

Особенности клиники и патогенеза парентеральных гепатитов и их лечение у героиновых наркоманов

ЛУЧШЕВ В.И.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней, тропической медицины и эпидемиологии РГМУ, Москва;

ЖАРОВ С.Н.

к.м.н., доцент каф. инфекционных болезней, тропической медицины и эпидемиологии РГМУ, Москва;

ЧЕРНОБРОВКИНА Т.Я.

ассистент каф. инфекционных болезней, тропической медицины и эпидемиологии РГМУ, Москва.

НАДЕЖДИН А.В.

к.м.н., главный детский нарколог Минздрава РФ НИИ наркологии Минздрава РФ, Москва.

Рассматриваются особенности клиники вирусных гепатитов (В, С и их сочетаний) у лиц, страдающих героиновой наркоманией. Трансформация клинических проявлений гепатитов обусловлена взаимодействием патогенеза инфекционного и токсического поражения печени, а также развитием вторичного иммунодефицита у больных с химической зависимостью. Трудности раннего распознавания вирусного поражения печени у наркоманов, использующих инъекционные ПАВ, диктуют своевременное применение комплекса современных лабораторных тестов и проведение рациональной терапии. Подчеркивается, что тактика комплексного лечения больных героиновой наркоманией с сопутствующим вирусным гепатитом зависит от фазы инфекционного процесса (острый, хронический гепатит) и клинического состояния наркологического больного (постинтоксикация, постабстиненция, ремиссия). В острой фазе гепатита применение психотропных средств в комплексном лечении требует осторожности вследствие их гепатотоксичности и повышенной вероятности или утяжеления печеночной энцефалопатии. В подострой фазе ассортимент терапевтических средств расширяется. Обсуждается эффективность терапии с применением интерферонов.

В настоящее время парентеральные вирусные гепатиты в структуре инфекционных заболеваний занимают значительное место в связи с увеличением числа потребителей внутривенно вводимых наркотических средств, омоложением возрастных групп больных, увеличением сексуальной активности среди детей и подростков из групп риска, наряду с недостаточной информированностью населения о путях заражения, профилактике и лечении вирусных гепатитов, а также в связи с недостаточной эффективностью лабораторной диагностики в амбулаторно-поликлинических учреждениях [9]. По данным специалистов НИИ наркологии МЗ РФ, на сегодняшний день до 90% лиц, употребляющих наркотические и токсические средства, инфицировано вирусами парентеральных гепатитов. Проблема парентеральных вирусных инфекций находится на стыке наркологии и инфекционных болезней и требует комплексного и междисциплинарного подхода, что нашло отражение в Приказе Минздрава России № 290, регламентирующем оказание помощи упомянутому контингенту больных в стационарах указанных профилей с привлечением соответствующих специалистов.

Этиологическая структура вирусных гепатитов у парентеральных наркоманов разнообразна, однако в настоящее время преобладают вирусные гепатиты В (HBV, ГВ), Дельта (HDV, ГД) и С (HCV, ГС). Несмотря на значительные успехи, достигнутые современной гепатологией, лечение вирусных гепатитов все еще представляет большую и во многом не решенную проблему [3]. К сожалению, в большинстве случаев у парентеральных наркоманов приходится сталкиваться с уже сформировавшейся хронической формой заболевания. Одна из основных причин этого — перенесенная ранее, как правило, безжелтушная форма вирусного гепатита [5, 7].

При парентеральных гепатитах на фоне химической зависимости наблюдается взаимодействие вирусного поражения печени и тех или иных клинических проявлений наркологического заболевания. На сегодняшний день наиболее часто встречающейся формой “парентеральных” наркоманий является героиновая наркомания. Ге-

роиновый абстинентный синдром (АС) и обострение вирусного гепатита — самое распространенное сочетание как в наркологическом, так и в инфекционном стационарах. Героиновый АС представляет собой комплексную психовегетативную реакцию в ответ на критическое снижение для данного индивида концентрации наркотика в заинтересованных структурах ЦНС и имеет, по сути, адаптивный характер, направленный на восстановление нарушенного гомеостаза [13]. Клинические проявления АС под влиянием интоксикации в остром периоде вирусного гепатита любой этиологии нивелируются в степени, прямо коррелирующей с тяжестью течения инфекционного процесса [11]. При выраженности явлений интоксикации (астении, анорексии, тошноты, рвоты, субфебрилитета, инверсии сна, тахикардии) проявления АС незначительны. Наблюдаются специфические для синдрома лишения героина алгические феномены в крупных мышечных массивах (спины и нижних конечностей), которые обычно не сопровождаются психомоторным возбуждением; отсутствуют активные жалобы, характерные для периода АС, и такие поведенческие нарушения, как агрессия по отношению к окружающим [9, 12].

