Государственное бюджетное профессиональное образовательное

учреждение «Сочинский медицинский колледж»

министерства здравоохранения Краснодарского края

**Научно-исследовательская работа**

Тема: Роль фельдшера в профилактике острых вирусных гепатитов В и С

Работа выполнена обучающимся специальности 31.02.01

Лечебное дело очной формы обучения, группы 41

Бабиной Алины Владимировны

Руководитель работы: преподаватель Чуркина Е.Ю.

Сочи 2023

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |
| --- |
| ВВЕДЕНИЕ …………………………………………………………….…..…….4 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ |
| * 1. Определение, этиология, эпидемиология, клиническая картина

 и диагностика острого вирусного гепатита B …………………………6 |
| * 1. Острый вирусный гепатит С: определение, этиология, эпидемиология, клиническая картина и диагностика…………………………….….….12
	2. Лечение больных острыми гепатитами В и С ………………..………15
 |
| * 1. Профилактика, цели, задачи………………………..……………...........17
	2. Роль фельдшера в профилактике острых вирусных гепатитов В и С……………………………………………………………………….….22
 |
| ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ  |
| 2.1 Выборка, расчет и анализ статистических данных ………………….....23 |
| 2.2 Разработка анкеты, анкетирование и анализ полученных результатов……………………………………………………………………..252.3 Профилактическое консультирование…………………………….......…28 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ …………………………………………………………….…..30 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ………………………...…31  |
| ПРИЛОЖЕНИЕ…………………………………………………………….……34 |

**Список сокращений, употребляемых в работе**

|  |  |
| --- | --- |
| **Слово (термин)** | **Сокращение** |
| Аланинаминотрансфераза Аспартатаминотрансфераза Вирусный гепатит АВирусный гепатит ВВирусный гепатит СВсемирная организация здравоохраненияДезоксирибонуклеиновая кислотаМеждународная классификация здравоохраненияГемоглобин Иммуноглобулин GИммуноглобулин М | АЛТАСТВГАВГВВГСВОЗДНКМКБHBLgGLgM |

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы:** Вирусные гепатиты В и С вследствие повсеместной распространенности, высокой заболеваемости и формирования хронического течения с исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярной карциномы представляют серьезную медико-социальную проблему для мирового здравоохранения.

По данным ВОЗ в мире насчитывается более 185 миллионов человек, инфицированных вирусом гепатита С и 210 миллионов человек хронически инфицированных вирусом гепатита В. Более, чем 780 000 человек ежегодно умирает от осложнений, вызванных гепатитом В и до 500000 от заболеваний печени, индуцированных вирусом гепатита С. Причем острая форма гепатита С в подавляющем большинстве протекает в безжелтушном варианте, в 60 - 70% случаев заканчивается развитием хронического гепатита, что ведет к увеличению количества больных циррозом печени, гепатокарциномой, печеночной декомпенсацией и к увеличению летальности от заболеваний печени.

Заболевания вирусными гепатитами В и С влекут за собой большие прямые и непрямые затраты, связанные с недопроизведенной продукцией, необходимостью дорогостоящего лечения и реабилитации пациентов, несут огромный экономический ущерб [5;12;16;18]. Вирусные гепатиты с гемоконтактным механизмом заражения вместе с туберкулезом, ВИЧ инфекцией, злокачественными новообразованиями, психическими расстройствами входят в перечень социально значимых заболеваний, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715.

На современном этапе развития общества и медицинских технологий наибольшую актуальность приобретает предупреждение возникновения, развития заболеваний и перехода заболеваний в хроническую форму. Успехи в борьбе с острыми вирусными гепатитами B и С во многом зависят от уровня подготовленности медицинских работников в области эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов.

**Цели исследования:**

1. Анализ роли фельдшера в профилактике острых вирусных гепатитов В и С.

**Задачи:**

- провести сбор и анализ современных отечественных литературных источников;

- разработать анкету, определяющую информированность населения о факторах риска и профилактике острых вирусных гепатитов В и С;

- провести анкетирование и сделать анализ с последующими рекомендациями;

- провести анализ роли фельдшера в профилактике острых вирусных гепатитов В и С;

- разработать рекомендации для фельдшера по организации профилактики острых вирусных гепатитов В и С;

**Объект исследования -** деятельность фельдшера в профилактике острых вирусных гепатитов В и С.

**Предмет исследования -** роль фельдшера в профилактике острых вирусных гепатитов В и С; нормативная документация, регламентирующая проведение прививок,  материалы анкетирования.

**Методы исследования:**

- научно-теоретический анализ литературы;

- анализ документации;

- анализ и обобщение опыта работы фельдшер;

- обобщение данных.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

* 1. **Вирусный гепатит В : этиология, эпидемиология, клиника, диагностика**

Острый вирусный гепатит В - широко распространенная инфекция человека, вызываемая вирусом гепатита В; в клинически выраженных случаях характеризуется симптомами острого поражения печени и интоксикации (с желтухой или без нее), отличается многообразием клинических проявлений и исходов заболевания [3, с. 433].

Возбудитель – ДНК - геномный вирус рода Orthohepadnavirus семейства Hepadnaviridae. Возбудитель вируса гепатита В открыт в 1962 г. Бламбергом.

