

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

РУСТЭМ ФИДАГИЕВИЧ ХАМИТОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой внутренних болезней № 2 ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Казань, Россия, e-mail: rhamitov@mail.ru

ИЛЬШАТ ГАНИЕВИЧ МУСТАФИН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой биохимии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Казань, Россия, e-mail: ilshat64@mail.ru

ОЛЬГА ЛЕОНИДОВНА ЧЕРНОВА, врач-терапевт ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16» УЗ г. Казани, Россия, e-mail: olgaleon07@rambler.ru

Реферат. Цель — изучить клинические и диагностические особенности пневмоний у лиц, страдающих наркозависимостью, в том числе в зависимости от сопутствующей патологии: ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. **Методы.** Проанализированы медицинские карты 36 наркозависимых больных, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом «внебольничная пневмония» за период с 2008 по 2010 г. Из 36 больных 27 мужчин в возрасте от 26 до 42 лет [средний возраст (34,2±0,8) года] и 9 женщин от 22 до 33 лет [средний возраст (25,1±0,6) года]. 6 из них (16,7%) были госпитализированы повторно в связи с рецидивом заболевания. Для сравнения была взята группа госпитализированных в это же отделение больных пневмонией, не употреблявших наркотики и не страдавших ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами: 36 человек (27 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет [средний возраст (32±0,8) года]. В данной группе тяжелая пневмония была диагностирована в 2 случаях, среднетяжелая — в 34 случаях. **Результаты.** Получены данные, характеризующие особенности пневмонии у данной категории больных: преобладает затяжное и тяжелое течение, частое развитие легочных и внелегочных осложнений, выраженные изменения лабораторных и рентгенологических данных. Пневмония в группе больных с наркозависимостью значительно хуже поддается лечению антибиотиками, как правило, возникает необходимость в неоднократной смене антибактериального препарата в связи с его неэффективностью. Патогенетическая терапия при лечении пневмонии на фоне наркозависимости также отличается своей интенсивностью и разнообразием. **Вывод.** Наличие наркозависимости, вирусного гепатита и ВИЧ-инфекции можно рассматривать как факторы риска неблагоприятного исхода пневмоний, в том числе и летального, что определяет необходимость своевременной адекватной коррекции лечебно-диагностической тактики.

Ключевые слова: пневмонии, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, наркомания.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF PNEUMONIA AMONG DRUG ADDICTS DEPENDING ON COMORBIDITY

RUSTEM F. KHAMITOV, IISHAT G. MUSTAFIN, OLGA L. CHERNOVA

Abstract. Objective. To reveal clinical and diagnostic features of pneumonia in drug addicts, including, depending on comorbidities: HIV infection and viral hepatitis. **Methods.** Medical records of 36 patients with drug addicts hospitalized in the pulmonary department with a diagnosis of «community acquired pneumonia» for the period from 2008 to 2010 were analyzed. 27 men aged 26 to 42 years [mean age (34,2±0,8) years] and 9 women from 22 to 33 years [mean age (25,1±0,6) years] were assessed. 6 of them (16,7%) were re-hospitalized due to recurrent disease. For comparison we have chosen a non-drug addicted non-HIV and non viral hepatitis group of patients hospitalized in the same department with pneumonia 36 patients (27 men and 9 women) aged 20 to 45 years (mean age 32±0,8). **Results.** The results demonstrate the characteristics of pneumonia in these patients: a prolonged and severe, frequent development of pulmonary and extra-pulmonary complications, pronounced findings in laboratory and radiological data. Pneumonia in patients with drug addiction resists to treatment with antibiotics and usually needs a repeatedly change of the antibiotic due to its ineffectiveness. Pathogenetic therapy in the treatment of pneumonia against drug also characterized by its intensity and variety. **Conclusion.** The presence of drug, viral hepatitis and HIV infection can be considered as risk factors for adverse outcome of pneumonia, including lethal, which determines the need for the timely correction of adequate diagnostic and treatment tactics.

Key words: pneumonia, hepatitis, HIV, drug addiction.

Внебольничная пневмония (ВП) относится к распространенным острым инфекционным заболеваниям, встречающимся у 300—1500 человек на 100 тыс. населения. ВП занимает 4-е место в структуре причин смертности развитых стран и первое место среди причин летальности от инфекционных болезней [5].

