

Клинико-рентгенологическая характеристика пневмоний при дезоморфиновой наркомании

Чупанова М.Ю.¹, Мандель А.И.², Агеева Т.С.³, Завадовская В.Д.³, Семенюк И.М.¹, Коренюгина В.Н.¹

Clinical and radiology assessment of pneumonias in desomorphin drug patients

Chupanova M.Yu., Mandel A.I., Ageyeva T.S., Zawadovskaya V.D., Semenyuk I.M., Korenyugina V.N.

¹ МБУ «Городская больница № 3», г. Нижневартовск

² НИИ психического здоровья СО РАМН, г. Томск

³ Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Чупанова М.Ю., Мандель А.И., Агеева Т.С. и др.

На основании клинико-рентгенологического анализа 187 больных, страдающих дезоморфиновой наркоманией, представлены особенности клинического течения и рентгенологической картины воспалительных изменений в легких у лиц, имеющих стаж приема дезоморфина от 5 мес до 2 лет.

Ключевые слова: дезоморфиновая наркомания, рентгенография, пневмония, острый респираторный дистресс-синдром, полиорганная недостаточность.

Peculiarities of clinical progression and X-ray pattern of inflammatory lung changes in patients having five-month to two-year long desomorphine addiction are described based on clinical and X-ray analysis of 187 patients with desomorphine addiction.

Key words: desomorphine addiction, X-ray imaging, pneumonia, acute respiratory distress syndrome, multiorgan failure.

УДК 616.89-008.441.33:616.24-002-073.75

Введение

Особенностью наркологической ситуации последних лет является распространение наркотической зависимости с использованием средств кустарного производства из кодеинсодержащих лекарственных препаратов свободного доступа. Опиоидный суррогат, получивший название дезоморфин, является агонистом опиоидных рецепторов, относится к полусинтетическим опиоидам, производным фенантрена, имеет близкую к морфину фармакокинетику и обладает высокой наркогенностью: он в 9 раз активнее и в 5 раз токсичнее морфина [3].

Сырьем для изготовления наркотика являются кодеинсодержащие лекарственные препараты безрецептурного отпуска (седал-М, седалгин НЕО, пенталгин Н, пенталгин ICN, терпинкод). Дезоморфин употребляется внутривенно, при этом в 50% случаев добавляется

раствор тропикамида (глазные капли холинолитического действия, усиливающие при внутривенном введении первую стадию наркотического опьянения). Особенностью дезоморфиновой наркомании является стремительное формирование наркотической зависимости (после второй-третьей инъекции), тяжелые соматоневрологические осложнения — инфекционно-токсический шок, криптогенный сепсис, хронические абсцессы с локализацией в легких, легочно-сердечная недостаточность, гангрена конечностей, поражение почек, селезенки, энцефалопатии [1, 3].

Впервые стали регистрироваться лица, изначально употребляющие дезоморфин, их доля составила 37% (данные наркологической службы Ханты-Мансийского автономного округа) от всех обратившихся в наркологические стационары.

Цель исследования — оценить состояние органов дыхания у больных наркотической зависимостью на

фоне приема дезоморфина по данным рентгенологического исследования.

Материал и методы

Обследованы 187 пациентов (133 мужчины, 50 женщин в возрасте от 21 до 42 лет (средний возраст $(30,3 \pm 2,1)$ года)), употреблявших дезоморфин путем внутривенного введения, находившихся на госпитализации в отделении пульмонологии МУГБ г. Нижневартовска в 2009—2011 гг. с диагнозом «пневмония». Стаж наркотической зависимости составлял от 2 до 15 лет, стаж употребления дезоморфина не превышал 2,5 года. У всех (100%) пациентов был гепатит С, 64 из них были ВИЧ-инфицированными (34,2%), у 9 (4,8%) пациентов выявлен туберкулез органов дыхания.

Все больные поступали в состоянии средней и тяжелой степени, пониженного питания, с выраженными симптомами общей интоксикации, лихорадкой до 39—40 °С, миалгиями, болями в грудной клетке, малопродуктивным кашлем с трудно отделяемой мокротой, дыхательной недостаточностью 2—3-й степени. Результаты физического исследования органов дыхания в большинстве случаев были скудными: чаще всего регистрировались жесткое дыхание и единичные сухие хрипы. Только при обширном поражении легких воспалительной инфильтрацией (44; 23,5%) определялись отдельные симптомы синдрома уплотнения легкого (усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, ослабленное дыхание). При поступлении у пациентов часто регистрировалась артериальная гипотония, тахикардия (121; 67,4%). Большинство пациентов (130; 69,2%) предъявляли жалобы на боли в правом подреберье, при пальпации органов брюшной полости определялось увеличение печени и селезенки. У всех госпитализированных больных отмечались психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

