - b. Привозная Да Нет,
 - c. Бутилированная Да Нет.
 - d. Какую посуду используют для питья
 - e. Обрабатывается ли данная посуда

27. Если «Нет», где ребенок берет воду для питья
 28. Ориентировочные сроки заражения с _____, по _____.
 29. Отмечается ли последовательное заболевание в семьях, либо в организованных коллективах в период наблюдения за контактными
 30. Получал ли вакцинацию против ВГА. Да Нет.
 31. Если «Да»

Схема				
	Даты			
Дозы	1 доза	Ревакцинация	Примечание	
Серия				
Дата				

32. Лица которые могли явиться источником заражения (больные или подозрительные).
 33. Наблюдение за контактными

ФИО	Возраст	Адрес	место и характер выполняемой работы	Характер Ограничительных мер.

34. Мероприятие в очаге заболевания (наблюдение за лицами общавшимися с больными или имевшими возможность заразиться в тех же условиях).

Обследование проведено:

Врач/помощник эпидемиолога.