

"Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарға қатысты санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және өткізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық ережесін бекіту туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 тамыздағы N 661 Бұйрығы. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде 2010 жылғы 9 қыркүйекте Нормативтік құқықтық кесімдерді мемлекеттік тіркеудің тізіліміне N 6469 болып енгізілді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылдың 18 мамырдағы № 362 бұйрығымен

Ескерту. Бұйрықтың күші жойылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2012.05.18 № 362 (қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді) бұйрығымен.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 145-бабының 26) тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Қоса беріліп отырған «Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарға қатысты санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және өткізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық ережесі бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау комитеті (К.С. Оспанов) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді қамтамасыз етсін.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Әкімшілік-құқықтық жұмыс департаменті (Ф.Б. Бисмильдин) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін оны ресми жариялады қамтамасыз етсін.

4. «Қазақстан Республикасында вирусты гепатиттермен сырқаттанудың алдын алу жөніндегі шаралар туралы» Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2008 жылғы 26 желтоқсандағы № 684 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5500 болып тіркелген, «Заң газеті» газетінде 2009 жылғы 3 шілдеде № 100 (1523) болып жарияланған) күші жойылды деп танылсын.

5. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі С.З. Қайырбековаға жүктелсін.

6. Осы бұйрық алғаш ресми жарияланған күнінен кейін он күнтізбелік күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

<i>Министр</i>	<i>Ж. Досқалиев</i>	
Қазақстан	Республикасының	
Денсаулық	сақтау	министрінің
2010	жылғы	23 тамыздағы
№ 661	бұйрығымен	
бекітілген		

«Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарға қатысты санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және өткізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық ережесі

1. Жалпы ережелер

1. Осы санитариялық ереже жіті және созылмалы вирустық гепатиттердің (бұдан әрі – вирустық гепатиттер) пайда болуы мен таралуының алдын алуды қамтамасыз ететін санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және өткізуге қойылатын талаптарды белгілейді.

2. Осы санитариялық ережеде мынадай ұғымдар пайдаланылды:

1) инкубациялық кезең – вирустың организмге түскен сәтінен бастап аурудың симптомдары білінгенге дейінгі уақыттың бір бөлігі;

2) жіті вирустық гепатит (А, Е, В, С, Д) – бұл өзіндік маркерлер бар болғанда ұзақтығы 6 айдан аз бауырдың жіті қабынуы;

3) эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша зерттеп-қарау – халықтың жекелеген топтары арасында, белгілі бір аумақтағы эпидемиологиялық жағдайға байланысты және эпидемиологиялық тексеру жүргізу кезінде (жұқтыру тәуекелі факторларын, берілу жолдарын және санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды өткізу үшін) вирустық гепатиттер туралы алынған ақпараттар негізінде адамдарды зерттеп-қарау;

4) вирустық гепатит ошағы – науқас адамнан вирус сезімтал адамдарға беріле алатын шектерде оны қоршаған аумағы бар вирустық гепатитпен ауыратын науқастың болатын орны;

5) парентералдық механизм – инфекцияның қан құю кезінде, тері жамылғылары мен шырышты қабықшалардың бүтіндігінің бұзылуымен қоса жүретін инъекциялар және басқа да манипуляциялар кезінде, сондай-ақ анадан балаға босану жолдары арқылы өту кезінде берілуі;

6) ремиссия – аурудың көріністерінің уақытша әлсізденуі немесе жоғалуымен сипатталатын аурудың өту кезеңі;

7) энтералдық механизм – инфекцияның асқазан-ішек жолы арқылы берілуі. Вирус организмге ластанған сумен, тамақ өнімдерімен, лас қолдар арқылы енеді.

3. Вирустық гепатиттермен ауыратын адамдарды немесе күдіктілерді анықтауды амбулаториялық қабылдаулар, стационарға жатқызу, үйге келу кезінде, медициналық тексеріп-қараулар, диспансерлеу және басқа да медициналық ұйымдарға бару кезінде меншік нысанына қарамастан медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері жүргізеді.

4. Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды диагностикалау, емдеу және диспансерлеу науқастардың вирустық гепатиттер кезіндегі клиникасы, зертханалық диагностикасы, емдеу және диспансерлеу бойынша талаптарға сәйкес осы санитариялық ереженің қосымшасына сәйкес жүргізіледі.

5. Вирустық гепатиттерді тіркеу және есепке алу науқастың тұрғылықты мекен-жайына, азаматтығына және жұқтыруына қарамастан, аурудың тіркелген орны бойынша «Инфекциялық, паразиттік, кәсіптік аурулар мен улануларды тіркеудің кейбір мәселелері туралы» Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 12 қарашадағы № 706 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді тіркеу тізілімінде № 5908 болып тіркелген) бекітілген Қазақстан Республикасы халқының арасындағы инфекциялық, паразиттік аурулар жағдайларын тіркеу, есепке алу, сондай-ақ олар бойынша есептілікті жүргізу ережесіне сәйкес жүргізіледі.

6. Вирустық гепатиттер тіркелген кезде мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдарының мамандары «Халықтың инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулары мен улану жағдайларын тексеру ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 12 қарашадағы № 705 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді тіркеу тізілімінде № 5907 болып тіркелген) бекітілген Халықтың жұқпалы және паразиттік, кәсіптік аурулары мен улану жағдайларын тексеру ережесіне сай вирустық гепатиттермен ауырған науқастар ошақтарына эпидемиологиялық зерттеп-қарау және В мен С жіті вирустық гепатиттерінің, С созылмалы вирустық гепатитінің және алғаш анықталған В созылмалы вирустық гепатитінің әр жағдайына эпидемиологиялық тексеру, берілу жолдарына анықтау және медициналық және басқа да ұйымдарда жұқтырудың тәуекел факторларына бағалау жүргізеді.

7. Вирустық гепатиттермен анықталған науқастар медициналық ұйымдарға зерттеліп-қарауға және емделуге жіберіледі.

8. Вирустық гепатиттер ошағында дезинфекциялық іс-шаралар жүргізіледі.

2. Энтэралдық берілу механизмі бар А және Е вирустық гепатиттері кезіндегі санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар

9. Энтэралдық берілу механизмі бар А және Е вирустық гепатиттері (бұдан әрі – АВГ және ЕВГ) кезіндегі санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларға мыналар кіреді:

1) елді мекендердің санитариялық жағдайын жақсарту, тұрғындарды сапалы ауыз сумен қамтамасыз ету;

2) инфекцияның тұрмыстық-байланыс жолымен берілуінің алдын алу үшін мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту ұйымдарында, бастауыш, негізгі орта білім беру ұйымдарында ауыз су режимін (бөтелкедегі су, жеке немесе бір реттік стақандар) құруға және жеке гигиенаны сақтауға арналған жағдайларға (сабын, дәретхана қағазы, қағаз сүлгілер) ерекше көңіл бөле отырып тиісті санитариялық-гигиеналық жағдайларды қамтамасыз ету;

3) қоғамдық тамақтандыру объектілерінде, санитариялық тораптарда, сынып бөлмелерінде және рекреацияларда жүргізу техникалық персоналға жүктелген күнделікті ағымдық жинау кезінде санитариялық-гигиеналық талаптарды сақтауды қамтамасыз ету;

4) бастауыш, негізгі орта білім беру ұйымдарындағы оқушыларды мектептің үй-жайларын жинауға тартуға жол бермеу.

