

**В.К. Черенова¹, В.А. Кудрявцев¹, Х.М. Галимзянов², Л.П. Черенова²,
И.Ф. Вишневецкая², И.З. Маженова¹**

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НСV-ИНФЕКЦИИ У НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

¹ГУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», г. Астрахань

² ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Изучена клиническо-эпидемиологическая картина у 97 больных НCV-инфекцией, употребляющих внутривенно наркотические вещества. НCV-инфекция наблюдалась преимущественно у лиц молодого возраста (до 30 лет) мужского пола. У 41 больного был ОГС, который протекал в среднетяжелой форме, нередко с обострениями. Наличие остаточных явлений в виде гепатомегалии и гиперферментемии, а также продолжение употребления наркотических веществ способствуют хронизации процесса.

ХГС (56 больных) у наркопотребителей имел различную степень активности со скудной клинической симптоматикой. Постоянными признаками ХГС являлись боли в правом подреберье, гепатомегалия и гиперферментемия. Токсическое воздействие опиатов на печень может способствовать прогрессированию ХГС.

Ключевые слова: *НСV-инфекция, острый гепатит С, хронический гепатит С, клиническая картина, наркопотребители.*

V.K.Cherenova, V.A. Kudryavtsev, H.M. Galimzyanov, L.P. Cherenova, I.Ph. Vishnevetskaya, I.Z. Majenova

CLINICO-EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTIC OF HCV-INFECTION AMONG NARCOTIC USERS

97 patients with HCV-infection having used intravenously the narcotic substances were examined from the point of clinico-epidemiologic type. HCV infection was observed especially in patients of young age (till 30 years) in men. 41 patients had acute hepatitis C (AHC) of mild form but with intensification. The presence of some phenomena in the forms of hepatomegaly and hyperfermentation and at the same time the duration of usage of narcotic substances may lead to chronic process. CHC (56 patients) with ND had different degree of activity with weak clinical symptoms. The constant features of CHC were pain in the right hypochondrium, hepatomegaly and hyperfermentation. Toxic influence of opiates to the liver may promote the progress of CHC.

Key words: *HCV-infection, acute hepatitis C, chronic hepatitis C, clinical picture, narcotic users.*

Инфекция, вызванная вирусом гепатита С (НСV-инфекция), является одной из актуальных проблем современной медицины. Это связано с тем, что на долю НCV-инфекции приходится 20% случаев острых гепатитов, 70% хронических гепатитов, 40% циррозов печени и 60% случаев гепатоцеллюлярной карциномы [5, 6, 8]. В последние десятилетия отмечается рост вирусных гепатитов (ВГ), передающихся парентеральным путем, что связано с ростом наркомании в стране [7, 6, 4]. Рост заболеваемости парентеральными гепатитами и наркопотребление имеют тесную связь, так как 50-70% больных гепатитом С (ГС) и гепатитом В (ГВ) употребляют наркотики, и эта категория пациентов стремительно растет [1, 2]. Лица, употребляющие наркотические вещества внутривенно, относятся к группе высокого риска по НCV-инфекции. У большинства из них наблюдаются гепатиты смешанной этиологии (ГВ + ГС). В настоящее время не вызывает сомнений, что активизация эпидемического процесса НCV-инфекции, резкий рост показателей заболеваемости, изменение возрастного состава заболевших ГС (преобладание молодых лиц от 15 до 30 лет) обусловлены широким распространением внутривенного употребления наркотиков [5, 6]. У 50-60% больных острым гепатитом С (ОГС) заражение происходит при внутривенном введении наркотических веществ. А при обследовании группы наркоманов в 70% случаев выявляются маркеры ГС и микст-гепатитов В + С [2, 4]. Среди больных наркопотребителей, находящихся на лечении в инфекционных отделениях у 40-60% диагностируется гепатит

