



Коинфекция ВИЧ и парентеральных вирусных гепатитов у наркозависимых

Р.А. Турсунов

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Актуальность изучения клинико-патоморфологических особенностей печени при одновременном протекании ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов (ВГВ/ВГС) обусловлена их эпидемиологическим ростом среди больных наркоманией, который за последнее десятилетие увеличился более чем в 14 раз, при этом в 75% случаев отмечается наличие данной коинфекции, что в свою очередь, усугубляет развитие патологических процессов и ухудшает прогноз болезни у наркозависимых пациентов.

Сочетание различных видов альтерации при ВГВ/ВГС на фоне ВИЧ-инфекции и наркомании проявляется разнообразными дистрофическими изменениями паренхимы печени, а также воспалительными и регенераторными изменениями.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, наркомания, парентеральные вирусные гепатиты, гемоконтактные инфекции, поражение печени

В настоящее время ВИЧ-инфекция, наркомания и парентеральные вирусные гепатиты являются одними из главных медицинских и социальных проблем, стоящих перед человечеством, которые могут оказывать влияние, в том числе, и на демографическую ситуацию в мире [1-3].

Статистические данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), представленные в сентябре 2011 года, в очередной раз подтверждают масштабность проблемы наркомании в мире. По последним сведениям, из всего населения планеты, которое составляет более 7 миллиардов человек, 210 миллионов употребляют наркотики, т.е. 3% людей на планете – наркозависимые, причём 47 миллионов из них являются гражданами стран Латинской Америки. В Мексике наркотической зависимостью страдают уже 1,2 миллиона человек.

По статистике ВОЗ средний возраст, в котором человек начинает употреблять наркотики, составляет 12-17 лет, в то время как несколько лет назад он держался в рамках 15-17 лет. Именно наркомания последние 5 лет продолжает оставаться основной причиной распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Распространение наркотиков приводит к росту смертности как от острого отравления наркотическими средствами, так и от осложнений [4,5]. К последним относят гепатоцеллюлярную карциному, лимфомы печени и саркому Капоши, внутриспечёчную окклюзию вен, склерозирующий холангит [6,7], алкогольную болезнь печени (результат сопутствующего злоупотребления алкоголем). В развитии большинства вышеперечисленных осложнений

основную роль отводят вирусным гепатитам В, С, D при совместном заражении ВИЧ, часто в сочетании с другими иммуносупрессивными возбудителями, такими как герпесвирусы, цитомегаловирусы, туберкулёз, инфекции из царства грибов и т.д. [8].

Эпидемиология ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов у наркозависимых. ВИЧ-инфекцию и парентеральные вирусные гепатиты, наряду с социально значимым характером заболевания, связывают также общность путей передачи и факторов заражения вирусами [1]. При этом доминирующим фактором, осложняющим эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции и гемоконтактным инфекциям, является вовлечение в эпидемический процесс молодого трудоспособного пласта населения.

О пандемии ВИЧ-инфекции свидетельствуют катастрофические её масштабы, а также повлёкшие за ней медицинские, социальные и экономические проблемы. Пик заболеваемости пришёлся на 1997 год, тогда было зарегистрировано 3,4 миллиона человек. Ежегодно в мире ВИЧ-инфекция уносит жизни от 2,8 до 3,2 миллиона человек.

По данным доклада Всемирной организации здравоохранения, за 2011 год ВИЧ/СПИД среди основных причин смерти людей переместился на 4-е место (5,1%), тогда как в 2002 году ВИЧ-инфекция находилась только на 10-м месте.

Впервые, начиная с 2010 года, в мире отмечается тенденция снижения роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией, однако, при этом растёт распространённость и смертность от ВИЧ-инфекции. Согласно дан-



ным исследования, опубликованного специалистами Объединённой Программы ООН (ЮНЭЙДС), в период с 2005 по 2010 год число летальных исходов в результате данного заболевания снизилось на 21%. В свою очередь заболеваемость СПИДом также снизилась и составила в 2010 году 2,7 миллиона случаев [9].

Однако в целом, общее число ВИЧ-инфицированных людей в мире растёт. Так, в 2010 году количество зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составляло около 34 миллионов человек, что на 17% больше, чем в 2000 году. Число ВИЧ-инфицированных в странах Восточной Европы и Центральной Азии, к которым относится Республика Таджикистан, с 2001 года возросло более чем в три раза и составило 1,5 миллиона человек [9].

По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается около 350–400 миллионов человек – носителей вирусного гепатита В (ВГВ) и более 170 миллионов – вирусного гепатита С (ВГС) [10,11]. Общность механизмов заражения ВГВ, ВГС и ВИЧ-инфекцией способствует повышению вероятности сочетания этих инфекций у пациентов [12]. Ряд авторов, исходя из данных собственного исследования, отмечают о взаимном влиянии ВИЧ и ВГС на течение как ВИЧ-инфекции, так и хронического ГС [13,14,44].