Существенно реже наблюдаются случаи интрагоспитального потребления наркотических и других психотропных веществ. Поисковое по отношению к героину поведение заблокировано соматогенной астенией. Аффективный компонент АС также редуцирован, но не в полном объеме. Сохраняется общая дисфорическая окраска настроения, но “энергический заряд” злобно-тоскливого аффекта и характерная для абстинентов неусидчивость, “вольерность” отсутствуют [11].

Достаточно редко наблюдаются состояния помрачения сознания по типу делирия, которые проявляются психомоторным возбуждением различной степени выраженности, отдельными истинными зрительными галлюцинациями, амнезией на происходящие события, с частично сохраненной ориентировкой в месте и собственной личности, стойкой инсомнией. Наблюдается усиление

вышеописанной симптоматики в вечернее и ночное время. При адекватной терапевтической тактике явления психоза купируются в течение 2–3 дней [11].

В связи с отмеченными выше особенностями у лиц, потребляющих наркотики, большое значение приобретает быстрая и правильная диагностика острых вирусных гепатитов современными методами исследования и рациональная лечебная тактика при сочетании гепатита с наркоманиями и токсикоманиями.

Не менее важны: обеспечение непрерывности и адекватности терапевтического процесса у этой группы больных в лечебно-профилактических учреждениях как инфекционного, так и наркологического профилей, повышение уровня профессиональной информированности врачей психиатров-наркологов и инфекционистов.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинической картины течения вирусных гепатитов у лиц с героиновой зависимостью и разработка адекватных методов лечения данной категории больных.

В условиях инфекционного стационара №3 г. Москвы клиническое течение вирусных гепатитов изучено у 1146 больных (мужчин — 926, женщин — 220) в возрасте от 16 до 60 лет, за период с 1998 по 2001 гг.

Из всех больных приблизительно 30% составляли больные героиновой наркоманией. В табл. 1–2 представле-

на в абсолютном и процентном соотношении структура обследованных нами больных по формам гепатитов.

Анализ частоты основных клинических симптомов у больных парентеральными вирусными гепатитами В, С, В + С в сравнении между группами пациентов-наркоманов и пациентов, не употребляющих наркотические средства, выявил, что у первых чаще регистрировался преджелтушный период по диспепсическому или/и смешанному вариантам, тогда как у ненаркоманов преджелтушный период чаще протекал по астеновегетативному и латентному вариантам (табл. 3) [9].

Как видно из рис. 1, 2, 3, при всех типах вирусных гепатитов в желтушный период в исследуемых группах в 100% случаев регистрировались астеновегетативный синдром, извращение или снижение аппетита вплоть до полной анорексии, тошнота и гепатомегалия различной степени выраженности. Спленомегалия регистрировалась приблизительно с одинаковой частотой у наркоманов и ненаркоманов при вирусном гепатите В (42 и 44,4% соответственно), при вирусном гепатите С у 20 и 25% пациентов, при микст-инфекции у 40 и 44% больных.

У лиц, употребляющих наркотики, с сопутствующим острым ГС боли в животе регистрировались в 2 раза чаще, чем у ненаркоманов (80 и 37% соответственно).

Артралгии при ГС не отмечались ни в одном случае в обеих сравниваемых группах, однако в группе с микст-инфекцией В + С артралгии были зарегистрированы у 40% наркоманов и лишь у 22% ненаркоманов.

При остром вирусном гепатите В и у больных сочетанной формой гепатита ГВ + ГС, парентерально употребляющих наркотики, выявлен достоверно ($P < 0,05$) более короткий желтушный период в сравнении с ненаркоманами ($15 \pm 1,9$ дня и $22 \pm 1,6$ дня при ГВ, $14,4 \pm 2,1$ дня и $25,4 \pm 3,7$ дня при ГВ + ГС соответственно). При вирусном гепатите С достоверных различий в длительности желтушного периода между обеими группами не выявлено.

Характерной особенностью для больных наркоманов с коморбидным гепатитом является то, что интоксикация и снижение функциональных возможностей печени часто приводят к уменьшению толерантности к потребляемому наркотическому веществу, что, в свою очередь, повышает риск возникновения передозировок.

При потреблении дериватов опия, и в частности героина, возможны следующие особенности клинического течения сложного заболевания. Принимая во внимание иммуносупрессивное действие героина и учитывая то, что в механизмах цитолиза, как известно, отражающего активность процесса при вирусных гепатитах, значительную роль играет Т-киллерное звено иммунной защиты макроорганизма, у части больных возможно снижение активности цитолиза, что сопровождается уменьшением проявле-

Таблица 1

Этиологическая структура острых вирусных гепатитов (ВГ) у обследованных больных

Этиология острого ВГ	Количество больных	%
ГВ	493	65,6
ГС	81	10,8
ГВ + ГС	167	22,2
ГВ + Дельта	10	1,3
Всего:	751	100

Таблица 2

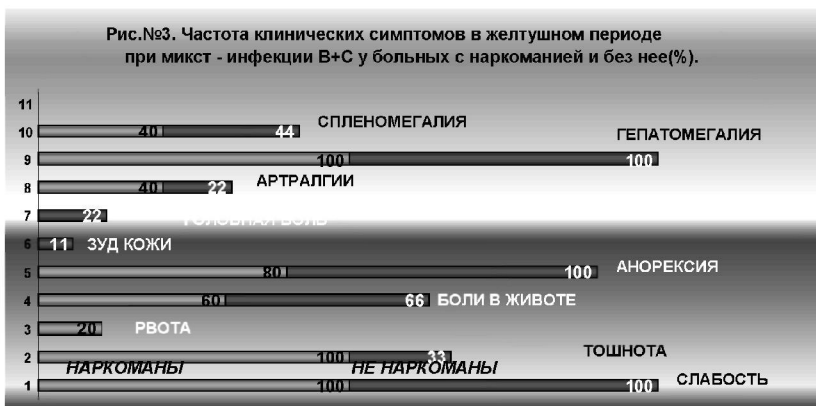
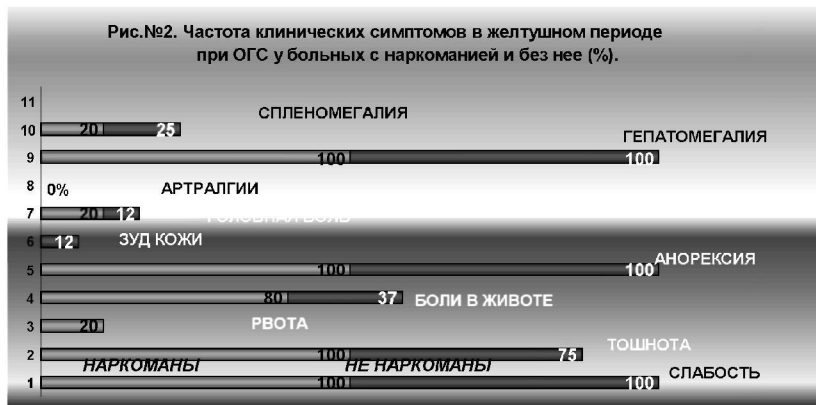
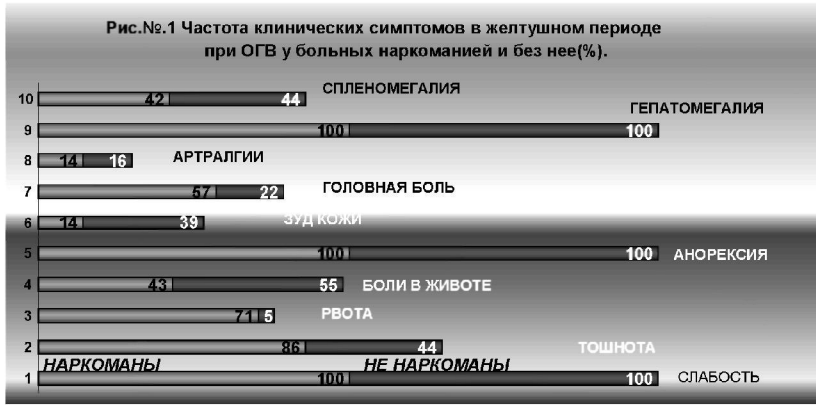
Этиологическая структура хронических вирусных гепатитов (ВГ) у обследованных больных

Этиология хронического ВГ	Количество больных	%
ХГВ	80	20,2
ХГС	133	33,8
ХГ В + С	182	46
Всего:	395	100

Частота встречаемости вариантов преджелтушного (продромального) периода у больных вирусными гепатитами наркоманов и пациентов без сопутствующей наркомании (%)

Вариант преджелтушного периода	Вариант инфекции					
	ГВ		ГС		ГВ + ГС	
	Наркоманы	Ненаркоманы	Наркоманы	Ненаркоманы	Наркоманы	Ненаркоманы
Диспепсический	50	25	75	30	65	20
Астеновегетативный	15	65	15	60	10	60
Смешанный	35	10	10	10	25	20

Таблица 3



ний интоксикации и холестаза. Однако мнимое клиническое улучшение связано не с разрешением патологического процесса, а с формированием его хронизации в силу возникающего вторичного (на фоне приема героина) иммунодефицита [8]. С другой стороны, у части больных в связи с токсическим действием дериватов опия возможны усиление общей интоксикации организма и нарастание тяжести клинических проявлений гепатита. Заболевание может закончиться не выздоровлением, а переходом в затяжное, а затем и хроническое течение.

В связи с патогенетическим значением роли клеточно-го звена иммунитета в развитии инфекционного процесса при вирусных гепатитах одной из задач явилось исследование биосинтетической активности лимфоцитов крови больных вирусным гепатитом В (параметра α) в динамике болезни до и после стимуляции HbcorAg и HbsAg по методу Rigler R. et al. [6] в нашей модификации. Исследование проведено у 80 больных. Были получены следующие результаты.

В ранние сроки желтушного периода болезни параметр α до стимуляции специфическими антигенами HBV составил $0,22 \pm 0,05$ и был ниже, чем в периоде реконвалесценции, $0,34 \pm 0,03$. После стимуляции лимфоцитов периферической крови больных *in vitro* HbcorAg и HbsAg в ранние сроки желтушного периода параметр α составил соответственно $0,30 \pm 0,06$ и $0,43 \pm 0,07$. Расчет коэффициента корреляции между нестимулированной и стимулированной биосинтетической активностью лимфоцитов показал сильную положительную связь между изучаемыми показателями в ранние сроки болезни после стимуляции как HbcorAg ($r = 0,54$), так и HbsAg ($r = 0,89$). В периоде реконвалесценции корреляционная связь также оставалась положительной, но была слабой и составила после стимуляции HbcorAg: $r = 0,31$, а после стимуляции HbsAg: $r = 0,40$.

Полученные данные свидетельствуют о том, что *in vitro* лимфоциты периферической крови больных вирусным гепатитом В на стимуляцию специфическими антигенами HBV отвечают усилением биосинтетических процессов. Это согласуется с имеющимися представлениями об иммуногенности HbcorAg и HbsAg. Между тем, ведущая роль в формировании сенсibilизации лимфоцитов к HBV отводится HbcorAg [4, 5]. Полученные в работе более высокие показатели параметра α после стимуляции HbsAg по сравнению с аналогичными после стимуляции HbcorAg, возможно, связаны с тем, что в условиях естественного развития HBV-инфекции лимфоциты сенсibilизированы прежде всего к HbcorAg, а HbsAg выполняет второстепенную роль в плане иммуногенности в организме, но *in vitro* реакция лимфоцитов на высокоочищенный HbsAg значительно выше и свидетельствует о сильных иммуногенных свойствах у неиммунных лиц, что и используется при проведении вакцинации. Справедливость данного тезиса подтверждается как снижением средних показателей параметра α после стимуляции HbsAg в периоде реконвалесценции по сравнению с более ранним периодом, так и снижением коэффициента корреляции r между нестимулированной и стимулированной биосинтетической активностью лимфоцитов более чем в 2 раза. Таким образом, можно сделать вывод, что антигены HBV обладают иммуногенными свойствами, характеризующимися, в частности, усилением биосинтетических процессов в лимфоидной клетке. Реакция лимфоцитов на стимуляцию антигенами HBV у больных вирусным гепатитом В выше в ранние сроки болезни, а к периоду реконвалесценции снижается в 2 — 2,5 раза.

