

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Турчина М.С.

Медицинский институт Орловского государственного университета,
Орловская областная клиническая больница, г. Орел

УДК: 616-089.004.12-06:616-248

Резюме

Большая частота осложнений во время хирургического лечения пациентов с сопутствующей бронхиальной астмой обусловлена системным характером воспалительной реакции организма. При выполнении оперативного вмешательства больным, страдающим бронхиальной астмой, необходима специальная предоперационная подготовка и противоаллергическое сопровождение в течение всего периода их хирургического лечения.

Ключевые слова: хирургическая патология, аллергия, бронхиальная астма.

Бронхиальная астма является глобальной медико-социальной проблемой современности, значение которой, безусловно, будет возрастать в последующие годы [1, 13]. Только за последнее десятилетие произошло удвоение заболеваемости бронхиальной астмой [6, 13].

Несмотря на доступность эффективных средств и разработанных рекомендаций по диагностике и лечению бронхиальной астмы, немногим более 20% пациентов получают регулярную противовоспалительную терапию, и только у 5% больных достигнут контроль заболевания, соответствующий критериям GINA [6].

Постоянное применение системных препаратов глюкокортикостероидов – наименее желательный вариант терапии астмы в связи с высоким риском развития серьезных хирургических осложнений: язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, катаракты, остеопороза с патологическими переломами. Через 1–2 года такого лечения побочные эффекты по ущербу здоровью больного зачастую превосходят само заболевание [9, 11].

В случаях сочетания у больного хирургической патологии и бронхиальной астмы дополнительными факторами, негативно влияющими на реактивность иммунной системы у пациентов, становятся: очаги хронического воспаления, сопутствующие тяжелые состояния в до- и послеоперационном периоде, паранеопластические процессы при доброкачественных и злокачественных новообразованиях, травмы разных локализаций, операционная травма, воздействие местной и общей анестезии и т.д. [8, 14].

Неразработанность многих вопросов диагностической и лечебной тактики приводит к тому, что операции у таких больных выполняются, как правило, только по жизненным показаниям, что сопровождается высоким уровнем осложнений и летальности. Индекс причин поступления в отделения интенсивной терапии и реани-

мации у больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, является одним из самых высоких и составляет 2,1, что втрое превышает таковой при желудочно-кишечных кровотечениях [4].

В послеоперационном периоде может наступить ухудшение в течении бронхиальной астмы, однако до сих пор не ясно, является ли это следствием неправильной подготовки данной группы больных к операции, дефектом в технике самой операции и ведении послеоперационного периода или же естественным ходом развития болезни, на который не повлияло или недостаточно повлияло своевременно выполненное хирургическое вмешательство [2].

Проведен анализ результатов оказания специализированной помощи 57 больным хирургического профиля с сопутствующей бронхиальной астмой за двухлетний период. Контрольную группу составили 68 пациентов с аналогичной хирургической патологией, не страдающих астмой. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение в отделениях областной клинической больницы.

Среди наблюдаемых пациентов 12 чел. страдали атопической астмой, 22 чел. – смешанной, 23 чел. – эндогенной астмой. Пациенты с легкой формой астмы составили 12% (7 чел.), со среднетяжелой – 65% (37 чел.), с тяжелой – 23% (13 чел.). Гормонозависимая астма верифицирована у 12 пациентов – 21%.

Структура хирургической патологии у исследуемых контингентов больных существенно не отличалась (табл. 1), соответственно, идентичными были принципы оказания им хирургической помощи.

Выявлено, что в процессе хирургического лечения у больных астмой осложнения развивались в 6 раз чаще, чем у пациентов контрольной группы (табл. 2)

Обострения астмы, других сопутствующих заболеваний, аллергические реакции отмечались в 80% на-

Табл. 1. Перечень основной патологии у наблюдаемых контингентов больных

Вид хирургической патологии	Количество оперированных больных (%)	
	основной группы (n = 57)	контрольной группы (n = 68)
Хирургические заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства	19 (33)	22 (32)
Заболевания сосудов	12 (21)	14 (21)
Травмы, ожоги	4 (7)	3 (5)
ЛОР-заболевания	11 (19)	13 (19)
Челюстно-лицевая патология	3 (5)	5 (7)
Онкозаболевания	5 (9)	7 (10)
Прочие заболевания	3 (5)	4 (6)

