

Гнойно-некротические и сосудистые осложнения после парентерального введения коаксила (тианептина) у больных с наркотической зависимостью

СТУПИН В.А.	д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии №1 Российского государственного медицинского университета, Москва
АБРАМОВ И.С.	д.м.н., профессор, заместитель главного врача по хирургии ГУЗ "Городская клиническая больница имени О.М.Филатова №15" ДЗ г.Москвы
ГОРЮНОВ С.В.	к.м.н., доцент, заведующий отделением гнойной хирургии ГУЗ "Городская клиническая больница имени О.М.Филатова №15" ДЗ г.Москвы
МАЙТЕСЯН Д.А.	к.м.н., заведующий отделением сосудистой хирургии ГУЗ "Городская клиническая больница имени О.М.Филатова №15" ДЗ г.Москвы
ВАСИЛЬКОВ Д.В.	врач-хирург отделения гнойной хирургии ГУЗ "Городская клиническая больница имени О.М.Филатова №15" ДЗ г.Москвы
КАКЛЮГИН Н.В.	врач-эпидемиолог, клинический ординатор отделения терапии больных наркоманией и алкоголизмом ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского" Росздрава, Москва

За последние 2 года московская хирургическая служба столкнулась с новой проблемой — лечением пациентов с разнообразными тяжелыми нарушениями кровообращения, которые наблюдаются у людей, вводящих инъекционным путем в высоких дозах современный антидепрессант "коаксил", в случаях, когда его действующее вещество, тианептин, попадало в мышечную ткань или околососудистую область. Патогенез этих быстро прогрессирующих процессов на сегодняшний день неизвестен. Возможно, это связано со специфическим действием тианептина на клетки крови и систему кровообращения, что может запускать синдром гиперкоагуляции (повышенной свертываемости крови). Как бы то ни было, большая часть зафиксированных нарушений, развивающихся у группы инъекционных потребителей коаксила (тианептина), опасна не только для здоровья, но и для жизни. В хирургической практике Московской больницы №15 было 2 смерти, связанные с токсическим воздействием коаксила (тианептина), и за эти годы более 200 молодых жителей Москвы стало инвалидами.

Введение

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, более 4% населения планеты регулярно употребляют наркотики. Особенно остро стоит проблема наркомании в России, где в начале и середине 1990-х годов произошел лавинообразный рост числа больных с наркотической зависимостью. В дальнейшем ситуация несколько стабилизировалась, но в последние 2 года количество людей, злоупотребляющих наркотическими веществами, стало заметно увеличиваться, что, по всей видимости, в незначительной степени связано с широкой практикой использования относительно дешевых и доступных препаратов, первоначально предназначенных для терапевтических целей.

Проблема лечения последствий злоупотребления наркотическими веществами в России становится все более актуальной и с годами приобретает все новые краски. В настоящее время на наркологическом учете только в Москве состоит около 30 тыс. чел. Однако эти цифры достоверно отражают реальную ситуацию в этой сфере. По данным заместителя начальни-

ка Управления ФСКН России по г. Москве В.С. Сорокина, число ее жителей, хотя бы 1 раз употребивших наркотики, приближается к 1 млн чел.

В последние 2 года столичные хирурги и в несколько меньшей степени хирурги других российских регионов столкнулись с большим количеством пациентов, злоупотребляющих с целью достижения состояния наркотического опьянения медицинскими препаратами, изначально не предназначенными для подобного применения. В том числе наркозависимые вводят их инъекционным путем, что резко ухудшает дальнейший прогноз и отягощает степень последствий от такого вида употребления. Наибольшую опасность в этом смысле в настоящее время представляет препарат "коаксил" (тианептин). Он относится к группе антидепрессантов, предназначенных только для перорального применения. Препарат содержит тианептин в форме натриевой соли. В экспериментальных исследованиях установлено, что тианептин повышает спонтанную активность пирамидных клеток гиппокампа и ускоряет их восстановление после функционального торможения, увеличивает обратный захват серотонина нейронами коры головного мозга и гиппокампа.

В клинических исследованиях установлено, что тианептин оказывает благоприятное влияние на пациентов с нарушениями настроения, что определяет его промежуточное положение между седативными и стимулирующими антидепрессантами. В клинической наркологии препарат применяется для лечения постабстинентных расстройств (синдром ангедонии) у больных с хроническим алкоголизмом и наркотической зависимостью.

