

Токсическое поражение органа зрения у инъекционных потребителей «Коаксила» (тианептина)

РЯБЦЕВА А.А.

д.м.н., профессор, руководитель офтальмологического отделения ГУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского» (МОНКИ) Министерства здравоохранения Московской области (МЗ МО), главный офтальмолог МЗ МО

БАРДЕЕВА Ю.Н.

м.н.с. офтальмологического отделения МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

В настоящей работе представлены клинические данные по оценке нарушений зрения, связанных с последствиями употребления в высоких дозировках антидепрессанта «Коаксил» (тианептин) в молодежной среде. Результаты обследования органа зрения, включающие показатели зрительных функций, состояние глазного дна, выявили быстрое нарастание сосудистых нарушений с необратимой потерей зрения у лиц, злоупотребляющих препаратом "Коаксил" в виде инъекций.

Введение

Проблема токсического повреждения глаз в настоящее время, к сожалению, является актуальной и характеризуется полиморфизмом проявлений, тяжестью течения заболевания, наличием полиорганных соматических осложнений, отсутствием желаемого положительного результата в результате лечения. Увеличение количества лиц с данной патологией имеет прямую корреляционную зависимость от прогрессирующего роста случаев наркомании и токсикомании в стране, от многообразия химических компонентов, доступных в повседневной жизни, а также от отсутствия соблюдения техники безопасности и санитарно-эпидемиологического контроля на производстве и в быту при изготовлении растворов тех или иных фармацевтических средств.

В современной литературе описаны побочные действия ряда медицинских препаратов, применяемых при лечении различных заболеваний. Особую позицию занимают лекарственные вещества, применяемые с целью психосоматической коррекции.

Как известно, коаксил (тианептин), выпускаемый фирмой «Сервье» (Франция), относится к антидепрессантам нового поколения и обычно назначается внутрь в дозировке 12,5 мг 3 раза в сутки. Препарат выпускается в упаковке по 30 таблеток, до последнего времени продавался без рецепта и был доступным для всех желающих. В терапевтической практике его рекомендуется применять в течение длительного времени. Показания: лечение депрессивных состояний слабой, средней и сильной степени тяжести. Противопоказания: одновременное применение ингибиторов моноаминоксидазы (МАО), детский и подростковый возраст до 15 лет. Отмена препарата произво-

дится постепенно, со снижением дозы в течение 7—14 дней. При этом необходимо отметить, что в инструкции к применению коаксила (тианептина) ни слова не сказано о его способности вызывать привыкание в какой бы то ни было дозировке.

Целью исследования стало изучение последствий немедицинского употребления препарата "Коаксил" на морфофункциональное состояние зрительного анализатора.

Методы исследования и результаты

В офтальмологическом отделении МОНКИ им. М.Ф. Владимирского наблюдались 9 пациентов, страдающих наркоманией в течение нескольких лет. Клиника поражения органа зрения возникла и быстро прогрессировала на фоне инъекционного употребления с целью наркотизации в высоких дозах современного фармацевтического препарата «Коаксил» (тианептин). Жалобы, течение заболевания, изменения на глазном дне, сопутствующая соматическая патология имели у всех пациентов сходный характер и оценивались нами как чрезвычайно тяжелые для всего организма проявления, что послужило основанием для подробного описания этих случаев и публикации их в специализированной литературе, посвященной актуальным вопросам российской наркологии.

Пациенты обращались к нам с жалобами на выраженное снижение зрения в одном глазу в течение последних дней, предшествовавших визиту к офтальмологу. В процессе сбора анамнеза выяснялось, что эти лица страдали наркотической зависимостью от 1,5 до 2,8 года (со слов самих пациентов и их родственников), проходили соответствующее лечение в наркологических стационарах. Прием коаксила (тианептина)

ими путем внутривенных инъекций в дозировках от 30 до 100 шт. в день в среднем был начат за 1,5—3 мес. до выявления снижения зрения. У одного пациента, злоупотребляющего коаксилом в количестве 100 таблеток за один прием, изменения зрения развились довольно быстро — в течение 1,5 мес. уже после первой дозы. У других пациентов, обратившихся за помощью, применение среднесуточной дозировки 30 таблеток приводило к необратимому поражению органа зрения через 3 мес. от начала систематического употребления.