10. АВГ-нің өзіндік профилактикасы – вакцинациялау.

11. ЕВГ-нің өзіндік профилактикасы жоқ.

12. АВГ-ға қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер мыналар:

1) 2 жастағы балалар;

2) АВГ ошағында байланыста болған күннен бастап алғашқы 2 аптаны қоса алғанда 14 жасқа дейінгі байланыста болған адамдар;

3) 14 жасқа дейінгі балалар, В және С созылмалы вирустық гепатиттерімен ауыратын ремиссия кезеңіндегі науқастар.

13. Вакцинация 6 ай аралықпен 2 рет жүргізіледі. Вакцинаны енгізуге жанама әсерлер тән емес. АВГ-ге қарсы вакцинаны бөлек енгізген жағдайда басқа вакциналармен бір уақытта енгізуге болады.

14. АВГ және ЕВГ-мен ауыратын науқастар ошақтарындағы іс-шаралар:

1) науқаспен байланыста болған адамдар онымен қарым-қатынасты үзгеннен кейін 35 күн бойы апта сайын дәрігердің қарауымен (сауалнама, тері мен шырыштыларды тексеріп-қарау, қызу өлшеу, бауырды қолмен зерттеу) медициналық бақылауға жатады;

2) бақылау кезеңінде жаңадан балалар қабылдауға және байланыста болған балаларды басқа топтарға, палаталарға немесе мекемелерге ауыстыруға жол берілмейді, ауру жағдайы тіркелген сынып үшін кабинетте оқыту жүйесі

тоқтатылады. Сырқаттанушылық өршіген кезде соңғы жағдай тіркелген күннен бастап инкубациялық мезгілде барлық бастауыш және негізгі білім беру ұйымы бойынша кабинетте оқыту жүйесі тоқтатылады;

3) науқаспен байланыста болған адамдарды клиникалық айғақтар болған жағдайда қанның биохимиялық талдауына зертханалық зерттеп-қарау дәрігердің тағайындауы бойынша жүргізіледі;

4) науқасты ұжымнан оқшаулағаннан кейін балалар бірге тамақтанған, болған және ұйықтаған болса, мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту, жабық типті бастауыш және негізгі орта білім беру ұйымдарында қорытынды дезинфекциялау жүргізіледі.

3. Парентералдық берілу механизмі бар В, С және Д вирустық гепатиттері кезінде санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар

15. С вирустық гепатитінің (бұдан әрі – СВГ) өзіндік профилактикасы жоқ.

16. В және Д вирустық гепатиттерінің (бұдан әрі – ВВГ және ДВГ) өзіндік профилактикасы – вакцинациялау. ВВГ-ге қарсы вакцинациялаудың басты мақсаты созылмалы гепатиттерді қоса алғанда В және Д гепатиттерінің барлық түрлерінің алдын алу.

17. ВВГ-ге қарсы моноваленттік вакцина құтыларда сұйық түрінде, тек ВВГ-нен ғана қорғайтын бір дозалы немесе бірнеше дозалы қаптамада шығарылады, ВВГ-ге қарсы поливаленттік вакцина бірнеше ауруларға қарсы қорғанышты дереу қамтамасыз ететін басқа да вакциналармен комбинацияда (АКДС-пен немесе гемофильдік инфекцияға қарсы вакцинамен бірге) шығарылады.

18. Туылған кезде алғашқы доза ретінде ВВГ-ге қарсы моноваленттік вакцина қолданылады, себебі поливаленттік вакциналарды балаларға туылған кезде енгізуге болмайды.

19. Вакциналық кешен 3 дозадан тұрады. Вакцинациялау схемасы мынадай:

1) жаңа туылған нәрестелер үшін – 0-2-4 айда (туғаннан кейін 12 сағат ішінде – өмірінің 2 айында – өмірінің 4 айында);

2) туылған кезінде вакцинацияланбаған 1 жасқа дейінгі балалар үшін – бірінші мен екінші егулердің арасы 2 ай және екінші мен үшіншінің арасы 4 ай аралықпен 0 - 2 - 6 ;

3) туылған кезінде вакцинацияланбаған 1 жастан асқан балалар мен ересектер үшін – бірінші мен екінші егулердің арасы 1 ай және екінші мен үшіншінің арасы 5 ай аралықпен 0 - 1 - 6 .

20. ВВГ-ге қарсы вакцинаны басқа вакциналармен бір мезгілде бөлек шприцтермен және дененің басқа жерлеріне салған жағдайда енгізуге болады.

ВВГ-ге қарсы вакцинаның шығарылған барлық түрлері мен нысандары бір-бірін толығымен алмастыра алады, вакцинаның кейінгі дозаларын енгізу үшін әртүрлі өндірушілер шығарған препараттардың әр түрін пайдалануға болады. Егер вакцинаның қандай да бір дозасы салынбаған болса, ол мүмкіндігінше дереу енгізілуі тиіс, бұл ретте иммундаудың толық курсына қайта бастаудың қажеті жоқ.

21. 15 жастан асқан адамдарды вакцинациялау алдын ала ВВГ-ге маркерлік диагностикалаудан кейін жүргізіледі. ВВГ-ге зерттеп-қараудың оң нәтижесі бар адамдар вакцинациялауға жіберілмейді.

22. Вакциналарды енгізуге қарсы айғақтар мыналар болып саналады:

1) шала туғандық, туған кездегі салмағы 2000 грамнан кем;
2) препараттың компоненттеріне сезгіштіктің артуымен байланысты алдындағы дозаға күшті аллергиялық әсер (жайылып кеткен бөртпе – есекжем, тыныс алудың ауырлауы, өңеш пен ауыз қуысының ісінуі, гипертензия, шок). Бұл ретте осы вакцинаны одан әрі қолдану тоқтатылады;

3) 38⁰С-тан жоғары температурамен немесе жалпы жай-күйдің айтарлықтай бұзылуларымен білінетін ауырлығы орташа және ауыр науқастар. Вакцинациялауға денсаулық қалыпқа келгеннен кейін 2-4 аптадан соң рұқсат етіледі;

4) жүктілік;

5) ауыр емес жіті респираторлық вирустық инфекциялар, ішек және басқа да жіті инфекциялық аурулар (сауыққаннан кейін бірден вакцинациялауға рұқсат етіледі).