В мегаполисах России пневмония является причиной 10% летальных исходов [2]. Несмотря на имеющиеся достижения в исследовании этиопатогенеза инфекционного процесса, совершенствование подходов к антибиотикотерапии, количество больных с тяжелым, затяжным течением болезни, а также с летальными

исходами не только не снижается, но даже увеличивается [4].

В последние десятилетия особый интерес для клиницистов представляет течение пневмоний у иммунокомпрометированных больных, в первую очередь у наркозависимых пациентов. Это связано с ухудшением ситуации в отношении распространения потребления наркотиков среди населения РФ. В России, по данным на февраль 2010 г., было официально зарегистрировано около 550 тыс. потребителей наркотиков. По экспертным оценкам, в реальности эта цифра достигает примерно 2,5 млн или составляет почти 2% населения. За последние 10 лет количество наркозависимых граждан в России выросло на 60% [8]. Согласно докладу экспертов Управления ООН по наркотикам и предупреждению преступности, опубликованному в октябре 2009 г., Россия занимала первое место в мире по потреблению героина, на ее долю приходилось 21% всего производимого в мире героина и 5% всех опиумосодержащих наркотиков [7].

Как известно, среди наркоманов высока распространенность ВИЧ-инфекции, что еще больше нарушает их иммунный статус. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, ежедневно регистрируются 150—160 новых случаев заболевания ВИЧ. Всего в России на 2010 г. было инфицировано ВИЧ 503 724 человека, из них 11 266 — лица без определенного места жительства и 7 935 иностранцев [6].

Пневмония — главная причина (38%) обращения инъекционных наркоманов с лихорадкой в медицинские учреждения. В связи с этим особенно актуальны проблемы своевременной диагностики и начала адекватной терапии для предотвращения развития тяжелых осложнений пневмоний, так часто встречающихся у этой группы больных [3]. Важно знать особенности течения (в том числе, клинико-иммунологические) пневмоний у больных, страдающих наркозависимостью, алгоритмы диагностики и лечения при данной патологии, учитывать частое наличие у этой группы пациентов сопутствующей патологии — ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.

Мировая практика свидетельствует о ведущей роли наркопотребителей в поддержании эпидемического процесса не только при ВИЧ-инфекции, но и вирусных гепатитах В и С. В общем ряду причин смертности хронические вирусные гепатиты занимают 9-е место, следуя непосредственно за хроническими заболеваниями легких. Одной из причин летального исхода у больных хроническим вирусным гепатитом являются бактериальные инфекции [1].

Ведущую роль в развитии тяжелого и затяжного течения пневмонии играет изменение иммунологической реактивности организма. Пневмониям у больных наркоманов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией и иммунологическими нарушениями посвящено достаточное количество работ с довольно противоречивыми результатами. Тогда как весьма немногочисленны данные относительно клинических особенностей и роли иммунологических нарушений при пневмониях у наркоманов на фоне вирусных гепатитов и тем более на фоне сочетания ВИЧ-инфекции с вирусными гепатитами. В доступной литературе мы встречали такие исследования в основном при острых формах вирусных гепатитов.

Все вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования — изучить клинические и диагностические особенности пневмоний у лиц, страдающих наркозависимостью, в том числе в зависимости от сопутствующей патологии: ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.

Материал и методы. Нами проанализированы медицинские карты 36 наркозависимых больных, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16» г. Казани с диагнозом «внебольничная пневмония» за период с 2008 по 2010 г. Из 36 больных 27 мужчин в возрасте от 26 до 42 лет [средний возраст (34,2±0,8) года] и 9 женщин от 22 до 33 лет [средний возраст (25,1±0,6) лет]. 6 из них (16,7%) были госпитализированы повторно в связи с рецидивом заболевания.

В 30 случаях течение пневмонии расценивалось как тяжелое, в 4 — как крайне тяжелое, в 1 случае — средней степени тяжести. Тяжесть течения ВП определяли в соответствии с протоколами ведения больных пневмониями (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан (приказ МЗ РТ от 15.11.2004 г. № 1424).