Актуальность дальнейшего изучения клинкоморфологических особенностей одновременного протекания вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции обусловлена их эпидемиологическим ростом среди больных наркоманией, который за последнее десятилетие увеличился более чем в 14 раз. В 75% случаев отмечается наличие коинфекции ВИЧ и ВГВ/ВГС [5,15,16].

Лица, употребляющие парентеральные наркотические вещества, в 60–90% случаев заражены вирусами гепатита в возрасте до 16 лет [17]. При этом клинические проявления гепатитов в большинстве своём отсутствуют [18]. На долю хронического ВГС приходится 75–83% и нередко наблюдается сочетание с инфицированием HBV (68–80%), HDV (64%). Между тем, в конце 90-х годов прошлого столетия ВИЧ-инфекция у данного контингента была выявлена только в 0,75–13% случаев [2].

Основным фактором риска заражения при парентеральном применении наркотиков является контаминация иглы или шприца кровью, что происходит при групповом использовании инструмента (needle-sharing), при этом большему риску подвергаются именно начинающие наркоманы, вводящие препарат последними в группе. В ряде случаев заражение возможно при применении стерильного или одноразового шприца, когда раствор наркотика забирают из общей ёмкости [3]. Кроме того, инфицирование препарата заражённой кровью может происходить в процессе его кустарного производства. Помимо па-

рентерального пути заражение может происходить при половых контактах, что особенно актуально для потребителей производных амфетамина, кокаина, эфедрина [19].

Благодаря общим путям передачи, сочетанное инфицирование ВИЧ и другими вирусами, передающимися половым и парентеральным путями, отмечается часто. Хронический ГВ выявляют примерно у 10% ВИЧ-инфицированных, причём частота инфицирования неодинакова в разных регионах планеты. По данным когорты EuroSIDA, 9% ВИЧ-инфицированных пациентов в Европе оказались коинфицированными ВГВ без географической гетерогенности. В 33% случаев коинфицирования ВГС наблюдали изменение этого показателя с севера на юг и с севера на восток: доля инфицированных менялась от 24% на севере до, более чем, 40% – на юге и востоке Европы, что объясняют разной распространённостью внутривенного употребления наркотиков – фактора риска заражения ВИЧ. В Италии доля пациентов, коинфицированных ВГС, резко уменьшилась за последние 20 лет с 80% до 20% в связи с уменьшением употребления внутривенных наркотиков.

У каждого четвёртого (25%) ВИЧ-инфицированного пациента диагностируют хронический ГС. Наиболее высокие показатели частоты инфицирования ВГС (75%) у больных с ВИЧ/СПИДом отмечают у потребителей инъекционных наркотиков, а также у лиц, инфицированных при контакте с заражённой кровью или при переливании заражённой крови. У пациентов с коинфекцией (гепатит+ВИЧ) наблюдают быстрое прогрессирующее поражение печени, заканчивающееся ранним развитием цирроза печени [20].

На клиническое течение и исходы коинфекции существенное влияние оказывает возможность повторного заражения (реинфекция) и суперинфекции другими генотипами вируса [21,22], вероятность которых значительно повышается при внутривенном использовании наркотических средств [23,24].

Клинико-морфологические особенности состояния печени при ВИЧ-инфекции в сочетании с парентеральными гепатитами у наркозависимых. Данные литературы о клинкоморфологических особенностях патоморфологии печени у наркозависимых при коинфекции вирусными гепатитами и ВИЧ немногочисленны, основаны на исследовании аутопсийного и биопсийного материала и носят, главным образом, описательный характер. В работах, где проводилась морфометрическая оценка морфологических проявлений коинфекции ХВГ и ВИЧ у наркозависимых, отсутствовала верификация этиологического фактора, что в значительной мере снижает ценность полученных данных. Во многом остаётся неясной роль наркотических веществ в механизмах поражения печени при ХВГ и ВИЧ [25].



Хронический вирусный гепатит у наркозависимых при ВИЧ-инфекции характеризуется скудными клиническими проявлениями и невыраженными изменениями биохимических показателей, отражающих функциональное состояние печени на фоне высокой репликативной активности вирусов [17].

Преджелтушный период у наркозависимых, болеющих ВИЧ с коинфекцией парентеральными гепатитами, отличается полиморфной симптоматикой: слабость, снижение аппетита, субфебрильная температура, режы - тошнота, рвота, головокружение [26,27]. В скрытый или режы безжелтушный острый период болезни при клинико-инструментальном обследовании выявляется гепатомегалия, увеличение селезёнки, ультразвуковые воспалительные изменения в паренхиме печени. В 1/3 случаев клинически выявляют желтушный период вирусного гепатита и ВИЧ, а у остальных заболевание протекает в безжелтушной форме [28,29].

У наркозависимых гораздо чаще формируется хронический гепатит, чему в немалой степени способствует преждевременное прекращение лечения и продолжение употребления наркотика [30].