23. ВВГ-ге қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер мыналар:

1) жаңа туған нәрестелер өмірдің алғашқы 12 сағатында перинаталдық берілудің алдын алу мақсатында;

2) жыныстық қатынас және тұрмыстық жолмен берілудің алдын алу үшін ВВГ ошағындағы науқаспен байланыста болған адамдар;

3) меншік нысанына қарамастан медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері (дәрігерлер, орта және кіші медицина персоналы);

4) меншік нысанына қарамастан медициналық бейіндегі барлық жоғары және орта білім беру ұйымдарында оқитын адамдар;

5) қан құю жиілігіне қарамастан қан, оның компоненттері мен препараттарының реципиенттері;

6) алғаш анықталған АИТВ инфекциясын жұқтырғандар;

7) жиілікке қарамастан тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктерінің) гемодиализі мен трансплантаттауға жататын алғаш анықталған адамдар;

8) онкогематологиялық науқастар, сондай-ақ әлсіз иммундық жауапқа байланысты вакцинаның екі есе дозасы енгізілетін иммуносупрессиялық препараттарды қабылдайтын науқастар және аяқталған вакцинациялаудан кейін 6 айдан соң қосымша ревакцинациялау жүргізіледі.

24. Қан құюды өткізген денсаулық сақтау ұйымы ұсынған тізімге сәйкес аумақтық емханаларда қан және оның компоненттері мен препараттары реципиенттеріне егулер жүргізіледі.

4. Медицина қызметкерлерінде ВВГ, ДВГ және СВГ жұқтырудың профилактикасы

25. Медицина қызметкерлерін гепатит вирустарынан қорғау бойынша іс-шаралардың негізіне барлық пациенттердің биологиялық сұйықтықтарын әлеуетті инфекция жұқтырғандар ретінде қарау принципі жатады. Медициналық ұйымдардың, оның ішінде зертханалардың медицина қызметкерлерінде және денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдарында оқитындарда инфекция жұқтыру қаупі бар.

26. Инфекция жұқтыру жолдары мынадай:

- 1) терінің зақымдалуы (инемен шаншу немесе өткір аспаппен кесу);
- 2) шырышты қабықтарға немесе зақымдалған теріге биологиялық сұйықтықтардың түсуі;
- 3) зақымдалмаған терінің тіндермен және биологиялық сұйықтықтармен ұзақ немесе ауданы бойынша көлемді жанасуы.

27. Биологиялық сұйықтықтармен, оның ішінде мыналармен:

- 1) қанмен;
- 2) шәуетпен;
- 3) қынаптық бөлінділермен;
- 4) синовиялық сұйықтықпен;
- 5) ми-жұлындық сұйықтықпен;
- 6) плевралық сұйықтықпен;
- 7) перитонеалдық сұйықтықпен;
- 8) перикардтық сұйықтықпен;
- 9) амниотиялық сұйықтықпен;
- 10) сілекеймен жұмыс істегенде сақтандыру шаралары сақталады.

28. Сақтандыру шаралары мынадай:

- 1) тірі кезінде немесе аутопсияда, кез келген кесіліп алынғандармен (немесе басқа тәсілмен алынып тасталғандармен), адам тіндері мен ағзаларымен (зақымдалмаған теріден басқа);
- 2) қанмен берілетін инфекцияларды жұқтырған тәжірибелік жануарлардың

тіндерімен және ағзаларымен;

3) қанның көрініп тұрған қоспасы бар кез келген сұйықтықтармен; 4) кез келген белгісіз биологиялық сұйықтықпен жұмыс кезінде сақтандыру шаралары сақталды.

29. Мына кезде:

1) ластанған инелерді және өткір құралдарды абайламай ұстаудан алынған жарاقاتтар кезінде;

2) ауыздың, көздің, мұрынның шырышты қабықтарына және зақымдалған теріге (кесілулер, сызаттар, дерматит, безеулер) қанның және басқа да биологиялық сұйықтықтардың түсуі кезінде;

3) биологиялық сұйықтықтармен және олармен ластанған беттермен жұмыс істеу кезінде көз, мұрын, ауыздың шырышты қабықшаларына және зақымдалған теріге тиіп кету кезінде;

4) қан мен басқа да биологиялық сұйықтықтардың жайылуынан, шалпылдатылуынан және шашырауы кезінде жұқтыру қаупі артады.

30. Инфекция жұқтырудан қорғану мақсатында мыналар:

1) жеке қорғаныш құралдары;

2) жұмыс берушілер қамтамасыз ететін қорғаныш құрылғылары мен қауіпсіз технологиялар пайдаланылады.

31. Жеке қорғаныш құралдары осы құралдарды пайдаланудың барлық уақытында тері жамылғысын, көзді, ауызды және басқа да шырышты қабықтарды биологиялық сұйықтықтармен жанасудан қорғайды.

32. Медициналық ұйымдарда қамтамасыз етіледі:

1) биологиялық сұйықтықтармен немесе олармен ластанған беттермен жұмыс алдында қолғап кию. Бір реттік қолғаптарды қайта қолдануды, қолғаптар жасалған латексті бүлдіретін вазелин негізіндегі смаздалғандарды қолдануды болдырмау;

2) инфекцияланған материалмен жанасу мүмкін болатын барлық жағдайларда халат, хирургиялық қалпақ немесе телпектер, аяқ киім үстінен бахиллалар кию;

3) бетті иекке дейін жабатын маскалар, қорғаныш көзілдіріктер немесе бетке арналған қалқандар кию немесе манипуляциялар кезінде қанның және басқа да биологиялық сұйықтықтардың шашырауы мүмкін болғанда, бүйір қалқаншалармен жабдықталған қорғаныш көзілдіріктері бар маскалар кию. Әдеттегі көзілдіріктер қан арқылы жұғатын инфекциялардан жеткілікті қорғауды қамтамасыз етпейді;

4) жұмыс берушінің жеке қорғаныш құралдарын ақысыз беруі;

5) жеке қорғаныш құралдарын оңай жерде сақтау.

33. Биологиялық сұйықтықтармен жұмыс істеу кезіндегі сақтандыру шаралары мыналар:

1) биологиялық сұйықтық теріге түскен кезде, қолғапты немесе басқа жеке қорғаныш құралын шешкеннен кейін, дереу қолды сабынды сумен жуып, одан кейін ластанған жерді жуады. Қолды ағынды сумен жуады. Ағынды су жоқ болған жағдайда, қолға арналған антисептикалық ерітінді (70⁰ спирт + жұмсартқыш қоспалар) және бір реттік қағаз орамалдар немесе антисептикалық сулықтар қолдану қажет;

2) ижелері бар бір реттік шприцтерді қолданғаннан кейін алдын ала жумастан, дезинфекциялаусыз, бөлшектемей және деформацияламай дереу қауіпсіз кәдеге жарату қорабына (бұдан әрі – ҚКЖҚ) тасталады;

3) көп рет қолданылатын ластанған, кесетін және шаншитын аспаптар кейіннен өңдеу үшін қатты, ылғал өткізбейтін (түбі мен қабырғасы), таңбаланған контейнерлерге бірден салынады;

4) қолданылған құрал-саймандарға арналған ҚКЖҚ және таңбаланған контейнерлер пайдалануға қолайлы жерде орналастырылады, олардың толтырылуына (төрттен үш бөлігіне дейін толтыру) жол берілмейді және тек мұқият жабық күйінде тасымалдаланады;

5) биологиялық сұйықтықтардың үлгілерін тиісті таңбасы бар герметикалық контейнерлерге салынады. Егер үлгілері бар контейнер ластанса немесе зақымдалса, оны басқа контейнердің ішіне салу қажет;

6) биологиялық сұйықтықтармен ластанған жабдықты техникалық қызмет көрсету және тасымалдау алдында дезинфекциялау қажет. Егер дезинфекциялау мүмкін болмаса, онда ластанған элементтер ілеспе қағазда көрсетіледі;

7) ластанған төсек-орынға жанасуды мейлінше азайтып, оны таңбаланған қаптарға немесе контейнерлерге салынады, ылғал заттарды ылғалданбайтын қаптар мен контейнерлерде тасымалдайды.

