

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У «СОЛЕВЫХ» НАРКОМАНОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Столбова М.В.¹, Либис Р.А.¹, Боркина А.Н.², Шарапов С.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия (460000, Оренбург, ул. Советская, 6), e-mail: stolbovam@yandex.ru;

²ГБУЗ ГКБ №1, Оренбург, Россия (460040, Оренбург, ул. Гагарина 23)

Целью исследования явилось изучение особенностей клиники, течения и исходов внебольничной пневмонии у 50 больных, страдающих «солевой» наркоманией на фоне ВИЧ-инфекции. Проанализированы характерные черты внебольничной пневмонии: острое начало заболевания, выраженность интоксикации, наличие сопутствующей патологии органов и систем, преобладание неврологических изменений в клинической симптоматике. Выявлены возбудители инфекции, особенности рентгенологической диагностики (часто встречающиеся деструктивные изменения) и лабораторной диагностики (лейкоцитоз, поражение клапанов по данным ЭХО КГ). Оптимизирован выбор антимикробных препаратов при эмпирической терапии внебольничной пневмонии и при установленном возбудителе, определены сроки лечения (в среднем 22 к/д). Положительный исход заболевания наблюдался у 84% пациентов с частым формированием фиброзных изменений в легких, летальность составила 16%.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, наркомания, ВИЧ-инфекция, лечение

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE "SALT" OF ADDICTS WITH HIV INFECTION

¹Stolbova M.V., Libis R.A., Borkina A.N., Sharapov S.V.

¹Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia (460000, Orenburg, Sovetskaya street, 6), e-mail: liskovaj@bk.ru;

²City clinical hospital №1, Orenburg, Russia (460040, Orenburg, Gagarin street, 23), e-mail: Anna21D@mail.ru

The purpose of research was studying of features of clinic, course and outcomes of community-acquired pneumonia in 50 patients suffering from "salt" addiction in patients with HIV infection. Analyzed the characteristic features of community-acquired pneumonia: acute onset, the severity of intoxication, the presence of concomitant pathology of organs and systems, the prevalence of neurological changes in clinical symptoms. Identified the infectious agents, especially x-ray diagnosis (common destructive changes) and laboratory (leukocytosis, the lesions of the valves according to the ECHO KG). Optimized selection of antimicrobial agents for empirical therapy of community-acquired pneumonia and when the causative agent, identified duration of treatment (average of 22). The positive outcome of the disease was observed in 84% of patients with frequent formation of fibrotic changes in the lungs, mortality was 16%.

Keywords: community-acquired pneumonia, narcomania, HIV-infection, treatment

Оренбургская область занимает одно из ведущих мест по распространенности наркомании среди населения России. Серьезной проблемой в наше время стало распространение наркозависимости от синтетических наркотических препаратов. С 2010 г. широко распространяется группа синтетических наркотиков – «соли», содержащих замещенные катионы, оказывающие эффекты, сходные с амфетамином и кокаином. Основу составляет вещество под названием JWH-018, 250,317, где первые буквы – инициалы Джона Хаффмана, человека открывшего данное вещество – химика, профессора Клемсонского Университета, США. Введение данного наркотика осуществляется не только внутривенно и

внутримышечно, но также через прямую кишку, путем курения или вдыхания порошка носом.

Особенностью «соли» является наличие тесной связи наркотика с канабиоидными рецепторами двух типов – C1 и C2. При воздействии «соли» на рецепторы типа C1 происходит разрушение интеллекта больного, достаточно быстро развивается слабоумие. При воздействии «соли» на канабиоидные рецепторы типа C2 страдает иммунная система организма. Зависимость от «солей» развивается практически с первой дозы.

По данным статистики, пневмония – главная причина (38%) поступлений инъекционных наркоманов с лихорадкой в приемное отделение больницы. Известно, что от 6 до 15% госпитализированных больных «не отвечают» должным образом на проводимую антибактериальную терапию [6].

Актуальность проблемы объясняется и тем, что для этой группы пациентов характерна высокая летальность (33,7%), в то время как в среднем по России летальность от пневмонии у пациентов молодого и среднего возраста составляет 1-3% [5].

Материалы и методы исследования. За период 2013-2015в отделении пульмонологии ГБУЗ ГKB №1 обследованы 50 пациентов, употребляющих «соль». Стаж употребления наркотиков варьировал от 4 месяцев до 5 лет. Из наблюдаемых пациентов- 7 женщин (14%) и 92 мужчины (86%) в возрасте от 25 до 43 лет.