В анализах периферической крови диапазон изменения количества лейкоцитов составлял от $3,0 \cdot 10^9$ /л до $25,0 \cdot 10^9$ /л, у 79 пациентов (42,2%) регистрировалось резкое увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов — до 54%. У 173 больных отмечалось снижение уровня гемоглобина от 115 до 41 г/л. При бактериологическом анализе крови были выделены *Staph. aureus*, *Str. gemoliticus*, *Str. epidermidis*,

Enterobacteriaceae, *Klebsiella pneumoniae*. Прокальцитониновый тест (PCT) изменялся от 0,5 до 10 нг/мл.

В биохимических анализах крови у всех пациентов отмечалось повышение уровней билирубина, АЛТ, АСТ (иногда в 2—3 раза), мочевины и креатинина (до 40—50 и 500—600 мкмоль/л соответственно). Уровень С-реактивного белка (СРБ) у отдельных пациентов (23; 12,3%) превышал значения 200—300 мкмоль/л. При исследовании коагулограммы этаноловый тест был, как правило, положительный, уровень фибриногена достигал 6—8 г/л, иногда — 10 г/л.

В качестве сопутствующих заболеваний были выявлены: гепатит С (187; 100%), бактериальный эндокардит (36; 19%), тромбофлебит (17; 9,1%), посттромбофлебитическая болезнь (14; 7,5%), герпес (3; 1,6%), токсическая нефропатия (87; 46,52%), цирроз печени (4; 2,1%), кахексия (9; 4,8%), менингит (2; 1,06%), ишемический инсульт (2; 1,06%). В данном исследовании не отмечалось сезонности в поступлении пациентов в пульмонологическое отделение.

В 18 случаях (9,6%) имел место летальный исход с последующей аутопсией.

Всем больным при поступлении в стационар выполнялась рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковых проекциях на аппарате Prestige II GE. Ультразвуковое исследование (Acuson Siemens, Vivid GE) органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выполнено 41 пациенту, УЗИ сердца — 73 больным.

Результаты и обсуждение

По данным рентгенологического исследования органов грудной клетки было выделено шесть групп пациентов пневмонией. Первая группа (8; 4,3%) включала больных, у которых при наличии выраженного общевоспалительного синдрома отсутствовали клинические проявления пневмонии, и при первичном рентгенологическом исследовании на рентгенограмме легких инфильтративных изменений не выявлено. При повторном рентгенологическом исследовании, выполненном через 2—3 сут после госпитализации, регистрировалась рентгенологическая картина паренхиматозной пневмонии. Среди этих пациентов не было летальных исходов, в группу входил 1 ВИЧ-инфицированный больной (12,5%). Стаж приема дезоморфина у пациентов не превышал 2 лет.

Вторая и третья группы были наиболее многочисленными — 62 (33,1%) и 60 (32,1%) больных соответственно. Вторую группу составляли больные паренхиматозными бактериальными пневмониями в виде плевропневмонии (37; 59,7%) и очаговой пневмонии (25; 40,3%) (рис. 1). Больные поступали в стационар в состоянии средней тяжести, температура тела составляла от 37,6 до 40 °С, с жалобами на одышку, озноб, боли в грудной клетке, продуктивный кашель. Рентгенологические данные соответствовали классической картине указанных типов воспалительной инфильтрации, которая была, как правило, односторонняя (48; 77,4%), реже — двухсторонняя (14; 22,6%), распространялась преимущественно на базальные сегменты нижних долей. В этой группе пациентов воспалительная инфильтрация протекала без осложнений. В терминальной стадии у 4 пациентов увеличилась протяженность воспалительной инфильтрации, определялись признаки отека легких. Стаж дезоморфиновой наркомании у пациентов 2-й группы не превышал 1 года. Среди них было 23 (37,1%) ВИЧ-инфицированных. Летальный исход имел место в 4 (2,12%) случаях и по результатам аутопсии был обусловлен ангиогенным (постинъекционным) сепсисом, септикопиемией.