В крови больных вирусным гепатитом В циркулируют частицы трёх морфологических типов. Наиболее часто обнаруживают сферические частицы, реже - нитевидные формы. Вирусные частицы этих типов не проявляют инфекционных свойств. Лишь 7% частиц представлено комплексными двухслойными сферическими образованиями с полной структурой (так называемые частицы Дейна), проявляющими выраженную патогенность. Верхний их слой образует суперкапсид. Геном представлен неполной (одна нить короче) двухнитевой кольцевой молекулой ДНК и ассоциированной с ней ДНК-полимеразой. У вирионов выделяют четыре антигена - поверхностный (HBsAg) и три внутренних (HBeAg, HBcAg и HBxAg).

Основными антигенами частиц Дейна являются поверхностный HBsAg и ядерный HBcAg. Антитела против HBsAg и HBcAg появляются в течение заболевания. Повышение титра антител против HBcAg напрямую связано с формированием противовирусных иммунных реакций, HBcAg (ядерный, или коровий, антиген) играет важную роль в репродукции вируса. При инфекционном процессе он выявляется только в ядрах гепатоцитов. HBeAg локализуется не только в сердцевине вируса, он циркулирует в крови в свободном виде или связан с антителами. Его определяют как антиген инфекционности. HBsAg (поверхностный антиген) определяет способность к длительной персистенции вируса в организме; он имеет относительно низкую иммуногенность, термостабильность и устойчивость к протеазам и детергентам. Вирус вирусного гепатита В чрезвычайно устойчив во внешней среде. В цельной крови и её препаратах сохраняется годами. Антиген вируса обнаруживают на постельных принадлежностях, медицинских и стоматологических инструментах, иглах, загрязнённых сывороткой крови (при хранении в течение нескольких месяцев при комнатной температуре). Вирус инактивируется после автоклавирования при 120 °С через 45 мин, стерилизации сухим жаром при 180 °С через 60 мин. На него губительно действуют перекись водорода, хлорамин, формалин.

Эпидемиология вирусного гепатита В:

- острый гепатит В, продолжительность выявления HBsAg не превышает 6 месяцев от момента инфицирования;

Иммунная система взрослого человека при заражении вирусом гепатита В в большинстве случаев справляется с инфекцией и риск хронизации обычно составляет не более 10%. При инфицировании вирусом гепатита В хронический гепатит формируется у менее 10% взрослых, у 25-30% детей в возрасте 1-5 лет и у более 90% новорожденных и грудных детей.

Выделение вируса с различными биологическими секретами (кровь, слюна, моча, желчь, слезы, грудное молоко, сперма и др.) определяет множественность путей передачи инфекции. Однако только кровь, сперма и, возможно, слюна представляют реальную эпидемиологическую опасность, так как в других жидкостях концентрация вируса очень мала.

Для возникновения болезни достаточно 0,0001 мл инфицированной крови или ее препаратов. Наибольший риск заражения был связан с переливанием крови от доноров-вирусоносителей. В настоящее время вся донорская кровь проверяется на наличие HBsAg и при его обнаружении не используется для переливания, в связи с чем процент посттрансфузионного гепатита В значительно уменьшился.

Основной источник вируса гепатита В – так называемые «здоровые» носители, количество которых на земном шаре превышает 300 млн. человек, а в РФ их более 5 млн. человек. Меньшее значение как источник инфекции имеют больные хроническим и острым гепатитом В.

Основные пути передачи инфекции:

- [перинатальный (от инфицированной матери ребенку)](http://www.gepatitb.ru/epidemiology/#perinatalniy);

- [половой](http://www.gepatitb.ru/epidemiology/#polovoi);

- [контакт с кровью или инфицированными медицинским инструментами](http://www.gepatitb.ru/epidemiology/#krov) (гемотрансфузионный);

- [контактно-бытовой](http://www.gepatitb.ru/epidemiology/#bitovoi).

Необходимо знать, что, так как татуировки и пирсинг связаны с повреждением кожи, некачественно стерилизованные инструменты могут служить источником инфекции.

Группы высокого риска инфицирования вирусом гепатита В:

- родившиеся от матерей с хроническим гепатитом В на момент родов;

- члены семьи инфицированных вирусом гепатита В;

- использование нестерильных игл и шприцев (инъекционные наркоманы);

- лица, инфицированные вирусом гепатита С и ВИЧ-инфицированные;

- пациенты на гемодиализе, больные, нуждающиеся в частых переливаниях крови (гемофилией, талассемией и другими заболеваниями);

- медицинский персонал (особенно отделений онкологии, хирургии, гемодиализа, а также патологоанатомы и лабораторные сотрудники, контактирующие с кровью);

- находящиеся в закрытых учреждениях (детские дома, колонии, дома для престарелых).

Клиническая картина. Инкубационный период. При острой циклической форме вирусного гепатита В его длительность подвержена большим колебаниям и варьирует от 30 до 180 дней и более.

Дожелтушный период.Может протекать в тех же вариантах, что и при вирусном гепатите В, но чаще встречают артралгический, астеновегетативный и диспептический варианты. При диспептическом варианте выражены стойкая анорексия, постоянное чувство тошноты, периодическая рвота без каких-либо видимых причин. Следует заметить, что при гриппоподобном варианте дожелтушного периода при вирусного гепатита В катаральные явления нехарактерны и только у небольшой части больных можно наблюдать повышение температуры тела. Вместе с тем больные нередко жалуются на суставные боли; при этом внешне суставы, как правило, не изменяются. Артралгии чаще бывают в ночное и утреннее время, а при движениях в суставах ненадолго исчезают. Их могут сопровождать высыпания на коже типа крапивницы. Сочетание артралгии и экзантемы обычно предвещает более тяжёлое течение заболевания. В таких случаях клиническую картину дополняет повышение температуры тела, иногда до высоких цифр.

