**Лекция № 9**

**Тема:** **«Оказание медицинской помощи пациентам с вирусными гепатитами А, Е, В, С, Д ».**

**Вирусные гепатиты** – группа острых вирусных инфекционных болезней, имеющих разнообразные механизмы передачи и различные исходы. Эти болезни объединяет то, что все они протекают циклически, вызывающие их вирусы гепатотропны и центральное место в клинической картине занимает поражение печени.  
 В настоящее время выделяют 5 нозологических форм вирусных гепатитов: А, В, С, D и Е. Гепатиты А и Е имеют фекально-оральный механизм передачи, а для гепатитов В, С и D характерен парентеральный механизм.  
  
 **Гепатит А.**  
 Гепатит А (ВГА) – раньше называли болезнью Боткина, инфекционным, эпидемическим гепатитом. В РФ на его долю приходится около 70% всех вирусных гепатитов.  
 Возбудитель ВГА открыт С.Фейнстоуном в 1973 году, очень устойчив во внешней среде: при комнатной температуре он может сохраняться в течение нескольких недель, при 4 градусах – месяцами, при 20 градусах – несколько лет. ВГА не погибает при нагревании до 60 градусов, под действием кислот и эфира. Полная инактивация вируса происходит при 85 градусах в течение нескольких минут, при кипячении, обработке хлорамином, формалином, УФ-излучении, автоклавировании.   
  *Источником* ВГА является только больной человек. Он заразен с конца инкубационного периода и на ранних стадиях болезни. При выявлении желтухи больные практически не заразны.  
 Длительного носительства болезни ВГА не бывает.  
 Вирус выделяется с фекалиями.  
 *Механизмы передачи –* фекально-оральный, факторами передачи являются пищевые продукты без термической обработки и вода. В детских коллективах большое значение имеет контактно-бытовой путь через «грязные» руки и различные предметы.  
 Очень редко (т.к. вирусемия кратковременная) ГА передается с кровью и половым путем. Через плаценту вирус не проходит, нет его и в грудном молоке.  
 *Восприимчивость* людей и ВГА почти абсолютная. Чаще болеют дети дошкольного возраста (около 80%). Гепатиту А свойственна сезонность: рост заболеваемости обычно начинается в июле-августе, достигает максимума в октябре-ноябре, а затем снижается.  
**Клиника.**  
 В типичных случаях ВГА протекает в желтушной форме, однако могут разви­ваться и атипичные формы, к которым относятся безжелтушная и субклиническая. В клинической картине желтушной формы вы­деляют следующие периоды: инкубационный, дожелтушный (начальный, продро­мальный), желтушный (разгара) и реконвалесценции.

I. Инкубационный период составляет 7-50 дней, чаще 15-30 дней.   
II. Продромальный (дожелтушный период) период длится 3-7 дней.  
 Выделяют следующие варианты этого периода:  
 1) диспептический;  
 2) гриппоподобный или катаральный;   
 3) астеновегетативный;   
 4) смешанный – встречается в 2,5%  
 5) артралгический   
Заболевание, как правило, начинается остро и характеризуется повышением температуры тела до 38 — 39 °С, головной болью, слабостью, недомоганием, ломотой в теле, катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей. Больные отмечают снижение аппетита, чувство дискомфорта в животе, тошноту и рвоту. Поскольку у больных в этот период за­болевания никаких проявлений, свидетельствующих о поражении печени, не выявляется, их состояние нередко даже медицински­ми работниками расценивается как ОРЗ. В конце дожелтушного периода отмечается потемнение мочи, которая уже через несколько дней становится темной (цвета крепко заваренного чая или пива) и осветление кала (ахолия), увеличивается и становится болезненной печень.  
III. Желтушный период – характеризуется появлением желтушного окрашивания склер, слизистых мягкого и твердого неба, кожи. Для ВГА очень характерно, что с появлением желтухи самочувствие больных начинает быстро улучшаться, температура тела нормализуется.  
 Желтуха обычно нарастает быстро, достигая максимума за 5-7 дню, затем 4-5 дней держится на этом уровне, а затем уменьшается. В среднем желтушный период длится около 2 недель.  
 Сохраняется повышенная активность АЛАТ, АСАТ, повышается количество билирубина (связанного), однако гипербилирубинемия обычно умеренная и непродолжительная. Повышен показатель тимоловой пробы.  
IV. Период реконвалесценции - исчезают все клинические симптомы, нормализуются биохимические показатели. Длительнее всего сохраняются повышенные показатели АЛАТ, АСАТ и тимоловая проба.  
 Длится этот период 1-3 месяца.  
 *Безжелтушная форма* характеризуется теми же клиническими и лабораторными признаками, но нет желтухи и гипербилирубинемии. Субклиническая форма гепатита характеризуется отсутствием клинических проявлений заболевания. Однако и при такой форме в сыворотке крови больных отмечается умеренное повышение уровней аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ).