Следует отметить, что действие препарата при его инъекционном введении в таком количестве по степени выраженности наркотического эффекта приравнивалось потребителями к однократной инъекции 0,1 г водного раствора героина, однако продолжительность наркотического эффекта коаксила была несколько короче. При этом простота его приобретения (практически в любом аптечном учреждении без рецепта) и более низкая цена в сравнении с героином являлись факторами, определяющими выбор данного антидепрессанта в качестве оптимального наркотического средства.

При обследовании пациентов нами были выявлены серьезные нарушения в функционировании зрительного анализатора. Поскольку обнаруженные симптомы практически идентичны у всех пациентов, обратившихся к нам за помощью, считаем возможным в данной работе не описывать каждый клинический случай подробно, а остановиться на типичных проявлениях токсического поражения органа зрения данным медицинским препаратом.

Пациент М., 1973 года рождения (г.р.), стаж употребления наркотических средств (со слов ро-

дственников) 1,5—2 года. Прошел курс лечения в одном из наркологических стационаров г.Москвы. Предъявляет жалобы на резкое снижение зрения в обоих глазах, невозможность чтения.

Из анамнеза: применял коаксил внутривенно в течение 1,5 мес. После очередной инъекции внезапно ухудшилось самочувствие: появились затрудненное дыхание, нарушение сердечного ритма, тремор рук, спутанность сознания. Был вынужден обратиться к специалисту-наркологу, который направил его на стационарное лечение. В условиях стационара проводилась дезинтоксикационная терапия с коррекцией соматического статуса. На 5—6-й день пребывания в наркологическом учреждении отметил снижение зрения сначала на один, а в течение следующих суток и на второй глаз. Осмотрен окулистом в стационаре, с диагнозом *двусторонний тромбоз центральной вены сетчатки (ЦВС)*, направлен для оказания специализированной помощи в офтальмологическое отделение МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (рис. 1, 2).

Пациент В., 1978 г.р., страдает наркотической зависимостью (со слов родственников) около двух лет. В связи с этим неоднократно проходил лечение в наркологических клиниках. Вводит инъекционным путем коаксил около 3 мес. Снижение зрения на одном глазу произошло очень быстро, в течение одного дня. Через 5—6 дней почувствовал ухудшение зрения и на левом глазу, после чего сразу же обратился в одну из московских клиник, где был поставлен диагноз *тромбоз центральной артерии сетчатки (ЦАС) правого глаза* (рис. 3, 4). После этого был направлен на лечение по месту жительства.

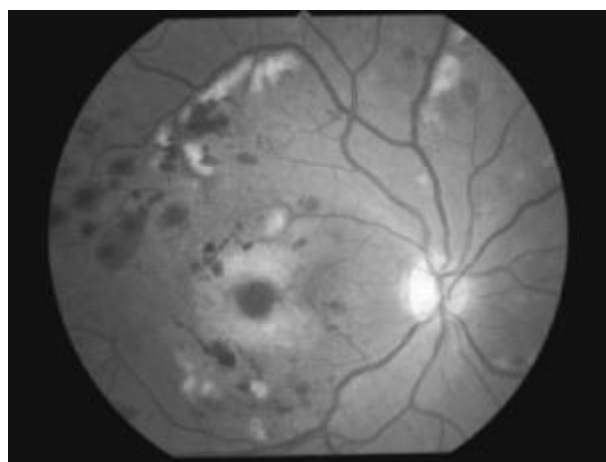


Рис. 1. Глазное дно пациента М., правый глаз:
VIS OD — 0,2 н/к; ВГД OD — 19 мм рт. ст. (по Маклакову)

