

## ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕЗОМОРФИНОВЫХ И ПОЛИНАРКОМАНОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

**Представлены результаты наблюдения за течением внебольничной пневмонии и ее исходами у 48 больных, страдающих дезоморфиновой и полинаркоманией на фоне ВИЧ-инфекции. Проанализированы характерные черты пневмонии у этой группы больных. Выявлены особенности возбудителей инфекции, клинического течения, рентгенологической картины заболевания, антибиотикотерапии.**

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

Оренбургская область занимает одно из ведущих мест по распространенности наркомании среди населения России. Серьезной проблемой в наше время стало распространение дезоморфиновой наркомании. Дезоморфин значительно потеснил героин, поскольку стоимость одной дозы составляет 50-70 рублей (в сравнении с героином – 400-500 руб.). В состав дезоморфина, помимо кодеинсодержащих препаратов входит фосфор, иод, ацетон и т.д.

После внутривенного введения дезоморфина часто развиваются осложнения в виде абсцессов и гнойных ран, которые возникают в местах введения наркотика, и оставляют после себя грубые бугристые рубцы на коже. Кроме того, у дезоморфиновых наркоманов наблюдается резкое снижение иммунитета, нарушение функции печени, почек, сердца, быстрое развитие энцефалопатии.

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 [8].

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% [3,5].

У ВИЧ-инфицированных инъекционных наркоманов при количестве CD4<sup>+</sup> лимфоцитов выше 200/мм<sup>3</sup> самыми частыми возбудителями внебольничной пневмонии являются – St.pneumoniae, Haemophilus influenzae, M.tuberculosis. При количестве CD4<sup>+</sup> лимфоцитов ниже 200/мм<sup>3</sup>, к вышеперечисленным микроорганизмам добавляются Pneumocystis carinii, Ps. Aeruginosae, Cryptococcus, Aspergillus [1]. Тяжелый септический процесс чаще вызывают Staphylococcus aureus, ассоциации: Staf. aureus+ St. Viridans, Staf. aureus+ St.pneumoniae, Staf. aureus+ Ps. Aeruginosae, а также анаэробы, энтерококки, Candida spp. Критерием СПИДа счи-

тается только рецидивирующая (2 и более эпизодов за 12 месяцев) пневмония, подтвержденная рентгенологически и микробиологически (возбудитель выделен при посеве мокроты)[1].

Цель нашего исследования – изучение клинической картины, особенностей лечения и исходов у дезоморфиновых и полинаркоманов (употребляющих героин и дезоморфин) в течении одного года. За 2010 год в отделении пульмонологии МГКБ СМП №1 пролечилось 48 наркоманов, поступивших с пневмонией различной локализации. Стаж употребления наркотиков варьировал от 4 месяцев до 10 лет. Из наблюдаемых пациентов – 4 женщины (8,3%) и 44 мужчины (91,7%) в возрасте от 24 до 43 лет.

У всех поступивших больных была ВИЧ-инфекция: 16 человек с IVA стадией, 32 человека с IVB стадией, причем специфическую антиретровирусную терапию получали только 4 человека (8,3%). Остальные пациенты за медицинской помощью в СПИД-центр не обращались или самостоятельно прервали назначенный им курс специфической терапии. Вирусные гепатиты В, С наблюдались у 85,4% пациентов, причем гепатит С встречался чаще – у 77% пациентов. По мнению ряда авторов, иммунодефицит у наркоманов, а также хроническое токсическое поражение печени, могут способствовать изменению характера течения инфекционного процесса [3].

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. При необходимости больные консультировались инфекционистом, невропатологом, кардиохирургом.

Все больные поступили в стационар в поздние сроки от начала заболевания и до госпитализации лечения антибиотиками не получали. Некоторые пациенты самостоятельно принимали жаропони-

мающие препараты и препараты от кашля. При поступлении в стационар у всех больных была лихорадка (температура тела повышалась до 40°). Также наблюдалась выраженная одышка при незначительной физической нагрузке, тахикардия, кашель чаще со скудной мокротой, боли в грудной клетке у 15 больных (31%), у 16 больных (33%) отмечалось кровохарканье. У 2 больных (4,1%) пневмония была осложнена инфекционно-токсическим шоком. Все больные при поступлении имели I-II степень дыхательной недостаточности, определяемую с помощью пульсоксиметрии (SaO<sub>2</sub> в%). У 26 больных (54%) наблюдался лейкоцитоз до 19,0 x10<sup>9</sup>/л. со сдвигом лейкоформулы влево (палочкоядерные до 54%), значительное ускорение СОЭ. Лейкопения наблюдалась у 3 больных (6,3%) до 2,3 x10<sup>9</sup>/л.