Уже в дожелтушный период можно наблюдать головокружение, упорную сонливость и проявления геморрагического синдрома в виде кровотечений из носа и дёсен.

Желтушный период. Самочувствие больных, как правило, не улучшается, а в большинстве случаев ухудшается. Артралгии и экзантема исчезают, но нарастают диспептические симптомы.

Иктеричность кожных покровов и слизистых оболочек медленно прогрессирует, достигая своего максимума не ранее 7-10-го дня с момента её появления. Желтуха обычно интенсивная, сопровождается кожным зудом. На коже нередко выявляют геморрагии в виде петехий или крупных синяков. При более тяжёлом течении отмечают носовые кровотечения, кровоточивость дёсен, а у женщин - ранний приход обильных менструаций. Моча приобретает тёмный цвет, у большинства больных кал ахоличен.

Печень, как правило, увеличивается в размерах; она отчётливо болезненна при пальпации, достаточно мягкая по консистенции. Необходимо обратить внимание на то, что на фоне интенсивной желтухи нередко печень не увеличивается, что указывает на более тяжёлое течение гепатита. В 50-60% случаев наблюдают спленомегалию. Пульс урежен, однако при более тяжёлом течении можно наблюдать тахикардию. Тоны сердца приглушены, отмечают небольшую гипотонию. Больные обычно апатичны, испытывают головокружение, расстройства сна.

Течение желтушного периода длительное, затягивается до 1 месяца и более.

Период реконвалесценции начинается с момента уменьшения или исчезновения комплекса диспептических симптомов, после чего происходит медленное снижение билирубинемии. Что касается изменения размеров печени, то этот процесс иногда затягивается на несколько месяцев.

Гепатит В может протекать в безжелтушной и субклинической формах, которые обычно не диагностируются. В ряде случаев ГВ протекает с выраженным холестатическим компонентом, при котором интоксикация незначитальная, но интенсивная желтуха сохраняется длительно (до 2-4 месяцев), и основная жалоба больных – мучительный (особенно по ночам) кожный зуд.

Исходомострого ГВ чаще всего (в 90-95%) бывает выздоровление, редко развивается фульминантный гепатит с летальным исходом, приблизительно в 5% формируется хронический гепатит В. Признаки трансформации острого ГВ в хронический – сохраняющаяся в течение 6 месгиперферментемия, HBsAg и HBeAg в сыворотке крови (таблица 1). Хронический гепатит В может привести к циррозу печени и гепатоцеллюлярной карциноме.

Диагностика хронического гепатита В, как и любого другого инфекционного заболевания, основана на обнаружении самого возбудителя, в данном случае, вируса гепатита В или его частиц в крови. Диагностика гепатита В может включать следующие обследования:

1. Анализ крови на маркеры вируса гепатита В. Наличие тех или иных маркеров вируса гепатита В в крови дает информацию о статусе инфекции.

2. Биохимический анализ крови с определением уровня «печеночных» ферментов АЛТ (аланинаминотрансфераза) и АСТ (аспартатаминотрансфераза), показывающими степень активности воспаления в печени. АЛТ и АСТ являются ферментами, содержащимися внутри гепатоцитов, и при повреждении клетки они выходят наружу и таким образом повышается их уровень в крови.

Таблица 1

Серологические и вирусологические маркеры вирусного гепатита В на различных стадиях инфекционного процесса

|  |  |
| --- | --- |
| Возможные диагнозы | Тесты |
|  | HBsAg | анти- HBs | анти- HBcIgM | анти- HBcIgG | HBeAg | анти- HBe | ДНК HBV |
| ОГВ - циклическое течение ОГВ - затяжное течение ОГВ - реконвалесценция ХГВ - фаза репликации ХГВ - фаза интеграции | + + - + + | - - + - - | + + - +/- - | - + + + + | + + - + - | - - + - + | + + - + - |

Вышеперечисленные обследования являются основными в диагностике гепатита В и с помощью лабораторных анализов крови можно оценить активность вируса, стадию гепатита, и косвенно - степень поражения печени. В части случаев этой информации не бывает достаточно и требуются более точные данные о состоянии ткани печени, активности гепатита и степени фиброза. В этом случае может обсуждаться выполнение биопсии печени или применение неинвазивных методов оценки состояния печени.

3. Биопсия печени это процедура забора ткани печени специальной иглой. Наиболее часто проводят чрескожную биопсию печени. Процедура проводится под местным обезболиванием с извлечением кусочка ткани (примерно в 0.5 г) с последующим изучением ее под микроскопом.

**1.2. Острый вирусный гепатит С: определение, этиология, эпидемиология, клиническая картина и диагностика**

Острый гепатит С (код по МКБ 10 – B.17.1) –инфекционная болезнь человека вирусной этиологии с преимущественным поражением печени, характеризующаяся бессимптомным течением острой формы заболевания (70-90% случаев) и склонностью к развитию хронической формы (60-80% случаев) с возможным исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Самопроизвольное выздоровление (элиминация вируса из организма) наблюдается у 20-40% инфицированных, антитела к вирусу гепатита С у которых могут выявляться пожизненно.

Возбудитель гепатита С – РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству Flaviviridae(флавивирусам), роду Hepacivirus (гепацивирусов) и характеризующийся высокой генетической вариабельностью.