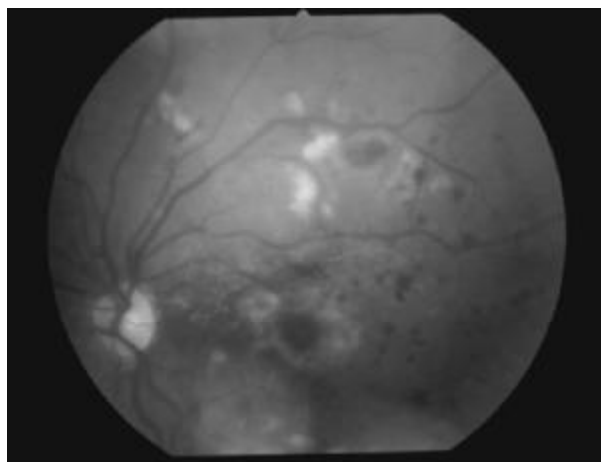


Рис. 2. Глазное дно пациента М., левый глаз:
VIS OS — 0,1 н/к; ВГД OS — 19 мм рт. ст. (по Маклакову)

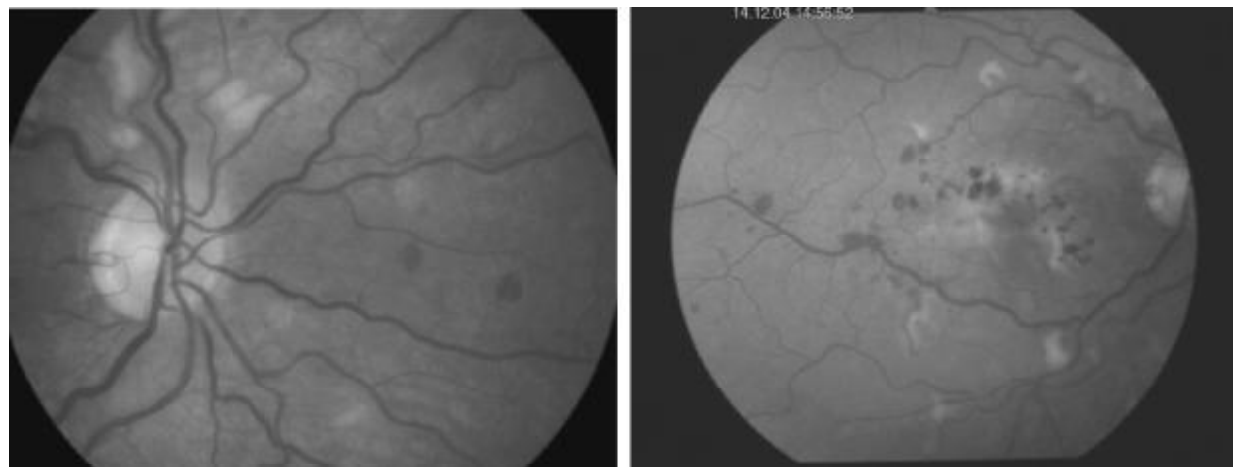


Рис. 3. Глазное дно пациента В., правый глаз: VIS OD — 0,08 н/к; ВГД OD — 16 мм рт. ст. (по Маклакову)

Результаты обследования двух пациентов были схожими, с разницей в том, что у пациента В. изменения на момент осмотра в правом глазу не затронули фовеальный отдел сетчатки. В поле зрения определялось множество относительных и абсолютных скотом, с преобладанием первых при первичном обращении и с тенденцией к концентрическому сужению спустя 1—2 мес. При биомикроскопии эпibuльбарной конъюнктивы наблюдалось некоторое расширение вен, неравномерность кровотока с тенденцией к внутрисосудистому стазу — так называемый «сладж»-синдром. Оптические среды без изменений.

Основные патологические изменения на глазном дне:

1) диск зрительного нерва (ДЗН) — отмечалась легкая деколорация в начале и выраженная через 1—2 мес.;

2) вены сетчатки резко расширены, петлеобразно извиты, темного цвета, по ходу вен множественные плазмо- и геморрагии, особенно в местах артериовенозных перекрестов;

3) артерии сужены, особенно концевые капилляры, стенки их утолщены, прослеживаются «муфты»;

4) сетчатка с элементами отека, картиной микро-тромбозов венозного и артериального русла, множественными интратретиальными геморрагиями по всему глазному дну при максимальных проявлениях в макулярной и парамаккулярной зонах. Локализация изменений в парамаккулярной зоне объясняла относительно высокое зрение в остром периоде и его снижение по мере развития фиброзных изменений, несмотря на обширный комплекс проводимых лечебных мероприятий.