смешанной этиологии (В + С), у 30-40% – ОГС, в 20-30% случаев – ОГВ. Рост заболеваемости ГС особенно тревожен в связи с необычайно большой частотой формирования хронических форм. Развитие хронического гепатита С (ХГС) имело место у 41-58% больных ОГС, у которых заболевание протекало с желтухой, и у 80-85% больных – без желтухи [3, 9, 10]. Особенности течения гепатитов у наркопотребителей большинство исследователей связывают с токсическим воздействием наркотических веществ на печень и изменениями иммунной системы. Практически все наркотические вещества обладают иммунодепрессивным действием. Наиболее выражен этот эффект у опиатов. Изменения иммунитета выражаются в снижении фагоцитарной активности лейкоцитов, уменьшением количества Т-лимфоцитов при нарушении соотношения клеток СД4/СД8, повышением уровня В-лимфоцитов. В остром периоде ВГ у наркопотребителей регистрируется усиленная выработка сывороточных иммуноглобулинов, повышение в крови количества циркулирующих иммунных комплексов. Все эти изменения иммунитета способствуют развитию хронического течения ГС и ГВ [1, 2, 7].

Цель исследования: изучение клинко-эпидемиологической характеристики HCV-инфекции у наркопотребителей.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 97 больных HCV-инфекцией, употребляющих внутривенно препараты опия. Больные находились на лечении в ГУЗ «Областная инфекционная клиническая больница» (ОИКБ) в 2007-2009 гг. У 41 больного (42,3%) диагностирован ОГС, у 56 больных (57,7%) – ХГС. Среди больных HCV-инфекцией преобладали лица мужского пола (89,7%), женщин было 10 (10,3%). Больные были преимущественно молодого возраста (до 30 лет) – 61,9% (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных HCV-инфекцией по возрасту

Возраст больных	ОГС+ХГС n=97		ОГС n=41		ХГС n=56	
	Кол-во случаев	% М±m	Кол-во случаев	% М±m	Кол-во случаев	% М±m
16-30	60	61,9±4,93	31	75,6±6,71	29	51,8±6,68
31-40	27	27,8±4,55	7	17,1±5,85	20	35,7±6,40
41-50	10	10,3±3,09	3	7,3±4,06	7	12,5±4,42

Как видно из таблицы 1, больных ОГС в возрасте от 16 до 30 лет было больше (75,6%), чем больных ХГС (51,8%). Больные ХГС были более старшего возраста: 31-40 лет – 35,7%, старше 40 лет (до 48 лет) – 12,5%. Это свидетельствует о том, что острая HCV-инфекция наблюдается у лиц молодого возраста при непродолжительном стаже наркопотребления. При ХГС количество больных старше 30 лет увеличилось вдвое, что связано с длительным сроком употребления наркотических веществ внутривенно.

При изучении эпидемиологического анамнеза выяснено, что 28,9% больных HCV-инфекцией злоупотребляли внутривенным введением опиатов, 17 больных (17,5%) употребляли наркотические вещества эпизодически, 52 больных (53,6%) в прошлом употребляли опиаты внутривенно, а в настоящее время отрицают. Стаж наркотизации колебался от нескольких месяцев до 11 лет. Все больные консультированы врачом-наркологом. Кроме того, у 27 пациентов (27,8%) на коже были татуировки, у 4 (4,1%) пирсинг. Оперативные вмешательства и другие медицинские манипуляции были у 27 (27,8%) пациентов. Лечение у стоматолога отмечали 16 больных (16,5%). Переливание препаратов крови было лишь у 3 больных (3,1%). У 2 больных ОГС (2,1%) были половые контакты с больными ХГС.

Несмотря на молодой возраст больных HCV-инфекцией, у большинства из них были сопутствующие заболевания. Наиболее часто выявлялись хронические заболевания билиарной системы (хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей,

лямблиоз), желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки), хронический панкреатит. Кроме того, у больных выявлялись нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь, туберкулез легких. В анамнезе перенесенный ГВ был у 15 пациентов (15,5%), гепатит А – у 8 (8,2%). Злоупотребление алкоголем наблюдалось у 32 больных (33%) HCV-инфекцией.