Вирус гепатита С обладает сравнительно невысокой устойчивостью к воздействию факторов окружающей среды. Полная инактивация (гибель) вируса наступает через 30 минут при температуре 60° С и через 2 минуты при температуре 100° С. Вирус чувствителен к ультрафиолетовому облучению и воздействию растворителей липидов.[4]

Эпидемическая характеристика ВГС во многом сходна с характеристикой гепатита В. Резервуаром и источником инфекции служат больные с острыми и хроническими формами гепатита С, а также вирусоносители. Наибольшую эпидемическую опасность представляют больные с безжелтушными и субклиническими формами заболевания. Механизм передачи инфекции - парентеральный, однако в отличие от ВГВ инфицирующая доза должна быть больше, что изменяет структуру путей передачи возбудителя. Передача вируса гепатита С осуществляется преимущественно через зараженную кровь и препараты крови, тогда как роль других биологических жидкостей как факторов передачи значительно меньше. В связи с этим риск инфицирования контактным и половым путем при ВГС значительно ниже. Тем не менее следует помнить, что РНК вируса гепатита С может содержаться в слюне, моче, семенной и асцитической жидкости. Современная статистика свидетельствует, что инфицирование почти каждого второго больного ВГС связано парентеральным введением наркотических средств.

К группам риска по вирусному гепатиту С относятся:

- лица, употребляющие инъекционные наркотики;

- лица, получающие переливание крови;

- дети, родившиеся у матерей с вирусом гепатита С;

- лица, имеющие половые контакты с инфицированным партнером;

- ВИЧ-положительные лица;

- лица, использующие интраназальные препараты;

- больные, находящиеся на гемодиализе (аппарат искусственной почки);

- работники салонов красоты и салонов татуировок;

- лица с нетрадиционной половой ориентацией (гомосексуалисты);

- лица, находящиеся в заключении.

Патогенез (механизм развития болезни). Выделяют два основных механизма: цитопатическое действие вируса гепатита (разрушение клеток печени) и иммунопатологические реакции (слабый защитный ответ организма человека на внедрение вируса). Репликация (размножение) вируса на остром этапе происходит в клетках печени (гепатоцитах), затем в мононуклеарах крови, костного мозга, лимфатических узлах, селезенки [16].

**Клиническая картина**. Продолжительность инкубационного периода при ВГС составляет от 20 до 150 дней (в среднем 40 - 50 дней).

Острый гепатит С большей частью протекает бессимптомно с очень высокой вероятностью хронизации. В клинически манифестных случаях течение болезни как правило легкое, со слабо выраженными проявлениями интоксикации, незначительной гепатомегалией, минимальным нарушением пигментного обмена, умеренным цитолизом. Основным подтверждением диагноза является обнаружение в крови РНК HCV (методом ПЦР), несколько реже - анти-HCV IgM и IgG при отсутствии aнти-NS4 (таблица 2). Истинных реконвалесцентов после острого ВГС не много. У значительно большей части больных острая фаза сменяется латентной с многолетним персистированием инфекционного процесса и развитием хронического гепатита, который чаще всего распознается при морфологическом исследовании биоптатов печени [21; 29].

Таблица 2

Серологические и вирусологические маркеры ГС на различных стадиях инфекционного процесса

|  |  |
| --- | --- |
| Возможные диагнозы | Тесты |
|  | анти-HCV IgM | анти-HCV IgG | анти-NS4 | РНК HCV |
| Острый ГС | +/- | +/- | - | + |
| ОГС - реконвалесценция | - | + | - | - |
| ХГС - фаза репликации | +/- | + | + | + |
| ХГС - отсутствие репликации | - | + | + | - |

Экспресс-тесты, основанные на определении антител к вирусу гепатита С в слюне (соскоб со слизистой десен), сыворотке, плазме или цельной крови человека, могут применяться в клинической практике для быстрого ориентировочного обследования и принятия своевременных решений в экстренных ситуациях.

В медицинских организациях исследование на наличие антител к вирусу гепатита С с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным дополнительным исследованием сыворотки (плазмы) крови пациента на наличие anti-HCV IgG, а при необходимости - одновременным обследованием на наличие anti-HCV IgG и РНК вируса гепатита С классическими серологическими и молекулярно-биологическими методами. Выдача заключения о наличии или отсутствии антител к вирусу гепатита С только по результатам экспресс-теста не допускается.

Области применения экспресс-тестов включают следующие, но не ограничиваются ими:

- трансплантология - перед забором донорского материала;

- донорство - обследование крови, в случае экстренного переливания препаратов крови и отсутствия обследованной на антитела к вирусу гепатита С донорской крови;

- приемное отделение медицинской организации - при поступлении пациента для экстренных медицинских вмешательств.

Для выявления маркеров инфицирования вирусом гепатита С должны использоваться диагностические препараты, разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

В документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования на anti-HCV IgG и РНК вируса гепатита С, в обязательном порядке указывается наименование тест-системы, с помощью которой проводилось данное исследование.

**1.3. Лечение больных острыми гепатитами В и С**

Пациентам с острыми парентеральными вирусными гепатитами обязательна госпитализация.

Базисная терапия включает:

– полупостельный режим – при легкой и среднетяжелой формах, постельный – при тяжелой форме;

– соблюдение диеты, щадящей по кулинарной обработке и исключающей раздражающие компоненты;

– обильное питье до 2–3 л в сутки;

– ежедневное опорожнение кишечника;

– охрану печени от дополнительных нагрузок, включая медикаментозные средства, к назначению которых нет абсолютных показаний.