Теоретически коаксил (тианептин) при пероральном применении в среднетерапевтических дозировках (37,5 мг в сутки) абсолютно безвреден и не вызывает каких-либо клинически значимых побочных явлений и осложнений. Однако при помощи современных информационных технологий о его способности вызывать наркотический эффект, подобный опиоидному, узнали молодые люди по всей стране и стали употреблять его с целью наркотизации. Таким образом, многие потребители наркотиков стали использовать этот медицинский препарат в качестве альтернативы опиоидным и другим наркотическим средствам, вводимым внутривенно. При этом, по мнению большинства опрошенных нами лиц, страдающих наркотической зависимостью, коаксил имеет ряд преимуществ перед "уличными" наркотиками:

- доступность препарата;
- относительно низкая стоимость (200—350 руб. за 30 табл.);
- возможность самостоятельно выбирать и изменять дозу вводимого вещества;
- простота приготовления действующего раствора для внутрисосудистого введения;
- эффективность наркотического опьянения, сравнимая с традиционными наркотиками.

Подобные "достоинства" препарата облегчают переход на него с других наркотиков, в связи с чем армия поклонников коаксила регулярно увеличивается. При парентеральном приеме даже больших доз препарата продолжительность его наркотического действия сравнительно невелика, поэтому требуется его многократное введение в течение дня. Последствия же таких ежедневных манипуляций, как выясняется, чрезвычайно тяжелы.

Технология приготовления действующего раствора проста. Оболочка таблеток смывается под проточной водой. Далее они растворяются теплой кипяченой водой, а иногда и просто водой из-под крана. Полученный раствор, а точнее взвесь частиц, содержащих коаксил, набирают в шприц и вводят в венозное, а иногда и артериальное русло. Подробную информацию по технологии приготовления препарата и его введения многие молодые люди могут свободно получить из Интернета.

Было замечено, что у основной массы больных, использующих коаксил с целью наркотического опья-

нения, рано или поздно развиваются тяжелые гнойно-некротические и сосудистые осложнения, протекающие в большинстве своем атипично, нередко приводящие к инвалидизации, а в ряде случаев — к летальному исходу. Между тем, в отечественной и зарубежной медицинской литературе последних лет данная проблема не получила достаточного освещения. Имеющиеся немногочисленные сообщения не дают всеобъемлющей и объективной оценки данного медицинского и социального феномена. Однако, учитывая участившиеся случаи свободной реализации препарата в аптечных учреждениях, в целях дополнительного контроля за его назначением и использованием Приказом Минздравсоцразвития России от 13 октября 2006 г. №703 "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 2005 г. № 785" препарат "коаксил" (тианептин) включен в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами. В соответствии с установленными требованиями коаксил в настоящее время подлежит выписыванию врачами на специальном рецептурном бланке учетной формы № 148-1/у-88 (имеющем серию и номер) и подлежит особым условиям хранения и учета (запирающиеся шкафы, ведение журнала предметно-количественного учета).

Целью исследования являлось клинико-патогенетическое описание распространенных форм осложнений, возникающих при злоупотреблении коаксилом, зафиксированных московской хирургической службой в течение 2006—2007 гг.

Характеристика пациентов

В стационар городской клинической больницы имени О.М. Филатова № 15 за последние 2 года было госпитализировано 147 больных с хирургическими осложнениями парентерального введения коаксила (тианептина). В зависимости от нозологии осложнения больные поступали в гнойное, сосудистое или общехирургическое отделения стационара. Необходимо отметить, что подобные больные в настоящее время составляют 3—4% от общего числа больных, обратившихся за помощью в отделение гнойной хирургии. Средний возраст больных составил 26,4 года. Пациенты мужского пола составили 72,8%, женского — 37,2%. Все больные страдали хронической наркоманией длительностью от 1 до 8 лет. Длительность инъекционного употребления коаксила варьировала от одного месяца до полутора лет. Суточная дозировка колебалась от 30 (375 мг) до 240 (3000 мг) таблеток. Кратность введения достигала 5 раз в сутки. Гепатитом С были инфицированы 132

(89,8%) больных, гепатитом В — 14 (9,5%), гепатитом В и С одновременно — 11 (7,5%) больных. ВИЧ-инфицированность была выявлена у 5 (3,4%), и только 14 пациентов (9,5% от общего числа больных), по нашим данным, не были инфицированы. Основная масса молодых людей происходила из благополучных, обеспеченных семей, а сами пациенты являлись студентами московских вузов или имели постоянную работу.