Полученные нами ранее данные [2] и данные других авторов о снижении концентрации HbsAg в сыворотке крови в динамике заболевания позволяют высказать предположение, что снижение биосинтетической активности лимфоцитов на стимуляцию им в периоде реконвалесценции, в отличие от острого периода у больных вирусным ГВ, связано со снижением данного антигена в

Таблица 4

Сравнительная эффективность монотерапии интерферонами и комплексного лечения больных ХГС

Лечение: Реальдирон 6 млн		
n = 8	Сохранение отрицат. ПЦР после окончания лечения через	
ПЦР отрицат. у трех	6 месяцев у одного чел.	12 мес. 0
	Лечение: Реальдирон 6 млн + Глутоксим 1% — 2 мл в/м 10 дней	
n = 5	6 месяцев	12 мес.
ПЦР отрицат. у четырех	у двух чел.	у одного чел.
Лечение: Реальдирон 6 млн + Глутоксим 1% — 2 мл в/м 10 дней + Фосфоглив 12 кап. в сутки, 30 дней		
ПЦР отрицат. у 10 чел.	у семи чел.	у четырех чел.

свободной циркуляции и на клетках крови в динамике заболевания и развитием к нему толерантности лимфоцитов. У лиц, употребляющих наркотики, имеет место развитие в той или иной степени вторичного иммунодефицита вследствие иммуносупрессивного действия героина, т.е., по-видимому, для получения у них адекватного иммунного ответа при проведении вакцинации против ГВ им не подходят схема и дозы, которые разработаны для вакцинации лиц, не употребляющих наркотики. Однако этот вопрос нуждается в проведении дополнительных исследований.

С давних пор известно, что терапия вирусных гепатитов носит комплексный подход и включает в себя 2 основных направления — патогенетическое и этиотропное. Общепринятым направлением в этиотропном лечении парентеральных вирусных гепатитов является преимущественное назначение интерфероновых препаратов в различных комбинациях с другими противовирусными, иммуномодулирующими препаратами и гепатопротекторами. Преимущество комплексных методов лечения перед монотерапией интерферонами у больных хроническими вирусными гепатитами описано в литературе [10]. В наших исследованиях аналогичные результаты были выявлены при определении РНК и ДНК вирусов гепатита в ПЦР у пролеченных больных. Так, в группах больных, получавших только интерфероны, положительный ответ (т.е. отрицательная ПЦР на РНК или ДНК соответствующих вирусов гепатита) на проводимую терапию наблюдался менее чем в 40% случаев. В то время как в группах, получавших комплексное лечение, — свыше 80% случаев и более (табл. 4). У большинства больных на монотерапии интерферонами исчезновение из крови РНК или ДНК вируса гепатита наблюдается через 30 — 60 дней от начала лечения, однако, как известно, процент элиминации вируса из циркуляции невысокий, эффективность лечения, по нашим данным и по данным литературы, в среднем составляет около 30%. Одна из групп больных с ХГС (12 больных) получала фосфоглив в капсулах, глутоксим и полусинтетические α -интерфероны по схеме. В этой группе больных исчезновение РНК ВГС зарегистрировано при контрольном обследовании на 60-й день лечения у 10 больных из 12 (свыше 83%).