Для сравнения была взята группа госпитализированных в это же отделение больных пневмонией, не употреблявших наркотики и не страдавших ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами: 36 человек (27 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст — 32±0,8). В данной группе тяжелая пневмония была диагностирована в 2 случаях, средне-тяжелая — в 34 случаях.

Подавляющее большинство пациентов, в анамнезе которых имелась наркомания (29 человек, 81%), поступило в пульмонологическое отделение ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16» переводом из других терапевтических клиник города. В стационаре в связи с тяжелым состоянием 9 больных было госпитализировано в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), 5 из них — сразу из приемного покоя. Средняя продолжительность пребывания в ОРИТ составила 3 дня. В группе сравнения больных, нуждающихся в интенсивной терапии в условиях реанимации, не было.

Длительность заболевания до поступления в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 16» в группе больных наркоманией составила в среднем 27 дней, в группе сравнения — 8 дней. Средняя продолжительность нахождения в пульмонологическом отделении — 21 и 11 койко-дней соответственно. Сроки лечения в других клиниках до настоящей госпитализации не превышали 9 дней (в группе больных с наркоманией). В группе сравнения переведенных из других клиник города не было.

У всех обследованных больных (с наркоманией) имелась изучаемая сопутствующая патология. ВИЧ-инфекция была отмечена у 77,8% больных (28 человек), у 18 (50%) из них — в 4-й стадии заболевания, остальные — в 3-й стадии. Хронический вирусный гепатит С имел место в 95% случаев (34 больных); гепатит В+С — в 16,7% случаев (6 больных); ВИЧ-инфекция + гепатит С — в 77,8%; ВИЧ-инфекция + гепатит В + гепатит С — в 13,8% (5 больных). С целью дальнейшего анализа больные наркоманией были разделены в зависимости от сопутствующей

патологии на 2 группы: 1-я группа — пациенты с ВП на фоне ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита (ВП+ВГ+ВИЧ); 2-я группа — больные с ВП на фоне вирусного гепатита (В или С или В+С) без ВИЧ-инфекции (ВП+ВГ). В 1-ю группу вошло 28 человек, во 2-ю — 8.

Стаж наркомании в среднем составлял 9,5 лет. У всех пациентов была героиновая зависимость. 35 пациентов из общего числа обследованных были активными курильщиками, стаж курения в среднем составлял 9 лет. Большинство пациентов (27 человек, 75%) регулярно употребляли спиртные напитки. В группе сравнения курящих было 11 человек, признавали факт частого употребления алкоголя 4 пациента.

30 больных отмечали переохлаждение, а 6 — острую респираторную вирусную инфекцию как факт, предшествовавший развитию ВП (в группе сравнения 32 человека перенесли ОРВИ, 4 заболели после переохлаждения).

Основными жалобами при госпитализации пациентов с наркоманией во всех случаях являлись лихорадка, кашель преимущественно со слизисто-гноющей и гнойной мокротой, одышка и слабость. Продолжительность продуктивного кашля у больных с наркоманией в среднем составила 39 сут, в группе сравнения — 12 дней ($p=0,008$). 80% больных отмечали боль в грудной клетке (при ВП на фоне сочетания ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита интенсивность боли по шкале STCAEv3 в 53,6% достигала 3-го уровня, в 35,7% — 2-го, в 3,6% — 1-го уровня; в группе сравнения — 78% больных отмечали боль 1-го уровня, 22% — 2-го). При ВП у наркоманов на фоне вирусных гепатитов без ВИЧ-инфекции (8 пациентов) боль в грудной клетке 3-го уровня наблюдалась у одного больного, 2-го — у 4 (50%) и 1-го — у 2 пациентов.

Кровохарканье в группах с наркоманией имело место в 27,7% случаев (10 больных), из них в группе ВП+ВГ+ВИЧ — у 6 больных, в группе ВП+ВГ — у 4 ($p>0,05$). В группе сравнения кровохарканья отмечено не было. Лихорадка в группах больных наркоманией в первые дни заболевания в большинстве случаев носила гектический характер. Длительность лихорадки составляла в среднем 46 дней при сопутствующей ВИЧ-инфекции и 21 день на фоне вирусных гепатитов без сопутствующей ВИЧ-инфекции ($p=0,017$). В группе сравнения длительность лихорадки — 8 дней.

