

Синчихина Марина Евгеньевна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением функциональной диагностики, ГБУЗ АО «Городская детская клиническая больница № 1 (для новорожденных)», Россия, 414057, г. Астрахань, ул. Н. Островского, д. 119, тел.: (8512) 34-57-16, e-mail: Doc_sinchihin@rambler.ru.

Баскаков Владимир Сергеевич, кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ АО «Городская детская клиническая больница № 1 (для новорожденных)», Россия, 414057, г. Астрахань, ул. Н. Островского, д. 119, тел.: (8512) 34-57-16, e-mail: dgkb_1@mail.ru.

Синчихин Сергей Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 57-79-88, e-mail: Doc_sinchihin@rambler.ru.

УДК 615.065

© О.Н. Смушева, Ю.Ю. Гаврилов, Ю.В. Соловкина, 2012

О.Н. Смушева^{1,2}, Ю.Ю. Гаврилов¹, Ю.В. Соловкина¹

СЕРЬЕЗНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ КАК СЛЕДСТВИЕ САМОЛЕЧЕНИЯ

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России

²Волгоградский региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств

Рассмотрена проблема самолечения. Описан случай самолечения, в результате которого был зарегистрирован серьезный неблагоприятный побочный эффект лекарственного средства с летальным исходом.

Ключевые слова: *самолечение, неблагоприятная побочная реакция, клинический случай, «ответственное самолечение».*

O.N. Smuseva, Yu.Yu. Gavrillov, Yu.V. Solovkina

SERIOUS SIDE DRUG REACTIONS AS A RESULT OF SELF-MEDICATION

The problem of self-medication is very actual nowadays. Authors analyzed serious side drug reactions followed by self-treatment and finished by patient death.

Key words: *self-medication, side drug reaction, clinical case, responsible self-medication.*

Вопрос самолечения является актуальным во многих странах. Особенную значимость он приобретает в век рыночной экономики, когда наличие на предприятиях болеющих сотрудников не приветствуется. Кроме того, вопрос нехватки времени выходит на первый план, и пациенты отказываются от обращения к специалистам, ссылаясь на очереди в поликлиниках.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, под термином «самолечение» следует понимать «разумное применение самим пациентом лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, для профилактики или лечения легких расстройств здоровья, при которых не требуется профессиональная лечебная помощь» [3, с. 38]. На практике понятие самолечения включает в себя также лечение членов семьи и знакомых, особенно когда дело касается лечения детей [2]. Самолечение является одной из форм неправильного использования лекарственных препаратов, включая использование опасных комбинаций, злоупотребление антибиотиками и уколами [5].

В средствах массовой информации наблюдается множество публикаций о лекарственных средствах, по телевидению идет большое количество передач, посвященных вопросам здоровья, что приводит к бесконтрольному применению населением лекарственных препаратов [4]. Только врач может оценить соотношение полезного и возможного отрицательного влияния препарата на организм, учитывая особенности пациента, аллергологический анамнез, а также провести адекватный мониторинг фармакотерапии. Тем не менее, к сожалению, не всегда удается избежать нежелательных последствий. Эта опасность неизмеримо возрастает при самолечении, и сегодня в медицинских кругах широко обсуждается эта проблема. Всемирная организация здравоохранения предложила термин «ответственное самолечение», определяемое как разумное применение пациентами лекарственных средств,

находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения легких расстройств здоровья [1]. В настоящее время именно ответственное самолечение является одним из наиболее проблемных аспектов отечественного здравоохранения. С другой стороны, ряд специалистов считает, что самолечение в современных условиях – явление неизбежное, поскольку ни в одной стране мира ресурсы государства не «поспевают» за медико-фармацевтическими потребностями населения, и здравоохранение попросту не в силах справиться с перегрузками, выпадающими на его долю [1].