В большинстве случаев коаксил (тианептин) не являлся для наших пациентов первым препаратом, который они использовали с целью наркотизации, однако он прочно замещал ранее употребляемые наркотические средства. В настоящее время нет единого мнения, развивается ли синдром зависимости от самого коаксила или он является только средством, позволяющим снять абстинентный синдром у больных, имеющих зависимость от "традиционных" наркотических препаратов опиоидного ряда (героин, метадон, буторфанол и др.), однако все же приблизительно у 8—10% больных он был первым или единственным из средств для наркотизации.

Клиника, лечение и патогенетические механизмы хирургических осложнений парентерального введения больших доз коаксила

По нашим наблюдениям, при парентеральном применении коаксила (тианептина) гнойно-некротические и сосудистые осложнения встречаются в значительно большем проценте случаев, нежели при использовании "традиционных" наркотических средств.

Патогенез многих осложнений от его приема в высоких дозах инъекционным путем до конца не ясен. Данный феномен, по всей видимости, связан с совокупностью причин, включающих в себя физико-химические свойства самого препарата: тианептин плохо растворим в воде и представляет собой взвесь частиц препарата; высокие, токсические дозировки препарата, вводимые в сосудистое русло, по всей видимости, запускают механизмы развития гиперкоагуляционного синдрома. Приготовление и введение препарата в условиях, далеких от асептических, также способствует развитию осложнений.

Все осложнения, связанные с парентеральным введением коаксила (тианептина), можно разделить на две большие, патогенетически связанные одна с другой группы: гнойно-некротические поражения мягких тканей (схема 1) и осложнения, связанные с первичным поражением сосудистого русла (схема 2). Суммарный процент различных осложнений в обеих таблицах составляет более 100%, так как 38 больных (25,8%) имели сочетание нескольких осложнений.

Гнойно-некротические осложнения употребления коаксила. Клиника и лечение

Все гнойно-некротические и септические осложнения, которые мы наблюдали у 89 больных, связаны с инъекциями коаксила, которые сами больные осуществляют внутривенно. Сначала используют подкожные вены верхних конечностей (кисти, предплечья, локтевой ямки). После развития флебита с последующей облитерацией этих вен повторные попытки внут-

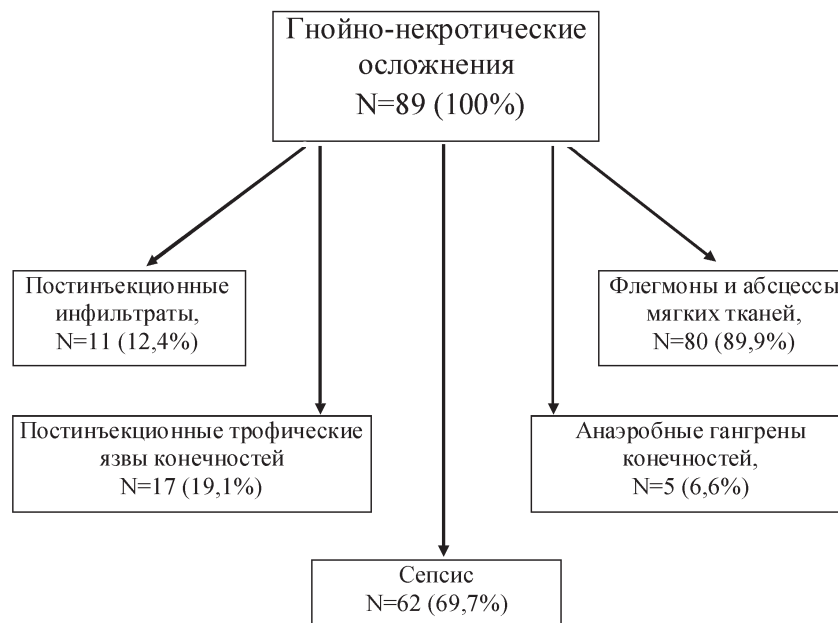


Схема 1. Структура нозологий и количество гнойно-некротических осложнений после инъекций коаксила (тианептина)

