

Экзогенный аллергический альвеолит у лиц, употребляющих амфетамины

✍ Д.Б. Утешев, С.Ю. Гукова, А.Б. Аракелян

*Кафедра госпитальной терапии № 2 Лечебного факультета
с курсом госпитальной терапии Московского факультета РГМУ*

Экзогенный аллергический альвеолит (ЭАА) — относительно редкое аллергическое заболевание, характеризующееся диффузным поражением интерстициальной ткани легких в ответ на воздействие внешних аллергенов. Клинические проявления ЭАА относительно неспецифичны (прогрессирующая одышка, диффузные изменения в легких при рентгенологическом исследовании) и требуют дифференциального диагноза с другими интерстициальными заболеваниями легких специфической и неспецифической природы, в том числе и с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА). Основой диагностики этой группы заболеваний является биопсия легкого (трансбронхиальная, торакоскопическая или открытая), обнаруживающая характерную гистиоцитарную инфильтрацию в межуточной ткани легкого. Прогноз ЭАА, в отличие от ИФА, обычно благоприятный: у больных отмечается хороший эффект от применения глюкокортикостероидов (ГКС) при устранении контакта с причинным аллергеном.

Этиологические факторы ЭАА (химические вещества, биологические агенты и др.), которые обычно попадают в легкие больных ингаляционным путем, достаточно хорошо изучены и описаны в современной литературе. Часто контакт с ними носит профессиональный характер, что нашло отражение в терминологии таких форм ЭАА: “легкое фермера”, “легкое голубевода”, “легкое лесопильщика” и т.д.

Крайне редко диагностировался ЭАА у лиц, употребляющих наркотические и психотропные вещества (преимущественно ингаляционным способом). При поиске в базе данных MEDLINE (1996–2003 годы) нами не было найдено описаний случаев ЭАА на фоне приема амфетамина и его производных. Приводим случай диагностики ЭАА у молодого человека, на протяжении последних 5 лет ингаляционно употреблявшего амфетамины.

Клиническое наблюдение

Больной Ш., 26 лет, предприниматель, поступил в клинику с **жалобами** на одышку при умеренной физической нагрузке и кашель со слизистой мокротой.

Анамнез. Считает себя больным с 1998 г., когда перенес “пневмонию”, протекавшую без повышения температуры. При обращении в поликлинику по поводу длительного непродуктивного кашля была проведена флюорография органов грудной клетки — выявлены диффузные изменения в легких. В 2002 г. во время госпитализации по поводу нарушения сердечного ритма, внезапных эпизодов гиперемии лица, одышки при ходьбе вновь было проведено рентгенографическое исследование органов грудной клетки. В связи с наличием двусторонних изменений в легких был переведен в противотуберкулезный диспансер, где в течение 7 мес проводилась противотуберкулезная терапия, не изменившая течение заболевания. Диагноз туберкулеза легких был отвергнут, и больной был госпитализиро-

ван в пульмонологическое отделение для уточнения диагноза. При поступлении предъявлял жалобы на одышку, кашель со светлой вязкой мокротой, сердцебиение. При проведении компьютерной томографии легких во всех отделах (больше — в I, II, VI сегментах) были выявлены неправильной формы безвоздушные участки, чередующиеся с участками гиповентиляции, центрилобулярными очагами по типу “матового стекла” и хаотичным фиброзом, ориентированным к локально утолщенной плевре. Бронхи 1—3 порядка проходимы, стенки их утолщены, умеренно деформированы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости обнаружило умеренную гепатоспленомегалию. При проведении бронхоскопии была взята биопсия, которая выявила картину гранулематозного воспаления с преобладанием гистиоцитов. Изменения в легких не сопровождались воспалительными изменениями крови. Анализы на вирусные гепатиты, инфекции были отрицательны. При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) — незначительно выраженные нарушения вентиляции по смешанному типу. Больному была предложена торакоскопия и биопсия легкого. Специфического лечения пациент не получал и был выписан без улучшения с диагнозом “диффузно-паренхиматозное заболевание легких”. Через несколько месяцев он переехал с Крайнего Севера в Москву и был вновь госпитализирован для обследования.