Диагноз HCV-инфекции подтвержден у всех больных обнаружением антител к HCV методом ИФА. Исследование крови методом ПЦР проведено 6 больным ОГС и 26 больным ХГС. У обследованных обнаружена репликация HCV (РНК HCV).

Больным HCV-инфекцией проводились общепринятые биохимические, клинические исследования и УЗИ органов брюшной полости. У ряда больных при наличии клинических показаний проводилась ФГДС.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая картина острой HCV-инфекции у наркопотребителей (41 больной) характеризовалась циклическим течением. У большинства больных (32) ОГС протекал в среднетяжелой форме (78%). Легкая форма болезни была у 7 больных (17,1%). Лишь у 2 больных (4,9%) отмечалась тяжелая форма. Начальный период у 36 больных (87,8%) протекал по диспепсическому варианту. Больных беспокоили боли и чувство тяжести в правом подреберье и в эпигастриальной области, снижение аппетита, тошнота. Рвота была у 13 больных (31,7%), неустойчивый стул – у 7 больных (17,1%). Преджелтушный период у всех больных сопровождался астено-вегетативным синдромом. Этому способствовал и развивающийся у части больных абстинентный синдром в связи с прекращением употребления наркотических веществ в стационаре. У больных отмечалась выраженная астения, заторможенность, депрессия, инверсия сна. У 14 больных (34,1%) наблюдался артралгический синдром. Катаральные явления – насморк, сухой кашель были у 8 больных (19,5%). У 6 больных (14,6%) наблюдалось повышение температуры до субфебрильных цифр, которая продолжалась 3-5 дней. У большинства больных ОГС начальный период протекал по смешанному варианту. Преджелтушный период у наркопотребителей был непродолжительным и в среднем составил 4,6 дней. У 9 больных (22%) симптомы начального периода отсутствовали, и заболевание выявлялось при появлении желтухи. Больные поступали в стационар, как правило, в желтушном периоде. У 33 больных ОГС наркопотребителей (80,5%) заболевание протекало с желтухой. И лишь у 8 больных (19,5%) был безжелтушный вариант течения болезни. В 5 случаях (12,2%) ОГС протекал с выраженным холестазом и сопровождался кожным зудом. Продолжительность желтушного периода в среднем составила 17,8 дней. У больных с холестазом желтуха сохранялась более месяца (до 38 дней). Постоянным симптомом у наркопотребителей больных ОГС были боли в правом подреберье и гепатомегалия. Увеличение размеров печени выявлено у 36 больных (87,8%). В большинстве случаев печень была увеличена на 3,0-4,0 см. и была болезненная при пальпации. В 11 случаях (26,8%) отмечалось увеличение размеров селезенки. По данным УЗИ, у большинства больных наблюдалась гепатомегалия, неоднородная структура печени и повышение ее эхогенности. У $\frac{1}{3}$ случаев выявлена спленомегалия. У всех наблюдаемых больных было повышение активности АлАТ: умеренное повышение (2-4 раза выше нормы) отмечалось у 14 больных (34,1%), выраженное (до 5 раз выше нормы) – у 27 больных (65,8%). У большинства больных (87,8%) наблюдалось повышение тимоловой пробы в 2-4 раза. В разгар болезни у 21 больного ОГС (51,2%) было снижение протромбинового индекса. Геморрагический синдром у больных ОГС развивался редко. Носовые кровотечения и кровоточивость десен были у 4 больных (9,7%). У 7 больных ОГС (17,1%), употреблявших наркотические вещества, заболевание носило волнообразный характер в связи с развитием обострений, что сказывалось на продолжительности пребывания их в стационаре. Средний койко-день у больных ОГС, употребляющих наркотические вещества, составил 23,5. Летальных исходов не было. Более половины больных (58,5%) выписывались из стационара с остаточными явлениями: гепатомегалия была у 19 реконвалесцентов (46,3%), умеренная

гиперферментемия (до 2 раз выше нормы) – у 20 (48,8%), билирубинемия (до 30,6 мкмоль/л) – у 4 (9,7%). Как правило, остаточные явления наблюдались у лиц, которые продолжали вводить внутривенно наркотические вещества и не соблюдали режим и диету. Больные с остаточными явлениями уходили из стационара преждевременно, и большинство из них на диспансерном учете не состояло.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни № 6626.