3 4 . М ы н а ғ а н :

1) биологиялық сұйықтықтармен жанасу мүмкіндігі бар жұмыс орындарында тамақ ішуге, темекі шегуге, макияж жасауға, контактілі линзаларды шешуге немесе киюге;

2) биологиялық сұйықтықтар мен тіндердің үлгілері сақталатын тоңазытқыштар мен басқа да орындарда тамақ және сусындар сақтауға;

3) биологиялық сұйықтықтарды тамшуырға ауызбен соруға;

4) биологиялық сұйықтықтармен ластануы мүмкін шыны сынықтарын қолмен көтеруге;

5) шприцтерден қолданылған ижелерді шешуге, майыстыруға, сындыруға, оларға қалпақшаларын кигізуге және ластанған өткір құралдармен осындай әрекет жасауға;

6) көп рет пайдаланылатын шанышқыш және кескіш құралдарға арналған

контейнерлерден қолмен бірдеңе алуға, қолмен ашуға, контейнерлерді босатуға
ж о л б е р і л м е й д і .

35. Жеке қорғаныш құралдарына биологиялық сұйықтықтар түскен жағдайда, оны неғұрлым тезірек шешіп, терінің ластанған орындарын сабынды сумен жуу қажет. Жұмыс орнынан кетер алдында барлық жеке қорғаныш құралдарын шешіп, оларды бұл үшін бөлінген ыдысқа салу қажет. Пайдаланылған жеке қорғаныш құралдарын тазалауды, жууды, жөндеуді, ауыстыруды және жоюды жұмыс беруші қамтамасыз етеді.

36. Медициналық ұйымдардың басшылары медицина персоналын ВВГ, ДВГ және СВГ кәсіптік жұқтырудың алдын алу бойынша оқытуды қамтамасыз етеді.

37. Медициналық ұйымның персоналы (медициналық та, медициналық та емес) қауіпсіздік техникасы бойынша жұмысқа кірер алдында және жыл сайын нұсқаулықтан өтеді.

38. Науқастарды емдеу кезінде кез келген қисынсыз инвазивтік араласудан қашқақтау қажет.

39. Медициналық ұйымдар қажетті жабдықпен және шығыс материалдарымен (оның ішінде бір реттік қолғаптармен, катетерлермен, инелермен және инфузияға арналған системалармен, дезинфектанттармен, контейнерлермен, ҚКЖҚ-мен) жеткілікті мөлшерде және ассортиментте қамтамасыз етіледі.

40. Медициналық ұйымдар медициналық қалдықтарды жою жөнінде жоспарларды, жабдықты пайдалану ережелерін, персоналдың нұсқаулықтан өту тәртібі мен бақылау тәртібін әзірлейді және бекітеді.

41. Донор қанының қауіпсіздігі донорларды іріктеумен, қанды тестілеумен, қан мен плазманы дайындау үшін гемокондық қаптарды пайдаланумен, қан және оның препараттарының бір реципиентіне қатысты донорлар санына неғұрлым шек қоюмен қамтамасыз етіледі.

42. Донорлыққа мынадай адамдарға жол берілмейді:

1) вирустық гепатиттермен ауырғандар және HBsAg-ге оң нәтижесі бар адамдар - өмір бойы;

2) ВГ ауыратын науқаспен байланыста болған адамдар – инкубациялық кезең мерзімінде;

3) қан және оның компоненттерін алғандар – бір жыл.

43. Ауруды анықтау, емдеуді ұйымдастыру, ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі бар адамдар үшін еңбек режимін айқындау мақсатында жұмысқа кірер алдында және 6 айда бір рет ВВГ және СВГ маркерлеріне мыналар зерттеліп-қарауға жатады:

1) қан қызметі ұйымдарының медицина қызметкерлері;

2) гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері;

3) хирургиялық, стоматологиялық, гинекологиялық, акушерлік, гематологиялық бейінді медицина қызметкерлері, сондай-ақ клиникалық, иммунологиялық, вирусологиялық, бактериологиялық, паразитологиялық зертханалардың медицина қызметкерлері;

4) донорлар - әрбір қан тапсырған кезде.

44. Хирургиялық, стоматологиялық, гинекологиялық, акушерлік, гематологиялық бейінді және гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі болғанда диагнозды анықтағанға дейін жұмысқа жіберілмейді.

45. Медицина қызметкерлерінің ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі болғанда қан және оның препараттарын дайындау процесіне жіберілмейді.

46. Қан қызметі ұйымдары:

1) Қазақстан аумағында донорлыққа жібермеу мақсатында барлық деңгейдегі донорлардың оң нәтижесі туралы ақпаратпен өзара алмасуды;

2) диагноз қою үшін аумақтық денсаулық сақтау ұйымдары донорларының оң нәтижелері туралы ақпарат беруді қамтамасыз етеді.

47. Құрамында HBsAg және anti-HCV бар қан, оның компоненттері мен препараттары жойылуға жатады.

5. АВГ және ЕВГ кезінде дезинфекциялауды ұйымдастыру және жүргізу

48. Ошақтық қорытынды дезинфекцияны медициналық қызметтің көрсетілген түріне лицензиясы бар ұйымдар жүргізеді.

49. Ошақтық ағымдық дезинфекцияны:

1) мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту, бастауыш, негізгі орта білім беру ұйымдарының және емдеу-сауықтыру ұйымдарының персоналы осы ұйымның медицина қызметкерінің бақылауымен ұйымның персоналы науқасты оқшаулаған сәттен бастап 35 күн бойы жүргізеді;

2) дезинфекциялау құралдарымен қамтамасыз ету вирустық гепатит ошағы тіркелген ұйымның әкімшілігіне жүктеледі;

3) ошақтық қорытынды және ағымдық дезинфекциялауды ұйымдастыру және жүргізу ұйымның басшысына жүктеледі.

6. ВВГ, ДВГ және СВГ кезінде дезинфекцияны ұйымдастыру және жүргізу

50. Бір рет қолданылатын медициналық құрал-саймандар алдын ала дезинфекцияланбай және бөлшектелмей жойылады (өртеледі, қиратылады).

51. Көп рет қолданылатын медициналық мақсаттағы бұйымдар пайдаланылғаннан кейін дезинфекцияланады, стерильдеу алдында тазартылады,

кептіріледі, оралады және стерильденеді.

52. Құрал-сайманды дезинфекциялау оны пайдаланған жерде дезинфекциялық ерітіндіге батыру немесе ультрадыбыстық және басқа да жуу машиналарына салу жолымен жүргізіледі.

53. Қуысы бар медициналық бұйымдарды дезинфекциялау үшін екі сыйымдылық пайдаланылады. Бірінші сыйымдылықта құрал-сайман қанның, шырыштың, дәрілік препараттардың қалдықтарынан жуылады, сосын экспозиция үшін екінші сыйымдыққа батырылады. Бөлінетін бөлшектер бөлінген күйінде өңделеді.

54. Дезинфекциялық ерітінділер ластануына, түсінің өзгеруіне немесе тұнбаның пайда болуына қарай ауыстырылады.

55. Биологиялық сұйықтыққа қатысты бекіту әсері бар дезинфекциялық ерітіндіні пайдаланған кезде құрал-сайман алдын ала бөлек суы бар сыйымдылықта жуылады, кейіннен ол зарарсыздандырылады.

56. Жуатын ерітінді егер ерітіндінің түсі өзгермесе, дайындалған сәтінен бастап тәулік бойы пайдаланылады. Стерильдеу алдында өңдеудің сапасы қан мен синтетикалық жуу заттарының сілтілі компоненттерінің қалдық мөлшеріне, сондай-ақ аспаптағы майлы дәрілік заттардың қалдықтарына оң сынаманың жоқ болуымен бағаланады.

57. Құрал-сайманды стерильдеу алдында тазалау және стерильдеу медициналық ұйымның әр бөлімшесіндегі арнайы бөлінген жерде немесе орталық стерильдеу бөлімшесінде жүргізіледі. Дезинфекциялық құралдың құрамында жуу компоненті болған жағдайда стерильдеу алдында өңдеу жүргізілмейді.

«Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарға қатысты санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және өткізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық ережесіне қосымша

Вирустық гепатиттер кезіндегі клиника, зертханалық диагностика, емдеу және диспансерлеу бойынша талаптар

1. Жіті вирустық гепатиттерді сыныптау

1. Энтералды берілу механизмі бар вирустық гепатиттер:
 - 1) А жіті вирустық гепатиті;

- 2) Е жіті вирустық гепатиті.
2. Парентералды берілу механизмі бар вирустық гепатиттер:
 - 1) В жіті вирустық гепатиті;
 - 2) Д жіті вирустық гепатиті;
 - 3) С жіті вирустық гепатиті.

3. Этиологиясы анықталмаған вирустық гепатиттер.

Жіті вирустық гепатиттердің (бұдан әрі – ЖВГ) не жас, не этиологиялық аспектіде айтарлықтай ерекше клиникалық белгілері жоқ.

4. Ж В Г түрлері :

1) субклиникалық – аурудың клиникалық белгілері жоқ, науқастардың қанында аланинаминотрансферазаның (бұдан әрі – АЛТ) көп болуымен вирустардың өзіндік маркерлері анықталады;

2) ЖВГ-нің инаппаранттық түрі – клиникалық-биохимиялық белгілердің толық болмауымен өтеді, бірақ адам организмінде иммунологиялық, функциялық және морфологиялық өзгерістер байқалады. Вирустардың өзіндік маркерлері анықталады;

3) манифестік түрі жіті вирустық гепатитке тән субъективтік және объективтік клиникалық белгілер негізінде диагностикаланады. ЖВГ-нің манифестік түрлерінің сарғаю алдындағы (продромалдық), сарғаю (өршіген) және сауығуды қамтитын циклдық ағымы бар. Сарғаю алдындағы кезең тұмау тәрізді, астеновегетативтік, диспепсиялық, артралгиялық және аралас синдромдармен білінетін клиникалық симптомдар жиынтығымен сипатталады. Ауру өршіген кезеңде тері қабаттары мен шырышты қабықшалардың сарғаюы, гепатомегалия пайда болады;

4) типтік сарғаю циклдық – аурудың 3 кезеңінің нақты ара жігін ажырату арқылы сарғаюдың цитолиттік синдромдармен үйлесуі;

5) холестатика компоненті бар типтік сарғаю – сарғаю барынша қарқынды, жоғары билирубинемия, елеусіз трансаминаземия, сілтілік фосфатаза (бұдан әрі – СФ) көрсеткішінің жоғарылау үрдісі бар. Аурудың сарғаю кезеңі айтарлықтай ұзақ болады;

6) типтік емес сарғаю (холестатикалық) – сирек, орта жастан асқан науқастарда байқалады. Сарғаю терінің қатты қышынуымен қарқынды болады. Гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, СФ мен гаммаглутаминтранспептидаза жоғарылайды. Сарғаю кезеңінде эритроциттер мен субфебрилитеттің шөгу жылдамдығының арту үрдісі бар;

7) типтік емес сарғаю белгісі жоқ – аурудың әлсіз білінетін жалпы көріністерінде бауырдың үлкеюуі арқылы және оның функцияларының бұзылуының субъективті белгілері кезінде сарғаюдың толығымен болмауымен сипатталады. Вирустық гепатиттердің өзіндік маркерлері АЛТ деңгейінің

жоғарылауымен үйлеседі. Көбіне олар А вирустық гепатиті кезінде байқалады;

8) жіті циклдық – 1-1,5 ай ішінде вирустың репликациясы (көбеюі) тоқтайды, ол организмнен шығарылады да толық санация басталады. А және Е гепатиттері үшін бұл аурудың типтік ағымы. В, С және Д гепатиттері кезінде – ықтимал варианттардың бірі болады;

9) ЖВГ-нің жіті прогредиенттік ағымы – вирустың белсенді репликациясы фазасы 1,5-3 ай сақталады. Инфекциялық процестің аяқталуы күрделі: не сауығумен аяқтала отырып не организмнің санациясы, не созылмалы ағымға айналуына әкеледі. В, С және Д гепатиттері кезінде негізінде прогредиенттік ағым болады. А және Е гепатиттері кезінде ауыр преморбидтік фоннда созылмалы түрі байқалады, алайда науқас толығымен аурудан айығады.

5. ЖВГ-нің ағымы жеңіл, ауырлығы орташа және ауыр дәрежеде болуы мүмкін:

1) жеңіл дәреже – уыттану болмайды немесе ол аз ғана білінеді. Сарғаю жеңіл. Протромбиндік индекстің (бұдан әрі - ПИ) шамасы қалыпты нормада. Ішіндегі жалпы билирубин 80-85 микромоль/литрден аспайды.

2) орташа дәреже – бірқалыпты білінетін уыттану симптомдарымен сипатталады. Сарғаю орташа білінеді. ПИ 60%-ға дейін төмендейді. Ішіндегі жалпы билирубин 100 - 180 микромоль/литр шегінде.