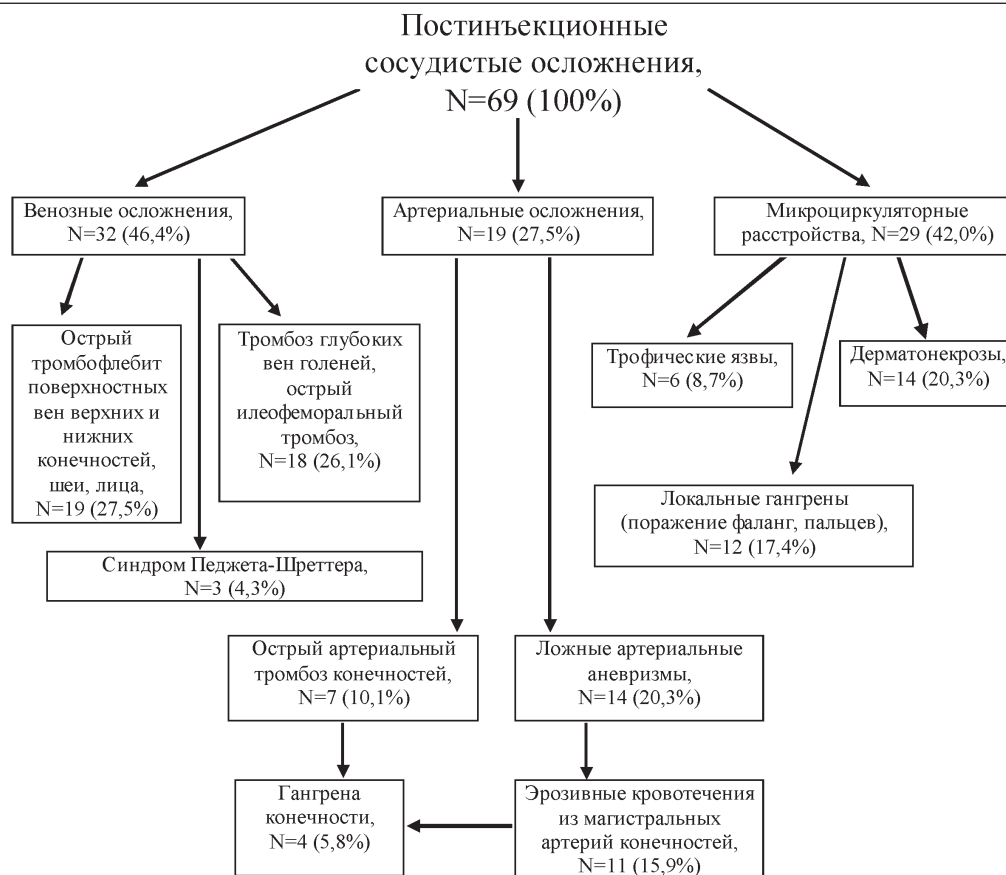


Схема 2. Структура нозологий и количество сосудистых осложнений после инъекций коаксила (тианептина)

ривенного введения препарата приводят к его попаданию в паравазальную (околососудистую) клетчатку с развитием воспалительного процесса (инфильтрата) с последующим его нагноением. Ввиду невозможности последующих инъекций в вены верхних конечностей больные прибегают к введению данного вещества в бедренные сосуды в области паховой складки. Ежедневные инъекции, нередко неудачные, травмируя бедренную вену и артерию, способствуют образованию массивных паравазальных гематом, которые в отсутствие стерильности используемых шприцев инфицируются и нагнаиваются.

Другой причиной возникновения гнойно-некротического процесса является внутримышечное введение приготовленного водного раствора коаксила (тианептина) глубоко в мышцы бедра, ягодиц, голени. В результате несоответствующей стерильности используемых шприцев и игл, а также повреждающего действия высоких концентраций самого препарата на фоне тяжелого физического истощения, резкого снижения функциональной активности всех физиологических систем и выраженного иммунодефицита происходит развитие

обширных подкожных и межмышечных флегмон. У 18 больных (20,2%) развилась тяжелая анаэробная клостридиальная и неклостридиальная инфекция с обширным поражением мягких тканей в виде некротического фасциоцеллюлита и миозита (рис. 1.1—1.2, см. цветную вкладку). У 62 больных (69,7%) развился сепсис, вызванный в основном золотистым стафилококком и анаэробами. У 14 из этих больных (22,6%) сепсис был тяжелым, т.е. протекал с явлениями полиорганной недостаточности.