Больной А. 40 лет, поступил в ОИКБ 25.12.2007 г. с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, плохой аппетит, тяжесть в эпигастральной области, насморк, редкий сухой кашель.

Анамнез болезни. Больным себя считает с 15.12.2007 г., когда почувствовал слабость, недомогание, ломоту в суставах, снизился аппетит. Температуру тела не измерял, но было чувство жара. Последующие дни беспокоили тяжесть в области желудка, тошнота, слабость, ломота в теле. 20.12.2007 г. дважды была рвота съеденной пищей. Отмечал отвращение к пище и к курению. В это же время моча стала темно-коричневого цвета. К врачу не обращался, не лечился. 25.12.2007 г. окружающие заметили желтушность склер. Обратился к врачу в приемное отделение ОИКБ и был госпитализирован в стационар с диагнозом – вирусный гепатит.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с больными отрицает. Живет в частном доме без удобств. Воду пьет сырую. В августе 2007 года удалял зуб в стоматологическом кабинете. Другие медицинские вмешательства отрицает. С 2002 года употребляет внутривенно наркотические вещества.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и склеры желтушные. Желтуха выраженная. На коже в области предплечий следы от внутривенных инъекций. Геморрагических проявлений нет. Одышки нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 82 в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Артериальное давление – 120/70 мм. рт. ст. Язык суховат, густо обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень: верхняя граница – VI межреберье, нижняя – на 2,0 см ниже реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 11-10-9 см. Селезенка не увеличена. Моча темная. Кал светло-желтого цвета. Сознание ясное. Вялый, адинамичный. В контакт вступает хорошо, на вопросы отвечает правильно. Признаков острой печеночной энцефалопатии нет.

Предварительный диагноз: вирусный гепатит.

Больной осмотрен наркологом. Заключение: опийная наркомания. Абстинентный синдром средней степени тяжести.

Данные лабораторного обследования. Анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв – 140 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 29%, моноциты – 6%, СОЭ – 8 мм/час. Билирубин крови – 114,4 мкмоль/л, АлАТ – 4,79 мкмоль/л, тимоловая проба – 13,62 ед. Общий белок крови – 70,5 г/л, альбумины – 43,8 г/л, глобулины – 26,7 г/л. Протромбиновый индекс 64% (в динамике – 62%, 78%, 80%). Маркеры ВГ: ИФА на анти-НАV – отрицательно, ИФА на HBsAg – отрицательно, ИФА на Ig M к core Ag HCV – положительно, ПЦР на РНК HCV – положительно. ИФА на анти-ВИЧ – отрицательно. УЗИ печени: гепатомегалия. Структура печени однородная, эхогенность нормальная. Селезенка не увеличена.

Клинический диагноз. Вирусный гепатит С среднетяжелая форма (ПЦР на РНК HCV положит., ИФА на IgM к core Ag HCV положительно).

Сопутствующий диагноз. Опийная наркомания. Абстинентный синдром средней степени тяжести.