При объективном осмотре отмечались различные аускультативные феномены в виде ослабленного, жесткого или бронхиального дыхания. Кроме того, выслушивались различные дыхательные шумы (сухие и влажные хрипы, крепитация, шум трения плевры). Существенных различий по их частоте в группах не наблюдалось. Продолжительность выслушивания локальных влажных хрипов в группе больных ВП на фоне сочетания ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита практически не отличалась от таковой в группе ВП+ одна форма ХВГ и составила 20 дней. Наибольшая длительность сохранения аускультативных изменений (хрипов) наблюдалась у больных, у которых пневмония протекала на фоне сочетания ВИЧ-инфекции с двумя формами вирусного гепатита В и С (5 больных) — 25 дней ($p<0,05$). В группе сравнения аускультативная симп-

томатика сохранялась в среднем в течение 10 дней ($p<0,01$).

У большинства пациентов в группах с наркоманией наблюдалось выраженное тахипноэ, тахикардия и снижение артериального давления, что в целом отражает тяжелое течение пневмонии. Так, доля пациентов с выраженным тахипноэ (частота дыхания более 30 в мин в покое) составила 30,5% (у всех пневмония протекала на фоне сочетания ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита; $p<0,001$). В группе сравнения выраженное тахипноэ не наблюдалось ни в одном случае. Артериальную гипотонию (АД менее 100/60 мм рт.ст.) наблюдали в 77,8% (28 больных), причем все случаи имели место на фоне сочетания ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита ($p<0,01$); выраженную тахикардию (ЧСС свыше 110 в мин) — в 86,1%. В группе сравнения артериальная гипотония была отмечена в 2 случаях (5,6%), выраженная тахикардия — в 7 случаях (19,4%).

При анализе длительности заболевания с момента возникновения до разрешения (или значительного уменьшения проявления) основных клинико-рентгенологических симптомов (кашель, аускультативные феномены, инфильтрация легочной ткани и пр.) было установлено, что у большинства обследуемых пациентов с наркоманией она составляла более четырех недель, что, по литературным данным, является критерием затяжного течения пневмонии [6]. В группе больных ВП+ВИЧ+ВГ средняя продолжительность заболевания составила 46 дней, в группе ВП+ВГ — 37 дней ($p<0,05$), в группе сравнения — 16 дней ($p<0,01$).

У всех больных ВП с наркоманией имелись тяжелые легочные и/или внелегочные осложнения. Наиболее часто из легочных осложнений наблюдалась клиническая дыхательная недостаточность (ДН) II и III ст., у 4 пациентов-наркоманов (11,1%) развилась острая дыхательная недостаточность (ОДН). В группе сравнения ДН II была диагностирована в 2 случаях (5,6%).

У 21 (58,3%) пациента выявили односторонний плевральный выпот (одинаково часто в обеих группах с наркоманией), у 8 (22,2%) — двусторонний плеврит: на фоне ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита в 6 случаях (16,6%); в группе без ВИЧ-инфекции — в 2 случаях (5,6%; $p<0,05$), у 9 (25%) — осумкование плеврального выпота [в группе ВП+ВГ — у 5 человек (13,8%); в группе ВП+ВИЧ+ВГ — у 4 человек (11,1%; $p>0,05$)]. У 16 пациентов (44,4%) развилась деструкция легочной ткани [в группе ВП+ВГ — у 4 (11,1%); в группе ВП+ВИЧ+ВГ — у 12 человек (33,3%; $p<0,05$)]. В группе сравнения односторонний плевральный выпот диагностировался в 3 случаях (8,3%), деструктивных осложнений не было.

Из внелегочных осложнений в группах с наркоманией у 8 больных (22,2%) диагностировался сепсис [в 7 случаях в группе ВП+ВИЧ+ВГ (87,5%); в 1 случае в группе ВП+ВГ (12,5%; $p<0,05$)], у 2 (5,6%) — септический шок; инфекционный эндокардит с поражением трехстворчатого клапана — у 8 пациентов (22,2%), из них 7 пациентов было с ВИЧ-инфекцией, 1 — без (87,5% и 12,5%; $p<0,05$). В группе сравнения данных осложнений не наблюдалось.