Все больные с развитием постинъекционных абсцессов или флегмон нуждались в проведении срочной хирургической обработки гнойно-некротического очага. Площадь гнойно-воспалительного поражения тканей составила у различных пациентов от 50 до 1800 см². У двух пациентов с анаэробной инфекцией нам пришлось выполнить ампутацию на уровне плеча (рис. 2.1—2.3), в одном случае — экзартикуляцию в плечевом суставе, ампутацию на уровне бедра и экзартикуляцию в тазобедренном суставе.

У 12 больных (8,2%) отмечались другие инфекционные очаги, связанные с внутрисосудистым при-

менением наркотических препаратов, а именно: бактериальный эндокардит — у трех больных; пневмония — у 11 больных.

Поражения сосудистого русла как осложнение употребления коаксила. Клиника и лечение

Постинъекционные осложнения, связанные с первичным повреждением венозного или артериального сосудистого русла после введения коаксила, мы наблюдали у 69 больных.

При длительном употреблении наркотиков в связи с облитерацией подкожных вен последние становятся недоступными для внутривенных инфузий, в результате чего больные прибегают к регулярным инъекциям препарата в глубокие вены верхних и нижних конечностей. Острый постинъекционный тромбоз глубоких вен конечностей у больных с наркотической зависимостью в большинстве случаев протекает атипично и имеет клинические отличия от классического течения заболевания. При развитии илеофemorального тромбоза отек нижней конечности редко бывает выраженным. На стопе он может не отмечаться вовсе. В большинстве случаев отек сопровождается гиперемией и инфильтрацией кожи в области бедра и голени, ткани резко болезненны при пальпации. Максимальные воспалительные изменения тканей обычно локализуются в месте инъекций препарата (внутренняя поверхность бедра). Вышеуказанные местные изменения сопровождаются симптомами выраженной интоксикации в виде гипертермии до 38°C и выше, озноба, нарушения сна и аппетита, повышения лейкоцитов в периферической крови до 12 тыс. и выше, нейтрофилии, что, по всей видимости, у наркоманов связано с участием инфекционных факторов в патогенезе тромботических осложнений. У ряда больных тромбоз глубоких вен сочетался с тромбозом поверхностных вен.

Ультразвуковое исследование также выявляет некоторые особенности экосемиотики тромбоза глубоких вен, которые связаны с частым обнаружением распространенных паравазальных гипоехогенных (жидкостных) структур и инфильтратов по ходу сосудов конечности. В данной ситуации становится необходимым исключение гнойного поражения тканей с развитием глубокой флегмоны конечности. Прицельная пункция данных жидкостных образований позволяет произвести аспирацию экссудата, который в большинстве случаев является серозно-геморрагическим. При бактериологическом исследовании рост микрофлоры обычно не отмечается. При оценке самого венозного тромба нами выявлено, что флотация тромба отмечается достаточно редко (1 больной), это,

однако, не позволяет достоверно судить о низком риске тромбоэмболических осложнений, так как количество наблюдений таких больных небольшое.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных (26,1%) с острым илеофemorальным тромбозом и тромбозом глубоких вен голени. У трех больных после инъекций коаксила в аксилярную вену и вены плеча развился острый подключично-аксилярный венозный тромбоз (синдром Педжета—Шреттера). Тромбофлебит поверхностных вен выявлен у 19 больных (27,5%).

Консервативная терапия у больных с наркотической зависимостью при развившемся тромбозе глубоких вен имеет свои особенности ввиду необходимости назначения помимо антикоагулянтной и противовоспалительной еще и антибактериальной терапии, что связано с высоким риском возникновения гнойно-некротических осложнений в мягких тканях пораженной конечности.

Регулярное введение препарата в крупные артерии конечностей, доступные для самостоятельных пункций, приводит к формированию постинъекционных ложных аневризм. Патогенез данного осложнения связан с постоянным травмированием стенки артерии, в результате чего она резко истончается, подвергается травматической, а в последующем и инфекционной деструкции. В стенке артерии образуется дефект, через который кровь поступает в окружающие мягкие ткани. Таким образом, в местах инъекций появляются плотные болезненные образования округлой формы, возвышающиеся над поверхностью кожи. При отсутствии тромбоза в области ложной аневризмы можно определить отчетливую передаточную пульсацию, а при аускультации — систолический шум. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование позволяет верифицировать диагноз и является в настоящее время основным неинвазивным методом диагностики данного осложнения. Метод также позволяет провести дифференциальную диагностику ложной аневризмы с постинъекционным инфильтратом мягких тканей, лимфаденитом, абсцессом или флегмоной. При недостаточно ясной клинической картине, а также для уточнения характера и объема сосудистых повреждений выполняют ангиографию.