По данным объективного исследования укорочение перкуторного тона наблюдалось у 16,6% больных, появление тупого перкуторного звука над областью инфильтрации у 75%. При аускультации чаще определялись мелкопузырчатые хрипы на вдохе или крепитация над местом поражения.

Посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам удалось взять у 12 больных (25%), 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 25 больных (52%), в остальных случаях отмечалась двусторонняя локализация процесса. У 5 больных (10,4%) пневмония осложнилась



Рисунок 1. Рентгенограмма органов грудной клетки: септическая пневмония – множественные очаги деструкции с обеих сторон

пневмотораксом, у 3 больных – экссудативный плеврит (6,3%). Деструктивные изменения в легких отмечались у 11 больных (22,9%). Подобное осложнение в виде множественных полостей распада у наркоманов с пневмонией, обнаруживалось и другими исследователями [4]. Длительно сохраняющаяся инфильтрация легочной ткани (в среднем 35,5 дней) на фоне антибактериальной терапии позволили заподозрить у 3 больных (6,25%) инфильтративный туберкулез легких. Диагноз был подтвержден фтизиатром и больные направлены в областной противотуберкулезный диспансер для дальнейшего лечения.

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 7 больных (14,5%).

По данным ряда авторов, диагностика инфекционного эндокардита во многих случаях запаздывает, поскольку наркоманы поздно обращаются за медицинской помощью [6]. Часто они амбулаторно лечатся от пневмонии, которая плохо поддается лечению, носит волнообразный характер с появлением новых пневмонических фокусов. Трудности в диагностике инфекционного эндокардита объясняются еще и тем, что разрушение трехстворчатого клапана может долго не сопровождаться шумами в сердце и недостаточностью кровообращения (первые 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 4 больных (57% от всех случаев выявленного бактериального эндокардита), вегетации на митральном клапане у 1 больного (2%), вегетации на аортальном клапане у 1 больного и вегетации на всех клапанах у 1 больного. Признаки выраженной легочной гипертензии отмечались у 2 больных (4,1%), максимальное P<sub>ЛА</sub> = 47 мм.рт.ст.

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 продол-

жающейся наркомании (и даже при ее прекращении) возникает новая проблема – инфекционный эндокардит протезированных клапанов [6,7].

У большинства больных помимо поражения легких, наблюдались изменения внутренних органов. Поражение печени наблюдалось у 11 больных, которое проявлялось гепатоспленомегалией (22,9%) по данным УЗИ и повышением уровня аминотрансфераз у 50% больных, у 3 больных (6,25%) обнаружен вирусный гепатит с переходом в цирроз печени, асцит – у 2 больных (4,1%). Признаки хронического панкреатита обнаружены у 45,8% больных.

Признаки токсической почки по данным УЗИ и изменению мочевого осадка отмечались у 9 больных (18,7%). Максимальный подъем уровня креатинина у этих пациентов составил 158 мкмоль/л. Признаки ХПН диагностированы у 1 пациента (2%) и у 2 пациентов (4,1%) был диагностирован пиелонефрит с лейкоцитурией.

Признаки миокардиодистрофии по ЭКГ данным обнаруживались у 5 больных (10,4%). Вовлечение в процесс перикарда в виде выпотного перикардита с небольшим количеством выпота по данным ЭХОКГ обнаружено у 1 пациента. Явления хронической сердечной недостаточности определялись у больных с бактериальным эндокардитом: СН I стадии у 2 больных, СН II А стадии – 3 больных и СН II Б – 2 больных.

Поражение ротовой полости в виде орофарингеального кандидоза и микоза пищевода наблюдалось у 7 больных (14,5%). Системный кандидоз, подтвержденный положительным анализом крови (+++), с титром АТ – 1/80 – у 1 больного. Кандидоматоз выявлен у 2 пациентов.

Анемия различной степени тяжести при поступлении выявлена у 22 больных (45,8%). У 6 пациентов (12,5%) наблюдался постыниекционный тромбофлебит различной локализации на фоне самостоятельного введения наркотических средств, требующий хирургического лечения, у 50% больных – рубцы на коже конечностей.

Летальность в наблюдаемой группе составила 14,5% (умерли 7 пациентов). Все умершие были мужчины в возрасте от 27 до 51 года. У 5 человек смерть наступила от тяжелой (деструктивной, абсцедирующей пневмонии) на фоне ВИЧ-инфекции. Один больной умер в результате септического эндокардита трехстворчатого клапана и множественных септических инфарктов в легких. Еще одна смерть наступила в результате тромбоэмболии легочной артерии.

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 [3].