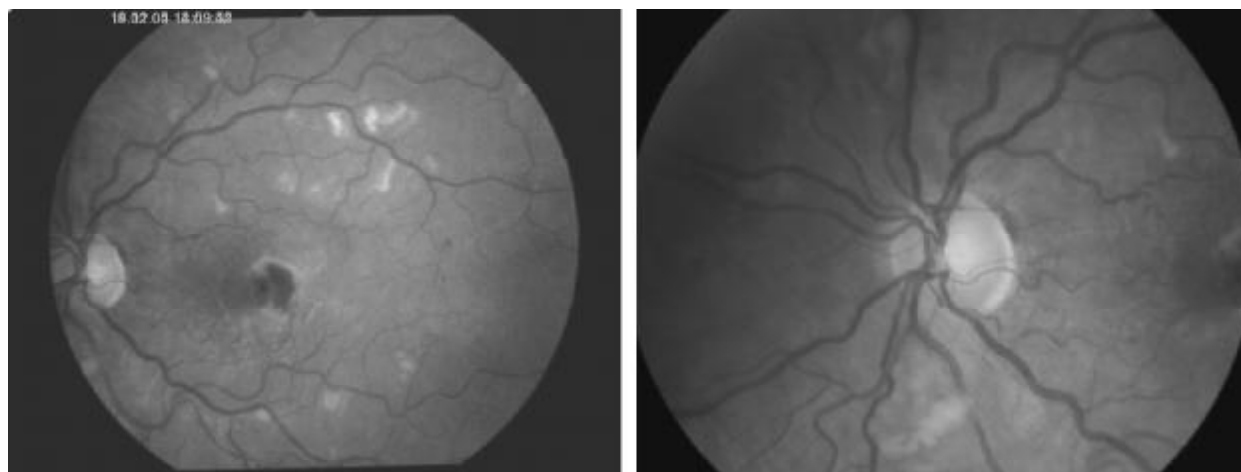


Рис. 4. Глазное дно пациента В., левый глаз: VIS OS — 0,7 н/к; ВГД OS — 17 мм рт. ст. (по Маклакову)

Электрофизиологические исследования (ЭФИ) определили выраженное снижение электрической чувствительности (высокий порог) и лабильности (снижение показателя) зрительного нерва, что свидетельствует о резко выраженном снижении возбудимости и проводимости зрительного нерва (ЗН).

	Пациент М.	Пациент В.
OD (левый глаз)	186 мкА / 27 Гц	330 мкА / 27 Гц
OS (правый глаз)	185 мкА / 29 Гц	145 мкА / 26 Гц

При оценке психосоматического статуса установлено, что больные находились в состоянии возбуждения с характерными изменениями личности. На момент обращения в нашу клинику у них регулярно наблюдались аритмии, незначительные колебания артериального давления, головные боли.

Пациентам проводилась активная комплексная терапия по следующей схеме:

1) дезинтоксикационное воздействие с применением плазмафереза (гемосорбции);

2) сосудистое лечение с коррекцией реологических свойств крови (внутривенно гемодез 400,0 мл; реополиглюкин 400,0 мл, трентал внутривенно 5,0 мл, аскорбиновая кислота внутримышечно 5,0 мл, мильгамма 2,0 мл и др.);

3) местное противовоспалительное, противоотечное лечение (ретробульбарно дексазон 0,5 мл с гепарином 0,1 мл, эмоксипин 1%-ный 0,5 мл, контрикал 0,3 мл);

4) антигистаминные препараты: внутримышечно супрастин 2,0 мл.

Несмотря на проведение мощного дезинтоксикационного воздействия с применением плазмафереза, сосудистую терапию с коррекцией реологических свойств крови, местное противовоспалительное и противоотечное лечение, достичь положительного результата, к сожалению, не удалось, что указывало на развитие необратимых изменений с потерей зрения.