Интересно отсутствие морфологически фиксируемого иммунного ответа на генерализованную инфекцию (атрофия лимфоидной ткани селезёнки, невысокая активность гепатита и др.). Это может быть связано как с непосредственным иммуносупрессивным воздействием вирусов гепатита [31], так и с угнетением резистентности на фоне ВИЧ-инфекции, часто сопровождающей наркоманию и ведущей к атрофии лимфоидной ткани [32]. Последнее, по видимому, и является особенностью латентного перехода острого вирусного гепатита в хронический и может оказывать влияние на выраженность лобулярного компонента при ВИЧ и наркомании, оценивавшуюся по доле площади паренхимы, занятой внутридольковыми инфильтратами [33].

Лимфомacroфагальные инфильтраты на фоне застойного венозного полнокровия вызывают фиброгенез, приводящий к образованию характерных для печени наркозависимых соединительнотканых септ, которые, в свою очередь, препятствуют полноценной регенерации паренхимы [34].

Продолжительность латентной фазы ХВГ заметно сокращается при наличии алкогольного, токсического и/или лекарственного поражения печени [35,36]. Напротив, при ВИЧ-инфекции длительность латентной фазы может быть увеличена. Однако отмечено, что при любом иммунодефиците, в т. ч. при коинфекции ВИЧ, хронический гепатит С протекает тяжелее и быстрее переходит в цирроз [37].

Была выявлена прямая взаимосвязь между использованием наркотических средств и клинической

манифестацией заболевания [28,38]. При оценке репликативной активности вирусов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) у наркозависимых с ХВГ, отмечено прогрессирующее развитие заболевания, несмотря на порой скудные клинические данные и невыраженные изменения биохимических тестов [39].

Отсутствие в части наблюдений классической картины «агрессивного» гепатита авторы объясняют иммуносупрессивным действием алколюидов опия [37].

Часто выявляются лимфоидные фолликулы и агрегаты в портальной строме. Тканевые и ультраструктурные особенности изменений печени наркозависимых при сочетанном воздействии вирусов гепатита и опиатов характеризуются: преимущественным склерозом центральных вен и центрoлюбулярной зоны даже при минимальном склерозе портальной и перипортальной ткани; гиперплазией агранулярной цитоплазматической сети, появлением гигантских митохондрий в гепатоцитах и коллагенизацией пространств Диссе, которые авторы рассматривают в контексте компенсаторно-приспособительных реакций [40,41].

Даже при слабо выраженном фиброзе портальной стромы отмечается склероз центральных вен, формирование пучков коллагеновых волокон в периваскулярной области по ходу синусоидов и развитие перигепатоцеллюлярного склероза [41-43].

Внутривенное использование героина связывают с развивающейся у части наркозависимых лимфоидной инфильтрацией портальных трактов, обычно с зародышевыми центрами. Эти изменения автор называет «triaditis». Так называемые «триадиты» не связаны с вирусными гепатитами и рассматриваются как иммунологическая реакция, вероятнее всего, на органические компоненты героина. По сути, «триадиты» являются неинкапсулированной лимфоидной тканью, ассоциированной с жёлчевыводящими протоками. «Триадиты» описаны в печени не только у наркозависимых, но и у здоровых лиц, у которых отмечается меньшая выраженность «триадитов» [22].

У наркозависимых вирусные гепатиты С и В нередко сочетаются с ВИЧ-инфекцией [44-48]. ВИЧ-инфекция, подавляя клеточный иммунитет, приводит к изменению клинического течения заболевания [49]. В ряде работ показано, что при ВИЧ-инфекции у наркозависимых иммунодефицит ускоряет течение ХВГ С.

В мультицентровом исследовании 547 больных показано, что цирроз печени развивается в течение 15 лет после инфицирования HCV у 25% ВИЧ-инфицированных и лишь у 6,5% – не имеющих ВИЧ-инфекции [50].

Большинство авторов приводят данные об увеличении уровня HCV-вируемии у ВИЧ-коинфицированных



[37]. С другой стороны, показана зависимость уровня РНК (рибонуклеиновой кислоты) ВГС от степени иммунодефицита при ВИЧ-инфекции, определяемого по числу CD4+ клеток [50,51].

Многие российские и зарубежные исследователи указывают на более выраженные гистологическую активность и степень фиброза печени у ВИЧ-инфицированных лиц с ХВГ С по сравнению с больными ХВГ С без ВИЧ-инфекции [50,52,53]. Имеются также указания и на более низкую активность ХВГ С у ВИЧ-инфицированных наркозависимых, что проявлялось в снижении активности ХВГ С [53]. В исследовании В.Г. Канестри и соавт. (2001), у 90% больных ВИЧ-инфекцией в Московском регионе выявлены антитела к вирусу гепатита С класса IgG. Из них у 98,5% обнаружена РНК вируса гепатита С [52].

ВИЧ-инфекция и гепатит В. Распространённость ВИЧ/ВГВ-коинфекции характеризуется географической вариабельностью и зависит, главным образом, от преобладающих путей заражения. У коинфицированных пациентов увеличивается риск прогрессирования поражения печени и риск летального исхода от заболевания печени. В странах Северной Америки и Западной Европы более чем у половины больных ВИЧ/СПИДом мужчин-гомосексуалистов в анамнезе отмечают гепатит В, причём у 5–10% диагностируют хронический прогрессирующий ГВ [20].