В гемограмме в группах больных с наркоманией были обнаружены признаки анемии, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Анемия различной степени тяжести выявлялась у

26 больных (72,2%), причем тяжелая степень анемии отмечалась у 8 пациентов (22,2%) на фоне сочетания ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита. В группе сравнения пациентов с анемией не было. Лейкоцитоз в периферической крови у больных ВП с наркоманией имел место в 72,2% случаев, лейкопения — в 5,6% (2 больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С). Высокая СОЭ (от 30 до 60 мм/ч) была характерна для обеих групп с наркоманией без статистически значимых различий. В группе сравнения лейкоцитоз отмечался у 32 пациентов (89%). Тромбоцитопения (менее $180 \times 10^9/\text{л}$) выявлялась у 12 больных (33,3%) и достоверно чаще у больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита, чем в группе с изолированным вирусным гепатитом (39,3% и 12,5%; $p < 0,05$). В группе сравнения тромбоцитопении не было ни в одном случае.

При анализе биохимических показателей крови гипопропротеинемия выявлялась у трети пациентов с наркоманией (36,1%), достоверно чаще, чем в группе сравнения (8,3%; $p < 0,001$). Повышение трансаминаз (АЛТ, АСТ) было отмечено у большинства (30 больных), одинаково часто в обеих группах с наркоманией и достоверно чаще, чем в группе сравнения (13,8%; $p < 0,001$). Кроме того, у 12 больных с наркоманией регистрировался высокий уровень мочевины с одновременным повышением уровня креатинина сыворотки крови, которые по мере разрешения пневмонии приближались к нормальным значениям. В группе сравнения повышения креатинина и мочевины не было.

В общем анализе мочи при поступлении в стационар у 16 больных наркоманией наблюдалась протеинурия различной степени выраженности (белок в моче от следов до 2,5 г/л, без достоверных различий в группах с наркоманией) и достоверно чаще, чем в группе сравнения [в 2 случаях (5,6%; $p < 0,001$)].

При рентгенологическом исследовании односторонняя локализация инфильтрации легочной ткани наблюдалась у 36 больных в группе сравнения (100%), у 21 больного наркоманией (58,3%). По распространенности инфильтративных изменений преобладали полисегментарные и долевыми пневмонии, субтотальные затенения обнаруживались в 3 случаях (во всех этих случаях пневмония протекала на фоне ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита). Двусторонние деструктивные изменения определялись в 44,4% случаев с наркоманией (у 16 пациентов) и достоверно чаще в группе ВП+ВИЧ+ВГ. В группе сравнения двусторонней локализации инфильтрации не было ни в одном случае.

Рентгенография органов грудной клетки перед выпиской пациентов из стационара показала, что полного восстановления пневматизации легочной ткани у больных наркоманией в результате лечения не отмечалось ни у одного больного. У 12 пациентов с деструктивными изменениями на фоне лечения наблюдалось уменьшение и опорожнение полостей, в той или иной степени уменьшение инфильтрации (33,3%), с чем они и переводились для дальнейшего лечения в терапевтические отделения по месту жительства. У всех этих больных наряду с уменьшением инфильтрации наблюдалось формирование постпневмонических локальных участков пневмофиброза. 9 больных (25%) в связи с осумкованием плеврального выпота были переведены

для дальнейшего лечения в отделение торакальной хирургии. В группе сравнения в 30 случаях (83,3%) наблюдалась положительная рентгенологическая динамика с выраженным повышением пневматизации легочной ткани, в 6 случаях (16%) формировались участки пневмофиброза.

В связи с тяжестью пневмонии на фоне наркомании в этих группах больных существенно отличалось лечение, в первую очередь, антибактериальное. В группе больных с наркозависимостью, как правило, приходилось не один раз производить замену антибактериального препарата в связи с его неэффективностью. Стартовыми препаратами были цефалоспорины 3—4-го поколения или аминопенициллины, комбинированные с ингибиторами бета-лактамаз (все препараты назначались парентерально). При деструктивной пневмонии добавляли линкомицин, в 77,8% случаев назначались фторхинолоны, аминогликозиды, карбапенемы. В группе сравнения в 94,4% случаев оказывалась эффективной стартовая терапия в виде цефалоспоринов 3-го поколения и пероральных макролидов.