В клинической практике мы столкнулись с вопиющим случаем самолечения, в результате которого был зарегистрирован серьезный неблагоприятный побочный эффект лекарственного средства с летальным исходом. В одну из клиник Волгограда была госпитализирована пациентка С. 67 лет. Она была в тяжелом состоянии, жаловалась на резкую слабость, потерю аппетита, повышение температуры тела, боль в горле, одышку.

Из анамнеза: 4 месяца назад пациентке в частной медицинской клинике был поставлен предварительный диагноз – герпетиформный дерматит Дюринга. На официальный запрос в клинику был получен ответ: «На основании медицинской карты амбулаторного больного имел место визит данной пациентки, назначено обследование. Был выставлен предположительный диагноз герпетиформный дерматит Дюринга. Пациентке дано направление на кафедру дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета для уточнения диагноза и лечения. Повторного визита не было». Больная действительно больше не обращалась ни к врачу, ни на кафедру дерматовенерологии. Она самостоятельно в сети Интернет изучила информацию о данном заболевании и его лечении. На основании полученных данных пациентка самостоятельно приняла решение начать лечение препаратом дапсон, однако в аптечной сети России она не нашла этого препарата, так как он только проходил регистрацию в Российской Федерации. Больная приобрела это лекарственное средство в Германии (инструкция на немецком языке) и принимала его в течение 2 месяцев в дозе 50 мг 2 раза в сутки.

Препарат дапсон относится к антибактериальным средствам, активен в отношении микобактерий лепры и туберкулеза. Оказывает бактериостатическое действие, сходное с антагонистами парааминобензойной кислоты. Подавляет развитие герпетиформного дерматита предположительно вследствие способности ингибировать ферменты или проявлять окисляющие свойства, либо в результате иммуностропного (иммуносупрессивного) эффекта. При герпетиформном дерматите Дюринга рекомендуется принимать препарат по 50–100 мг 2 раза в сутки циклами по 5–6 дней с перерывом на 1 день, курс – 3–5 циклов и более. Максимальная суточная доза – до 300 мг. После исчезновения клинических проявлений заболевания – в поддерживающей дозе – 50 мг через день или 1–2 раза в неделю. Данную схему больная не выполняла. В инструкции к препарату четко прописаны меры предосторожности. Лечение необходимо проводить при постоянном наблюдении за больным, которое включает в себя: определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в крови, уровня азота мочевины и креатинина в крови; проведение клинического анализа крови, состоящего из определения числа тромбоцитов и ретикулоцитов (до лечения, ежемесячно в течение 1–3 мес. и далее каждые полгода; при значительном уменьшении числа лейкоцитов, тромбоцитов, гематокрита или повышении числа ретикулоцитов необходима отмена препарата и тщательное наблюдение за больным); определение активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (до лечения у больных высокого риска) и метгемоглобина в крови (необходимо у больных с цианозом, головокружением, утомляемостью, головной болью или одышкой). Пациентка не посчитала эти предостережения важными, у врача не наблюдалась и мониторинг показателей крови не проводила.

Больная была госпитализирована в клинику с предварительным диагнозом: неблагоприятная побочная реакция на препарат дапсон-агранулоцитоз. При обследовании в общем анализе крови: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $1,1 \times 10^9/л$, подсчет формулы не возможен; гемоглобин – 108 г/л; ретикулоциты – 2 %; тромбоциты – $211,2 \times 10^9/л$; СОЭ – 40 мм/ч. Результаты костномозгового пунктата: лимфоциты – 42,4 %; эритробласты: базофильные – 2,4 %, полихроматофильные – 14,4 %, оксифильные – 19,6 %; лимфоциты – 42,4 %; плазматические клетки – 17,6 %; недифференцированные бласты – 3 %; нейтрофилы сегментоядерные – 0,4 %. При проведении компьютерной томографии органов грудной клетки выявлены: двухсторонняя интерстициальная пневмония, увеличение внутригрудных и парааортальных лимфоузлов.