Более того, по мере стихания острого процесса повреждения сетчатки и зрительного нерва при токсическом воздействии, с одной стороны, и действием сосудистого фактора с развитием микротромбозов в венозном и артериальном русле на фоне гиперагрегации, с другой, мы наблюдали прогрессирование атрофии ЗН и развитие необратимых фиброзных изменений сетчатки.

Необходимо отметить, что проведение лечения осложнялось особенностями поведения больных. Изначально ими скрывались данные наркоанамнеза и намеренно занижали сроки инъекционного употребления коаксила (тианептина). Поведение больных оценивалось нами как тревожно-мнительное с

истерическим компонентом. В частности, для них было характерно требование «вернуть зрение», в случае неудачи некоторые из них угрожали завершить жизнь суицидом. Например, пациент М. от госпитализации отказался, на парабульбарные и другие инъекции реагировал негативно, курс дезинтоксикации прошел в наркологической клинике, где квалифицированная офтальмологическая помощь была ограничена. Пациент В., несмотря на предупреждения, во время лечения в нашем отделении продолжал внутривенно употреблять коаксил, что стало причиной его досрочной выписки из стационара. К сожалению, по описанным выше причинам мы не можем предоставить научному сообществу полную картину изменений органа зрения у этих больных в динамике.

Однако двое других пациентов с подобной проблемой обратились в нашу клинику через 5—6 мес. от начала систематического внутривенного употребления коаксила и спустя 2—3 мес. от начала снижения зрения. Данный препарат употреблялся ими ежедневно в среднесуточной дозе от 60 до 100 таблеток до появления жалоб на снижение зрения. Перед обращением в офтальмологическое отделение МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского симптоматическое лечение проводилось по месту жительства совместно с токсикологами.

У пациента О., 1981 г.р., при обращении:

- VIS OD (правый глаз) — неправильная светопроекция; ВГД 31 мм рт. ст. по Маклакову;

- VIS OS (левый глаз) — правильная светопроекция; ВГД 29 мм рт. ст. по Маклакову.

При осмотре отмечены наличие рубцеоза радужки и угла передней камеры, с развитием тотального гемофтальма (наличие крови в стекловидном теле, сетчатке и др.) в обоих глазах. Этому пациенту была проведена трансклиарная витрэктомия с одномоментной антиглаукоматозным компонентом на лучшем глазу без положительного эффекта.

У пациента С., 1976 г.р., при обращении:

- VIS OD — 0,2 н/к; ВГД 19 мм рт. ст. по Маклакову;

- VIS OS — 0,08 н/к; ВГД 19 мм рт. ст. по Маклакову.

В поле зрения выявлялись секторальные выпадения, с преобладанием абсолютных скотом (необратимых выпадений поля зрения). Передний отрезок не изменен, при гониоскопии новообразованных сосудов не выявлено, среды прозрачны.

На глазном дне наряду с множественными геморрагиями, отеком макулы были выявлены значитель-