Рис. 1. Больной В., 21 год. Стаж приема дезоморфина 1,2 мес. Диагноз: «внебольничная пневмония с локализацией в верхней и средней долях правого легкого неуточненной этиологии, тяжелой степени». Осложнения: дыхательная недостаточность I степени. Типичная рентгенологическая картина правосторонней верхней и среднедолевой плевропневмонии в виде однородного уплотнения легких в сочетании с симптомом воздушной бронхографии

Рентгенологическая картина легких у пациентов третьей группы соответствовала картине двухсторонней септической пневмонии и характеризовалась множественными полиморфными фокусами с полостями распада и уровнями жидкости (септические эмболы) (рис. 2). Фокусы располагались по всем легочным полям субкортикально. Корни легких были отно-

сительно структурны. Два пациента поступили с отеком легких. У всех больных был диагностирован инфекционный эндокардит с локализацией вегетаций на створках трикуспидального клапана и симптоматика полиорганной недостаточности. При общем стаже наркомании по группе до 16 лет продолжительность употребления дезоморфина составляла от 1,5 до 2 лет. В данной группе больных было зарегистрировано 14 (23,3%) ВИЧ-инфицированных. Летальный исход наступил в 7 наблюдениях (11,6%) на фоне инфекционно-токсического (септического) шока и прогрессирующей полиорганной недостаточности.



Рис. 2. Больной Р., 21 год. Стаж приема дезоморфина 1,5 года. Диагноз «сепсис (ангиогенный): двухсторонняя деструктивная пневмония с экссудативным правосторонним плевритом, эндокардит, полиорганная недостаточность». В обоих легких, преимущественно субкортикально, множественные фокусы, нарастающие в размерах в базальных отделах легких, с полостями распада и уровнями жидкости. Выпот в правой плевральной полости

В четвертой группе пациентов (15; 8,02%) в рентгенологической картине легких преобладал выраженный интерстициальный компонент, который в 6 случаях (40%) сочетался с картиной воспалительной инфильтрации и увеличением лимфатических бронхопульмональных узлов, а в 9 наблюдениях (60%) диффузный интерстициальный компонент был самостоятельным симптомом. Интерстициальные изменения выглядели в виде распространенного обогащения легочного рисунка, прослеживающегося до периферии, обусловленного периваскулярным и перибронхиальным уплотнением стромы легкого (рис. 3). Корни легких были

расширены, не структурны. При динамическом наблюдении положительная динамика применительно к признакам воспалительной инфильтрации наступала быстрее по сравнению с длительно сохраняющимся изменением легочного рисунка. В этой группе было 8 (53,3%) ВИЧ-инфицированных больных. Стаж упот-

ребления дезоморфина 1—1,5 года при общем стаже наркозависимости от 10 до 14 лет.



Рис. 3. Больной В., 21 год. Стаж дезоморфиновой наркомании 8 мес. Диагноз «внебольничная двусторонняя пневмония с локализацией в нижних долях легких неуточненной этиологии, тяжелой степени». Легочный рисунок в средних и преимущественно в нижних легочных полях обогащен, не структурен, прослеживается до периферии. Справа визуализируется тонкая линия междолевой плевры. В прикорневых зонах — уплотненные стенки бронхов в поперечном сечении. Корни легких недостаточно структурны. На этом фоне в базальных отделах легких — двусторонняя очаговая инфильтрация

Пятая группа пациентов включала 35 (18,6%) больных с осложненным течением пневмонии, заключающимся в наличии наряду с воспалительной паренхиматозной инфильтрацией выпота (одностороннего, двустороннего) в плевральную полость (26; 74,3%), а также абсцедирования (9; 25,7%). Обращает на себя внимание меньшее количество деструктивных осложнений по сравнению количеством пациентов, у которых был диагностирован плеврит. В данной подгруппе имел место 1 летальный исход с последующей аутопсией, на которой деструкция легких была обусловлена казеозной пневмонией (рис. 4). В данной группе 15 (42,8%) пациентов были ВИЧ-инфицированными. Общий стаж наркомании — от 7 до 10 лет при злоупотреблении дезоморфина в течение последних 2 лет.



Рис. 4. Больной С., 23 года. Общий стаж наркозависимости 8 лет, продолжительность приема дезоморфина 1,5 года. Диагноз «казеозная пневмония с локализацией в верхних долях обоих легких, фаза распада, МБК +». В обоих легких в верхних и средних легочных полях — сливные фокусы затемнения с нечеткими контурами и

полостями распада без горизонтальных уровней жидкости. Фокусы имеют связь с корнями легких

Шестая группа состояла из 7 человек (3,7%), которые поступали в стационар в состоянии инфекционно-токсического шока, а при рентгенологическом исследовании была выявлена двусторонняя распространенная воспалительная инфильтрация в сочетании с рентгенологическими признаками острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) в виде неструктурности и гомогенизации корней легких, диффузного двустороннего снижения пневматизации на фоне выраженного уплотнения интерстициальной стромы легкого (рис. 5). В зависимости от типа инфильтрации в 5 наблюдениях имела место плевропневмония, в 2 — очаговая сливная пневмония. В данной группе было 3 ВИЧ-инфицированных пациента (42,9%). При аутопсии, имевшей место в 3 наблюдениях, подтверждалась распространенная воспалительная инфильтрация и морфологические признаки ОРДС. При бактериологическом исследовании установлено, что у всех пациентов пневмонии были вызваны бактериальными патогенами.