У всех поступивших больных была ВИЧ-инфекция: 19 человек с IVA стадией, 31 человека с IVБ стадией, причем специфическую антиретровирусную терапию получали только 5 человек (10%). Остальные пациенты за медицинской помощью в СПИД-центр не обращались или самостоятельно прервали назначенный им курс специфической терапии. Вирусные гепатиты В, С наблюдались у 86% пациентов. Для верификации диагноза использовалось общеклиническое, лабораторно-инструментальное исследование, посев мокроты и крови на микрофлору и чувствительность к антибиотикам; проводилось рентгенографическое исследование грудной клетки в динамике, трансторакальное ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов, по показаниям – диагностическая фибробронхоскопия и компьютерная томография легких. При необходимости больные консультировались инфекционистом, невропатологом, кардиохирургом.

Результаты исследования. Все больные поступили в стационар в поздние сроки от начала заболевания (через 1-1.5 месяца от появления первой симптоматики) и до госпитализации лечения антибиотиками не получали. При поступлении в стационар у всех больных была лихорадка (температура тела повышалась до фебрильных цифр). Также наблюдалась выраженная одышка при незначительной физической нагрузке, тахикардия, кашель чаще со скудной мокротой, боли в грудной клетке у 15 больных (30%), у 18 больных

(36%) отмечалось кровохарканье. Большинство больных (92%) при поступлении имели I-II степень дыхательной недостаточности, определяемую с помощью пульсоксиметрии (SaO_2 в %), 8% имели III степень дыхательной недостаточности. У 28 больных (56%) наблюдался лейкоцитоз до $19,0 \times 10^9$ /л. со сдвигом лейкоформулы влево (палочкоядерные до 54%), значительное ускорение СОЭ. Лейкопения наблюдалась у 3 больных (6%) до $2,5 \times 10^9$ /л.

По данным объективного исследования укорочение перкуторного тона наблюдалось у 16% больных, появление тупого перкуторного звука над областью инфильтрации у 74%. При аускультации чаще определялись мелкопузырчатые хрипы на вдохе или крепитация над местом поражения.

Посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам удалось взять у 14 больных (28%), остальные больные поступили с сухим, малопродуктивным кашлем либо в крайне тяжелом состоянии. Анализ показал наличие бактериальной микрофлоры (*St.Haemolyticus*, *M.catarrhalis*), часто выявлялись грибки рода *Candida*.

При рентгенологическом исследовании инфильтрация легочной ткани с одной стороны отмечалась у 24 больных (48%), в остальных случаях отмечалась двусторонняя локализация процесса. У 5 больных (10%) пневмония осложнилась пневмотораксом, у 2 больных – экссудативный плеврит (4%). Деструктивные изменения в легких отмечались у 14 больных (28%). Подобное осложнение в виде множественных полостей распада у наркоманов с пневмонией, обнаруживалось и другими исследователями [1]. Нетипичное течение пневмонии (рецидивирующие множественные очаги деструкции с незначительной перифокальной реакцией (рис.1), несмотря на массивную антибиотикотерапию, а также появление клиники сердечно-сосудистой и легочной недостаточности) позволило заподозрить инфекционный эндокардит, который был выявлен у 18 больных (36%).