Проведено лечение: 5% раствор глюкозы внутривенно капельно, рибоксин внутривенно, преднизолон внутривенно (90 мг 4 дня), витамины группы В, циклоферон внутривенно 10 инъекций по схеме, дротаверин, фестал, баралгин, карсил, аминокaproновая кислота внутривенно, глицин. В результате проведенного лечения состояние больного постепенно улучшилось: исчезли диспепсические явления, появился аппетит, желтуха

регрессировала, нормализовались размеры печени. Нормализация количества билирубина в крови произошла на 20 день болезни. АлАТ к выписке снизилась до 1,66 ммоль/л. Выписан в удовлетворительном состоянии на 21 день пребывания в стационаре под наблюдение врача КИЗ(а) поликлиники. Даны рекомендации о соблюдении режима и диеты. Катанамнез: при диспансерном наблюдении за больным выявлено, что у больного произошла хронизация гепатита С.

Хронический гепатит С (ХГС) у лиц, употребляющих внутривенно наркотические вещества, протекал с различной степенью активности. Из 56 наблюдаемых больных ХГС минимальная активность была у 21 больного (37,5%), низкая активность – у 19 больных (33,9%), умеренная активность – у 16 больных (28,6%). Клиническая картина ХГС у большинства больных была скудной. Большинство больных предъявляли жалобы на общую слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Характерным симптомом у больных данной группы были боли или чувство тяжести в правом подреберье и в эпигастральной области (94,6%), усиливающиеся после приема пищи. Снижение аппетита отмечалось у 51 больного (91,1%), тошнота – у 31 больного (55,4%). У 13 больных (23,2%) в период обострения процесса отмечалась рвота. Кожный зуд наблюдался у 8 больных (14,3%). При объективном обследовании больных желтуха кожных покровов выявлена в 13 случаях (23,2%), субиктеричность склер – в 19 случаях (33,9%). Пальмарная эритема была у 42 больных (75%). На коже груди и плечевого пояса у 31 больного (55,4%) обнаружены телеангиоэктазии. Увеличение размеров печени выявлено у 52 больных (92,9%). Нормализация размеров печени произошла у 15 больных (28,8%) в среднем за 9,5 дней. К моменту выписки из стационара печень сохранялась увеличенной (на 1,0-2,0 см) у 37 больных (66,1%). Спленомегалия наблюдалась у 13 больных (23,2%).

При лабораторном обследовании больных ХГС получены следующие данные. Повышение количества билирубина в крови наблюдалось у 15 больных (26,8%). Нормализация количества билирубина в крови произошла в среднем через 10,4 дней. У 41 больного (73,2%) количество билирубина в крови было в пределах нормальных показателей. Повышение активности АлАТ выявлено у 35 больных (62,5%). Низкая активность АлАТ (до 2 раз выше нормы) была у 19 больных (33,9%), умеренное повышение активности АлАТ (до 5 раз выше нормы) у 16 больных (28,6%). Нормальные показатели АлАТ были у 21 больного (37,5%). Нормализация АлАТ к выписке произошла у 16 из 35 больных (45,7%) в среднем через 10,8 дней. У 19 больных (54,3%) отмечалось снижение активности АлАТ (до 1,5 раз выше нормы). Повышение тимоловой пробы было лишь у 18 больных (32,1%). К выписке больных из стационара показатели тимоловой пробы нормализовались. У трети больных ХГС отмечалось умеренное снижение протромбинового индекса. Геморрагические проявления в виде необильных носовых кровотечений и кровоточивости десен были лишь у 3 больных (5,4%).

У 44 больных ХГС наркопотребителей (78,6%) отмечались изменения печени при УЗИ: повышении эхогенности, неоднородная, мелкозернистая структура печени. Увеличение селезенки выявлено у 11 больных (19,6%). У 24 больных (42,8%) при УЗИ отмечены признаки хронического холецистита и у 17 больных (30,4%) хронического панкреатита. У 4 больных (7,1%) в желчном пузыре обнаружены конкременты.

Диагноз ХГС подтвержден определением антител к HCV методом ИФА. У всех больных ХГС в крови обнаружены IgM к Ag cor, NS3, NS4, NS5. У 26 больных ХГС (46,4%) проведена ПЦР и обнаружена РНК HCV. Средний койко-день в этой группе больных составил 11,2.