Табл. 2. Характер осложнений, развившихся у наблюдаемых больных в период их хирургического лечения

Вид осложнения	Количество осложнений (%), развившихся у больных	
	основной группы (n = 57)	контрольной группы (n = 68)
Обострение астмы	18 (31,6)	–
Обострение других хронических заболеваний	8 (14)	3 (4,4)
Аллергические реакции	14 (25)	3 (4,4)
Острый приступ бронхоспазма	7 (12)	–
Аспирационный пневмонит	5 (9)	–
Пневмония	8 (14)	2 (3)
Плеврит	3 (5)	2 (3)
Тромбэмболия легочной артерии	1 (1,8)	–
Острый инфаркт миокарда	2 (3,5)	1 (1,5)
Кровотечения (желудочно-кишечные)	4 (7)	1 (1,5)
Нагноение раны	6 (11)	2 (3)
Экссудация, вялое заживление ран	11 (19)	1 (1,5)
Другие осложнения	5 (9)	3 (4,5)
Всего осложнений	92 (160)	18 (27)
Без осложнений	12 (21)	59 (87)

блюдений в послеоперационном периоде и нередко были связаны с назначением нестероидных противовоспалительных средств, особенно в случае наличия аспириновой астмы у больного.

Необходимо отметить, что острый приступ бронхоспазма, вопреки бытующему мнению, редко отмечался у пациентов в период проведения им общей анестезии (2 наблюдения), а более часто (5 наблюдений) возникал в раннем послеоперационном периоде как результат неадекватной предоперационной подготовки больных с тяжелой астмой к операции.

В свою очередь, аспирационный пневмонит во всех случаях возникал как следствие аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути во время вводного наркоза у больных с гормонозависимой астмой. Причем,

конкретной отметки в медицинской документации о факте случившейся аспирации не было ни в одном случае. Диагноз устанавливали постфактум по результатам бронхоскопии и клиническим данным.

Причина аспирации становится понятной, если учесть тот факт, что при бронхиальной астме гастроэзофагеальный рефлюкс встречается примерно в 3 раза чаще, чем в общей популяции больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [12, 15, 16]. В основе возникновения гастроэзофагеального рефлюкса у больных астмой часто лежат грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, а также расслабление нижнего пищеводного сфинктера вследствие использования теофиллина и пероральных β2-агонистов [12].

Анализ показал, что зондирования желудка с аспирацией содержимого перед операцией у таких пациентов, несмотря на высокий риск развития синдрома Мендельсона, не было ни в одном случае.

Большая частота желудочно-кишечных кровотечений у больных бронхиальной астмой также закономерна, так как тяжелая астма часто сочетается с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, нередко приобретающей осложненное течение [5, 10]. Это может быть обусловлено системным характером воспалительного процесса у больных астмой, у которых аллергическое воспаление способствует манифестации патологии желудочно-кишечного тракта [5, 8, 10].

Большая частота раневых осложнений у больных бронхиальной астмой в послеоперационном периоде, очевидно, также связана с системным характером воспалительной реакции организма у этой категории пациентов, что необходимо учитывать при выполнении им хирургических вмешательств.

Взаимоотягочение имеющихся заболеваний у больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, приводит к развитию осложнений, ухудшению результатов лечения пациентов (табл. 3)

Табл. 3. Сравнительные результаты лечения больных хирургического профиля с сопутствующей бронхиальной астмой и без нее

Сравниваемые показатели лечения	Значение показателей с учетом особенностей лечения больных	
	с сопутствующей бронхиальной астмой	не страдающих бронхиальной астмой
Длительность предоперационного периода (сутки)	2,7	1,4
Изменение срока выполнения оперативного вмешательства (число случаев)	1	–
Потребность в интенсивной терапии (число случаев)	29	7
Средняя длительность проведения интенсивного лечения (сутки)	3,8	2,3
Средние сроки лечения (койко-дни)	17,2	13,6

Анализ причин, приведших к развитию осложнений, показал, что в основе их лежит невыполнение основных принципов оказания медицинской помощи больным, страдающим бронхиальной астмой (табл. 4)

Таким образом, проблема оптимального лечения больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, остается актуальной. При ее решении необходимо учитывать многие факторы, один из которых – причина развития заболевания. Аллергическая патология – это болезнь всего организма, при котором бронхиальная астма является проявлением избирательного поражения верхних дыхательных путей [7].