При принятии решения о лечении хронического ГВ у пациентов с коинфекцией ВИЧ рекомендуют учитывать следующие факторы: темпы прогрессирования изменений в печёночной ткани, выраженность поражения печени на текущий момент, вероятность положительного ответа на противовирусную терапию, вероятность возникновения побочных эффектов и нежелательных проявлений, необходимость проведения антиретровирусной терапии (АРВТ) ВИЧ. Вопрос о назначении противовирусного лечения ГВ целесообразно решать у пациентов с коинфекцией ВИЧ в тех случаях, когда выявляют вирусемию ВГВ и повышенную активность АлАТ, так как в этих случаях обычно наблюдается достаточно выраженное воспаление печёночной ткани. На фоне ВИЧ/СПИДа отмечают быстрое прогрессирование хронического ГВ в цирроз. Кроме того, по мере прогрессирования иммунодефицита снижается вероятность ответа на противовирусную терапию. Целью лечения пациентов с хроническим ГВ (вне зависимости от наличия коинфекции ВИЧ) является достижение HBeAg-сероконверсии у HBeAg-положительных пациентов, нормализация АлАТ, достижение устойчивого подавления репликации ВГВ, улучшение гистологического состояния печени, уменьшение выраженности декомпенсации состояния печени у пациентов на поздних стадиях цирроза печени, снижение риска развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). В настоящее время основным критерием, определяющим эффективность терапии ГВ является подавление

репликации вируса. Известна взаимосвязь между уровнем вирусной нагрузки и риском развития цирроза печени и ГЦК вне зависимости от HBeAg и степени повышения АлАТ [20].

ВИЧ-инфекция и гепатит С. В последние годы всё большее значение приобретает коинфекция ВИЧ и вирусом гепатита С, в связи с высокой распространённостью заболеваний, вызванных этими вирусами и неблагоприятными клиническими последствиями. Частота развития СПИДа и смертность среди ВИЧ-инфицированных продолжают снижаться в результате эффективной антиретровирусной терапии и профилактики оппортунистических инфекций. Одновременно в этой популяции отмечается рост частоты ВГС-инфекции и смертности от неё. О важности коинфекции свидетельствует её распространённость и влияние на прогноз. Среди групп высокого риска следует выделить больных гемофилией и инъекционных наркоманов [54].

По данным разных авторов, распространённость ВГС среди ВИЧ-инфицированных пациентов варьирует от 33% до 59% [55,56], а у лиц, употребляющих инъекционные наркотики, может превышать 80% [57]. Как ВИЧ-инфекция для больных ВГС, так и наоборот ВГС для ВИЧ-инфицированных, является серьёзной клинической проблемой, в большой степени определяющей характер течения заболевания и смертность больных.

Исследования влияния ВИЧ-инфекции на ВГС показали, что у коинфицированных пациентов наблюдается высокий уровень РНК ВГС, по сравнению с больными моноинфекцией ВГС. У больных с ВИЧ/ВГС коинфекцией сывороточные уровни РНК ВГС в 1,5 – 2 раза выше, чем у пациентов, инфицированных только ВГС, что отражает нарушение контроля репликации вируса в условиях иммунодефицита. Соответственно и концентрация РНК ВИЧ в печёночной ткани так же выше. Наличие иммунодефицита сказывается на прогрессировании хронического гепатита С и развитии цирроза печени. Установлено, что низкое количество CD4 лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных увеличивает риск развития цирроза печени при наличии ХГС – в 3-4 раза. При наблюдении, в течение первых 10 лет цирроз печени развился у 14,9% больных с коинфекцией и только у 2,6% с ВГС – моноинфекцией. Это связано с более выраженными воспалительными и фибротическими процессами в ткани печени и высокой скоростью фиброобразования, а также с более высокой степенью развития апоптоза гепатоцитов [50,51]. Причём у больных с генотипом 1 ВГС заболевание печени может прогрессировать быстрее, чем у пациентов с другими генотипами вируса. В целом прогноз у больных циррозом печени, инфицированных ВГС и ВИЧ, плохой. У таких больных – выше риск декомпенсации и смерти. Однако назначение в ранние сроки противовирусной терапии, может задержать декомпенсацию болезни. ВИЧ-инфекция у больных ВГС может



являться фактором риска для развития печёночной недостаточности, декомпенсации и связанной с ней гибелью больных. Данные анализа причин смерти у коинфицированных ВИЧ/ВГС больных показали, что одной из лидирующих причин является хроническая патология печени, ассоциированная с ВГС. Доля случаев смерти от терминального заболевания печени у ВИЧ-инфицированных возросла до 35-45% [20]. Конечная стадия заболевания печени, как последствие ВГС-инфекции, является лидирующей причиной смерти у ВИЧ-позитивных пациентов. Доказано влияние ВИЧ-инфекции на течение ХГС с учётом возраста, употребления алкоголя, иммунного статуса и ассоциированных с вирусом гепатита С факторов. Коинфекция ВИЧ ухудшает исход ХГС, приводя к повышению уровней сывороточной РНК ВГС, усилению поражения печени и снижению устойчивого ответа на интерферонотерапию. Возраст и употребление алкоголя являются кофакторами, связанными с развитием цирроза печени и смертельным исходом. Риск возникновения цирроза печени выше у лиц, злоупотребляющих алкоголем, и у ВИЧ-позитивных пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов ниже 200/мм³. Полученные данные указывают на необходимость обследования всех ВИЧ-инфицированных на наличие и активность течения ГС для оценки возможности назначения противовирусной терапии с целью снижения риска развития цирроза печени и летального исхода от ГС. Кроме того, исследование активности гепатита и функций печени необходимы при назначении больному АРВТ [20].