Существенно отличалась и патогенетическая терапия. Необходимость в назначении коллоидных растворов для поддержания объема циркулирующей жидкости в группе пациентов с наркоманией возникла в 9 случаях (25%), в группе сравнения — в 1 случае (2,8%), растворов для уменьшения явлений интоксикации — в 32 случаях (89%), в группе сравнения — в 6 (16,7%). Дофамин для поддержания артериального давления потребовался в 5 случаях у пациентов с наркоманией, кортикостероиды — в 12 случаях (в группе сравнения необходимости в назначении данных групп препаратов не возникало). Для коррекции дыхательной недостаточности респираторная поддержка потребовалась в 11 случаях пневмоний у наркозависимых, в группе сравнения кратковременно использовался кислород в 1 случае. В качестве адъювантной терапии 9 наркозависимых пациентов получали гепарин в малых дозах, в группе сравнения антикоагулянты не назначались. Трансфузии свежезамороженной плазмы проводилась в 11 случаях при пневмонии на фоне наркозависимости. Отхаркивающие препараты назначались во всех анализируемых группах.

Трое наркозависимых больных с пневмонией умерло (все в ОРИТ), что составило 8,3%. 2 из них были госпитализированы в ОРИТ сразу из приемного покоя (1 скончался от инфекционно-токсического шока через 4 ч после госпитализации, второй — через двое суток по той же причине). Третий пациент был переведен туда через 2 дня после госпитализации в связи с развитием острой дыхательной недостаточности. Все пациенты из группы сравнения были выписаны с исходом «клиническое выздоровление».

Полученные результаты позволяют рассматривать наркозависимость, вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекции как серьезные факторы, определяющие особенности пневмоний как экономические (достоверно большая продолжительность клинического случая), так и клинические (достоверно большая частота осложненного течения и неблагоприятных исходов). Это определяет особенности тактики и стратегии лечения пневмоний у лиц с наркозависимостью, ВИЧ-инфицированных, страдающих хроническими вирусными гепатитами и отражает актуальность разработки специальных

стандартов диагностики и лечения пневмоний у данной категории лиц.

Выводы

1. Клиническими особенностями внебольничной пневмонии у наркозависимых пациентов являются:

- тяжелое и затяжное течение (длительный лихорадочный период, длительное сохранение субъективных жалоб — кашля, одышки, слабости, боли в грудной клетке, аускультативных феноменов, рентгенологических изменений). Кроме того, более тяжелое течение наблюдалось в группе больных, пневмония у которых протекала на фоне сочетания ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита (более длительный и выраженный лихорадочный период, продолжительность выслушивания хрипов, выраженная интенсивность болей в грудной клетке, наличие признаков дыхательной и сосудистой недостаточности);

- развитие легочных и внелегочных осложнений, зачастую требующих проведения интенсивной терапии в отделении реанимации, что объясняется поздней обращаемостью за медицинской помощью, несвоевременной госпитализацией, а также наличием сопутствующей патологии — прежде всего ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, табакокурения, алкоголизма;

- развитие осложнений (острая дыхательная недостаточность, эмпиема плевры, деструкция легочной ткани, сепсис, септический шок, инфекционный эндокардит, полиорганная недостаточность), наиболее часто встречаемых в группе больных с ВИЧ-инфекцией на фоне вирусного гепатита.

2. По лабораторно-инструментальным данным характерными для пневмоний у наркозависимых пациентов являются:

- анемия средней и тяжелой степени (тяжелая — достоверно чаще в группе больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита), лейкоцитоз или лейкопения (у пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита), высокая скорость оседания эритроцитов, тромбоцитопения (достоверно чаще при сочетании ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита), гипопропротеинемия, гиперазотемия, повышение уровня трансаминаз;

- частое развитие двустороннего поражения с деструкцией легочной ткани (достоверно чаще в группе с сочетанием ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита), частое осложнение плевральным выпотом (односторонний — одинаково часто в обеих группах, двусторонний — достоверно чаще в группе ВП+ВИЧ+ВГ);

- отсутствие полного восстановления пневматизации легочной ткани, длительное сохранение и медленное опорожнение деструктивных полостей, фиброзная трансформация изменений в легких во всех группах.