Рис. 5. Больной М., 24 года. Общий стаж наркозависимости 9 лет, стаж приема дезоморфина 1 год. Диагноз «сепсис (ангиогенный): двусторонняя очаговая сливная пневмония, ОРДС, ОДН II степени, септический шок». Двусторонняя распространенная воспалительная инфильтрация в сочетании с рентгенологическими признаками острого респираторного дистресс-синдрома в виде неструктурности и гомогенизации корней легких, диффузного двустороннего

затемнения легких

В общей группе пациентов было 9 больных с диагностированным туберкулезом легких, среди которых были 2 пациента с очаговым туберкулезом легких, 3 — с диссеминированным и 4 — с инфильтративным, среди которых в 1 наблюдении на аутопсии была установлена казеозная пневмония. У 7 больных диагноз был поставлен на основании рентгенологического исследования, по данным только аутопсии — у 2 (ка-

Чупанова М.Ю., Мандель А.И., Агеева Т.С. и др.

зеозная пневмония — 1 и диссеминированный туберкулез легких — 1). В настоящем исследовании больные туберкулезом органов дыхания не выделялись в отдельную группу, а 3 имели место среди пациентов 2-й группы, 2 среди больных 3-й группы, 3 — в 4-й, а 1 — в 5-й. Казеозная пневмония, установленная на аутопсии, относилась к 5-й группе, а диссеминированный туберкулез легких — к 4-й группе.

Заключение

Воспалительные заболевания легких у больных дезоморфиновой наркоманией возникали при стаже заболевания от 0,5 до 2,5 года и сопровождались тяжелым клиническим течением, протекая с системными осложнениями: инфекционно-токсическим (септическим) шоком и острым респираторным дистресс-синдромом.

Одним из вариантов поражения легких у данного контингента больных является первичное развитие общевоспалительного синдрома с последующей манифестацией паренхиматозной воспалительной инфильтрацией.

Клинико-рентгенологическая характеристика пневмоний...

Преобладающую по количеству группу составили пациенты с рентгенологической картиной банальной бактериальной пневмонии (62; 32,9%), двусторонней септической пневмонией (60; 31,9%) и с осложненным течением пневмонии (35; 18,6%).

Наибольший удельный вес ВИЧ-инфицированных больных был зарегистрирован в группе с рентгенологической картиной преобладания уплотнения интерстициальной ткани легкого (53,3%), с осложненным течением пневмонии (42,8%) и в группе с двухсторонней септической пневмонией (23,3%).

По данным аутопсии, во всех 18 наблюдениях наряду с верифицированной пневмонией установлены признаки полиорганной недостаточности.

Литература

1. Демидова О.В., Мохначев С.О. Предварительное сообщение о 68 случаях злоупотребления дезоморфином // Наркология. 2011. № 11. С. 96—97.
2. Кошкина Е.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. 2011. № 1. С. 17—27.
3. Улезко Т.А. Дезоморфиновая наркомания // Наркология. 2011. № 10. С. 54—57.

Поступила в редакцию 23.02.2012 г.

Утверждена к печати 30.05.2012 г.

Сведения об авторах

М.Ю. Чупанова — врач-рентгенолог МБУ «Городская больница № 3» (г. Нижневартовск).

А.И. Мандель — д-р мед. наук, профессор НИИ психического здоровья СО РАМН отделения аддиктивных состояний (г. Томск).

Т.С. Агеева — д-р мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней СибГМУ (г. Томск).

В.Д. Завадовская — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии СибГМУ (г. Томск).

И.М. Семенюк — врач-пульмонолог МБУ «Городская больница № 3» (г. Нижневартовск).

В.Н. Коренюгина — врач-рентгенолог МБУ «Городская больница № 3» (г. Нижневартовск).

Для корреспонденции

Завадовская Вера Дмитриевна, тел. 8-906-948-4177; e-mail: wdzav@mail.ru