Лечение хронического гепатита С у больных ВИЧ/СПИДом. Необходимость подобного лечения обусловлена двумя основными причинами: у ВИЧ-инфицированных пациентов быстрее прогрессируют патологические изменения в печёночной ткани, вплоть до развития терминальной печёночной недостаточности; при наличии хронического гепатита С существенно снижается переносимость АРВТ, причём терапия сопряжена с более высоким риском гепатотоксичности. Тем не менее, принципиально возможно предотвращение нежелательных исходов путём эффективного лечения хронического ГС. Так, подавление репликации ВГС позволяет добиться регрессии фиброза печени, а также снизить риск гепатотоксичности при проведении АРВТ [20]. Как известно, наличие ВИЧ-инфекции может ускорять прогрессирование заболевания печени у пациентов с коинфекцией ВГС, вследствие развития иммунодефицита, а также в результате предполагаемого прямого профибротического действия. Поэтому своевременное лечение ВИЧ-инфекции путём подавления репликации вируса и восстановление уровня CD4-лимфоцитов (поддержание их количества на уровне >500 клеток/мм³) может играть существенную роль в замедлении прогрессирования поражения печени и, следовательно, в снижении смертности от печёночных заболеваний у пациентов с коинфекцией ВИЧ и ВГС. В большинстве современных рекомендаций

оправдано начало АРВТ у пациентов с коинфекцией ВГС при уровне CD4-лимфоцитов <500 клеток/мм³ [20].

Особенности лечения и профилактики вирусных гепатитов у наркозависимых. Учитывая частое сочетание у наркозависимых ВИЧ с парентеральными гепатитами, проведение своевременной диагностики с назначением противовирусного лечения и обязательная постановка пациентов на диспансерный учёт позволят предотвратить или отсрочить развитие терминальных стадий поражения печени и снизить распространение этих заболеваний.

Лечение больных острым ВГВ с сопутствующей наркоманией не имеет особенностей [2]. Обычно применяемая комплексная патогенетическая терапия даёт положительный эффект [58]. Однако, при назначении препаратов интерфероновой ряда отмечена их низкая эффективность у лиц, которые продолжают употреблять наркотики в период лечения [59,60]. Профилактика парентерального пути заражения ВГ должна проводиться в нескольких направлениях – беседы о возможности заражения вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией при употреблении наркотиков, концепция "снижения вреда от потребления наркотиков" и др. [61]. Если практика минимизации ущерба будет применяться хотя бы в 30-50% случаев, то это во много раз снизит скорость распространения гемоконтактных инфекций среди наркозависимых, что, в свою очередь, уменьшит риск заражения остального населения [62].

За последние годы были разработаны и внедрены в клиническую практику новые препараты против ВГВ, однако и давно известные средства, применяемые при лечении ВИЧ-инфекции: ламивудин, тенофовир, эмтрицитабин – обладают достаточно высокой активностью и в отношении ВГВ [63].

Принимая во внимание широкое использование антиретровирусной терапии (АРВТ) у больных ВИЧ-инфекцией, можно говорить о возможности замедления прогрессирования хронического ГВ или даже об улучшении состояния печёночной ткани на фоне терапии. Что касается лечения хронического ГС, комбинированное применение пегилированного интерферона и рибавирина в течение года позволяет добиться устойчивой элиминации РНК ВГС не более чем у 40% больных с ВИЧ/ВГС-коинфекцией. Благодаря этому, можно предотвратить или отсрочить развитие терминальных стадий поражения печени.

Следует отметить полиэтиологичность поражений печени при наркомании, в морфогенезе которых могут участвовать и разнообразные вирусы, и различные токсические воздействия, и отложения инородного неметаболизируемого материала. Сочетание различных видов альтерации при гепатите на фоне ВИЧ-инфекции и наркомании проявляется



разнообразными дистрофическими изменениями паренхимы органа, а также воспалительными и регенераторными изменениями, которые протекают на изменённом гомеостатическом фоне. Кроме того, на течение развивающихся патологических процессов в печени могут влиять нарушения, связанные с функцией иммунной системы, вызываемые губительными действиями ВИЧ и вирусами гепатита на лимфоциты [64] и, непосредственным действием наркотических средств, а также нарушением нейроэндокринной регуляции иммунитета [65], последствием которых является патологическая регенерация печёночной ткани преимущественно фибропластического типа.