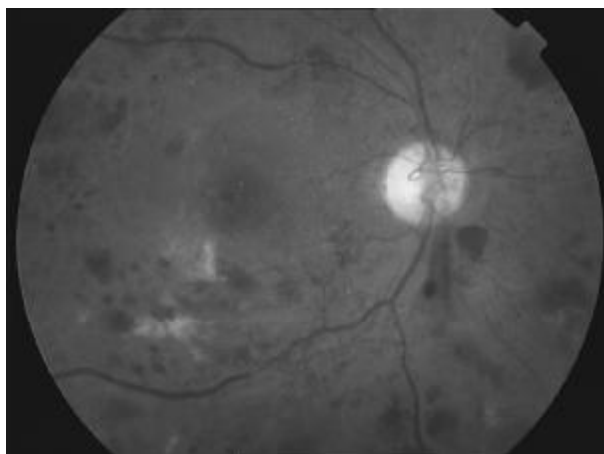


Рис. 5. Глазное дно пациента С., правый глаз

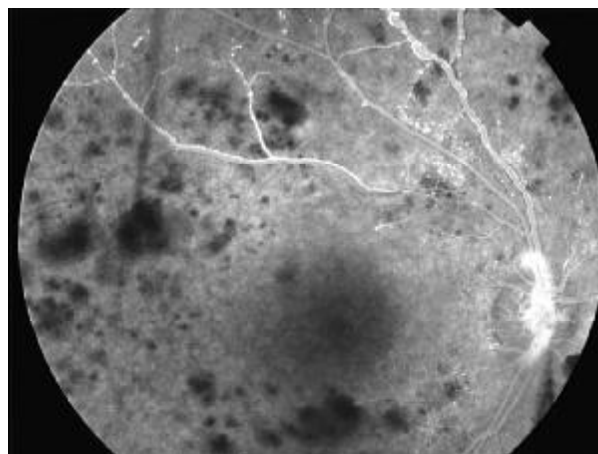


Рис. 6. Глазное дно пациента С., правый глаз, флюоресцентная ангиография

ная деколорация ДЗН с развитием выраженной неоваскуляризации, т.е. с появлением многочисленных новообразованных функционально неполноценных сосудов. Обращали на себя внимание нарушения проходимости как мелких, так и магистральных сосудов сетчатки, явления венозного стаза, что подтверждалось данными флюоресцентной ангиографии, где было выявлено значительное замедление и нарушение кровотока в сосудистой оболочке и сосудах сетчатки, обширные неперфузируемые зоны, развитие неоваскуляризации с экстравазальным (внесосудистым) выходом флюоресцеина (рис. 5—10). Это явилось показанием к выполнению панретиальной лазерной коагуляции.

Таким образом, нами в клинической практике выявлены многочисленные случаи токсического воздействия на орган зрения препарата коаксил

(тианептин) у лиц, злоупотребляющих в прошлом наркотическими средствами, так называемыми уличными опиатами, и впоследствии перешедших на инъекционное потребление в высоких дозировках этого изначально позиционируемого в качестве эффективного антидепрессанта лекарственного средства. Тяжесть поражения органа зрения, легкая доступность препарата, неоднократные обращения пациентов с типичными изменениями на глазном дне и характерным течением болезни позволяют предположить вероятность появления аналогичных случаев в клинической практике врачей различной специализации и в других регионах страны. В связи с этим мы посчитали целесообразным поделиться своими наблюдениями, принимая во внимание актуальность проблемы нарко- и токсикомании во всем мире.