Развитие ложной аневризмы влечет за собой возникновение других угрожающих жизни осложнений. К таковым относят нагноение аневризматического мешка и окружающих тканей, нередко приводящее к некрозу и перфорации кожи и эрозивному артериальному кровотечению; тромбоз артерии с возникновением острой артериальной недостаточности, которая при отсутствии или несвоевременности оказания спе-

циализированной хирургической помощи приводит к развитию гангрены конечности, при которой возможна только высокая ампутация или даже экзартикуляция конечности.

Под нашим наблюдением находилось 14 больных (20,3%) с ложными постинъекционными артериальными аневризмами, связанными с введением коаксила. Аневризма в области поверхностной бедренной артерии развилась у шести больных, в области общей бедренной артерии — у трех больных, в области плечевой артерии — у трех больных, в области артерий предплечья — у двух больных. У 12 из этих больных имелось нагноение аневризматического мешка и окружающих тканей с развитием глубокой межмышечной флегмоны. С клиникой эрозивного артериального кровотечения поступили 11 больных (15,9%). У трех больных преобладали признаки острой артериальной недостаточности I—IIIa степени. С неосложненной ложной аневризмой госпитализировано только два пациента. У большинства пациентов отмечалась комбинация гнойно-некротических и ишемических осложнений конечности.

При развитии эрозивного артериального кровотечения больные нуждались в экстренной специализированной хирургической помощи. В остальных случаях оперативные вмешательства выполнялись в срочном или плановом порядке с участием сосудистого и гнойного хирурга. Объем оперативного вмешательства при ложной аневризме зависит от локализации процесса, характера и распространенности поражения артерий, распространенности гнойно-некротического процесса мягких тканей и степени ишемии конечности. В большинстве случаев требовался неординарный подход к осуществлению сосудистой реконструкции, позволяющей сохранить жизнеспособность и функциональную активность конечности. В зависимости от тяжести и патологической анатомии выше указанных изменений выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: перевязка наружной подвздошной или общей бедренной артерии, иссечение аневризмы, экстраанатомическое подвздошно-бедренное шунтирование аутовеной или армированным сосудистым протезом Gore-tex — у семи больных; перевязка плечевой артерии, удаление аневризмы, аутовенозное плечелоктевое шунтирование — у трех больных; перевязка наружной подвздошной артерии — у одной больной; перевязка поверхностной бедренной артерии — у двух больных, перевязка плечевой артерии — у одного больного. У всех больных с нагноением ложной аневризмы и развитием флегмоны проводилась хирургическая обработка гнойно-некротического очага с возможно более полным удалением всех нежизнеспособных тканей.

Рану после операции вели открыто. У пяти больных после разрешения местных воспалительных изменений выполнили кожную пластику местными тканями. У одной больной после перевязки наружной подвздошной артерии по поводу эрозивного кровотечения, сочетающегося с анаэробной флегмоной бедра, сепсисом и ВИЧ-инфекцией пришлось произвести экзартикуляцию конечности в тазобедренном суставе. У одного больного после перевязки бедренной артерии в связи с развитием гангрены конечности произведена ампутация на уровне нижней трети бедра.

У 7 больных (10,1%) при случайном или преднамеренном введении раствора коаксила в крупные артерии верхней или нижней конечности развился острый артериальный тромбоз. У четверых из них произведена тромбэктомия. Остальные пациенты поступили с тяжелыми необратимыми ишемическими изменениями тканей, что впоследствии привело к развитию гангрены верхней или нижней конечности, что потребовало у четверых из них проведения высокой ампутации (рис. 3.1).