Особое внимание было уделено изучению побочных действий вещества препарата дапсон. В инструкции к препарату они были отмечены. Со стороны сердечно-сосудистой системы и крови (кровотворение, гемостаз) указаны дозозависимый гемолиз с понижением уровня гемоглобина и повышением числа ретикулоцитов (у всех больных), гемолитическая анемия (боль в спине, ногах, области желудка, потеря аппетита, бледность кожных покровов, необычная усталость или слабость, по-

вышение температуры тела), метгемоглобинемия (цианоз ногтей пальцев рук, губ или кожи, затрудненное дыхание и др.), патологические изменения крови (повышенная температура тела, боль в горле, необычные кровотечения и кровоизлияния и др.), в том числе агранулоцитоз и гипопластическая анемия с летальным исходом, сердцебиение, кардиалгия.

Учитывая схожесть клинической картины патологического состояния у пациентки и описанных побочных эффектов препарата дапсон, больной был поставлен диагноз: медикаментозный агранулоцитоз (на фоне приема дапсона) с фебрильной нейтропенией; герпетиформный дерматит Дюринга; внебольничная пневмония, тяжелое течение.

За время нахождения в стационаре состояние оставалось стабильно тяжелым. Пациентка получала филграстим 30 млн ЕД/сут., цефоперазон-сульбактам 2 г 2 раза в сутки внутривенно и амикацин 2 г 1 раз в сутки внутривенно. Из-за сохраняющейся фебрильной температуры тела к терапии был дополнен флуконазол 300 мг/сут. внутрь. Состояние пациентки несколько улучшилось: температура тела снизилась до субфебрильных цифр. Однако на седьмые сутки вновь было отмечено повышение температуры тела более 39° С. Отмечен кандидоз слизистых полости рта. В терапии цефоперазон-сульбактам 2 г 2 раза в день внутривенно заменен на меропенем 1 г 3 раза в день внутривенно. На 10 сутки из-за отсутствия положительной динамики была произведена смена терапии: меропенем 1 г 3 раза в сутки внутривенно капельно + линезолид 600 мг 2 раза в сутки внутривенно капельно + вориконазол в первые сутки 400 мг 2 раза/день внутривенно капельно, затем 200 мг 2 раза в день внутривенно капельно. На фоне проводимой терапии лейкоциты крови увеличились до 3×10^9 /л, температура тела снизилась до нормальных значений. На 12 сутки пребывания больной в стационаре состояние резко ухудшилось, реанимационные мероприятия проведены без эффекта, зафиксирована биологическая смерть.

Результаты патологоанатомического вскрытия: диагноз основной – миелотоксический медикаментозный агранулоцитоз (на фоне приема дапсона); фебрильная нейтропения. Диагноз фоновый – герпетиформный дерматит Дюринга. Осложнения – левосторонняя нижнедолевая пневмония; кандидомикоз полости рта, глотки, гортани, пищевода; макроскопически лимфатические узлы не изменены, не увеличены. Признаков острого инфаркта миокарда не выявлено. Опухоли нет.

Пациентка погибла. Все усилия врачей по спасению жизни и здоровья не увенчались успехом. А виной всему стало «безответственное» самолечение.

В настоящее время самолечение становится панацеей, более 33 % населения прибегают к самолечению или пользуются советами знакомых [4]. Общество в массе своей хорошо образовано, общедоступны средства массовой информации, медицинская литература, сеть Интернет, где широко обсуждаются вопросы здоровья, диагностики и лечения заболеваний. У населения складывается обманчивое впечатление, что достаточно прочитать про болезнь, и ты уже способен ставить диагноз и назначить лечение. Но человек, не являющийся врачом, не может адекватно оценить всю серьезность заболевания и тем более не имеет права назначать лечение, даже себе.