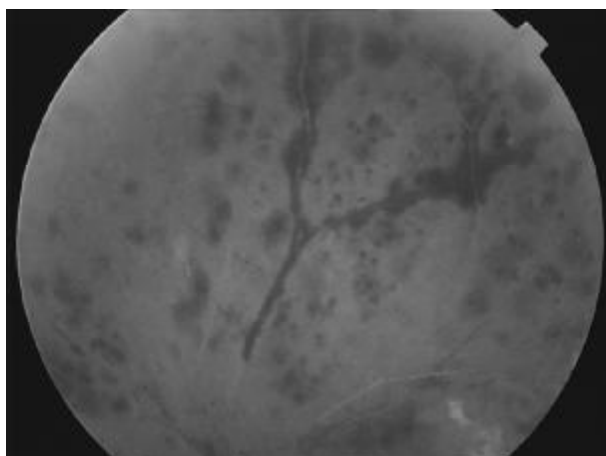


Рис. 7. Глазное дно пациента С., левый глаз

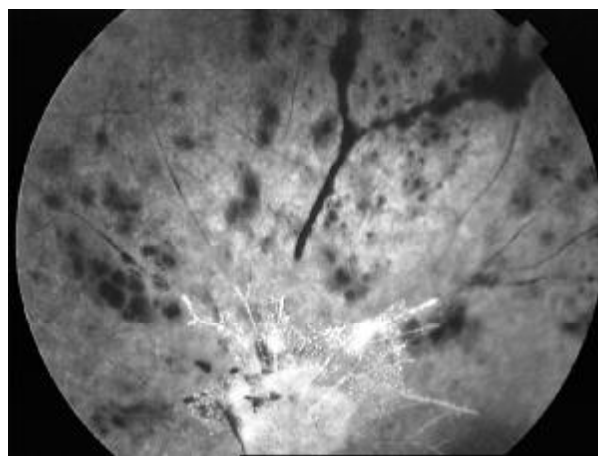


Рис. 8. Глазное дно пациента С., левый глаз

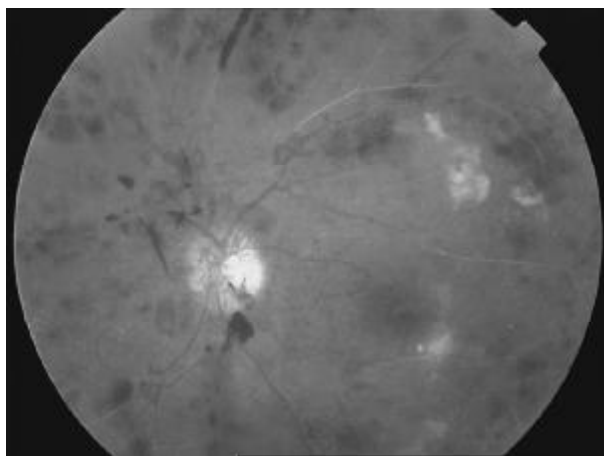


Рис. 9. Глазное дно пациента С., левый глаз

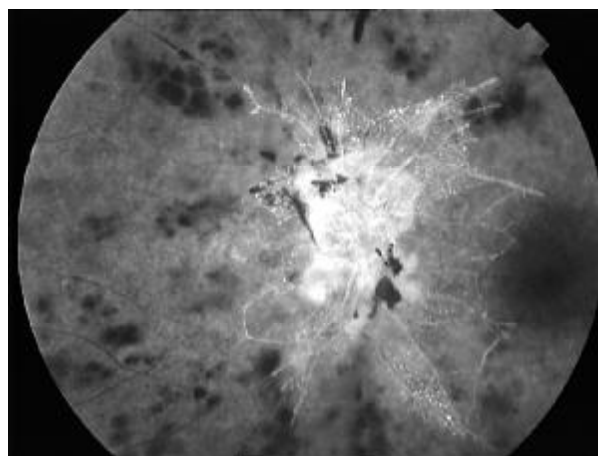


Рис. 10. Глазное дно пациента С., левый глаз

Заключение

Подводя итог по данному материалу, необходимо еще раз отметить, что поражение органа зрения при инъекционном употреблении коаксила (тианептина), особенно в больших дозах, неизбежно ведет к необратимым изменениям. К сожалению, пришедшие к нам за помощью пациенты сделали это слишком поздно — зрение было безвозвратно потеряно. В итоге современные молодые люди, в большинстве случаев интеллектуально сохранные, начитанные, работоспособные, в достаточной степени владеющие освоенными специальностями, компьютерной грамотностью, становились абсолютно беспомощными и неприспособленными к новому вынужденному «слепому» образу жизни. Некоторые раскаивались, чувствуя заботу близких людей и вину перед ними. Готовы были за любые деньги прибегнуть к помощи самых последних, самых современных медицинских технологий. Но, к сожалению, на сегодняшний день даже весь арсенал медикаментозных средств и медицинских технологий не позволяет вернуть зрение при столь тяжелых последствиях от приема этого медицинского препарата. Значительного улучшения не могут дать ни

лекарственная терапия, ни даже современное микрохирургическое оперативное вмешательство с использованием современных технологий (лазеры, витреальная хирургия и пр.).

По нашему мнению, последствия для организма потребителя, вызванные немедицинским использованием коаксила (тианептина), требуют срочного принятия со стороны соответствующих надзорных государственных органов и служб определенных мер, способных резко ограничить возможность свободной продажи этого лекарственного средства, часто используемого не по назначению. До настоящего времени, несмотря на то, что данный медицинский препарат Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации в феврале 2007 г. внесен в Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, его по-прежнему можно приобрести в Москве и Подмосковье без предъявления соответствующего рецептурного бланка. И новые пациенты, приходящие в офтальмологические, хирургические и наркологические стационары, тому свидетельство.