Таким образом, изучение данных литературного обзора, подтверждает широкую распространённость ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов у больных наркомагией. В свою очередь, наличие коинфекции усугубляет развитие патологических процессов и ухудшает прогноз болезни у наркозависимых пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России / В.В.Покровский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. - №1. - С. 10-14
2. Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты – актуальная проблема здравоохранения России / Г.Г.Онищенко, И.В.Шахильдян // Гепатиты В, С, D и G – проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики. - М., - 1997. - С.164-166
3. Шерстюк Б.В. Актуальные проблемы морфологической диагностики соматических нарушений при наркомагии / Б.В.Шерстюк, Ю.И.Пиголкин // Судебно-медицинская экспертиза. - 1999. - Т.42. - №2. - С. 29-32
4. Распространённость злоупотребления наркотиками по регионам мира / О.А.Сафонов, Т.Б.Дмитриева, Т.В.Клименко, А.А.Козлов // Журнал «Наркология». - 2011. - №6. - С. 47-55
5. Коротун В.Н. Наркотики как одна из современных проблем судебной медицины / В.Н.Коротун, С.С. Катаев, И.Ю.Смирнова // Материалы V Всеросс. съезда суд. медиков. - М. - 2000. - С. 308
6. Рахманова А.Г. Поражение печени у инфицированных вирусом иммунодефицита человека / А.Г.Рахманова // Клиническая медицина. - 1989. - №11. - С.44-47
7. Poles M.A. Liver biopsy findings in 501 patients infected with human immunodeficiency virus (HIV) / M.A.Poles [et al.]. J. Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. - 1996. - V.11. - N2. - P. 170-177
8. Богомолов Д.В. Судебно-медицинская диагностика наркотической интоксикации по морфологическим данным: автореф. ... дис. д-ра мед. наук / Д.В.Богомолов. - М. - 2001. - 32с.
9. UNAIDS/Report on the global HIV/AIDS epidemic/ - 2010. - P.235
10. Mauss S. Estimating the likelihood of sustained virological response in chronic hepatitis C therapy / Mauss S. [et al.] // J. Viral Hepat. - 2010; 10; 1365-2893
11. Особенности течения и лечения хронического гепатита В у больных ВИЧ-инфекцией / С.Л. Максимов, С.П. Царенко, А.В.Кравченко, Н.Д. Ющук // Терапевт. архив. - 2010. - № 11. - С.32-37
12. Alberti A. The interaction between hepatitis B virus and hepatitis C virus in acute and chronic liver disease / A. Alberti [et al.] // J. Hepatol. - 2005. - Vol. 22. - P. 38-41
13. Fultz S.L. Testing, referral, and treatment patterns for hepatitis C virus coinfection in a cohort of veterans with human immunodeficiency virus infection / S.L. Fultz [et al.] // Clinical Infectious Diseases. - 2003. - Vol. 36(8). - P. 1039-46
14. Nunez M. Risk factors for severe hepatic injury after introduction of highly active antiretroviral therapy / M.Nunez [et al.] // J. Acquir Immune Defic Syndr. - 2005. - Vol. 27. - P.426-31
15. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии / Н.Н. Иванец // Наркология/ - 2002. - №6. - С. 2-7
16. Зотов П.Б. Некоторые аспекты смертности и суицидального поведения больных наркомагией / П.Б.Зотов [и др.] // Наркология. - 2003. - №12. - С. 32-34
17. Власов Н.Н. Вирусные гепатиты В, С, D и ВИЧ-инфекция у наркоманов / Н.Н. Власов, А.А. Яковлев, Е.Н. Виноградова // Вирусные гепатиты и другие актуальные инфекции. - СПб. - 1997. - Т. I. - С.67-74
18. Эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов у лиц, страдающих от наркотической зависимости / Е.А.Иоанниди, В.П.Черкесова, Н.Х.Гиниятуллина, В.Ф. Обохов // Материалы Всероссийской конференции инфекционистов. - М. - Волгоград. - 1996. - С. 145-146
19. Климова С.Н. Особенности клеточного и гуморального иммунитета у больных опийной и эфедриновой наркомагией / С.Н.Климова [и др.] // Вопросы наркологии. - 1994. - №2. - С.54-57
20. Демиденко Т.П. Вирусные гепатиты / Т.П.Демиденко, В.А.Неверов. Под ред. Ю.В. Лобзина. - СПб. - 2011. - 229с.
21. Иванова Г.Ф. Клинико-иммунологические особенности и исходы гепатитов В, С и В+С у больных наркомагией: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Г.Ф. Иванова. - Волгоград. - 2001. - 23с.
22. Lee W.M.: Drug-Induced Hepatotoxicity / W.M.Lee // New Eng. J. Med, 1995; 333:1118-1127
23. Соболевская О.Л. Преимущественное развитие микст-гепатита В+С у лиц, употребляющих наркотические вещества / О.Л.Соболевская // Инфектология. Достижения и перспективы. - СПб. - 1996. - С.197