После установления возбудителя выбор адекватной терапии значительно упрощается. Однако у ряда больных установление возбудителя невозможно из-за отсутствия мокроты. Больные с диссеминацией в легких и низким уровнем CD4<sup>+</sup> лимфоцитов должны получать курс лечения от пневмоцистной пневмонии [1]. Препаратом выбора является триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол).

Больные с острым течением очаговой пневмонии нуждаются в лечении от пневмококковой пневмонии, хотя и не исключается иная этиология легочной инфекции. По данным ряда авторов, применение респираторных фторхинолонов обуславливает лучший исход заболевания, поскольку «перекрывает» всех потенциальных возбудителей внебольничной пневмонии, включая атипичные микроорганизмы – *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* [2,9].

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.

В случаях подозрения на пневмоцистную пневмонию у пациентов с уровнем CD4<sup>+</sup> лимфоцитов ниже 200/мм<sup>3</sup> назначался бисептол в дозе 960 мг.х 2 раза в сутки в/в капельно.

При кандидозе использовался флюконазол (дифлюкан) в дозе 200 мг (100мл) в\в капельно х 1раз в сутки. При тяжелых, системных микозах применялся амфотерицин В или амфолип в\в капельно в дозе 1 мг\кг\сут. Последний переносился пациентами значительно лучше, чем амфотерицин В (не отмечалось таких побочных эффектов как озноб, лихорадка, головная боль).

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

Антибактериальную терапию можно считать эффективной у 85,5% больных. Клиническое улучшение у пациентов наступало, как правило, на 1 неделе 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 [2]. Рентгенологически, первое улучшение, в среднем, наступало на 14 день лечения. По окончании лечения у многих больных (45,8%) наблюдалось формирование фиброзных изменений в легких.

Сроки пребывания больного в стационаре составили от 2 до 41 дня, в среднем 22,5 к/дня. Причем 8 больных (16,6%) полный курс лечения не прошли, самостоятельно покинув отделение, или были

выписаны за нарушение режима (употребление очередной дозы наркотика в стационаре).

Таким образом, для пневмонии, развившейся у дезоморфиновых и полинаркоманов 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, трофических язв, рубцов конечностей в местах введения наркотиков
- частое появление таких осложнений как легочная деструкция, экссудативные плевриты
- 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.

7.06.2011

**Список литературы:**

1. Барлетт Джон Дж. Инфекции дыхательных путей. Москва: Бином.-2000.-192с.
2. Синопальников А.И., Зайцев А.А. «Трудная» пневмония. Москва.-2010.-56 с.
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., и соавт. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых. Москва: Атмосфера.-2005.-200 с.
4. Ковалева Л.И. Клинико-морфологические особенности вторичных пневмоний у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией // Русский медицинский журнал.-2006.-№2.-С.51-54.
5. Андросова Н.А., Быконя И.Н., Пудова А.Н. и др. Клинико-рентгенологические особенности пневмонии у наркоманов // Вестник рентгенологии и кардиологии.-2001.-№2.-С.4-9.
6. 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.
7. Волкова И.В. Диагностика инфекционного эндокардита // Клиническая антибиотикотерапия.-2001.-№5-6.-С.18-23.
8. 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.
9. Kays M.B., Smith D.W., Wack M.E. et al. Levofloxacin treatment failure in a patient with fluoroquinolone-resistant Streptococcus pneumoniae pneumonia // Pharmacotherapy.-2000.-22.-С.395-399.

Сведения об авторах:

**Столбова М.В.**, ассистент кафедры госпитальной терапии Оренбургской государственной медицинской академии, к.м.н., e-mail: stolbovam@yandex.ru

**Пугаева М.О.**, ассистент кафедры госпитальной терапии Оренбургской государственной медицинской академии, к.м.н., e-mail: pugaeva2007@yandex.ru

**Боркина А.Н.**, зав. пульмонологическим отделением МГКБ СМП №1, к.м.н., e-mail: Anna21D@mail.ru

**Нигматулина Э.Ф.**, врач пульмонологического отделения МГКБ СМП №1

**Рыжкова О.В.**, врач пульмонологического отделения МГКБ СМП №1

**UDC 616.24-002: 616.89 – 008.441.33: 616-022**

**Stolbova M.V., Pugaeva M.O., Borkina A.N., Nigmatulina E.F., Ryjkova O.V.**

**FEATURES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT DEZOMORPHYNE AND POLINARCOMANIACS WITH HIV-INFECTION.**

The results of observation over a current of community-acquired pneumonia and its outcomes at 48 patients suffering dezomorphine and a polinarcomania with HIV-infection are presented. The leading features of a pneumonia at this group of patients are analysed. Features of pathogens, clinical current, radiological picture of disease, antimicrobial therapy are revealed.

Key words: community-acquired pneumonia, narcomania, HIV-infection, treatment.