**Гепатит Е.** Возбудителем является вирус типа Е,источник инфекции – больной человек.  
 Встречается в странах с жарким климатом.   
 Механизм передачи – фекально-оральный. Ведущий путь передачи – водный.  
 Инкубационный период – в среднем 30 дней с колебаниями от 14 до 50 дней.  
 Гепатитом Е чаще всего болеют молодые люди в возрасте 15-29 лет.  
 Развивается, как правило, постепенно. Повышение температуры в преджелтушном периоде не характерно. Более выражены при гепатите Е боли в правом подреберье.  
 После появления желтухи для гепатита Е не характерно столь быстрое улучшение состояния, как при гепатите А.  
 Протекает ВГЕ тяжелее, особенно тяжело у беременных.  
 При гепатите Е более стойкая гипербилирубинемия и гиперферментемия.

**Гепатит В**

Гепатит В (ГВ) ранее называли сывороточным, парентеральным, шприцевым и т.д., подчеркивая тем самым особенности путей передачи.

В отличии от ВГА ВГВ поражает не только печень, но и другие органы; заболевание может протекать тяжело и заканчиваться смертью; возможно формирование хронического гепатита В, вирусоносительства (в общей структуре вирусных гепатитов В составляет 10 -39%). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире ВГВ заболевают около 50 млн. человек, а умирает от него 2 млн.

**Этиология.** Возбудитель –вирус типа В, содержащий ДНК. В середине 60 годов В.Бламберг открыл новый антиген, который затем был назван «австралийским» и его стали считать маркером этого заболевания. Позже выяснилось, что австралийский антиген является лишь частью вируса, возбудителя ГВ. В 1970 году Дейн впервые выделил полный вирус, который содержит 3 компонента: ядерный, антиген инфекционности и поверхностный – он же «австралийский»

Вирус ГВ высоко устойчив к различным клиническим и физическим факторам, он сохраняется при комнатной температуре в течение 3-х месяцев, в холодильнике – до 6 месяцев, в высушенной плазме – до 25 лет, не погибает при действии различных консервантов крови. Инактивация его происходит при автоклавировании (30 мин.) стерилизации сухим паром, прогревании (60С в течение 10 часов) или кипячении не менее 30 минут.

**Эпидемиология.** *Основным резервуаром и источником ВГВ* являются больные острым, хроническим гепатитом ГВ, а так же «здоровые» вирусоносители, число которых в РФ превышает 5 млн.

Как у носителей, так и у больных в различных биологических субстратах обнаруживается НВsAg. Однако только кровь, сперма и, может быть, слюна предоставляют реальную опасность.

В отличие от ГА ГВ относится к *кровяным инфекциям*, т.к. передается гемо-контактным механизмом: парентеральным (при различных медицинских и немедицинских манипуляциях), половым, контактно-бытовым с нарушением целостности кожных и слизистых оболочек (при пользовании общими зубными щётками, бритвенными станками, маникюрными ножницами) путями.

Особое значение имеет передача вируса от беременной женщины (больной или носителя) плоду или новорожденному (вертикальный и горизонтальный пути).

Нетрудно убедиться, что пути и факторы передачи ГВ аналогичны таковым при передаче ВИЧ-инфекции. Общими являются группы риска: больные гемофилией, реципиенты крови, лица, часто меняющие половых партнеров, наркоманы, новорожденные от инфицированных матерей, медработники некоторых специальностей и т.д. Именно поэтому ВГВ называют «кузиной СПИДа».

*Восприимчивость* людей всех возрастов к ГВ высокая. Иммунитет после ГВ длительный, возможно пожизненный.