Клинический пример. Больной А. 33 лет (история болезни № 179), находился на лечении в ОИКБ с 14.01.2008 г. по 29.01.2008 г. с диагнозом: хронический вирусный гепатит С с умеренной активностью (ИФА на анти-HCV положит.). Сопутствующий диагноз: Опиоидная наркомания, ремиссия. Больной поступил в стационар с жалобами на слабость, чувство тяжести в правом подреберье и в эпигастрии, снижение аппетита. Анамнез болезни:

в 2003 году болел вирусным гепатитом В. При обследовании у больного выявлен хронический гепатит С. На диспансерном учете не состоял. Периодически принимал гепатопротекторы. С декабря 2007 года стал отмечать слабость, утомляемость, тупые боли в эпигастрии, снизился аппетит. К врачу не обращался. Не лечился. В последующем периодически беспокоили тошнота, чувство тяжести в правом подреберье, отмечал изменение цвета мочи. Ухудшение состояния с 11.01.2008 г. после погрешности в диете и употребления алкоголя. У больного выросла слабость, повысилась температура тела до 38°C, появились боли в суставах. С 13.01.2008 г. температура тела была субфебрильной, но самочувствие не улучшалось: выросла слабость, сохранялись ломота в суставах, тяжесть в правом подреберье, плохой аппетит. Моча стала темно-коричневого цвета. 14.01.2008 г. окружающие заметили желтушность склер. Больной обратился в поликлинику к врачу и был направлен в ОИКиБ с диагнозом вирусный гепатит.

Эпидемиологический анамнез. Медицинские вмешательства, переливание препаратов крови отрицает. С 1999 по 2006 годы внутривенно вводил опиаты. В настоящее время употребление наркотических веществ отрицает. В 2003 году перенес вирусный гепатит В.

Объективно. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и склеры желтушные. Желтуха средней интенсивности. Умеренная пальмарная эритема. На коже плечевого пояса единичные телеангиоэктазии. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 78 в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Артериальное давление – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Печень: верхняя граница – VI межреберье, нижняя на 1,5 см ниже реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 10,5-9,5-8,5 см Селезенка не увеличена. Моча темно-коричневого цвета. Стул жидкий светло-желтого цвета. Сознание ясное. Признаков энцефалопатии нет.

Лабораторные показатели. Анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 158 г/л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 11 мм/час, тромбоциты $203,4 \times 10^9$ /л. Билирубин крови 70,4 мкмоль/л, АлАТ 4,03 мкмоль/л, тимоловая проба 6,68 ед. Протромбиновый индекс 75%. Маркеры ВГ: ИФА на анти-HCV положительно. ИФА на спектр антител GM к Agcor, NS3, NS4, NS5 – положительно. ИФА на HBsAg отрицательно. ИФА на IgG HBcor положительно. ИФА на анти-HAV – отрицательно. ИФА на анти-ВИЧ – отрицательно. УЗИ печени: размеры в пределах нормы. Структура печени диффузно-неоднородная, эхогенность повышена. Селезенка не увеличена.

Консультация нарколога. Заключение: опийная наркомания. Ремиссия.

Проведено лечение: дезинтоксикационная терапия, карсил, дротаверин, фестал, циклоферон внутривенно 10 инъекций по схеме, 7 процедур лазеротерапии, витамины группы В.

В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось: жалоб нет, аппетит хороший, желтуха регрессировала, нормализовались размеры печени. Нормализация количества билирубина в крови произошла на 13 день лечения. Активность АлАТ снизилась до 1,42 мкмоль/л. Проведено в стационаре 15 койко-дней. Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача КИЗ(а) поликлиники. Даны рекомендации о режиме и диете.

Лечение больных HCV-инфекцией было комплексным: дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы, антиоксиданты, спазмолитики, желчегонные средства, полиферментные препараты, физиотерапевтические процедуры (магнито- и лазеротерапия). В связи с тяжестью состояния 5 больным ОГС назначался преднизолон в дозе 60-180 мг/сут. внутривенно коротким курсом (3-5 дней). Более половины больных (55,4%) получали циклоферон внутривенно или внутримышечно по общепринятой схеме.