Противовирусная терапия

В связи с тем что вероятность перехода острого гепатита В в хронический не превышает 5–10%, большинству пациентов с желтушной формой ОГВ нет необходимости назначать противовирусную терапию (ПВТ). При легкой, среднетяжелой и тяжелой формах острого гепатита В противовирусное лечение не показано. При тяжелой форме с развитием печеночной комы рекомендуются аналоги нуклеозидов: ламивудин (100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), энтекавир (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудин (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно). Лечение проводится одним из указанных препаратов в стандартной суточной дозе и должно быть продолжено до исчезновения из крови HBsAg или независимо от этого показателя у пациентов, которым выполняется трансплантация печени, так как редукция уровня ДНК HBV уменьшает риск инфицирования трансплантата. Применение интерферона при фульминантном течении ОГВ противопоказано.

Острый гепатит С. Показанием для проведения противовирусной терапии является ОГС с наличием виремии. Лечение, начатое после 3 мес заболевания, может сопровождаться развитием устойчивого вирусологического ответа (УВО) более чем у 80% больных ОГС.

Больным ОГС целесообразно назначать противовирусную терапию препаратами интерферонового ряда.

- Противовирусное лечение может быть отложено на 8–12 недель от дебюта заболевания (отсрочка допустима в связи с возможностью спонтанного выздоровления).

 - Монотерапия стандартными интерферонами обладает высокой эффективностью, однако предпочтение может быть отдано пегилированным интерферонам, учитывая меньшую кратность их введения.

- Длительность курса лечения должна составлять от 12 до 24 недель. При использовании стандартных интерферонов в настоящее время применяют следующие схемы: а) по 5 млн МЕ ежедневно в течение 4 недель, затем по 5 млн МЕ через день в течение 20 недель; б) по 10 млн МЕ ежедневно до нормализации уровня АсАТ и АлАТ (по результатам соответствующих исследований – через 4–6 нед после начала лечения). Пегилированные интерфероны при ОГС назначаются в стандартных дозах (12–24 недель). Пока отсутствуют окончательные рекомендации в пользу или против добавления рибавирина к интерферонам при лечении ОГС, решение этого вопроса целесообразно принимать индивидуально для конкретного больного с учетом имеющихся противопоказаний.

Показания для инфузионной терапии: – выраженный диспептический синдром (тошнота и рвота, отсутствие возможности для приема адекватного количества жидкости per os); – нарастание симптомов интоксикации; – развитие холестатического синдрома. Для проведения инфузионной терапии используются растворы глюкозы, солевые растворы, объем и кратность введения которых, а также длительность применения определяются тяжестью состояния больного.

**1.4 Профилактика острых вирусных гепатитов B и С**

Цели профилактики: сохранение и укрепление здоровья населения, повышение работоспособности и производительности труда работающих, увеличение активного долголетия людей [13].

Задачи профилактики: организация раннего выявления больных и лиц с повышенным риском заболевания; организация и проведение предварительных и периодических профилактических осмотров; организация и контроль проведения диспансеризации; организация и контроль проведения профилактических прививок подросткам и взрослому населению; разработка планов мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний на территории обслуживания поликлиники; руководство работой по проведению пропаганды санитарно-гигиенических знаний среди населения, формированию здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками [17].

Профилактика острого вирусного гепатита В должна быть комплексной, только сочетание методов неспецифической и специфической профилактики обеспечивают снижение заболеваемости.

1. Специфическая профилактика острого вирусного гепатита В

Проведение плановой вакцинации против вирусного гепатита В в рамках национального календаря профилактических прививок всем гражданам с целью предупреждения развития заболевания. Национальный календарь профилактических прививок – утвержденный Минздравом РФ, регламентирующий сроки, типы профилактических вакцин, согласно программе обязательного медицинского страхования населения, утвержден приказом МЗ РФ №125-н от 21 марта 2014 года состоит из двух приложений. Первая часть – это календарь обязательных профилактических прививок. Вторая часть – это прививки, показанные по эпидемическим показаниям в очагах инфекции и в группах риска лицам с высокой возможностью заражения.

Стандартная схема вакцинации от ВГВ: 0-1-6 месяцев. Первую прививку делают еще в роддоме, вторую – по достижению месячного возраста, а третью – не раньше, чем через 5 месяцев (на 6 месяце жизни). Такая же схема используются для прививания детей старшего возраста и взрослых (второй укол делают через месяц после первого, а третий – через 5 месяцев). Основной принцип – придерживаться установленного интервала между прививками.

а) Детей из группы риска (мать болеет или является носителем ВГВ, мать не обследована во время беременности, в семье есть больной гепатитом, ребенок из неблагополучной семьи) прививают по другой схеме: 0-1-2-12 месяцев.

б) Экстренная профилактика. Вакцины против ВГВ могут применяться в целях экстренной профилактики инфекции — то есть, в случае, если контакт с вирусом (с кровью, половой, бытовой) уже мог иметь место.

в) Лица с повышенным риском инфицирования ВГВ:

– новорожденным от матерей - носителей HBsAg или больных острым гепатитом В в периоде родоразрешения вводится специфический иммуноглобулин - 1 доза (100 ME) в первые 12 часов после рождения одновременно с вакциной против гепатита В, но в разные участки тела (в дальнейшем дети подлежат прививке вакциной гепатита В в возрасте 1, 2 и 12 мес);

– лицам, относящимся к группам высокого риска инфицирования вирусом ВГВ, не привитым против гепатита В, иммуноглобулин вводят до начала процедуры - гемодиализа, переливания крови и ее препаратов и др.; детям до 10 лет - 100 ME, детям старше 10 лет и взрослым - из расчета 0,1 мл/кг массы. Одновременно с введением иммуноглобулина следует начать курс вакцинации против гепатита В по укороченной схеме - 3 аппликации вакцины с интервалом 1 месяц. Через 12 месяцев после начала иммунизации вводится 4-ая дополнительная доза вакцины. Первая доза вакцины вводится одновременно с иммуноглобулином, но в разные участки тела.