**Клиника**. *И.П*. от 6 недель до 6 месяцев.

*Продромальный период* характеризуется постепенным началом, возможны боли в суставах, иногда экзантема типа крапивницы, слабость, быстрая утомляемость, головокружение, сонливость, выражены диспептические явления, температура субфебрильная. У 10% больных – зуд кожи. Увеличивается печень, иногда селезенка, моча становится темной, кал – обесцвечен. В сыворотке крови увеличивается резко АЛАТ и АсАТ. В крови обнаруживаются специфические маркеры HBsAg, анти-НВc, HBсAg . Длится этот период 1-5 недель.

*С появлением желтухи* (*период разгара)* самочувствие больных ухудшается. Еще больше увеличивается печень. Однако артралгия исчезает. Желтуха нарастает постепенно, достигая максимума на 2-3 неделе.

В крови гипербилирубинемия за счет связанной фракции-более интенсивная и более продолжительная, чем при ВГА. Снижен уровень протромбина.. Длится желтушный период в среднем около 1 месяца.

*Период реконвалесценции* при ГВ более длительный – до полугода. Клинико-биохимические показатели исчезают медленно.

По тяжести ВГВ может быть в легкой, средне - тяжелой и тяжелой форме.

Тяжесть гепатита определяется по наличию у больного синдрома печеночной интоксикации.

**Осложнениями ВГВ** являются: печеночная кома, острая печеночная энцефалопатия, цирроз печени, рак печени. Возможен переход в хроническую форму.

**Гепатит С**

Гепатит С (ГС) **–**  называют посттрансфузионным гепатитом. Имеет склонность к длительному, малосимптомному хроническому течению с исходом в цирроз печени («ласковый убийца»). В мире инфицировано ВГС 500 млн. чел.

**Этиология.** Возбудитель гепатита С – это мелкий вирус, представляет собой «вариант» НВ-вируса.

Он находится в сыворотке крови в чрезвычайно низкой концентрации и определяется ультрачувствительными методами.

Основной путь передачи – парентеральный (наркоманы 40-80%), трансфузионный, редко возможен трансплацентарный путь заражения. Половой и бытовой – редко.

**Клиника.** И.П. в среднем 7-8 недель, хотя может варьировать от нескольких дней до 26 недель.

Начинается постепенно. У 20% больных преджелтушный период отсутствует. В остальных случаях он проявляется слабостью, снижением аппетита, вплоть до анорексии, дискомфортом в эпигастральной области и правом подреберье. Желтушный период протекает значительно легче, чем при других парентеральных гепатитах, возможны и безжелтушные варианты.

В целом ВГС, независимо от того, возникает он после гемотрансфузии или после инъекции, протекает легче, чем ВГВ, однако, при ВГС могут возникать тяжелые и злокачественные варианты болезни, выше летальность, часто переходит в хроническую форму, дает здоровое носительство.

**Гепатит – дельта (Д)**

Гепатит D самостоятельного значения не имеет: его возбудитель HDV не способен к репликации в отсутствие HBV, поскольку формирует свою оболочку из HBSAg. Существует исключительно как коинфекция или суперинфекция при гепатите B. Такого рода микстинфекция (гепатит B + гепатит D) имеет склонность к тяжёлому и хроническому течению. Гепатит с гемоконтактной передачей возбудителя.

Встречается часто в регионах с жарким и тёплым климатом, нередко и в странах [Европы](http://click02.begun.ru/click.jsp?url=mHDcjPvx8PFbHI0eVxhyCpxUqY7l4TsDZkoPvfDzZhPoiuKP-fS9AaAA4nbrGTgf9hEToW3DkIEsXdwgs7Ei8VrGf7BBRE09OdjnW3iONGzp2yfBTZAE3LEq18CYIPtwlgEsNrT3lZ0SGnnPfwtF8va1ZkvloJ3GZys3VpkeKP3N4YeYqKuDIZZjZ231cT6yu47sIhCcezulVHJQMacqzn52dnv6Rj3DkQNzBmgv1X1FPCW7F-qPff3UsuK9v2c3yTN4TYGBTUHiBy6inIkOl-BHUdQf14kFXN9w9byLWMv20*ra9LfX6e3JH1VY6eMSRDF76KJIZnsM5JJsB4r1LLGndL0h-6gBSZsKw6yFUmxQgFW*71lueKi4CZfT757NW6nLc7idVRPRWaOCCcdZsd69oxsyaH-cLuvhz62c8ps7k2Fn4K6c0gQwQ4YooX6yZfnWMJlwA35sZyvekzeVFUYPJQevNIsIPgTHlXInq5DJghXWTCErg5q1qV8&eurl%5B%5D=mHDcjBMSExI4s2V3QZdu*aFjwEHezC5sHLCKIcaNOJ6RVs0y). Возможность инфицирования в средней полосе невелика.