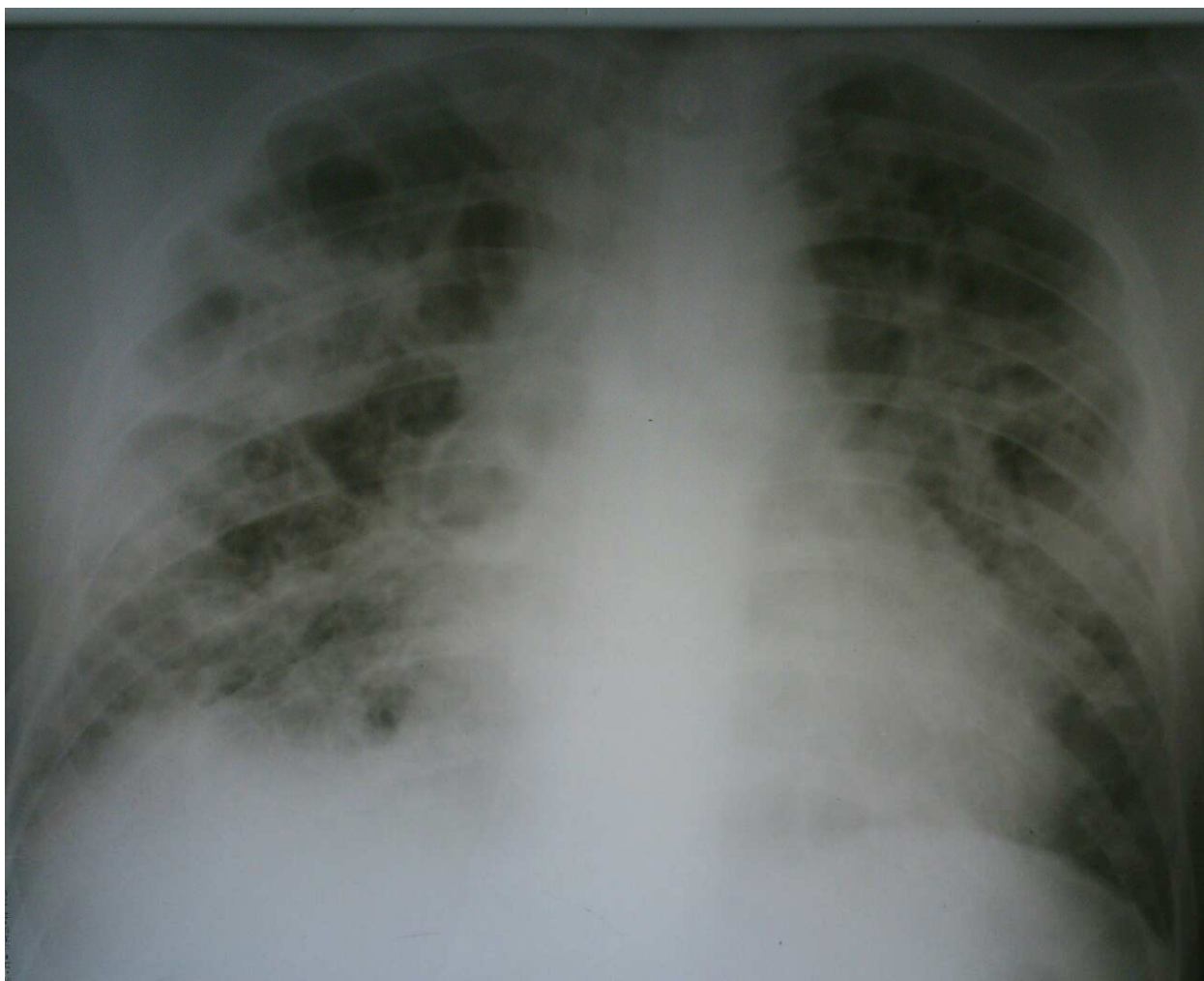


Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки: септическая пневмония - множественные очаги деструкции с обеих сторон

По данным ряда авторов, диагностика инфекционного эндокардита во многих случаях запаздывает, поскольку наркоманы поздно обращаются за медицинской помощью [4]. Трудности в диагностике инфекционного эндокардита объясняются еще и тем, что разрушение трехстворчатого клапана может долго не сопровождаться шумами в сердце и недостаточностью кровообращения (впервые шумы в области сердца могут появиться через 2-3 недели от начала терапии).

При проведении ЭХОКГ у наблюдаемых пациентов вегетации на трикуспидальном клапане с различной степенью регургитации обнаружены у 8 больных (44,4%) от всех случаев выявленного бактериального эндокардита), вегетации на митральном клапане у 5 больных (27,8%), вегетации на аортальном клапане у 2 больных (11,1%) и вегетации на всех клапанах у 3 больных.

Все больные с инфекционным эндокардитом были проконсультированы кардиохирургом, для определения дальнейшей тактики лечения. Помимо высокой стоимости

лечения инфекционного эндокардита, другой проблемой для инъекционных наркоманов является необходимость протезирования клапанов. По данным статистики, даже при проведении оперативного лечения у этой категории больных сохраняется неблагоприятный прогноз. Через год после оперативного лечения погибают 55% наркоманов, через 3 года – 89%, поскольку при продолжающейся наркомании (и даже при ее прекращении) возникает новая проблема – инфекционный эндокардит протезированных клапанов [4].

У большинства больных помимо поражения легких, наблюдаются изменения внутренних органов [2]. Поражение печени наблюдалось у 12 больных, которое проявлялось гепатоспленомегалией (24%) по данным УЗИ и повышением уровня аминотрансфераз у 50% больных, у 3 больных (6%) обнаружены признаки цирроза печени. Признаки хронического панкреатита обнаружены у 46% больных.

Признаки токсической почки по данным УЗИ и изменению мочевого осадка отмечались у 9 больных (18%). Максимальный подъем уровня креатинина у этих пациентов составил 146 мкмоль/л. Признаки ХПН диагностированы у 2 пациентов (4%) и у 4 пациентов (8%) был диагностирован пиелонефрит с лейкоцитурией.