Аналогичная картина — позитивный ответ на проводимую комплексную терапию — зарегистрирован при рецидивах у больных ХГС. Отсутствие ответа на проводимую монотерапию при повышении дозы интерферонов до 6—9 млн. ед. в сутки заставляло, для достижения положительного эффекта, добавлять больным противовирусные препараты в большой суточной дозе (табл. 5), при применении которых отмечалось выраженное токсическое действие (рибавирин). Применение вышеуказанных проти-

вовирусных препаратов проводилось с обязательным добавлением сорбентов (активированный уголь, энтеродез и др.), что снижало проявления медикаментозной интоксикации.

У всех пациентов после 3 мес. поддерживающая терапия реальдирином проводилась по стандартной схеме: 3 млн. ед. 3 раза в неделю не менее 9 мес.

Как видно из табл. 5, по нашим данным, отрицательная ПЦР после окончания лечения в большинстве случаев (75%) зарегистрирована у больных, получавших 6 млн. ед. реальдирина и 1000 мг рибавирина, в наименьшем проценте случаев отрицательная ПЦР наблюдалась в группе с монотерапией реальдирином в дозе 3 млн. ед. — 20% пациентов. Через 6 мес. после окончания лечения долговременный эффект от проведенной терапии сохранялся у всех больных, получавших в начале заболевания высокие дозы реальдирина (9 млн. ед.) как в виде монотерапии, так и в комплексе с противовирусными препаратами. Через 12 мес. после окончания лечения отрицательная ПЦР сохранялась у 40% пациентов, принимавших на фоне средних доз реальдирина (6 млн. ед.) рибавирин.

Пролечена группа больных ХГС в количестве 10 человек по следующей схеме: 3 мес. реальдирон в дозе 6 млн. ед. + 1000 мг рибавирина + ремантадин 500 мг. Получены следующие результаты: отрицательная ПЦР после окончания лечения выявлена у девяти больных из 10 (90%). Через 12 мес. РНК ВГС сохранялась отрицательной у шести больных (67%).

Как было отмечено выше, в острой фазе вирусных гепатитов при наличии выраженных симптомов интоксикации клинические проявления героинового АС нивелируются и практически не требуют медикаментозной кор-

Таблица 5

Сравнительная эффективность монотерапии интерферонами в различных суточных дозах и в комбинации с противовирусными препаратами у героиновых наркоманов с ХГС (генотипы кроме 1в)

	n = 10	n = 8	n = 5	Сохранение отрицат. ПЦР после окончания лечения через					
				6 мес.			12 мес.		
Реальдирон	3 млн	6 млн	9 млн						
ПЦР отрицат.	2	3	2	1	1	2	—	—	—
Реальдирон	3 млн	6 млн	9 млн						
Рибавирин 1000 мг	n = 6	n = 8	n = 6						
ПЦР отрицат.	3	6	4	2	5	4	1	2	1

рекции. Вместе с тем, представляется целесообразным присоединение к патогенетической терапии вирусного процесса адекватных небольших доз агонистов-антагонистов опиатных рецепторов, не относящихся к наркотическим средствам, в частности трамала в дозе 200 — 400 мг в сутки (перорально или внутримышечно) с литической отменой в течение 4—7 дней с целью минимизации гомеостатических нарушений, обусловленных героиновой абстиненцией, что благотворно сказывается на клиническом течении острой фазы вирусного гепатита. Применение в этом случае психотропных препаратов — нейролептиков, транквилизаторов, гипнотиков, антидепрессантов — нецелесообразно и даже противопоказано в связи с их гепатотоксическим действием и кумуляцией по причине снижения детоксикационной функции печени и, как следствие, резкого утяжеления проявлений печеночной энцефалопатии и нарушения функций жизненно важных органов и систем организма больного.

В подострой фазе вирусных гепатитов объем терапевтических мероприятий, направленных на коррекцию психических и поведенческих расстройств, вызванных синдромом отмены героина, может быть несколько расширен, так как переносимость пациентами психофармакологической терапии улучшается.

При сочетании у героиновых наркоманов вирусных гепатитов, требующих стационарного лечения, с так называемыми постабстинентными расстройствами тактика лечения меняется. Постабстинентный синдром оказывается более чувствительным к нивелирующему действию симптомов интоксикации, обусловленных вирусным поражением печени. В том случае, если он достаточно выражен, необходимы терапевтические мероприятия, направленные на купирование его основных проявлений: синдрома патологического влечения, аффективных и поведенческих расстройств, — что достигается сочетанным применением нейролептических препаратов (сонапакса, хлорпротиксена), транквилизаторов (феназепам) и антидепрессантов (триптико и/или миансерина) с учетом состояния функции печени.