**Диагноз** ВГставится на основании анамнеза, клиники и лабораторных данных:

1. б/х анализ крови:

-гипербиллирубинемия;  
 - гиперферментемия;  
 - высокий показатель тимоловой пробы;

b) в сыворотке крови определяются специфические анти­тела к вирусу– маркёры гепататов.

## Дифференциальная диагностика.

-Острые гепатиты в первую очередь необходимо дифференцировать друг с другом: А, В, С, Д, Е.

-В преджелтушном периоде гепатиты наиболее часто приходится дифференцировать с острыми респираторными вирусными заболеваниями (чаще ВГА), поражениями желчевыводящих путей, пищевыми отравлениями, острыми кишечными инфекциями, различной хирургической патологией органов брюшной полости и др.

-В желтушном периоде дифференцируют:

1) с надпеченочными желтухами - это различные затянувшиеся формы наследственных и приобретенных гемолитических анемий, протекающих с синдромом холестаза;

2) с печеночными или паренхиматозными желтухами - большая группа наследственных пигментных гепатозов (синдромы Жильбера, Дабина-Джонсона, Ротора);

3) с подпеченочными желтухами, возникшими на почве закупорки общего желчного протока опухолью, кистой или камнем при желчнокаменной болезни

4) токсическими и медикаментозными поражениями печени

5) с различными инфекционными заболеваниями, сопровождающимися поражением паренхимы печени (инфекционный мононуклеоз, желтушные формы лептоспироза, кишечный иерсиниоз и псевдотуберкулез, висцеральные формы герпетической инфекции, описторхоз и др.).

Отмечая схожесть дифференциально-диагностических критериев при гепатитах А и В, необходимо все же обращать внимание и на их своеобразие, в основном отражающее особенности течения патологического процесса при этих гепатитах. Суть различий в том, что гепатит А - это всегда острая, циклически протекающая доброкачественная инфекция, и при данном гепатите нет необходимости проводить дифференциальную диагностику с многочисленными хроническими заболеваниями печени. При гепатите В в силу того, что патологический процесс нередко имеет длительное течение, возникает необходимость исключать другие длительно текущие заболевания печени (описторхоз, болезни крови, наследственные врожденные аномалии обмена веществ, лекарственные гепатиты и др.).

В основу дифференциальной диагностики в таких случаях должны быть положены результаты лабораторных методов исследования и тщательный учет общих симптомов, свойственных этим заболеваниям. Однако в ряде случаев удается выявить и достаточно характерные клинико-биохимические черты поражения печени при отдельных нозологических формах.

В преджелтушном периоде гепатита А в 70-90% случаев ошибочно ставится диагноз *ОРВИ*. Трудности диагностики заключаются в том, что в начальном периоде гепатита А иногда выявляется небольшая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки или заложенность носа. Следует, однако, учитывать, что катаральные явления (кашель, насморк) не характерны для гепатита А, а если они и встречаются, то, как правило, обусловлены остаточными явлениями ОРВИ или становятся следствием сочетанного течения гепатита А и ОРВИ. Для дифференциальной диагностики имеет значение динамика болезни. У больных гепатитом А при падении температуры тела могут сохраняться симптомы интоксикации. Сохраняются диспептические расстройства (тошнота, рвота), нередко появляются боли в животе, увеличивается печень, что не свойственно респираторным вирусным инфекциям.

В отличие от *кишечной инфекции*, рвота при гепатите не бывает частой, жидкий стул в преджелтушном периоде наблюдается крайне редко, тогда как для острой кишечной инфекции характерно вслед за рвотой появление частого жидкого стула с патологическими примесями. При объективном осмотре выявляются урчание и болезненность по ходу кишечника; если при гепатите и отмечаются болевые ощущения, то они исключительно связаны с областью печени.

*При глистной инвазии*, как и при гепатитах, могут быть жалобы на плохой аппетит, вялость, слабость, боли в животе, тошноте и даже рвоте, но эти жалобы отмечаются в течение нескольких недель и даже месяцев, тогда как преджелтушный период при гепатитах практически никогда не продолжается более 7-10 сут, чаше он длится 3 -5 сут.