Согласно рекомендациям авторов [3] все больные этой категории до операции должны пройти тщательное обследование. Если имеются признаки обострения бронхиальной астмы, обязательным является подготовка больного в условиях пульмонологического отделения.

При выполнении оперативного вмешательства больным хирургического профиля, страдающим бронхиальной астмой, необходима не только специальная предоперационная подготовка, но и противоаллергическое сопровождение в течение всего периода их хирургического лечения.

Литература:

1. Демко И.В., Гордеева Н.В., Петрова М.М., Артюхов И.П. Бронхиальная астма в Красноярске: использование различных методов для оценки уровня контроля // Пульмонология. – 2007. – №2. – С. 68–73.
2. Заболотный Д.И. Лечение больных аллергическим ринитом, полипозным риносинуситом, ассоциированными с бронхиальной астмой // Укр. пульмонолог. журн. – 2000. – №2, дополнение. – С. 43–46.
3. Козак М.В., Мочалова Н.Н., Фернандо Д.Р. и др. Особенности подготовки к операциям на верхних дыхательных путях больных с сопутствующей бронхиальной астмой // Аллергология и иммунология. – 2007. – Т 8, №1. – С. 67.
4. Малышев В.Д., Веденина И.В., Омаров Х.Т. и др. Интенсивная терапия / Под ред. проф. В.Д. Малышева. – М.: Медицина, 2002. – 584 с.
5. Немцов В.И., Александрова Р.А., Магидов М.Я. и др. Особенности бронхиальной астмы у больных с патологией гастродуоденальной зоны // Аллергология. – 2002. – №4. – С. 18–21.
6. Огородова Л.М., Петровский Ф.И. Выбор оптимальной фармакотерапии астмы // Аллергология. – 2005. – №4. – С. 3–8.
7. Пискунов Г.З., Шишова А.А. Хирургическое лечение полипозного полисинусита у больных бронхиальной астмой и аспириновой триадой // Аллергология. – 2003. – №5. – С. 44–47.
8. Плешко Р.И., Огородова Л.М., Суходоло И.В., Геренг Е.А. Тяжелая бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс: морфофункциональные аспекты сопряженности // Пульмонология. – 2006. – №1. – С. 60–63.
9. Фассахов Р.С., Решетников И.Д. Стероидзависимая бронхиальная астма: причины стероидзависимости, рекомендации по снижению дозы системных глюкокортикоидов. – Казань, 2005. – 32 с.
10. Чернявская Г.М., Плешко Р.И., Белобородова Э.И. и др. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при бронхиальной астме (клинические и патоморфологические аспекты) // Тер. Архив. – 2004. – Т. 76, №1. – С. 58–62.

Табл. 4. Дефекты оказания медицинской помощи больным хирургического профиля, страдающим бронхиальной астмой, в период их хирургического лечения

Вид дефекта	Число допущенных дефектов	
	до операции	в послеоперационном периоде
Отсутствие базисной терапии астмы	13	22
Отсутствие специальной премедикации и подготовки при хирургических вмешательствах	42	–
Отсутствие специальной премедикации при проведении диагностических исследований	37	23
Отсутствие исследования функции внешнего дыхания	39	42
Неадекватная или несвоевременная симптоматическая терапия осложнений астмы	14	17
Без дефектов	7	4

11. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит // М.: Атмосфера, – 2002. – 254 с.
12. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия и лечения бронхиальной астмы. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. – 104 с., ил.
13. Хаитов Р.М. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы /

Контактная информация

Морозов Юрий Михайлович – Заместитель руководителя Департамента – начальник управления здравоохранения Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области, доктор медицинских наук

302028, Орел, ул. Ленина, 23

Тел. 8-905-167-50-62

e-mail: morozov-orel@mail.ru