24. Толоконская Н.П. Клиническая характеристика вирусного гепатита С / Н.П. Толоконская [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1999. – №5. – С.20-23
25. Viral hepatitis and HIV co-infection / V.Soriano, E.Vispo, P.Labarga, J.Medrano // Review Article. Antiviral Research. – 2010. – V. 85. – P. 303-315
26. Жданов Ю.Е. Некоторые особенности течения вирусных гепатитов В и С у лиц, употребляющих наркотические вещества / Ю.Е. Жданов [и др.] // Инфектология. Достижения и перспективы. – СПб. – 1996. – С. 82-83
27. Игнатова Т.М. Хронический гепатит С: клинко-морфологическая характеристика, течение, лечение: автореф. ... дис. д-ра мед. наук / Т.М. Игнатова. – М. – 2000. – 42с.
28. Братухина И.А. Клиника вирусного гепатита В у больных наркоманией / И.А. Братухина [и др.] // Острые инфекционные болезни человека. – Омск-Кемерово. – 1995. – С. 80-81
29. Клиника вирусного гепатита «В» у больных наркоманией / В.В.Уйба, В.М.Борзунов, Э.В.Власова, А.А.Устьянцев // Инфектология. Достижения и перспективы. – СПб. – 1996. – С. 208
30. Боровский И.В. Серологический надзор за ВИЧ-инфекцией в среде лиц, злоупотребляющих внутривенным введением наркотиков / И.В.Боровский [и др.] // Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции в Сибири. – Барнаул. – 1995. – Вып. 2. – С. 46-51
31. Okuse C. Hepatitis C as a systemic disease: virus and host immunologic responses underlie hepatic and extrahepatic manifestations / C. Okuse, H. Yotsuyanagi, K.Koike [et al.] // J. Gastroenterol. – 2007. – №42 (11). – P.57-65
32. Рахманова А.Г. Поражение печени у инфицированных вирусом иммунодефицита человека / А.Г. Рахманова [и др.] // Клиническая медицина. – 1989. – №11. – С.44-47
33. Zignego A.L. HBV and HCV chronic infection: autoimmune manifestations and lymphoproliferation / A.L. Zignego, A. Piluso, C.Giannini // Autoimmun Rev. – 2008. – V.8 (2). P.107-111
34. Lok A.S. AASLD Practice Guidelines. Chronic hepatitis B / A.S.Lok, B.J.McMahon // Hepatology. – 2007. – Vol. 45. – N2. – P. 507-539
35. Оберт А.С. Клинико-лабораторная характеристика вирусных гепатитов у лиц, употребляющих наркотические препараты / А.С.Оберт [и др.] // Материалы V съезда врачей инфекционистов, микробиологов и эпидемиологов Алтайского края. – Барнаул. – 1996. – С. 134-136
36. Борискин И.В. Поражение печени у наркоманов / И.В.Борискин // Мед. новости. – 2002. – №11. – С. 72-74
37. Thomas D.L. Occupational risk of hepatitis C infections among general dentists and oral surgeons in North America / D.L. Thomas [et al.] // Am J Med. – 1996. – V.100. – N1. – P.41-45
38. Чуйкова К.И. Особенности гепатита С на фоне опиоидной наркомании / К.И.Чуйкова, Т.В.Галуза // Материалы VII съезда Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. – М. – 1997. – Т.2. – С. 258
39. Власов Н.Н. Вирусный гепатит В у наркоманов / Н.Н.Власов // Вирусный гепатит В. – Л. – 1988. – С. 89-95
40. Ультроструктурные реакции клеточных популяций печени при действии РНК- и ДНК-геномных вирусов гепатита С + В / Д.Л.Непомнящих, Е.Г.Сахарова, Г.А.Мезенцева, Я.Е.Савченко // Бюлл. эксперим. биологии и медицины. – 1999. – Т.128. – №7. – С.101-105
41. Покровский В.И. Хронический гепатит С: современные представления о пато- и морфогенезе. Концепция антивирусной стратегии гепатоцитов / В.И.Покровский, Г.И.Непомнящих, Н.П.Толоконская // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2003. – Том 135. – №4. – С. 364-377
42. Морфологические особенности хронического вирусного гепатита у наркоманов / Ю.И.Пиголькин, Д.В.Богомолов, И.Н.Богомолова, Л.А.Сергеева // Архив патологии. – 2002. – №3. – С. 6-10
43. Томилка Г.С. Вирусные гепатиты сочетанной этиологии у потребителей наркотиков: автореф. дис... д-ра мед. наук / Томилка Г.С. – Хабаровск. – 2001. – 39с.
44. Вовк А.Д. Вирусный гепатит С, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией и наркоманией / А.Д.Вовк, Н.В.Татьянко, Ж.Б.Клименко // Санкт-Петербургский медико-биологический конгресс: V Международная конференция «СПИД, рак и родственные проблемы». – СПб. – 1997. – Тез. №8
45. Круглова И.Ф. Риск инфицирования ВИЧ у лиц, употребляющих наркотики инъекционно, обусловленный их сексуальным поведением / И.Ф.Круглова // – 2000. – №2. – С. 42-44
46. В. И. Шахгильдян Поражения печени при вторичных заболеваниях у больных ВИЧ-инфекцией / В.И. Шахгильдян [и др.] // Терапевтический архив. – 2002. – Т. 74. – №11. – С. 40-43
47. Саламов Г.Г. ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты и сифилис у лиц, занимающихся проституцией / Г.Г.Саламов, Н.В.Деткова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – №1. – С. 20-22
48. Канестри В.Г. Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных / В.Г.Канестри [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – №1. – 2001. – С. 56-57
49. Кравченко А.В. Этиологическая структура поражений печени у больных ВИЧ-инфекцией / А.В.Кравченко // Гепатиты В, С, D и G - проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики. – М. – 1997. – С. 110-111
50. Soto B. Human immunodeficiency virus infection modifies the natural history of chronic parenterally-acquired hepatitis C with an unusually rapid progression to cirrosis / B.Soto [et al.] // J. Hepatol. – 1997. – Vol. 26. – P.1-5