У некоторых больных гепатитом А в продромальном периоде могут быть довольно сильные боли, и они в ряде случаев принимаются за *острый аппендицит, острый панкреатит или другие заболевания органов брюшной полости.* При гепатитах пальпация живота, как правило, безболезненна, живот мягкий, отмечается болезненность в правом подреберье и увеличение печени. Напряжения прямых мышц живота и симптомов раздражения брюшины не бывает даже в случае сильных болей в животе. При остром аппендиците боли обычно локализуются в правой подвздошной области, а при остром панкреатите определяется болезненность в проекции поджелудочной железы. При дифференциальной диагностике гепатитов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости важно учитывать характер температурной реакции, частоту пульса, состояние языка и особенно характер изменений со стороны периферической крови - при гепатитах имеется тенденция к лейкопении и лимфоцитозу, в то время как при остром аппендиците, панкреатите и другой хирургической патологии отмечается лейкоцитоз нейтрофильного характера. Кроме того, при гепатитах в случае правильно собранного анамнеза почти всегда удается выявить нарушения в состоянии больного за несколько дней до появления болей в животе - повышение температуры тела, плохой аппетит, недомогание - в отличие от острого живота, при котором заболевание возникает остро и боли в животе служат первыми признаками болезни.

Из лабораторных методов в преджелтушном периоде большое значение имеют биохимические пробы и в первую очередь - ферментативные тесты Повышение активности ферментов АЛТ, Ф-1-ФА и других показателей наблюдается еще до появления первых клинических симптомов гепатита, тогда как при всех других заболеваниях, с которыми проводится дифференциальная диагностика, активность указанных ферментов существенно не повышается.

*Желтушная форма лептоспироза (иктерогеморрагический лептоспироз*) отличается от гепатита летней сезонностью, бурным началом заболевания с резкого подъема температуры тела, озноба, сильной головной боли. Характерны мышечные боли, особенно в икроножных и затылочных мышцах, одутловатость и гиперемия лица, инъекция сосудов склер, кожные высыпания и геморрагии, герпетические высыпания. На высоте интоксикации обнаруживается поражение почек, проявляющееся снижением диуреза, протеинурией, гематурией, цилиндрурией. Заболеванию свойственны симптомы поражения ЦНС: оглушенность, бред, возбуждение, менингеальные явления, что совершенно не характерно для гепатита. При лептоспирозе в периферической крови выявляются высокий лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ, возможны анемия, тромбоцитопения, эозинопения.

**Лечение.**

1)Больные ВГА госпитализируются по клинико-эипидемическим показаниям, больных ВГЕ, ВГВ, ВГС -100% госпитализация.

2)Назначают базисную терапию, которая включает:

* диету (ст. № 5a,5) - полноценную, легкоусвояемую и ка­лорийную пищу: полностью исключается упо­требление жареных, копченых, маринованных и жирных про­дуктов, категорически запрещается употребление алкоголя (отличие диеты N5а в том, что пища употребляется в протертом виде и готовится на пару);
* обильное питьё (до 2 — 3 л в сутки): натуральные фруктовые соки, морсы, чай с вареньем, медом и т.д. В стадии реконвалесценции могут использоваться щелочные воды малой или средней минерализации (Боржоми, Ессентуки N4, N17, Славяновская, Смирновская и др.), без газов. Воду пьют в горячем виде (36-420С) по 0,5-1 стакану 3 раза в день за час до еды.;
* щадящий режим: при лег­ком течении болезни - полупостельный ре­жим, а при тяжелом — постельный;
* витамины В, С – фрукты, овощи и поливитаминные препараты (аевит, ундевит, декамевит и др.) 3 раза в день после еды. Российский препарат АлфаВит, содержащий 23 главных витамина и минерала, где суточная доза разделена на 3 части, принимается по 1 части 3 раза в день.;
* желчегонные препараты (аллахол- при хр. гепатитах по 1-2 таблетке 1—3 раза в день, холензим по1 таблетке(0,1г)1—3 раза в день , тыквеол, экстракт кукурузных рылец принимают по 1—3 столовые ложки через каждые 3—4 ч. , отвар бессмертника(10 г на 250 мл) принимают в теплом виде по 1/2 стакана 2—3 раза в день за полчаса до еды, фламин по назначают по 1(0,05 г) таблетке 3 раза в день за 30 мин до еды (с небольшим количеством теплой воды),

Этого бывает достаточно для лечения больных легкими формами вирусного гепатита А и вирусного гепатита Е.  
3)При среднетяжелой форме и тяжёлой с целью дезинтоксикации в/в капельно 5%-ный раствор глюкозы и раствор Рингера по 500 мл ,гемодез и др. Контролируют диурез, ежедневное опорожнение кишечника.