1. Неспецифическая профилактика

Рекомендуется активное выявление источников инфекции (обследование лиц, подверженных повышенному риску инфицирования и/или имеющие особую эпидемиологическую значимость) с целью предотвращения распространения инфекции.

1. Диспансерное наблюдение

Рекомендуется диспансерное наблюдение в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники в течение 12 месяцев всем пациентам с ОГВ в зависимости от самочувствия, скорости нормализации размеров печени и динамики результатов биохимических исследований с целью контроля эффективности терапии.

Диспансерное наблюдение за переболевшим ВГВ (по месту жительства или лечения) проводится не позднее чем через месяц после выписки его из стационара, при условии нормализации лабораторных показателей. В случае если больной был выписан со значительным повышением активности аминотрансфераз, осмотр проводят через 14 дней после выписки. Сроки освобождения от тяжелой физической работы и спортивных занятий должны составлять 6 – 12 месяцев. Клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты проводят через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара.

Вирусный гепатит С.

Специфической профилактики ВГС нет. Вакцина от гепатита С не разработана, поскольку существует много генотипов вируса. Профилактика заражения направлена на укрепление организма и предотвращение проникновения инфекции.

Профилактика гепатита С проводится комплексно в отношении источников вируса, путей и факторов передачи, а также восприимчивого населения, включая лиц из групп риска.

Меры в отношении источника инфекции.

- Лица, у которых при обследовании в сыворотке (плазме) крови впервые выявлены anti-HCV IgG и (или) РНК вируса гепатита С, в течение 3 дней направляются врачом, назначившим обследование, к врачу-инфекционисту для постановки на диспансерный учет, проведения комплексного клинико-лабораторного обследования, установления диагноза и определения тактики лечения.

- Обследование лиц с наличием anti-HCV IgG и (или) РНК вируса гепатита С проводится в амбулаторных условиях (в кабинете инфекционных заболеваний, в гепатологическом центре), в инфекционном стационаре (отделении), а также в других медицинских организациях, имеющих лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

- Госпитализация и выписка больных ОГС или ХГС проводится по клиническим показаниям.

- Больному разъясняются пути и факторы передачи инфекции, меры безопасного поведения с целью предотвращения распространения вируса гепатита С, доступные ему виды помощи, дальнейшая тактика диспансерного наблюдения и лечения. В обязательном порядке больного информируют о необходимости выделения индивидуальных предметов личной гигиены (бритвенные приборы, маникюрные и педикюрные принадлежности, зубные щетки, полотенца и другие) и ухода за ними, а также использования презервативов.

Отметка о проведении консультирования ставится в медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя:

- дезинфекции в очаге гепатита С подвергаются индивидуальные предметы личной гигиены больного (лица с подозрением на гепатит С), а также поверхности и вещи в случае их контаминации кровью или другими биологическими жидкостями. Дезинфекция проводится самим больным (лицом с подозрением на гепатит С), или другим лицом, осуществляющим за ним уход.

- консультирование по вопросам дезинфекции проводит медицинский работник медицинской организации по месту жительства больного.

Меры в отношении контактных лиц.

Контактными при гепатите С считаются лица, которые могли быть инфицированы ВГС при реализации известных путей передачи возбудителя инфекции. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц проводится медицинскими работниками медицинских организаций по месту жительства (пребывания) и включает:

- их выявление и учет (в листе наблюдения за контактными);

- проведение медицинского осмотра при выявлении очага;

- лабораторное обследование в соответствии с   настоящим санитарным правилам;

- беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики.

Организация диспансерного наблюдения за больными гепатитом С и лицами с наличием антител к вирусу гепатита С: диспансерное наблюдение за больными ОГС проводится с целью оценки эффективности противовирусной терапии и установления исхода заболевания (выздоровление - элиминация вируса гепатита С из организма или переход в хроническую форму).

Важными задачами диспансерного наблюдения при гепатите С являются повышение осведомленности больного о заболевании, мотивирование его к регулярному наблюдению, формирование приверженности лечению, профилактика осложнений и своевременное их выявление.

**1.5 Роль фельдшера в профилактике вирусных гепатитов В и С**

Фельдшеру необходимо с целью профилактики вирусного гепатита В и С, соблюдать следующие положения при работе с больным:

 1. Диета № 5: рекомендуются продукты с повышенным содержанием липотропных веществ, клетчатки, пектинов, жидкости. Противопоказаны продукты, богатые азотистыми экстрактивными веществами, пуринами, холестерином, щавелевой кислотой и продуктами окисления жиров, возникающими при жарке.

2. Режим: полупостельный режим – при легкой и среднетяжелой формах, постельный – при тяжелой форме;

3. Тактические предписания: соблюдать хлорный режим. Использовать 5% раствор хлора, извести.

Использовать индивидуальные средства ухода, игрушки (в случае профилактики заболевания у ребенка), подвергать их дезинфекции 5% раствором хлора.

Мероприятия в очаге вирусного гепатита В и С:

- изолировать больного ВГВ, срок изоляции 21 день от начала желтухи; госпитализация и выписка больных ОГС проводится по клиническим показаниям.

- подать экстренное извещение в СЭС,

- В очагах ОГВ за лицами, общавшимися с больным, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 6 месяцев с момента госпитализации больного. Осмотр врачом проводится 1 раз в 2 месяца с определением активности АЛT и выявлением HBsAg, анти-HBs. Наблюдение за контактными лицами в очагах ОГС и ХГС завершается через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного гепатитом С.