Явления хронической сердечной недостаточности определялись у больных с бактериальным эндокардитом: СН I стадии у 4 больных, СН II А стадии – 8 больных и СН II Б – 6 больных.

Поражение ротовой полости в виде орофарингеального кандидоза и микоза пищевода наблюдалось у 7 больных (14%). Анемия различной степени тяжести при поступлении выявлена у 24 больных (48%). У 6 пациентов (12%) наблюдался постинъекционный тромбофлебит различной локализации на фоне самостоятельного введения наркотических средств, требующий хирургического лечения.

У «солевых» наркоманов рубцовые и трофические изменения наблюдались только при длительном употреблении наркотиков внутривенно (рис. 2). В клинической симптоматике «солевых» наркоманов, преобладали неврологические изменения: нарушение сна, невнимательность, невозможность сосредоточиться на вопросе и логично на него отвечать, слуховые галлюцинации.

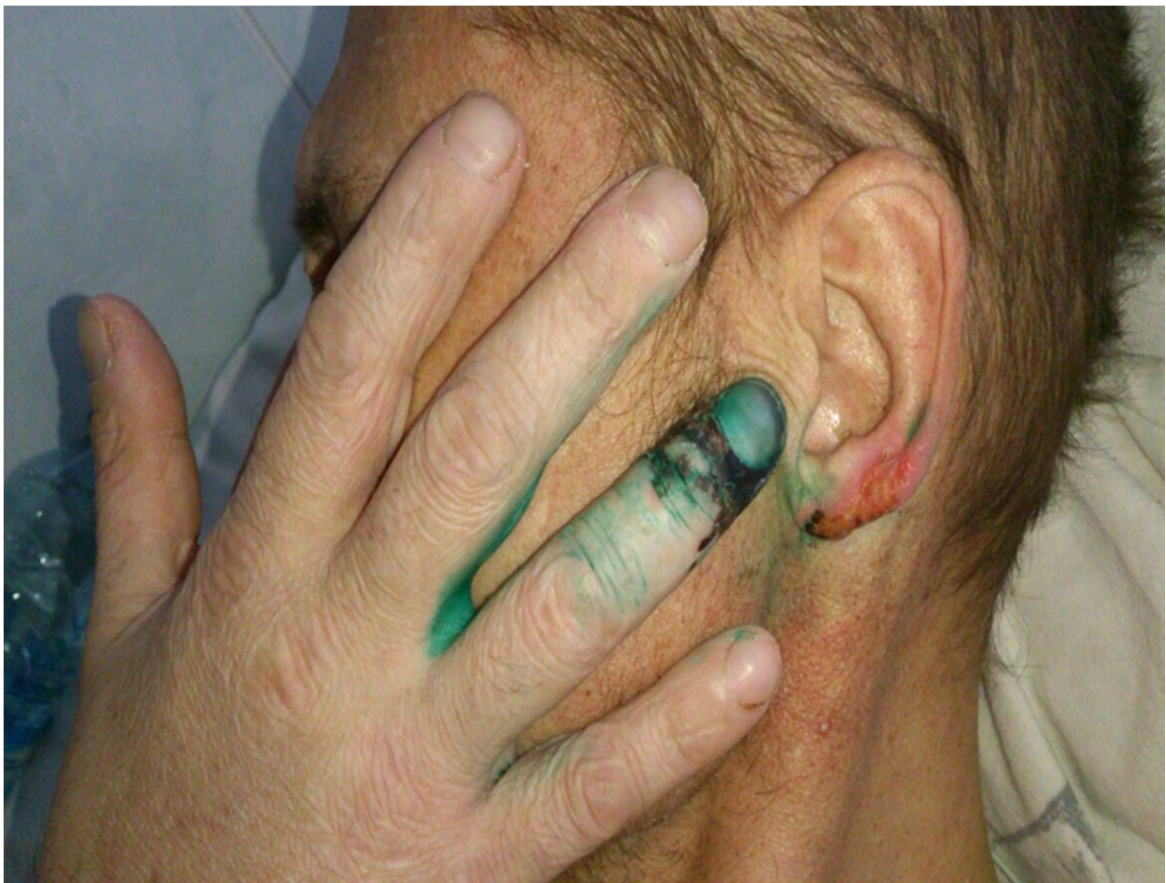


Рис. 2. Некроз ушной раковины и кончиков пальцев у наркомана (стаж употребления «соли» в/в -1 год)

Летальность в наблюдаемой группе составила 16 % (умерли 8 пациентов). У 5 человек смерть наступила от тяжелой (деструктивной, абсцедирующей пневмонии) на фоне ВИЧ-инфекции. Трое больных умерли в результате септического эндокардита трехстворчатого клапана и множественных септических инфарктов в легких.