3) ауыр дәреже – орталық жүйке жүйесінің айқын уыттануы, ұйқының бұзылуы, желігу немесе ұйқышылдық, селқостық, анорексия, қайталап құсу, геморрагиялық синдром, қарқынды сарғаю, тахикардия, диурездің тәуліктік азаюы, ПИ 55%-дан төмен болады. Жалпы билирубин 180 микромоль/литрден артады, жалпы билирубиннің 1/8-ін еркін фракция құрайды. Қан сарысуының альбумині 47-45%-ға дейін төмендейді, гаммаглобулиндер артады. Көбіне ауыр ағым В және Д гепатиттері кезінде байқалады. А, С және Е гепатиттері кезінде ауыр түрлердің үлесі (жүкті әйелдерден басқа) айтарлықтай аз.

6. Қатерлі ағым бар – фульминанттық гепатит. Массивті және субмассивті бауыр некрозы бар фульминанттық (қатерлі) гепатит.

Аса жіті нұсқа бауыр комасының дамуымен және аурудың 1-8 күндерінде өліммен аяқталумен ЖВГ-ның шынайы фульминанттық ағымына сәйкес келеді.

Жіті – ұзақтығы аурудың басталуынан 28 күнге дейін.

Жітілеу (субмассивтік) нұсқа мұнда бауыр некрозының алдында энцефалопатияға дейінгі 15 күн – 12 апта мерзімінде ЖВГ-ның қалыпты ағымы болады.

А гепатиті кезінде фульминанттық ағым 0,01 - 0,5%-да, В гепатитінде – 0,5-1,0%-да, С гепатитінде – 0,5-1%-да, Д гепатитінде – 1-25%-да және Е гепатитінде – 2%-да (жүкті әйелдерде 15-25%-да) кездеседі. Өлім-жітім жоғары: 80-100 %.

7. Асқынған ЖВГ – жіті бауыр энцефалопатияның және жаппай

геморрагиялық синдромның дамуы бар жіті бауыр жеткіліксіздігі (бұдан әрі – Ж Б Ж) :

- 1) ісік және бас миының ісінуі;
- 2) жаппай асқазан-ішектен қан кету;
- 3) жіті бүйрек функциясының жеткіліксіздігі, жіті тыныс алу функциясының жеткіліксіздігі;
- 4) жайылған қайталама инфекция.

Вирустық гепатиттердің нақты этиологиялық диагнозы тек науқастың қан сарысуында өзіндік маркерлерді анықтау жолымен ғана белгіленеді.

2. Созылмалы вирустық гепатиттерді сыныптау

8. Созылмалы вирустық гепатиттердің түрлері:

- 1) дельта агенті бар В созылмалы вирустық гепатиті;
- 2) дельта агенті жоқ В созылмалы вирустық гепатиті;
- 3) С созылмалы вирустық гепатиті.

9. Вирустық гепатит фазалары: асқыну және ремиссия.

10. Белсенділік дәрежесі: ең аз (АЛТ, аспартатаминотрансфераза (бұдан әрі – АСТ) – норма шегінде), әлсіз (1,5-3 норма), бірқалыпты (3,5-9 норма), айқын (10 және одан көп норма).

11. Морфологиялық өзгерістер сатылары:

- 1) фиброзы жоқ F0;
- 2) әлсіз білінген перипорталдық фиброз F1;
- 3) портопорталдық септа бар орташа фиброз F2;
- 4) портоорталық септа бар анық білінетін фиброз F3;
- 5) F4 бауыр циррозы.

12. Гепатоцеллюлярлық карцинома (бұдан әрі – ГЦК) – өте жоғары қатерлігі бар бауыр жасушаларынан пайда болатын, метастатикалық емес алғашқы ісік. Сарғаю – кеш білінетін симптом, өт жүрудің обтурациясы дами отырып бауыр қақпасында ісіктің метастаздануына сәйкес келеді. Қаназдық, бірқалыпты лейкоцитоз, эритроциттердің тұну жылдамдығы шапшаң. АЛТ мен АСТ көрсеткіштері елеусіз жоғары. Сарғаю болмаған кезде де СФ көрсеткіші заңды жоғарылайды. HBV инфекциясы кезінде ГЦК-ның дамуы 3-22%, HCV - 15-36% және HDV – 15-22% жағдайда дамуы кездеседі.

3. А вирустық гепатиті

13. Инкубациялық кезең орташа есеппен 35 күнді құрайды (диапазоны 7-50 күн).

14. АВГ-нің берілу жолдары:

1) тұрмыстық-қарым-қатынас (отбасыларда және ұйымдастырылған ұжымдарда) ;

2) жұқтырылған су, тамақ арқылы (алиментарлық);

3) парентералдық – сирек.

15. Сарғаю түрлері – жас бойынша топтар арасында мыналарды құрайды:

1) 6 жасқа толмаған балаларда – 10%-дан кем;

2) 6-дан 14-ке дейінгі жастағы балалар – 40-50%;

3) 14 жастан асқан адамдар – 70-80%.

16. АВГ-нің клиникалық нәтижелері:

1) сауығу 99% ;

2) өліммен аяқталу (1%) ересектерге тән, этиологиясы вирустық және вирустық емес бауырдың кез келген ауруларымен үйлескен микст-патологиясы бар науқастарда тіркеледі;

3) АВГ кезінде созылмалылық және асқыну болмайды (энтералдық гепатит вирустары барынша сарғаю кезеңінің 14-күніне қарай жоғалып кетеді).

4. Е вирустық гепатиті

17. Е вирустық гепатитінің (бұдан әрі – ЕВГ) инкубациялық кезеңі орташа 40 күнді құрайды (диапазон 20-60 күн).

18. Е гепатиті вирусының берілу жолы – су арқылы.

19. ЕВГ кезінде эпидемиялық процесс мыналармен:

1) судан пайда болған эпидемиялық өршулер 7-8 жыл аралықтармен;

2) аурудың шұғыл сипатымен;

3) 15-29 жастағы жас адамдардың басым зақымдалуымен;

4) жүктіліктің үшінші триместрінде 20% дейін өлім-жітіммен сипатталады.

20. Аурудың көтеріле бастауы жазғы айларға тән, бұл суды барынша көп тұтынуға және шаруашылық-ауыз сумен жабдықтау көзі болып табылатын жер асты суының барынша ластануына байланысты.

5. В вирустық гепатиті

21. В вирустық гепатиті (бұдан әрі - ВВГ) инкубациялық кезеңі орташа 60-90 күнді құрайды (диапазоны 45-тен 180 күнге дейін).

22. Сарғаю түрлері 5 жасқа дейінгі балалардың 10%-да, 5 жастан асқан балалар мен ересектерде 30-50%-да тіркеледі.

23. ВВГ вирусы жіті де, созылмалы да ауруды туғызады.

24. Жұқтыру жолдары - парентералдық (қан құю, шырышты қабықтар мен тері жамылғыларының зақымдалуымен қоса жүретін манипуляциялар, шағын жаракаттар арқылы тұрмыстық жанасу), жыныстық, сондай-ақ жұқтырған

анасынан балаға босану жолдарынан өту кезінде беріледі.

25. ВВГ клиникалық нәтижелері жұқтыру болған жасқа байланысты. Жіті инфекция алғаш рет аурудың қоздырғышына тап болған 5 жасқа дейінгі балалардың кемінде 10%-дан клиникалық симптомдарымен білінеді. Бірақ бұл ретте аурудың созылмалы түрі жағдайдың 30-90%-да дамиды. 5 жастан асқан балалар мен ересектерде жіті манифестік инфекция В гепатитінің вирусын жұқтырғандардың 30-50%-да, бірақ жұқтырғандардың тек 5-10%-да ғана созылмалы ауру дамиды.