Данные обследования. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Со слов больного, выраженность одышки и кашля несколько уменьшилась по сравнению с предыдущей госпитализацией. В легких дыхание ослабленное, единичные сухие хрипы, ЧД — 28/мин. Тоны сердца приглушены, единичные экстрасистолы, ЧСС — 70/мин, АД — 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Отмечалась положительная рентгенологическая динамика в виде уменьшения диффузной инфильтрации. Результаты лабораторных исследований без клинически значимых отклонений. Микробиологический анализ мокроты не выявил роста патогенных микроорганизмов, при цитологическом ее исследовании — преобладание альвеолярных макрофагов с наличием единичных эозинофилов. При УЗИ органов брюшной полости определялась умеренная гепатоспленомегалия. Бодиплетизмография обнаружила умеренное повышение бронхиального сопротивления и снижение диффузионной способности легких. При эхокардиографии выявлены признаки начальной дилатации правого желудочка и трикуспидальной регургитации I степени узкой струей.

Таким образом, у больного отмечалась клинко-рентгенологическая картина гранулематозного поражения легких с нарушением вентиляции по смешанному типу и синдромом гепатоспленомегалии. Эти изменения расценивались как возможные проявления саркоидоза. Для верификации диагноза больному была проведена торакоскопическая биопсия легкого. В биоптате обнаружена выраженная лимфоцитарная инфильтрация, утолщение стенок альвеол и зоны фиброза с множественными щелевидными сосудами, по периферии этих участков межальвеолярные перегородки тонкие, обычного вида, часть полостей альвеол значительно расширена. Эти гистологические изменения были расценены как проявления экзогенного аллергического альвеолита.

Целенаправленный сбор анамнеза позволил выяснить, что с 1998 г. больной регулярно употреблял амфетамины, которые под названием “спид” распространялись на увеселительных мероприятиях в городе, где он проживал. Однако за 3 мес до настоящей госпитализации больной сумел полностью прекратить их прием.

Таким образом, совокупность полученных данных позволила диагностировать у пациента **экзогенный аллергический альвеолит, развившийся на фоне приема амфетаминов**. Ключом к правильному диагнозу стали результаты торакоскопической биопсии легкого и данные анамнеза, которые в силу психологических особенностей пациента не были получены ранее.

Установление правильного диагноза позволило скорректировать дальнейшую терапию. Назначение ГКС было признано нецелесообразным, учитывая умеренную выраженность клинко-функциональных нарушений и регрессию рентгенологических изменений. Было решено провести симптоматическую терапию (мукорегуляторы, витаминные препараты и др.), направленную на уменьшение явлений дыхательной недостаточности и закрепление наркологической ремиссии. Состояние больного постепенно улучшалось, и приблизительно через месяц он был выписан из клиники.

При повторном осмотре через 6 мес у пациента не отмечалось одышки или выраженного кашля, увеличилась переносимость физических нагрузок. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипы не выслушивались. По сравнению с исходными рентгенологическими данными была зарегистрирована выраженная положительная динамика. За прошедшее после выписки время больной амфетаминов не употреблял.

Обсуждение

В данном клиническом наблюдении мы впервые столкнулись со случаем ЭАА, связанным с приемом наркотических препаратов. Первоначально дифференциальный диагноз проводился с “классическими” заболеваниями, входящими в группу диффузных интерстициальных заболеваний легких (туберкулез легких, саркоидоз и др.), и не учитывал реалии нашего времени, когда имеется повсеместный рост употребления

наркотических веществ, в том числе амфетаминов, среди молодежи.

Амфетамин (наиболее употребляемые вещества — Dextroamphetamine sulfate и Methylphenidate hydrochloride) — аналог известного психостимулятора кокаина. Впервые он поступил в продажу в 1930-х годах в виде ингалятора для лечения насморка. В 1937 г. на таблетки амфетамина стали выписывать рецепты при расстройствах поведения (минимальная мозговая дисфункция, расстройство гиперактивности при дефиците внимания).