- Проведение иммунизации против ГВ контактных лиц, не привитых ранее или с неизвестным прививочным анамнезом.

- провести заключительную дезинфекцию.

**ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**2.1** **Выборка, расчет и анализ статистических данных**

Для решения поставленных задач был проведен анализ современных литературных источников, содержащих информацию по теме исследования.

В связи с необходимостью проведения анализа заболеваемости острыми вирусными гепатитами В и С за период 2019-2021 гг. была проведена выборка случаев заболеваемости по амбулаторным картам 2016-2020 гг., и приобретенного за этот период практического опыта (таблица 3).

Таблица 3

Заболеваемость острыми вирусными гепатитами В и С за 2019-2021 гг.

|  |  |
| --- | --- |
|  Название заболевания | на 100 тыс. населения |
| 2019 г | 2020 г | 2021 г |
|  острый вирусный гепатит В | 0.7 | 0.5 | 0.3 |
|  острый вирусный гепатит С | 1.2 | 2.3 | 2.9 |

Вывод: отмечается снижение впервые выявленного заболевания ВГВ (результат плановой иммунизации населения), и рост впервые выявленного заболевания ВГС.

При отсутствии своевременного лечения, не знания факторов риска и не выполнения рекомендаций существуют опасности формирования хронического течения с исходом в цирроз печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Для выявления факторов риска, были исследованы и проанализированы 23 амбулаторные карты трудоспособного населения (диаграмма 1).

Диаграмма 1

Вывод: факторами, влияющими на развитие ВГВ и ВГС и осложнения являются: низкий социально – экономический статус 44%, инъекционная наркомания 38%, половой контакт с больным 10% , трансфузия 4%, гемодиализ 2% , не выявлены 2%.

**2.2 Разработка анкеты, анкетирование и анализ полученных результатов**

По материалам производственных практик, за годы 2016-2020 годы, и приобретенного за этот период практического опыта, была разработана анкета тестового типа в целях определения информированности населения о факторах риска и профилактике острых вирусных гепатитов В и С (Приложение № 1) и проведено удаленно/дистанционное анкетирование 35 пациентов с данным диагнозом, среди которых мужчины составили 23 (66%), женщины 12 (34%) (диаграмма 2).

 Диаграмма 2

Вывод: при анализе анкетированных по половому признаку, установлено, что чаще страдают ВГВ и ВГС мужчины - 66%, чем женщины – 34%.

Диаграмма 3

Вывод: заболеваемость ВГВ и ВГС – 77% - возраст респондентов 25-40 лет ( из них с ВГВ – 34%, с ВГС – 66% ), возраст респондентов 45-59 лет – 14,3%, возраст респондентов 18-25 лет – 8,7%.

На вопрос «Употребляете ли вы алкогольные напитки? И как регулярно?» - ответы респондентов распределились следующим образом: 18 человек (51%) знают о влиянии употребления алкоголя на развитие осложнений при ВГ и не употребляют алкоголь, 11 человек (31%) не знают и регулярно употребляют алкоголь и 6 респондентов знают и употребляют алкоголь более 1 раза в неделю (18%)(диаграмма 4).

Диаграмма 4

Вывод: респонденты, знающие о влиянии употребления алкоголя на развитие осложнений ВГ (51% опрошенных) не употребляют алкоголь и соблюдают здоровый образ жизни. Респонденты, не знающие о влияние употребления алкоголя на развитие осложнений (31% опрошенных) регулярно употребляют алкоголь, прием частота употребления спиртных напитков превышает трех раз в неделю. Респонденты знающие о вреде алкоголя и продолжающие его употреблять – 18%.

Диаграмма 5

Вывод: анкетирование показало, что информированы о путях передачи – 23 человека (66%), мало информированы – 8 респондентов (23%), не информированы 4 человека (11%).

Диаграмма 6

Вывод: 13 (36%) респондентов знают о профилактике гепатитов В и С , частично информировано 22 (64%) респондента.

Диаграмма 7

Вывод: 18 респондентов (51%) частично соблюдают принципы рационального питания, 9 респондентов (26%) полностью соблюдают правила рационального питания, 8 (23%) респондентов не соблюдают, несмотря на риск хронизации процесса.

Диаграмма 8

|  |
| --- |
|  |

 Вывод: 31 (89%) респондентов за получение информации о факторах риска и профилактике ВГВ и ВГС, 4 (11%) респондентов информация не интересует.

Разработаны памятки по профилактике вирусного гепатита В и С (Приложение 2 и 3).

**2.3 Профилактическое консультирование**

Одним из ключевых методов работы фельдшера всанитарно-просветительной работе является профилактическое консультирование.

Профилактическое консультирование - это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания и осложнений заболеваний.

Профилактическое консультирование должно носить адресный характер. Вот почему именно фельдшер ФАПа, который знает особенности образа жизни своих пациентов, бытовые проблемы может быть наиболее успешными в достижении целей профилактического консультирования.

Достижению цели профилактического консультирования способствует принцип единства:

1. Фельдшер проводит информирование пациента об имеющихся у него факторах риска, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск возникновения ВГВ и ВГС, на осложнения данной патологии.

2. Фельдшер проводит мотивирование пациента и побуждение к оздоровлению образа жизни и соблюдению необходимых врачебных рекомендаций.

3. Фельдшер проводит обучение пациента практическим навыкам с использованием рекомендаций и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых.

4. По результатам профилактического консультирования фельдшер выдает каждому пациенту памятку по ведению здорового образа жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска.