26. Жіті ВВГ нәтижелері – сауығу, бауыр циррозына (бұдан әрі – БЦ) және ГЦК–ның дамуына өтетін созылмалылық.

27. Өлім-жітім - 0,5-1,0 %.

6. Д вирустық гепатиті

28. Д гепатитінің вирусы – ақауы бар, оның көбеюі үшін В гепатиті вирусының болуы қажет, сондықтан Д вирустық гепатиті (бұдан әрі - ДВГ) мынадай түрде өтеді:

- 1) коинфекция (ВВГ мен ДВГ бір мезгілде жұғуы);
- 2) суперинфекция (ДВГ-нің ағымдағы ВВГ инфекциясына, әдетте созылмалы болған кезде қабаттасуы). ДВГ жіті (15%) және созылмалы (70-80%) болады. Ко-инфекция кезінде фульминанттық түрлері – 10%, суперинфекцияда – 20%. Сарғаю түрлеріне 50-70% келеді.

29. Асқынулар мен нәтижелері: көбіне жіті бауыр энцефалопатиясы және үдемелі бауыр циррозы жиі дамиды.

7. С вирустық гепатиті

30. С вирустық гепатиті (бұдан әрі – СВГ) инкубациялық кезеңі орташа 180-210 күнді құрайды (14-тен 780 күн аралығында ауытқумен).

31. Инфекция көздері: аурудың жіті және созылмалы түрлері бар науқастар.

32. Жұқтыру жолдары ВВГ-не ұқсас.

33. Сарғаю түрлері жағдайдың 10-20%-да орын алады. Жағдайлардың 90%-да СВГ трансфузиядан кейінгі гепатиттер себеп болып табылады.

34. Клиникалық нәтижелері: сауығу (15%), созылмалы түрге айналу (75% - 85%), бауыр циррозы (25 - 50%), гепатоцеллюлярлық карцинома (15 - 20%).

Вирустық гепатиттердің зертханалық диагностикасы

35. Вирустық гепатиттердің этиологиясы басқа гепатиттерден дифференциялық диагностикалау негізі клиникалық-эпидемиологиялық

деректердің үйлесуінде зертханалық зерттеулер нәтижелері болып табылады.

36. Вирустық гепатиттердің зертханалық диагностикасы мынаған негізделеді:

- 1) иммуноферменттік талдауда (бұдан әрі – ИФТ) серологиялық маркерлерді анықтау;
- 2) ПТР-де ВГ және СГ вирустарының нуклеин қышқылдарын анықтау;
- 3) процестің белсенділігінің зертханалық көрсеткіштері: аспарагинді және аланин аминотрансферазасы (АСТ және АЛТ).

Тексеру нәтижелерін талдау

Маркерлер	Нәтиже	Талдау
В вирустық гепатиті		
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	теріс теріс теріс	В вирустық гепатитіне деректер жоқ
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	теріс оң оң	Аурумен табиғи ауыру салдарынан болған иммунитет
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs	теріс теріс оң	В вирустық гепатитіне қарсы вакцинациялау салдарынан болған иммунитет
HBsAg Anti-HBc antiHBc Anti-HBs HBV DNA	оң оң оң теріс оң	Жіті В вирустық гепатиті немесе созылмалы В вирустық гепатиті, асқину
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs HBV DNA	теріс оң теріс оң	Талдау түсініксіз, 3 мүмкін нұсқа бар: 1) ЖВВГ ерте реконвалесценциясы кезеңі; 2) ПТР диагностиканың жалған оң жауабы; 3) белсенділігі төмен созылмалы инфекция.
HBsAg Anti-HBc Anti-HBs HBV DNA	теріс оң теріс теріс	Сауығу
Д вирустық гепатиті		
HBsAg anti-HBc anti-HDV HDV RNA	оң оң оң оң	Коинфекция
HBsAg anti-HBc anti-HDV HDV RNA	оң теріс оң оң	Суперинфекция
HBsAg anti-HBc anti-HDV HDV RNA	оң оң/ оң оң	теріс созылмалы Д вирустық гепатиті
С вирустық гепатиті		

anti-HCV HCV RNA	total	оң	Жіті С вирустық гепатиті немесе созылмалы С вирустық гепатиті
anti-HCV HCV RNA	total	теріс	Жіті С вирустық гепатиті («серологиялық терезе»)

37. Жақсы жиналған эпидемиологиялық анамнез негізінде жіті С вирустық гепатитінің диагнозы қойылады. IgM anti-HCV сыныбының иммуноглобулиндері олардың кеш білінуіне байланысты инфекцияның жіті және созылмалы түрлерінің дифференциациясында диагностикалық құндылығы жоқ. ИФА–да жалған оң немесе жалған теріс нәтижелерді болдырмау үшін вирустың жекелеген антигендеріне HCV қарсы индикациясына негізделген растаушы тесттерді қолдану қажет. Әрбір С гепатиті вирусының антигеніне антиденелерді анықтаудың өзіндік диагностикалық мәні бар. core-, Е- және NS5- антигенге антиденелер ерте анықталады, ал NS4-қа және NS5-антигенге антиденелер сероконверсияның барынша кеш кезеңдерінде анықталады. СБГ анықтауда ПТР диагностикасы «алтын» стандарт болып саналады. Циркуляциялық РНК- HCV анықтауды жіті СБГ ерте диагнозын қою, ИФА нәтижесін растау және вирусқа қарсы емдеудің тиімділігін бақылау үшін пайдаланады.

38. ИФА-да созылмалы немесе жіті процесс туралы куәландыратын оң нәтиже алған кезде (ВГВ-де HbsAg, aHBcor-IgM маркелерге және СГВ-де aHCV-total растаушы тестте анықтау) инфекционист қосымша зерттеулер, оның ішінде сапалы ПТР белгілейді. Нәтиже оң болған жағдайда вирустық жүктемені (1 мл-дегі көшірме саны) және СГ вирусының генотипін анықтау үшін сандық ПТР одан әрі жүргізу қажет.

9. ЖВГ ауыратын науқастарды ауруханаға жатқызу және емдеу

39. Энтералдық гепатиттермен ауыратын науқастарды ауруханаға жатқызу клиникалық көрсеткіштер бойынша (орташа-ауыр және ауыр түрлері, ілесіп жүретін патологиясы болған жағдайда жеңіл түрлері) парентералдық гепатиттері бар науқастардан бөлек жүргізіледі. Науқастарды ауруханаға жатқызу (оқшаулау) үшін эпидемиологиялық айғақтар жоқ, себебі көбіне жағдайлар аурудың өршуі кезінде анықталады. Осы кезеңде науқастар қоршаған ортаға вирус бөлуді тоқтатады және эпидемиологиялық қауіп тудырмайды.