3. Существенно отличается тактика лечения в группе больных с наркозависимостью. Пневмония в этой группе пациентов значительно хуже поддается лечению антибиотиками, как правило, возникает необходимость в неоднократной смене антибактериального препарата в связи с его неэффективностью. Патогенетическая терапия при лечении пневмонии на фоне наркозависимости также отличается своей интенсивностью и разнообразием (дезинтоксикационная, коррекция гемореологических нарушений,

иммунозаместительная, противовоспалительная, антикоагулянтная).

4. Наличие наркозависимости, вирусного гепатита и ВИЧ-инфекции можно рассматривать как факторы риска неблагоприятного исхода пневмоний, в том числе и летального, что определяет необходимость своевременной адекватной коррекции лечебно-диагностической тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буверов, А.О. Апоптоз и повреждение ДНК лейкоцитов периферической крови у больных хроническим гепатитом / А.О. Буверов, Е.В. Тихонина, Е.Ю. Москалева [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2000. — № 1 (прил. 9). — С.25.
2. Вовк, Е.И. Внебольничная пневмония в начале XXI века: плата за жизнь в большом городе / Е.И. Вовк, А.Л. Верткин // Лечащий врач. — 2008. — № 8. — С.63—65.
3. Игнатова, Г.Л. Клиническая картина и особенности бронхолегочной патологии у больных с наркотической и алкогольной зависимостью / Г.Л. Игнатова // Диагностика и лечение бронхолегочной патологии у больных с наркотической и алкогольной зависимостью. — Челябинск: Издат. дом «МедМатрикс», 2008.
4. Мавзютова, Г.А. Особенности иммунных нарушений при внебольничных пневмониях / Г.А. Мавзютова, Р.М. Фазлыева, Е.Б. Тюрин // Медицинская иммунология. — 2007. — Т. 9, № 6. — С.605—612.
5. Чучалин, А.Г. Пневмония / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Н.Е. Чернеховская. — М.: Экономика и информатика, 2002. — 480 с.
6. URL: http://www.rian.ru/beznarko_danger.html (дата обращения 15.04.2011).
7. URL: <http://www.rian.ru/society.html> (дата обращения 15.04.2011).
8. URL: <http://www.rian.ru/spravka> (дата обращения 15.04.2011).

REFERENCES

1. Bueverov, A.O. Apoptoz i povrezhdenie DNK leukocitov perifericheskoj krovi u bol'nyh hronicheskim gepatitom / A.O. Bueverov, E.V. Tihonina, E.Yu. Moskaleva [i dr.] // Ros. zhurn. gastroenterol., gepatol., koloproktol. — 2000. — № 1 (pril. 9). — S.25.
2. Vovk, E.I. Vnebol'nichnaya pnevmoniya v nachale XXI veka: plata za zhizn' v bol'shom gorode / E.I. Vovk, A.L. Vertkin // Lechaschii vrach. — 2008. — № 8. — S.63—65.
3. Ignatova, G.L. Klinicheskaya kartina i osobennosti bronholegochnoi patologii u bol'nyh s narkoticheskoi i alkogol'noi zavisimost'yu / G.L. Ignatova // Diagnostika i lechenie bronholegochnoi patologii u bol'nyh s narkoticheskoi i alkogol'noi zavisimost'yu. — Chelyabinsk: Izdat. dom «MedMatriks», 2008.
4. Mavzyutova, G.A. Osobennosti immunnyh narushenii pri vnebol'nichnyh pnevmoniyah / G.A. Mavzyutova, R.M. Fazlyeva, E.B. Tyurina // Medicinskaya immunologiya. — 2007. — T. 9, № 6. — S.605—612.
5. Chuchalin, A.G. Pnevmoniya / A.G. Chuchalin, A.I. Sinopal'nikov, N.E. Chernehovskaya. — M.: Ekonomika i informatika, 2002. — 480 s.
6. URL: http://www.rian.ru/beznarko_danger.html (дата обращения 15.04.2011).
7. URL: <http://www.rian.ru/society.html> (дата обращения 15.04.2011).
8. URL: <http://www.rian.ru/spravka> (дата обращения 15.04.2011).