К счастью, столь трагичное течение заболевания, заканчивающееся высокой ампутацией или экзартикуляцией конечности, происходит не у всех больных. Основное число пациентов относится к группе больных с микроциркуляторными расстройствами кровообращения, приводящими к локальным гангренозно-ишемическим поражениям в виде поверхностных дерматонекрозов, ишемических язв и "малых" гангреноз фаланг или пальцев. Под нашим наблюдением находилось 29 таких больных (42,0%). Подобные осложнения могут развиваться как после внутривенного, так и после внутриаартериального введения коаксила (тианептина). Механизм развития обратимых микроциркуляторных нарушений до конца не совсем ясен. По всей видимости, высокие токсические дозировки препарата повреждают эндотелий мелких кровеносных сосудов, причем в основном поражаются сосуды, расположенные в коже. Данное повреждение приводит к развитию тромбозов в мелких артериях и венах с последующим развитием зоны кожного некроза той или иной распространенности. Максимально выраженные гангренозно-ишемические изменения обычно возникают в месте введения препарата (рис. 4.1) или в дистальных отделах конечности (пальцы кистей, стоп), что наблюдается чаще (рис. 5.1). Объем и глубина поражения тканей связаны с дозой вводимого препарата и частотой его введения.

Как видно из приведенного выше клинического материала, большинство осложнений после паренте-

рального введения коаксила потенциально опасны не только для здоровья, но и для жизни пациентов. В нашей практике мы столкнулись с двумя (1,4%) случаями, которые завершились летальным исходом. В одном случае мы наблюдали 27-летнего пациента, у которого развился синдром Педжета—Шреттера, тотальная анаэробная флегмона верхней конечности, потребовавшая экзартикуляции конечности в плечевом суставе. В другом случае — 23-летняя пациентка с анаэробной флегмоной бедра и двухсторонней пневмонией. Причиной смерти обоих больных стала полиорганная недостаточность на фоне тяжелого сепсиса.

По нашим данным, парентеральное применение коаксила намного чаще приводит к развитию инвалидирующих осложнений у молодых людей с наркотической зависимостью по сравнению с другими веществами. Об этом свидетельствует ниже приведенная статистика о количестве ампутаций и экзартикуляций конечностей только за последние 2 года:

- ампутация на уровне плеча — 4 (2,7%);
- ампутация на уровне предплечья — 1 (0,7%);
- экзартикуляция в плечевом суставе — 1 (0,7%);
- ампутация на уровне бедра — 4 (2,7%);
- экзартикуляция в тазобедренном суставе — 2 (1,4%);
- ампутация и экзартикуляция пальцев кисти — 12 (8,2%).

В общей сложности высокую ампутацию или экзартикуляцию конечности пришлось произвести 12 (8,2%) из 147 больных, средний возраст которых составил 24,2 года.

Лечение больных с наркотической зависимостью представляет собой значительные трудности для медицинского персонала хирургических стационаров. У данной группы пациентов в значительной степени выражены деградация личности и связанная с нею социальная дезадаптация. Подобные больные отличаются лабильной, неустойчивой психикой, требуют к себе повышенного внимания, не самокритичны, не осознают тяжести своего заболевания и развившихся осложнений, недисциплинированы, имеют очень низкий порог болевой чувствительности, настаивают на частом применении обезболивающих препаратов, в том числе и наркотических анальгетиков.

У больных с длительным стажем употребления наркотических средств четко прослеживается выраженное стремление к прерванной наркотизации. Патологическое влечение к наркотическим веществам, в этом случае к приему коаксила (тианептина), выражено настолько интенсивно, что больные стремятся как можно быстрее закончить стационарное лечение и продолжить инъекционное потребление препарата в высоких дозах. У большинства пациентов серьезные

хирургические осложнения, связанные с использованием коаксила, только на время способны отвлекать их от продолжения прерванной наркотизации. Значительная часть больных, не закончив необходимого курса лечения, отказывается от дальнейшего пребывания в стационаре и под расписку или самовольно покидает его. Дальнейшая судьба таких больных не ясна, однако не вызывает сомнения факт, что основной мотив оставления ими стационара — необходимость беспрепятственного продолжения наркотизации. Нередки случаи, когда пациенты повторно поступают в стационар с тем же или новым осложнением после парентерального введения коаксила (тианептина).

Госпитализация больного с наркотической зависимостью в неспециализированный стационар не позволяет изолировать его от поставщиков препарата (аптечных работников), в связи с чем отмечаются случаи применения наркотиков в стенах клиники. Естественно, что в подобных условиях медицинскому персоналу качественно проконтролировать молодых людей и предотвратить факт немедицинского приема препарата практически невозможно. Так, одна из наших пациенток, находившаяся на лечении с острым илеофemorальным тромбозом и обширной межмышечной флегмоной голени после введения раствора коаксила в глубокую вену бедра, на 11-е сутки нахождения в стационаре самостоятельно ввела себе в подключичный катетер раствор из 30 табл. коаксила. У больной развился коллапс и остановка дыхания. Только срочные реанимационные мероприятия позволили вернуть 27-летнюю пациентку к жизни.