Представленный клинический случай подтверждает недопустимость самолечения. Любой врач понимает, что нет абсолютно безвредных лекарственных препаратов. Любое лекарство должно назначаться лишь по показаниям, которые может определить только врач! Особенно, если речь идет о серьезных, хронических заболеваниях, требующих длительного применения фармакотерапии. Когда препарат используется необдуманно, без разрешения врача, он угрожает здоровью и способен вызывать серьезные осложнения, вплоть до инвалидности и даже смерти. Лекарственные препараты обладают побочными эффектами, для их применения существуют противопоказания – все они указаны в инструкциях, которые зачастую больные не читают. Возможно, в некоторых случаях есть необходимость в самолечении. Например, оказание первой помощи. Однако и в этом случае у пациента с хроническим заболеванием должны быть лекарственные препараты, назначенные ему врачом и рекомендованные для купирования острых состояний. Таким образом, необходимо более жесткое государственное регулирование отпуска лекарственных средств, а также более четкое понятие, что означает «ответственное самолечение».

Список литературы

1. Кирпичникова, Н. В. Ответственное самолечение : ликвидируя упущения / Н. В. Кирпичникова, С. Ш. Сулейманов // Российские аптеки. – 2008. – № 13. – С. 8–10.
2. Комитет экспертов ВОЗ по спецификациям для фармацевтических препаратов: Двадцать девятый докл.: Пер. с англ. / Всемирная организация здравоохранения. — М.: Медицина, 1986. – 50 с.

3. Сулейманов, С. Ш. Роль провизора в выявлении побочного действия лекарственных препаратов в процессе ответственного самолечения / С. Ш. Сулейманов, Н. В. Абросимова, Н. В. Кирпичникова, А. А. Горбач // Новая Аптека. Эффективное управление. – 2010. – № 1. – С. 38–40.

4. Умерова, А. Р. Некоторые аспекты самолечения/ А. Р. Умерова, О. А. Каштанова, Т. В. Новосельцева // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 123–127.

5. The World Medicines Situation 2011 (3rd Edition). Pharmacovigilance and Safety of Medicines / Pal. S., Dodoo A., Mantel A. et al. – Geneva : World Health Organization, 2011. – 19 p.

Смусева Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук, докторант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, руководитель Волгоградского регионального центра мониторинга безопасности лекарственных средств, Россия, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1, тел.: (8442) 38-50-05, e-mail: post@volgmed.ru.

Гаврилов Юрий Юрьевич, аспирант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1, тел.: (8442) 38-50-05, e-mail: post@volgmed.ru.

Соловкина Юлия Владимировна, клинический ординатор кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1, тел.: (8442) 38-50-05, e-mail: post@volgmed.ru.

УДК 616.89-008.441.13: 616.885.8

© А.В. Хрящев, А.В. Петракова, Н.Х. Ягупова, 2012

А.В. Хрящев^{1,2}, А.В. Петракова¹, Н.Х. Ягупова²

К ВОПРОСУ О ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫХ ПСИХОЗАХ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань

Рассмотрены редко встречающиеся шизофреноподобные психотические расстройства у больных с синдромом зависимости от алкоголя. Прослежены особенности возникновения, динамика психоза, психопатология клинической картины, определена тактика лечения.

Ключевые слова: шизофреноподобное, психотическое, зависимость от алкоголя.

A.V. Khryashchev, A.V. Petrakova, N.H. Yagupova

ON THE QUESTION OF SCHIZOPHRENIC FORM PSYCHOTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME

The rare schizophrenic forms psychotic disorders in patients with alcohol dependence syndrome were analyzed. The features of appearance, dynamics of psychosis, marked clinical variants, particular tactics of treatment were defined.

Key words: schizophrenic form, psychotic, alcohol dependence.

К алкогольным психозам относят психотические состояния, главным фактором возникновения которых является многолетнее злоупотребление напитками, содержащими этиловый алкоголь. Развиваются алкогольные психозы на II и III стадиях алкоголизма, когда имеются развернутые проявления абстинентного синдрома [2, 3, 4, 7, 9]. Диагностика алкогольных психозов, как правило, не вызывает трудностей, за исключением случаев, когда пациент и его близкие скрывают злоупотребление алкоголем, либо симптоматика не укладывается в привычные диагностические рамки [8]. Атипичные ал-