Как известно, на выбор антибиотиков при лечении внебольничной пневмонии оказывают влияние три основных фактора: наиболее вероятный возбудитель заболевания, резистентность наиболее вероятных возбудителей к антибиотикам и спектр антибиотиков, реально доступных для пациента [6].

После установления возбудителя выбор адекватной терапии значительно упрощается. Однако у ряда больных установление возбудителя невозможно из-за отсутствия мокроты.

В лечении пациентов использовали комбинации антибиотиков, преимущественно бактерицидного действия, вводимые парентерально. При неустановленной этиологии использовали цефалоспорины, преимущественно III поколения в комбинации с макролидами или фторхинолонами. При установлении возбудителя лечение корректировали в соответствии с чувствительностью к антибиотикам. В случаях неэффективности терапии использовались антибиотики резерва: меропенем по 1г 2 раза в сутки в/в капельно, сульперацеф по 2г 2 раза в сутки в/в капельно. При бактериальном эндокардите

использовали комбинацию цефалоспоринов I-III поколения с аминогликозидами (цефазолин +гентамицин, цефтриаксон +гентамицин). В случае неэффективности этой комбинации, при подозрении на MRSA инфекцию (метициллин-резистентный стафилококк), использовался ванкомицин в дозе 0,5 г 3-4 раза в сутки в/в капельно. Суточную дозу препаратов корректировали с учетом недостаточности функции почек и печени.

Всем больным, помимо антибактериальной терапии проводили симптоматическое лечение: дезинтоксикационную терапию, назначение гепатопротекторов, нестероидных противовоспалительных средств, ферментов, препаратов железа, мочегонных, иАПФ, антикоагулянтов и антиагрегантов.

Антибактериальную терапию можно считать эффективной у 84% больных. Клиническое улучшение у пациентов наступало, как правило, в конце 1 недели лечения, однако у многих больных наблюдалось медленное разрешение очагово-инфильтративных изменений на рентгенограмме. По мнению ряда авторов, пневмония у лиц с иммунодефицитом, практически всегда сопровождается синдромом затяжного рентгенологического разрешения [3]. Рентгенологически, первое улучшение, в среднем, наступало на 14 день лечения. По окончании лечения у многих больных (42%) наблюдалось формирование фиброзных изменений в легких.

Сроки пребывания больного в стационаре составили от 2 до 42 дня, в среднем 22 к/дня. Причем 8 больных (16%) полный курс лечения не прошли, самостоятельно покинув отделение, или были выписаны за нарушение режима (употребление очередной дозы наркотика в стационаре).

Заключение таким образом, для пневмонии, развившейся у «солевых» наркоманов на фоне ВИЧ-инфекции, характерно: острое начало заболевания; выраженность интоксикации; как правило, тяжелое течение болезни; в качестве сопутствующей патологии у большинства больных наличие вирусных гепатитов В, С, В+С; анемии различной степени тяжести, наличие неврологических нарушений; длительное рентгенологическое разрешение; формирование фиброзных изменений в легких как исхода пневмонии; в ряде случаев наличие инфекционного эндокардита в качестве первичного заболевания; позднее поступление больных на стационарное лечение; высокая летальность.

Данные нашей работы показывают, что для получения благоприятного исхода заболевания и сокращения сроков госпитализации необходимо своевременное применение комбинации современных антибиотиков. Успешное лечение пациентов в стационаре позволяет перейти к следующему этапу – психологической и социальной реабилитации.

Список литературы

1. Ковалева Л.И. Клинико-морфологические особенности вторичных пневмоний у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией // Русский медицинский журнал. – 2006. – №2. – С. 51-54.
2. Сабитова Р.Я. Особенности клинических проявлений внебольничной пневмонии у пациентов с ВИЧ-инфекцией // Аспирантский вестник Поволжья. – 2011. – №1-2. – С. 5-52.
3. Синопальников А.И., Зайцев А.А. «Трудная» пневмония. – М., 2010. – 56 с.
4. Соболева М.К., Веселова Е.А., Соболева М.Е. и др. Инфекционный эндокардит у детей и подростков – инъекционных наркоманов // Педиатрия. – 2003. – №6. – С. 1-9.
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., и соавт. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых. – М.: Атмосфера, 2005. – 200 с.
6. Mendez R., Torres A., Zalacain R., et al. Risk factors of treatment failures in community acquired pneumonia: implications for disease outcome // Thorax. – 2004. – 59. – С. 960-965.

Рецензенты:

Сайфутдинов Р.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург;

Иванов К.М., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург.