

Т. И. Оболенская, К. Н. Мовчан¹, Ю. М. Морозов, М. С. Турчина

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОЧЕТАННЫХ С АЛЛЕРГИЕЙ

Медицинский институт ГОУ ВПО «Орловский государственный университет»

¹ ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава»

По данным Всемирной организации здравоохранения почти в 40% случаев среди населения развитых стран выявляются скрытая или явная формы аллергии, при этом наблюдается тенденция к утяжелению аллергических реакций различного генеза [1–3]. Согласно научному прогнозу, ожидается дальнейший рост числа аллергических заболеваний, т. е. речь уже может идти о неинфекционной пандемии [4–6].

В клинической практике отмечается гиподиагностика аллергических заболеваний как медицинскими работниками первого контакта, так и специалистами стационарных медицинских учреждений, а также неадекватный выбор тактики оказания медицинской помощи больным, что приводит к серьезным осложнениям и формированию резистентных к лечению форм аллергических состояний [2, 7, 8].

Несмотря на серьезные успехи в фармакотерапии аллергических заболеваний, она в ряде случаев не позволяет ни добиться выздоровления, ни предупредить переход заболевания в более тяжелые клинические формы при прекращении лекарственного лечения [9, 10].

При сочетании у больных повышенной реактивности организма и хирургической патологии течение аллергического заболевания утяжеляется [4, 11–13]. В этих случаях факторами, влияющими на реактивность иммунной системы у пациентов, являются: наличие очагов хронического воспаления и сопутствующих тяжелых состояний, паранеопластические процессы при доброкачественных и злокачественных новообразованиях; травмы разных локализаций; операционная травма; воздействие местной и общей анестезии и т. д. [4, 14].

Выбор тактики лечения хирургического заболевания у больного, страдающего аллергией, представляет для врачей сложную проблему. Немедленные генерализованные реакции, развивающиеся в пред- и послеоперационном периоде, отличаются высокой частотой (1:5000–1:15000) и 4–6% летальностью [15].

Опасность развития осложнений вследствие обострения аллергического заболевания вынуждают врачей избегать каких-либо оперативных вмешательств у больных с сочетанной хирургической и аллергологической патологией [14]. В результате хирургические вмешательства у больных этой категории выполняются чаще всего по экстренным показаниям, что способствует развитию осложнений и создает угрозу жизни пациента [16].

В настоящее время не существует четко разработанных рекомендаций, касающихся предоперационной подготовки, проведения оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода у больных хирургической патологией при неблагоприятном аллергологическом статусе [12]. Отсутствие четко обозначенных целей терапии у таких больных в до- и послеоперационном периоде приводит к назначению неадекватного ле-

чения и, как следствие, к недостаточному эффекту, что порождает низкие ожидания и отсутствие заинтересованности врачей в достижении лучших результатов [17].

Материалы и методы. С целью изучения клинических особенностей проявлений гиперреактивности проведен сравнительный анализ клинической картины у 364 пациентов хирургического профиля (127 мужчин и 237 женщин), имеющих аллергические проявления, с группой из 802 больных аллергией (314 мужчин и 488 женщин), не имеющих хирургической патологии. Все больные проходили стационарное лечение по поводу основной патологии в специализированных отделениях областной клинической больницы с 2005 по 2008 гг.

У 174 из 364 больных хирургического профиля с сопутствующими аллергическими заболеваниями исследовали показатели иммунного статуса. Для сравнения данных была выбрана контрольная группа (195 чел.) аналогичного контингента больных с хирургическими заболеваниями, у которых аллергических состояний не было.

Всем больным проводилось комплексное клиническое обследование по общепринятым методикам. При оценке аллергических проявлений у пациентов руководствовались «Медицинскими стандартами (протоколами) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы» [1]. Иммунный статус оценивали на основании показателей, характеризующих клеточный, гуморальный звенья иммунитета и неспецифическую резистентность организма.

Структура больных с гиперреактивностью организма, проходивших лечение в областной клинической больнице с 2005 по 2008 гг., с учетом их возраста, отражена в табл. 1.

Таблица 1. Структура больных аллергией, проходивших лечение в областной клинической больнице с учетом их возраста

Возраст	Число больных (%)	
	хирургического профиля, страдающих аллергией	аллергией, не имеющих хирургической патологии
До 20 лет	27 (7,4)	106 (13,2)
21–30 лет	63 (17,3)	54 (6,7)
31–40 лет	30 (8,2)	73 (9,1)
41–50 лет	62 (17)	127 (15,8)
51–60 лет	96 (26,4)	238 (29,7)
Старше 60 лет	86 (23,6)	204 (25,4)
Всего	364 (100)	802 (100)

Анализируя данные таблицы можно отметить, что с возрастом частота аллергических проявлений возрастает, что, по-видимому, обусловлено наличием сопутствующей терапевтической патологии, приводящей к нарушениям в иммунной системе организма.

С учетом сопутствующей аллергологической патологии больных хирургического профиля можно было распределить на несколько групп:

- пациенты, нуждающиеся в хирургических пособиях, имеющие сопутствующие аллергические болезни хронического течения (бронхиальная астма, сезонный и круглогодичный аллергический ринит, атопический дерматит, хроническая крапивница) — 167 чел. (45,9%);
- больные с обострением хронических аллергических заболеваний, перенесшие хирургические вмешательства — 62 чел. (17%);
- пациенты с острыми аллергическими реакциями на медикаменты в процессе предоперационного обследования и лечения — 16 чел. (4,4%);

— пациенты с острыми аллергическими реакциями на медикаменты и материалы медицинского назначения, перенесшие оперативные вмешательства — 119 чел. (32,7%);

Все больные находились под наблюдением не только хирурга, но и аллерголога. Характер выявленной аллергологической патологии у исследуемого контингента больных представлен в табл. 2.

Таблица 2. Распределение больных с заболеваниями хирургического профиля с учетом характера сопутствующих аллергических состояний

Аллергологические состояния	Число больных (%)
Бронхиальная астма	63 (17,3)
Аллергический ринит и конъюнктивит	23 (6,4)
Атопический дерматит	33 (9)
Хроническая крапивница	110(30,1)
Острая крапивница	33(9)
Отек Квинке	21(5,8)
Распространенный аллергический дерматит	21(5,8)
Контактный дерматит	16 (4,4)
Токсидермия	28 (7,7)
Анафилактический шок	9 (2,5)
Сывороточная болезнь	7(1,9)
Всего:	364 (100)

В 112 случаях констатировано сочетание нескольких аллергических нозологий. Во внимание принималась ведущая клиническая форма.

Результаты и их обсуждение. Данные о частоте проявлений аллергии с учетом характера и тяжести реакции гиперчувствительности среди пациентов представлены в табл. 3.

Представленные в табл. 3 данные свидетельствуют том, что среди хронических форм болезней аллергической природы у пациентов с хирургическим заболеванием хроническая крапивница и рецидивирующий отек Квинке встречаются почти в два раза чаще. Большой удельный вес среди хронической аллергологической патологии составляет бронхиальная астма (17,3%), среди которой в большинстве случаев (75%) преобладают средние и тяжелые формы заболевания.

В структуре острой аллергической патологии у больных хирургического профиля, по сравнению с контрольной группой в 9 раз чаще развиваются токсические дерматиты, а также более тяжелые и осложненные формы аллергических реакций: синдромы Стивенса—Джонсона — в 3,3% случаев, Лайелла — в 1,6% случаев, анафилактический шок — в 2,6% случаев, сывороточная болезнь — в 2% случаев.

Исследование показателей иммунного статуса у больных патологией хирургического профиля, сочетанной с заболеваниями аллергологического профиля, позволяет считать, что в этих случаях выявляются существенные сдвиги в иммунном статусе (табл. 4).

Прежде всего, это выражается в увеличении содержания Т и В лимфоцитов, субпопуляции Т-хелперов и снижении цитотоксических Т-лимфоцитов с соответствующим увеличением ИРИ (CD4/CD8). В группе исследования очевидно повышенное содержание натуральных киллеров в сравнении с контрольным контингентом обследованных пациентов. В гуморальном звене иммунитета у больных контрольной группы происходят изменения, приводящие к увеличению содержания иммуноглобулинов классов Е и G выше нормы и увеличению количества циркулирующих иммунных комплексов. В

Таблица 3. Распределение проявлений аллергических заболеваний с учетом характера и тяжести патологического процесса

Характер патологии	Частота встречаемости патологии у больных	
	основной группы (364–100%)	контрольной группы (802 чел. — 100%)
I. Хронические аллергические заболевания	229 (62,9%)	473 (59%)
Бронхиальная астма:	63 (17,3%)	166 (20,7%)
— легкое течение	16 (4,5%)	61 (7,6%)
— течение средней тяжести	21 (5,8%)	49 (6,1%)
— тяжелое течение	26 (7,1%)	56 (7%)
Аллергический ринит и конъюнктивит:	23 (6,4%)	79 (9,9%)
— легкое течение	5 (1,3%)	17 (2,2%)
— течение средней тяжести	9 (2,6%)	50 (6,2%)
— тяжелое течение	9 (2,6%)	12 (1,5%)
Атопический дерматит:	33 (9%)	86 (10,7%)
— легкое течение (очаговая форма)	9 (2,6%)	32 (4%)
— тяжелое течение (осложненная, распространенная форма)	24 (6,6%)	54 (6,7%)
Хроническая крапивница и рецидивирующий отек Квинке	110 (30,1%)	142 (17,7%)
II. Острые аллергические заболевания	135 (37,1%)	329 (41%)
Острая крапивница	33 (9%)	132 (16,5%)
Отек Квинке	21 (5,8%)	73 (9,1%)
Аллергический дерматит	21 (5,8%)	68 (8,5%)
Контактный дерматит	16 (4,4)	4 (0,5)
Токсидермия:	28 (7,7%)	37 (4,6%)
— токсическая небуллезная эритема	3 (0,8%)	20 (2,5%)
— многоформная буллезная эритема (без поражения слизистых)	7 (1,9%)	9 (1,1%)
— синдром Стивенса—Джонсона	12 (3,3%)	5 (0,6%)
— синдром Лайелла	6 (1,6%)	3 (0,4%)
Анафилактический шок:	9 (2,6%)	11 (1,4%)
— легкой степени	2 (0,6%)	2 (0,2%)
— средней степени тяжести	5 (1,4%)	7 (0,9%)
— тяжелой степени	2 (0,6%)	2 (0,2%)
Сывороточная болезнь	7 (2%)	4 (0,5%)

Таблица 4. Показатели иммунного статуса у хирургических больных при наличии и отсутствии у них сопутствующей аллергологической патологии

Показатели иммунного статуса	Средние значения показателей в группах больных	
	основной n = 174 чел.	контрольной n = 195 чел.
Т-лимфоциты (%)	69,7±4,6	58,4±3,8
В-лимфоциты (%)	36,4±2,9	20,1±7,6
Тл CD4 (%)	48,5±9,1	37,3±6,7
Тл CD8 (%)	16,7±2,1	18,3±3,4
Тл CD16 (%)	13,2±4,5	9,6±3,2
ИРИ (CD4/CD8) (ед.)	2,9±0,7	2,1±0,6
Ig A (мг/дл)	74,7±9,2	198,0±16,4
Ig M (мг/дл)	86,3±6,4	156,4±6,8
Ig G (мг/дл)	1712,8±18,1	1036,4±14,3
Ig E общ. (МЕ/мл)	335,5±38,3	95,5±16,0
ЦИК (ус. Ед.)	142,4±12,8	126,0±13,5
Фагоцитарная активность нейтрофилов (%)	58,2±2,3	74,1±6,7

группе исследования, в сравнении с контрольной группой, констатировано умеренное снижение уровней иммуноглобулинов А и М. У больных патологией хирургического профиля, сочетанной с сопутствующими аллергическими заболеваниями, отмечается заметное снижение показателей активности фагоцитоза.

Изменения иммунного статуса у пациентов с сочетанием аллергологической и хирургической патологией, вероятно, свидетельствуют о наличии у них синдрома вторичного индуцированного иммунодефицита, обусловленного повышенной стимуляцией эффекторного звена, что приводит к дисбалансу составляющих иммунитета, аутоиммунному повреждению и снижению неспецифических факторов защиты. Наличие аллергопатологии у больных заболеваниями хирургического профиля существенно усложняет возможности лечения таких пациентов. Повышенная реактивность организма и аллергическое воспаление, приводящие к повреждению собственной ткани, нарушают репаративные процессы в организме больных людей, способствуют развитию осложнений за счет снижения неспецифической защиты, ограничивают выбор диагностических и лечебных мероприятий. В этих условиях целесообразен комплексный подход к лечению больных заболеваниями хирургического профиля, сочетанными с аллергопатологией, с участием и тесным взаимодействием в решении подобных задач разных специалистов — хирургов, аллергологов, терапевтов.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что аллергические состояния часто обостряются на фоне заболеваний хирургического профиля и оперативных вмешательств, а пациенты с аллергией имеют значительный риск развития послеоперационных осложнений.

Специалистами хирургического профиля не всегда оценивается роль аллергии как одной из причин развития синдрома вторичного иммунодефицита, что может способствовать принятию неэффективных тактических решений.

В процессе оказания медицинской помощи пациентам с хирургической патологией последние испытывают значительную медикаментозную нагрузку препаратами, обладающими высокими антигенными свойствами и повышенной гистаминолиберацией: антибиотики, антисептики, нестероидные противовоспалительные средства, анестетики, рентгенконтрастные вещества, препараты крови и кровезаменители, материалы из латекса, резины и др., которые могут быть причиной развития тяжелых аллергических реакций.

Среди острых аллергических заболеваний у хирургических больных наиболее частыми являются токсический дерматит (4,4% случаев), токсидермия (7,7% случаев), анафилактический шок (2,6% случаев), сывороточная болезнь (2% случаев).

Наибольшую сложность в плане ведения больных с хронической аллергопатологией представляют пациенты с бронхиальной астмой.

При наличии аллергических состояний целесообразна дополнительная подготовка пациентов к хирургическим вмешательствам и противоаллергическое сопровождение в течение всего периода их хирургического лечения.

Литература

1. Хаитов Р. М. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы. Изд. 2-е (доп. и переработанное). М., 2001. 118 с.
2. Верткин А., Дадькина А., Лукашов М., Гамбаров Р. Острые аллергические заболевания (диагностика, лечение, типичные ошибки) // Врач. 2007. № 2. С. 66–70.

3. Дрынов Г. И., Ульянова Н. Ф., Тювина Н. А. Аллергия — спутник современной цивилизации? // Мед. помощь. 2008. № 1. С. 11–14.
4. Федоскова Т. Г., Ильина Н. И. Аллергические заболевания в клинической практике // Русский мед. журнал. 2005. Т. 13, № 15. С. 1022–1029.
5. Хаитов Р. М., Ильина Н. И. Аллергические болезни в России на рубеже веков. Оценка ситуации в XXI веке // Вестн. С.-Петерб. гос. мед. академии им. И. И. Мечникова. 2005. № 1. С. 170–176.
6. Чучалин А. Г., Цой А. Н., Архипов В. В., Гаврилина Е. А. Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования качества медицинской помощи больным бронхиальной астмой // Пульмонология. 2006. № 6. С. 94–102.
7. Бримкулов Н. Н., Винников Д. В., Рыжкова Е. В. Ведение больных астмой на первичном уровне здравоохранения: влияние образовательной программы для врачей // Пульмонология. 2007. № 5. С. 24–28.
8. Bousquet J., Neukirch F., Bousquet P. J. et al. Severity and impairment of allergic rhinitis in patients consulting in primary care // J. Allergy. Clin. Immunol. 2006. Vol. 117 P. 158–162.
9. Сагадаева Е. М., Лапик С. В. Роль медицинских сестер в реализации комплексной программы профилактики и реабилитации аллергических заболеваний // Главная медицинская сестра. 2006. № 2. С. 35–58.
10. Федосеев Г. Б., Баранов В. С., Лаврова О. В. и др. Первые итоги и перспективы донозологической диагностики и первичной профилактики бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний // Новые СПб врачебные ведомости. 2007. № 2(40). С. 54–60.
11. 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.
12. Черняк Б. А., Воржсева И. И. Полипозный риносинусит и бронхиальная астма: взаимосвязь и лечение // Леч. врач. 2008. № 4. С. 10–14.
13. Magnan A., Romanet S., Vervloet D. Rhinitis, nasosinusal poliposis and asthma: clinical aspects // The Nose and Lung Diseases / Ed. by B. Wallaert, P. Chanez, P. Godard. Eur. Resp. Monograph. 2001. P. 101–115.
14. Овчинников А. Ю., Панякина М. А. О возможности и целесообразности беспункционного лечения больных острым гнойным гайморитом, протекающим на фоне бронхиальной астмы // Consilium medicum. 2007. Т. 9, № 10. С. 43–45.
15. Паттерсон Р., Грэммер Л. К., Гринбергер П. А. Аллергические болезни: диагностика и лечение / Пер. с англ.; Под ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина (гл. ред.), чл.-кор. РАМН И. С. Гущина (отв. ред.), Э. Г. Улумбекова (отв. ред.), Р. С. Фассахова (отв. ред.). М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 768 с.
16. Пилецкий А. М., Бобров О. Е., Грешило П. В. и др. Принципы базисного лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни на фоне бронхиальной астмы // Вісник морської медицини. 2001. № 2 (14). С. 31–34.
17. Огородова Л. М., Петровский Ф. И. Выбор оптимальной фармакотерапии астмы // Аллергология. 2005. № 4. С. 3–8.

Статья поступила в редакцию 22 января 2010 г.