В нашей практике встречались случаи последовательных госпитализаций нескольких больных из одного двора, с одного курса института и даже одного класса со схожими осложнениями после введения коаксила. Данный факт говорит о том, что большинство молодых людей, употребляющих этот медицинский препарат парентерально, хорошо информированы о высокой вероятности развития тяжелых инвалидирующих, иногда фатальных осложнений, тем не менее живой пример друзей, однокурсников или одноклассников не приводит к прекращению приема этого вещества. В большинстве случаев страх развития осложнений уступает навязчивому желанию продолжать наркотизацию. Одним из подобных примеров является следующий случай, который мы наблюдали в своей практике. У 17-летней пациентки нам пришлось произвести ампутацию верхней конечности в средней трети плеча по поводу гангрены кисти и предплечья, развившейся после введения коаксила в артерию плеча. Через 3 месяца к нам поступила еще одна 17-летняя больная, хорошо знавшая о судьбе

своей подруги-одноклассницы, с клиникой сухой гангрены пальцев кисти после введения того же коаксила.

Во всех вышеприведенных случаях речь шла только о поступивших в хирургический стационар. Кроме того, на протяжении последних лет к нам поступают пациенты с осложнениями от парентерального введения коаксила, которые ранее либо не нуждались в стационарном лечении, либо отказывались от госпитализации и предложенной программы лечения. Эта группа состояла из 110 больных, которые поступали в приемное отделение со следующим диагнозом:

- постинъекционный инфильтрат — 23 (20,9%);
- флебит поверхностных вен — 20 (18,2%);
- тромбоз глубоких вен — 3 (2,7%);
- абсцессы и флегмоны — 55 (50,0%);
- острый артериальный тромбоз — 2 (1,8%);
- гангрена пальцев кисти — 5 (4,5%);
- гангрена верхней конечности — 2 (1,8%).

Значительная часть этих больных (38,2%) с флегмонами и абсцессами различной локализации и распространенности прооперирована амбулаторно. Судьба большинства больных, получивших консультативную или амбулаторную хирургическую помощь, нам неизвестна. В случае госпитализации части этих больных статистика по количеству ампутаций конечностей и летальности, вероятно, была бы еще более удручающей, нежели она есть на данный момент.

Заключение

Таким образом, парентеральное применение коаксила (тианептина) с целью достижения состояния наркотического опьянения сопровождается частыми гнойно-некротическими, септическими и сосудистыми осложнениями, которые нередко влекут за собой непоправимые последствия, служат причиной инвалидизации, а иногда и смерти больных.

CONTAMINATED, NECROTIC AND VASCULAR DISORDERS AFTER PARENTERAL INJECTION OF COAXIL (TIANEPTINE) BY DRUG USERS

STUPIN V.A.

M.D., Dr. Med. Sci., Professor, Head, Chair of Hospital Surgery №1, Russian State Medical University, Moscow

ABRAMOV I.S.

M.D., Dr. Med. Sci., Professor, Head, Clinic of surgery, Hospital №15, Moscow

GORYUNOV S.V.

M.D., Cand. Med. Sci., Assistant Professor, Head, Department of contaminated surgery, Hospital №15, Moscow

MAYTESYAN D.A.

M.D., Cand. Med. Sci., Head, Department of vascular surgery, Hospital №15, Moscow

VASILKOV D.V.

M.D., doctor of surgery, Department of contaminated surgery, Hospital №15, Moscow

KAKLYUGIN N.V.

M.D., clin. ord., Department of narcology, Serbsky State Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Last 2 years Moscow surgery service meeting with new problem — treatment of patients with different kinds of hard disorders of blood circulation, which observed on people, used by injection in high doses modern antidepressant "Coaxil" in cases, when it's active substance, tianeptine, were injected in muscular tissue or paravasal area. Pathogenesis of these quickly progressing processes today is unknown. May be it connect with specifically action of tianeptine on blood cells and system of blood circulation, which can start syndrome of hyper coagulation. However, most part of fixed disorders, developing in a group of "Coaxil" (tianeptine) injecting users are dangerous not only for health, but for life. In surgical practice of Moscow hospital №15 were 2 deaths, depends of "Coaxil" (tianeptine) toxically influences, and for these years more than 200 young Moscow citizens come to invalidity.