В фазе ремиссии вирусного гепатита психофармакологическая коррекция больных героиновой наркоманией проводится по общим для наркологии принципам.

Таким образом, у наркоманов, больных вирусными гепатитами, преобладание диспепсических нарушений, выраженный астеновегетативный, а также интоксикационный синдром смешанного генеза, в том числе за счет ток-

сического действия наркотиков, сохраняющийся в желтушном периоде, отягощают клинические проявления вирусного поражения печени и сближают между собой клинические проявления при различных типах острых вирусных гепатитов В, С, микст-инфекции В + С.

Таким образом, предлагаемые комплексные методы лечения позволят существенным образом снизить частоту неблагоприятных исходов у больных с парентеральными вирусными гепатитами, а также уменьшить количество осложнений, возникающих при остром и хроническом вирусном поражении печени, сочетанном с героиновой наркоманией.

Список литературы

1. Байкова И.Е., Никитин И.Г., Сторожаков Г.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения хронических микст-вирусных гепатитов // Мир вир. гепатитов. — 2001. — № 5. — С. 7—12.
2. Жаров С.Н., Лучшев В.И., Санин Б.И. и др. Корреляция микроциркуляторных нарушений у больных вирусными гепатитами с героиновой зависимостью // Эпид. и инфек. болезни. — 2001. — № 5. — С. 24—27.
3. Ивашкин В.Т., Маевская М.В. Новый шанс победить гепатит С // Клин. перспект. гастр. гепатол. — 2002. — № 2. — С. 25—28.
4. Кузватова Е.Е. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. — 1995. — Т. 5, № 3 (прил. № 1). — С. 130.
5. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. 2-е издание. — СПб.: Теза, 1998. — 300 с.
6. Rigler R., Killander D., Bolund L. et al. // Exp. Cell Res. — 1969. — Vol. 55. — P. 215—224.
7. Подымова С.Д. Болезни печени: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1998. — 700 с.
8. Чернобровкина Т.В. Ферментемии и физиолого-биохимическая адаптация при заболеваниях с химической зависимостью: дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — Москва, 1996. — 76 с.
9. Кожевникова Г.М., Юшук Н.Д. Вирусные гепатиты у наркоманов // Лечащий врач. — 1998. — № 4. — С. 74—77.
10. Змызгова А.В. Интерферонотерапия вирусных гепатитов / Пособие для врачей. — М., 1999. — 100 с.
11. Шахмарданов М.З., Надеждин А.В., Авдеев С.И. и др. Ранняя диагностика парентеральных вирусных гепатитов у больных, потребляющих наркотические средства // 13-й Съезд психиатров России. — Мат. Съезда. — М., 2000. — С. 277.
12. Волчкова Е.В., Лопаткина Т.Н., Сиволап Ю.П. и др. Поражение печени в наркологической практике. М.: Анахарсис, 2002. — 90 с.
13. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.

THE PECULIARITIES OF CLINIC PICTURES AND PATHOGENESIS AND TREATMENT COURSE OF PARENTERAL HEPATITIS IN HEROIN ADDICTS

LUTCHEV V.I.	Dr. med. sci., professor, Head of the chair of infectious diseases, tropic medicine and epidemiology Russian State med. University (RSMU), Moscow
ZHAROV S.N.	cand. med. sci., docent of chair of infectious diseases, tropic medicine and epidemiology of RSMU, Moscow
CHERNOBROVKINA T.YA.	assistant of the chair of infectious diseases, tropic medicine and epidemiology, RSMU, Moscow
NADEZHIDIN A.V.	cand. med. sci., Head children narcologist of the Russian Federation Public Health Ministry, National Research Institute of Narcology, Moscow

The peculiarity of human viral hepatitis (B, C, B+C) diagnostic methods, pathogenesis and complex therapeutics courses in heroin addicts, who take the treatment in the infectious hospital are observed.