40. ЖВГ-мен ауыратын жүкті әйелдер клиникалық айғақтары бойынша инфекциялық аурулар стационарларына, 30 аптадан бастап жүкті әйелдер және босанған әйелдер перзентханалар мен бөлімшелердің оқшауланған палаталарына (бокс т а р ы н а) ж а т қ ы з ы л а д ы .

41. ЖВГ ауыратын науқастарды емдеу халықаралық ұсыныстар негізінде көпшілік мақұлдаған тәсілдерге сәйкес жүргізіледі және ол сақтану режимін,

арнайы диетаны, этиотроптық және патогенетикалық терапияны қамтиды.

42. Жіті А, Е, В және Д вирустық гепатиттері кезінде этиотроптық терапия жүргізілмейді.

43. Вирусқа қарсы препараттарды тағайындау жіті С вирустық гепатиті және созылмалы В, С және Д вирустық гепатиттері кезінде асқыну сатысында (вирустық жүктеме болғанда) көрсетілген.

44. Этиотроптық терапия халықаралық ұсыныстар мен консенсустар негізінде бекітілген диагностикалау және емдеу хаттамаларына сәйкес жүргізіледі және оған пегилирленген интерферондарды, нуклеотидтер мен нуклеозидтердің синтетикалық аналогтары кіреді. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 15 желтосандағы № 2136 қаулысына сәйкес хаттама болмаған жағдайда диагностикалық және емдеу іс-шараларының көлемі көпшілік мақұлдаған тәсілдерге сәйкес медициналық айғақтар бойынша анықталады.

45. В және С вирустық гепатиттерін емдеудің халықаралық хаттамаларына сәйкес терапияға мыналар жатады:

1) вирустық жүктеме қанның 1 мл-де РНК көшірмесі >100.000 болғанда СВГ-мен ауыратын науқастар;

2) ВВГ-мен ауыратын науқастар – НВс Ag (-) вирустық жүктеме қанның 1 мл-де ДНК көшірмесі >2.000 болғанда;

3) ВВГ-мен ауыратын науқастар – НВс Ag (+) вирустық жүктеме қанның 1 мл-де ДНК көшірмесі >20.000 болғанда.

46. Вирусқа қарсы терапияның ұзақтығы:

1) созылмалы С вирустық гепатиті 1(4, 5, 6) генотиптер – рибавиринмен бірге пегилирленген интерферондар және/немесе тез әсер ететін интерферондар – 48 апта;

2) С СВГ 2 және 3 генотиптер - рибавиринмен бірге пегилирленген интерферондар және/немесе тез әсер ететін интерферондар – 24 апта;

3) С жіті гепатиті – 20-24 апта бойы стандартты немесе пегилирленген интерферондармен және/немесе тез әсер ететін интерферондармен монотерапия;

4) созылмалы В вирустық гепатиті - пегилирленген интерферондармен немесе нуклеозидтер (тидтер) аналогтарымен монотерапия – 48 апта, және/немесе тез әсер ететін интерферондармен – 24 апта;

5) созылмалы Д вирустық гепатиті – интерферондармен монотерапия – 48 апта.

47. Патогенетикалық және симптомдық терапия аурудың ауырлығына байланысты көрсетілген.

48. ЖВГ-ні емдеу кезінде дәрілік препараттарды қолдануда өте мұқият болу қажет. Көптеген препараттар бауырға уытты. Глюкокортикостероидтарды

қ о д а н у ғ а

б о л м а й д ы .

49. ЖВГ-нің фульминанттық түрін емдеу:

- 1) су балансы мониторингі бар инфузиялық терапия;
- 2) психомоторлық қозу ұстамаларын тоқтату;
- 3) ішек аутоинтоксикациясының алдын алу;
- 4) гипоксияны түзету.

50. Жіті бауыр энцефалопатиясы асқынуларын емдеу:

- 1) ісік – мидың ісінуі: осмодиуретиктер, салуретиктер, ГКС, кранио-церебралдық гипотермия;
- 2) асқазан-ішектен қан кету: криоплазмалық-антиферменттік кешен;
- 3) жіті бүйрек функциясының жеткіліксіздігі: калийді сақтайтын дисталдық диуретиктер, дофамин;
- 4) жайылған қайталама инфекция: антимикотиялық препараттармен бауырға уыттылықты ескере отырып антибиотиктер.

10. ЖВГ-мен ауыратын науқастарды ауруханадан шығару

51. ЖВГ-мен ауырған науқастарды ауруханадан шығару толық клиникалық сауығу, нормаға сай немесе нормадан көп дегенде 2 есе асқан нормадағы АЛТ – клиникалық-зертханалық көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

52. Реконвалесценция кезінде шамалы уақытқа гепатиттен кейінгі мынадай синдромдар сақталуы мүмкін:

- 1) бауырдың биохимиялық сынамаларының қалыпты көрсеткіші бар гепатомегалия;
- 2) өт шығару жолдарының дискинезиясы мен қабыну аурулары; астенизация; Жильбер синдромы;
- 3) диспепсия;
- 4) "ферментативтік" криздер.

11. Диспансерлеу

53. ЖВГ-мен ауырған науқастарды диспансерлеу клиникалық көрсеткіштер бойынша гепатологиялық орталықтарда немесе емдеген дәрігер науқастың қолына берген жазбаша ұсыныммен аумақтық емханалардың инфекциялық аурулар кабинеттерінде жүзеге асырылады.

АВГ-нің орташа ауыр және ауыр түрлерімен ауырғандарды диспансерлік бақылау 3 ай, ВВГ-мен – 6 ай, жіті СВГ-мен – созылмалылықтың жоғары ықтималдығын ескере отырып, тұрақты жүргізіледі (оның ішінде биологиялық-химиялық сынамалардың қалыпты көрсеткіштері кезінде және қанда вирус репликациясы болмаған кезде).

Созылмалы вирустық гепатит (бұдан әрі – СВГ) – ЖВГ нәтижелерінің бірі, 6 ай бойы және одан көп айға рұқсат бермейтін бауырдағы диффузиялық қабыну процесі.

ЖВГ-мен ауыратын науқастарды диспансерлеу (әсіресе HBsAg болғанда) Д инфекцияның ықтимал суперинфекциялануына байланысты көрсетілген.

Диспансерлік бақылау ұзақтығы жалғасатын гепатит пен ферментемия клиникасының болуымен анықталады.

Вирустық гепатиттер реконвалесценттері сақталатын ферментемиялармен ауруханадан шыққаннан кейін бір айдан соң қаралған кезде диспансерлік есепке қойылады.

Есептен шығару клиникалық белгілер болмаған кезде жүргізіледі.

ЖВГ-мен ауырған адамдарға стационардан шыққаннан кейін 6 ай бойы антирабиялық вакцина мен сіреспеге қарсы анатоксиннен басқа профилактикалық егуге болмайды (айғақтар бар болса).

54. Дәрігер инфекционист қандағы В және С гепатиттері вирустарының репликациясын растайтын ПТР зерттеудің оң нәтижелері алынғанда, хирургиялық операциялар және манипуляцияларға қатысатын медицина қызметкерлерін жұмысқа жібермейді.