51. Soriano V., Rodriguez-Rosado R., Garcia-Samaniego J. Management of chronic hepatitis C in HIV-infected patients / V.Soriano, R.Rodriguez-Rosado, J.Garcia-Samaniego. AIDS. - 1999. - Vol. 3. - P.539-546
52. Канестри В.Г. Гепатит С: комбинированная терапия хронического гепатита С у ВИЧ+ больных: автореф... дис. канд. мед. наук / В.Г.Канестри. - М. - 2001. - 25с.
53. Симонова И.А. Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных / И.А. Симонова // Эпидемиология и инфекционные болезни. - №1. - 2001 - С.56-57
54. Блохина Н.П. Клинические аспекты гепатита С у ВИЧ-инфицированных / Н.П.Блохина // Вирусные гепатиты, инф. бюллетень. - 2001. - №2 (12). - С. 33-38
55. Fainboim H. Prevalence of hepatitis viruses in an anti-human immunodeficiency virus-positive population from Argentina. A multicenter study / H.Fainboim [et al.]// J.Viral.Hepat. - 1999. - Vol.6(1). - P.53-57
56. Staples C.T. Hepatitis C in the HIV (human immunodeficiency virus) Atlanta V.A. / C.T. Staples, D.Rimland, D.Dudas// J.Acquir.Immune.Defic.Syndr. - 2000. - Vol.23(1). - P. 89-94
57. Haydon G.H. The impact of chronic hepatitis C virus infection on HIV disease and progression in intravenous drug users / G.H. Haydon [et al.]// Eur.J.Gastroenterol.Hepatol. - 2005. Vol. 10(6). - P.485-489
58. Бондаренко А.Л. Прогнозирование хронического вирусного гепатита / А.Л.Бондаренко // Российский медицинский журнал. - 1998. - №1. - С. 15-17
59. Вирусный гепатит С у подростков, употребляющих наркотические средства / С.М.Яновский, И.А.Ушакова, В.Л.Юлдашев, Т.П.Мулдашева // Гепатиты В, С, D и G - проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики. - М. - 1997. - С. 256-257
60. Игнатов Т.М. Хронический гепатит С: клинко-морфологическая характеристика, течение, лечение: автореф. дис... д-ра мед. наук/ Т.М.Игнатов. - М. - 2000. - 46с.
61. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / В.В.Покровский, Т.Н.Ермак, В.В.Беляева, О.Г.Юрин. - М.: ГОЭТАР. - Медицина. - 2000. - 496с.
62. Каниболоцкий А.А. Морфологические особенности хронического вирусного гепатита с при наркотической интоксикации: дис...канд. мед. наук/ А.А. Каниболоцкий. - М. - 2004. - 155с.
63. Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с коинфекцией / Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. - 2011. - 33с.
64. Логинов А.С. Поражение печени наркотиками. Новые направления в гепатологии / А.С.Логинов// Тез. междунар. симпозиума. -СПб. -1996. - С.41
65. Фазульязнова А.И. Клинико-диагностические особенности парентеральных вирусных гепатитов на фоне наркотической интоксикации / А.И.Фазульязнова // Казанский мед. журн. - 2004. - Т.70. - №6. - С. 431-434

Summary

Coinfection with HIV and parenteral viral hepatitis in drug addicts

R.A. Tursunov

The actuality of studying the clinical and pathological features of the liver in simultaneous currency of HIV - infection and parenteral viral hepatitis (HBV / HCV) associated to their epidemiological growth of drug addicts, who over the last decade has increased by more than 14 times, in 75% of cases observed the presence of the co-infection, which in turn enhances the development of pathological processes and worsens the disease prognosis of patients with drug addicts.

A combination of different types of alterations in the HBV / HCV in HIV-infection and drug abuse manifests a variety of degenerative changes of the liver parenchyma, as well as inflammatory and regenerative changes.

Key words: HIV - infection, drugs, parenteral viral hepatitis, hemocontact infection, liver lesion

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р.А. Турсунов – ответственный редактор журнала «Вестник Авиценны» ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139; E-mail: trustam.art@mail.ru