4)При ВГВ, ВГС, ВГД показана этиотропная терапия :

- специфическая пассивная иммунотерапия - введение иммуноглобулина против вируса гепатита В - "Антигеп", внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы в дозе 0,1 мл/кг/сут в течение 3 дней;

- противовирусные препараты- препараты интерферона (Интрон А, реаферон и др.). Лучшим является Роферон А, не содержащий белковых стабилизаторов. Препараты интерферона вводят в дозе по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю внутримышечно или подкожно через день в течение 1- 3 месяцев. Может использоваться виферон (при противопоказаниях к введению других препаратов интерферона) - человеческий рекомбинантный интерферон альфа 2b, с добавлением антиоксидантов. Вводится per rectum в виде свечей, содержащих 1 000 000 ЕД, с интервалом 12 часов, ежедневно в течение 10-14 дней, затем 3 раза в неделю также по 2 свечи в день в течение 1-3 месяцев. Во время беременности этиотропная противовирусная терапия гепатита C противопоказана;

- гепатопротекторы (карсил, легалон, эссенциале – форте);

- в тяжёлых случаях – гормонотерапию, гипербарическую оксигенацию и плазмоферез.

**Выписка** реконвалесцентов проводится при клиническом выздоровлении и изначальном улучшении биохимических показателей (при этом активность АЛАТ может превышать норму в 2-3 раза).

**Исходы и диспансеризация.** В подавляющем большинстве случаев ВГА заканчивается полным выздоровлением. Иногда после перенесенного ВГА остается дискинезия желчевыводящих путей.  
 Все реконвалесценты подлежат **диспансерному наблюдению**. После *гепатита А* через 1 месяц после выписки из стационара они посещают своего лечащего врача. При отсутствии у реконвалесцента каких-либо клинических и биологических отклонений они могут быть сняты с учета. Реконвалесценты, имеющие остаточные явления, передаются в КИЗ, где они проходят повторную диспансеризацию в установленные сроки (через 3 месяца). Практика показала, что в более длительный диспансеризации они не нуждаются.  
После *гепатита В* сохраняющийся в крови HBsAg не является противопоказанием к выписке, однако об этом следует сообщить в КИЗ, где будет наблюдаться реконвалесцент. Срок диспансеризации – 12 мес. Контрольное обследование проводят через 1-3-6-9-12 мес. после выписки. Реконвалесцентов снимают с учета только после получения стойко нормальных результатов клинико-биохимических исследований и двукратных (с интервалом 10-15 дней) отрицательных результатов на наличие HBsAg.

При выявлении HBsAg на протяжении 6 мес. необходима госпитализация для исключения хронического гепатита. Реконвалесценты ГВ могут приступить к учебе, работе не ранее чем через 4-5 недель после выписки из больницы. На 3-6 месяев их следует освободить от занятий спортом, физкультурой, от тяжелой физической работы. В течение 6 месяцев противопоказаны плановые профилактические прививки.

**Профилактика гепатитов А и Е.**   
 Включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение населения доброкачественными продуктами, питьевой водой.  
 Больных изолируют.  
 За контактными – медицинское наблюдение в течение 35 дней.  
 Иммунопрофилактика проводится только среди наиболее поражаемых этой инфекцией контингентов.  
 В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.  
 В настоящее время уже существует вакцина против гепатита А – вакцина Хаврикс по схеме: 1- 6(-12) мес.  
 В настоящее время считается целесообразным использование с целью профилактики гепатита Е в группе риска (беременные) специфического иммуноглобулина Е.

**Профилактика гепатитов В, С, Д.** Тщательный отбор доноров с обязательным их обследованием на HBsAg и АЛАТ; максимальное ограничение показаний к переливанию крови, соблюдение правил обработки медицинского инструментария; обследование беременных на HBsAg; соблюдение правил безопасности медработниками, использование одноразовых инструментов, санпросветработа.

Специфическая профилактика гепатита В осуществляется вакциной Энджерикс В. Для пассивной иммунизации – донорский иммуноглобулин против ГВ, который оказывает защитный эффект при использовании не позднее 48 часов после вероятного заражения.