Выводы.

1. ОГС у наркопотребителей наблюдается преимущественно у лиц молодого возраста мужского пола.

2. ОГС протекает в большинстве случаев в среднетяжелой форме (78%).
3. Наличие остаточных явлений при ОГС в виде гепатомегалии, гиперферментемии и продолжение употребления наркотических веществ способствует хронизации ГС у наркопотребителей.
4. Хроническая HCV-инфекция у наркопотребителей характеризуется различной степенью активности и маловыраженной клинической симптоматикой.
5. ХГС у наркопотребителей чаще протекает без желтухи (73,2%), с гепатомегалией (92,9%) и умеренной гиперферментемией (62,5%). При выписке из стационара у пациентов сохраняются гепатомегалия в 66,1% случаев, гиперферментемия – в 33,9%, в связи с чем необходимо продолжать поддерживающую терапию в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова И.П., Романцов М.Г., Мусаткина Л.И. [и др.]. Иммунный статус при вирусных гепатитах у наркозависимых и его коррекция циклофероном // Тезисы докладов VI Российского съезда врачей-инфекционистов. – СПб, 2003. – С. 27.
2. Бондаренко А.Н., Фролов А.Ф. Тактика ведения и терапия вирусных гепатитов у наркопотребителей: Методические рекомендации. – Киев – Санкт Петербург, 2004.– 88 с.
3. Знойко О.О. Клинико-патогенетические особенности естественного течения вирусного гепатита С и оптимизация лабораторно-диагностических критериев исходов заболевания: Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Москва, 2007. – 44 с.
4. Кожевникова Г.М., Ющук Н.Д. Вирусные гепатиты у наркоманов // Лечащий врач. – 2000. – № 2. – С. 4-6.
5. Онищенко Г.Г. Контроль за инфекционными заболеваниями – стратегическая задача здравоохранения России в XXI веке // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2002. – № 6. – С. 4-7.
6. Сологуб Т.В., Романцов М.Г., Гуренкова Н.П. [и др.]. Оптимизация терапии больных хроническим гепатитом С // Тезисы докладов VII Российского съезда инфекционистов. – Нижний-Новгород, 2006. – С. 184.
7. Шахгильдян И.В., Ясинский А.А., Михайлов М.И. [и др.]. Хронические гепатиты в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008. – № 6. – С. 12-15.
8. Di Bisceglie A. Natural history of hepatitis C its impact on clinical management // Hepatology. – 2000. – Vol. 31, № 4 – P. 1014-1018.
9. Kenny-Walsh E. Clinical outcome after hepatitis C infection from contaminated anti-D immune globulin. Irish Hepatology Research Group // N. Engl. J. Med., 1999. – Vol. 340, № 16. – P. 1228-1233.
10. Wright T. Treatment of patients with hepatitis C and cirrhosis // Hepatology, 2002. – Vol. 36, № 5, Suppl. 1. – P. 185-194.

Черенова Валентина Константиновна, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», Россия, 414004, г. Астрахань, Покровская роща, Началовское шоссе, 7, тел. (8512) 31-05-51, e-mail: OIKB@astranet.ru

Кудрявцев Вячеслав Александрович, главный врач ГУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», Россия, 414004, г. Астрахань, Покровская роща, Началовское шоссе, 7, тел. (8512) 31-06-07, e-mail: OIKB@astranet.ru

Галимзянов Халил Мингалиевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru

Черенова Леля Павловна кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru

Вишневецкая Инна Феликсовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru

Маженова Ирина Захаровна, заведующая отделением ГУЗ «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги», Россия, 414004, г. Астрахань, Покровская роща, Началовское шоссе, 7, тел. (8512) 31-06-07, e-mail: OIKB@astranet.ru