Работа проводится обязательно комплексно и коллегиально с привлечением специалистов первичного звена: педиатры, терапевты, кардиологи, неврологи, акушеры-гинекологи. Так как только совместная работа помогает снизить риск возникновения факторов риска и сохранить здоровье. Для этого необходимо на ФАПе организовать ежемесячные школы здоровья.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе работы был проведен анализ необходимого объема современных отечественных литературных источников, содержащих информацию по теме исследования, рассмотрены ведущие факторы риска развития вирусных гепатитов В и С.

Проведенный расчет и анализ статистических данных заболеваемости по форме Федерального государственного статистического наблюдения населения за многолетний период 2019-2021 гг.

Проведено анкетирование, с последующим анализом и интерпретацией полученных результатов. На основании проделанной работы и полученных результатов проведен анализ роли фельдшера в профилактике острых вирусных гепатитов В и С.

Разработаны рекомендации для проведения профилактического консультирования населения, памятка по профилактике гепатитов. Профилактическое консультирование пациентов должно стать, неотъемлемой частью повседневной работы фельдшера.

Материалы исследования, могут быть использованы на теоретических и практических занятиях при подготовке будущих специалистов со средним медицинским образованием и в ежедневной работе фельдшера ФАПа.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.02.2008 № 14 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08» (вместе с «СП 3.1.1.2341 - 08 . Профилактика вирусного гепатита B. Санитарно-эпидемиологические правила»)

3. Актуальные вопросы частной эпидемиологии. Вирусные гепатиты: успехи и перспективы вакцинации. Эпидемиология хронических гепатитов / [Ш. Н. Алиева и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2019. – № 1. – С. 433-469.

4. Барамзина С.В. Ситуация по заболеваемости различными формами HBV- и HCV-инфекций у детей в Краснодарском крае / Барамзина С. В. // Мед. альманах. – 2020. – № 2 (42). – С. 70-74.

5. Вирусные болезни: учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640 с.

6. Гепатит B: этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика: учебное пособие / Т. Н. Быстрова [и др.]; под ред. В. В. Шкарина. - Нижний Новгород: Издательство НижГМА, 2018. – 68 с.

7. Дерябин П.Г. Гепатит С: современное состояние и перспективы / Дерябин П. Г. // Вопр. вирусологии. – 2019. – № 1. – С. 91-103.

8. Диагностика типичного случая инфекционной болезни (стандартизованный пациент): учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. В. Волчковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 464 с.

9. Жебрун А.Б. Вирусный гепатит С: эволюция эпидемического процесса, эволюция вируса / А.Б. Жебрун, О. В. Калинина // Журн. микробиологии, эпидемиологии иммунобиологии. – 2019. – № 1. – С. 102-112.

10. Карасева Т.В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни / Т. В. Карасева, Е. В. Руженская // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 5. – С. 23-24.

11. Петров Д.В. Профилактические осмотры как цель сохранения здоровья. / Сб.: Актуальные вопросы научно-практической медицины. Орел, 2019. – С. 24-32.

12. Полунина Т.Е. Острый вирусный гепатит В: диагностика и лечение / Полунина Т. Е. // Consilium Medicum. – 2019. – № 8. – С. 47-52.

13. Разработка системы диагностики и алиментарной профилактики инфекционных заболеваний / А. В. Погожева, Е. Ю. Сорокина, А. К. Батурин и др. // Альманах клин. медицины. – 2017. – № 1. – С. 67-74.

14. Разумов А.Н. Стратегия и современные технологии оздоровления населения Российской Федерации / А. Н. Разумов, К. В. Котенко, Н. Б. Корчажкина // ГлавВрач. – 2018. – № 10. – С. 6-25.

15. Современные представления о вирусных гепатитах (обзор литературы) / Рашидова М. А., Даренская М. А., Шолохов Л. Ф. и др. // Бюл. Восточ.-Сиб. науч. центра Сиб. отд. Рос. АМН. – 2019. – № 6 (106). – С. 67-74.

16. Солодовников Ю. Л. Основы профилактики [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Ю. Л. Солодовников. – СПб.: Лань, 2017. – 292 с.

17. Управление профилактической деятельностью в здравоохранении: структура, нормативная база, практика / А. И. Вялков [и др.]. – М.: Панорама, 2018. – 36 с.

18. Целиковский А.В Вирусный гепатит Е - новая инфекция в Воронежской области / Целиковский А.В., Притулина Ю.Г. // Акт. направления научных исследований XXI века: теория и практика. – 2019. – № 3-1 (8-1). – С. 113-116.

19. Эпидемиологические проявления вирусного гепатита С у представителей европеоидной и монголоидной рас / Е. Д. Савилов, С. И. Малов, И. В. Малов и др. // Журн. микробиологии, эпидемиологии иммунобиологии. – 2016. – № 1. – С. 9-17.

20. Эпидемиология вирусных гепатитов / Михайлов М. И., Малинникова Е.Ю., Потемкин И.А. и др. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2019. – № 1. – С. 78-85.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

Приложение 1

**Анкета**

Анкета анонимного пациента

1. Ваш пол: М Ж

2. Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Частота употребления алкоголя:

* Не употребляю
* Употребляю
* Более 1 раза в неделю

4. Способ передачи вирусного гепатита B и С:

* Осведомлены
* частично осведомлены
* не осведомлены

5. Известно ли Вам о мерах   по предупреждению заболевания гепатитом? ДА/ НЕТ

6. Соблюдение к рациональности питания:

* Да
* С нарушением
* Нет

7. Заинтересованность в получении информации о вирусном гепатите B и С

* Да
* нет