В настоящее время амфетамины сохранили свое “военное” значение — они входят в аптечки спецподразделений армий ряда стран. В медицинской практике содержащие амфетамины препараты применяются для лечения нарколепсии и в США — для лечения сексуальных расстройств. По классификации Всемирной организации здравоохранения амфетамины относятся к наркотикам.

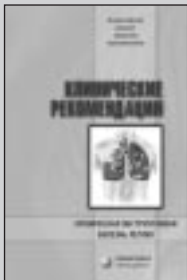
На нелегальном рынке амфетамины продаются в капсулах или пакетах, содержащих белый порошок, оттенок которого зависит от того, чем его разбавляют. Наиболее распространенный “танцевальный” амфетамин “спид” (speed, dexy’s midnight runners, phets, meth и др.), который вдыхал наш пациент, относится к разряду некачественных амфетаминов. Употребив дозу амфетамина, человек может не спать целые сутки, без усталости танцевать на дискотеке. Постоянный его прием может привести к развитию побочных эффектов, среди которых хроническая бессонница, беспокойство и напряженность, потеря аппетита вплоть до отвращения к пище, высокое артериальное давление, учащенное и аритмичное сердцебиение, сыпь, паранойяльные и бредовые синдромы. По мнению наркологов, амфетамин по силе воздействия на организм не уступает героину, при этом, что лечение от амфетаминовой зависимости пока не разработано.

При систематическом приеме амфетаминов могут наблюдаться серотониновые кризы и эозинофилия крови, что проявлялось у данного больного в виде периодической гиперемии лица и тахикардии. Употребление амфетаминов может, как демонстрирует наше наблюдение, стать пусковым звеном развития ЭАА. Анализ особенностей течения заболевания у нашего пациента (в том числе и регрессия клинико-рентгенологической симптоматики без терапии ГКС, фактически только благодаря устранению причины ЭАА) позволяет надеяться на благоприятный прогноз в будущем.

Рекомендуемая литература

- Информация о лекарственных средствах для специалистов здравоохранения. Лекарственные средства, действующие на центральную нервную систему. М., 1996. С. 37–55.
- Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население). М., 1999.
- Чучалин А.Г. Инфекционные заболевания нижнего отдела дыхательных путей // Пульмонология. 1999. № 2. С. 6–9.
- ASDA Standards of practice. Practice parameters for the use of stimulants in the treatment of narcolepsy // Sleep. 1994. V. 17. № 4. P. 348–351.
- Goldstein L.B. Effects of amphetamines and small related molecules on recovery after stroke in animals and man // Neuropharmacology. 1998. V. 39. № 5. P. 852–859.

Книги издательства “Атмосфера”



Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. 168 с.

В предлагаемой новой книге подробно освещены вопросы определения, классификации, диагностики, патогенеза, функциональной и дифференциальной диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Рассмотрены проблемы медикаментозного лечения ХОБЛ при стабильном течении болезни и при обострениях, а также кислородотерапия, респираторная поддержка и хирургическое лечение ХОБЛ.

Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики.

Патологическая анатомия легких: Атлас (авторы А.Л. Черняев, М.В. Самсонова) / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. 112 с.



В первом отечественном атласе по цитологии и патологической анатомии основных заболеваний легких проиллюстрированы основные морфологические изменения в трахее, бронхах и ткани легких при разных видах патологии респираторной системы человека, приведены данные о патогенезе этих болезней, клинико-морфологические классификации отдельных групп заболеваний, критерии дифференциальной диагностики и методики цитологического исследования в пульмонологии. Основу атласа составляет материал, собранный авторами в течение нескольких лет работы на базе НИИ пульмонологии МЗ РФ.

Для патологоанатомов, цитологов, терапевтов, пульмонологов, торакальных хирургов, фтизиатров, студентов медицинских вузов.

Информацию по вопросам приобретения книг можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru или по телефону (095) 973-14-16.