

Были определены характер и частота выявляемости эндоскопических симптомов при различных, в том числе относительно редких, заболеваниях.

Диагностические ошибки при лапароскопии были допущены в 2,8%. В ряде случаев они имели решающее значение в выборе лечебной тактики, сроков хирургического вмешательства и отразились на результатах лечения, в других — не повлияли на выбор метода и объема лечения.

У 7 больных при лапароскопии имела место гипердиагностика различных острых заболеваний живота, повлекшая за собой выполнение неоправданных оперативных вмешательств.

Осложнения возникли в 2,4%. Возникновение осложнений было связано с развитием инфекции в области раневого канала, нарушением техники проведения исследования и наличием заболеваний, повышающих риск возникновения осложнений.

Таким образом, несмотря на ошибки в лапароскопической диагностики и осложнения, связанные с проведением исследования, лапароскопия является эффективным и относительно безопас-

ным методом диагностики и лечения острых заболеваний органов брюшной полости.

Нами разработаны алгоритмы применения диагностической, лечебной и динамической лапароскопии при обследовании и лечении больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и ранними послеоперационными осложнениями.

При неотложной лапароскопии у 12,5% больных были исключены острые хирургические заболевания органов брюшной полости. У 48,8% больных со стертой, нетипичной клинической картиной, направленных на исследование с подозрением на различные острые процессы в животе, только благодаря лапароскопическому исследованию был установлен правильный диагноз и определена рациональная лечебная тактика.

Общая летальность при остром панкреатите снизилась с 11,3 до 5,1%. Послеоперационная летальность при остром холецистите снизилась с 6,3 до 3,5%, при механической желтухе — с 20,2 до 12,5%. Процент оперированных больных острым панкреатитом снизился с 17,3 до 6,8%.

© СИЗЫХ Т.П., НИКОЛАЕВА С.С. —
УДК 616-056.3:616.5

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ И ОТЕКА КВИНКЕ

Т.П. Сизых, С.С. Николаева.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Крапивница характеризуется высыпаниями островоспалительных бесполостных элементов — волдырей разной формы, величины и окраски (от бледной до темно-коричневой). Уртикарные высыпания в ряде случаев сопровождаются зудом разной степени интенсивности.

В основе крапивницы лежит острый, ограниченный отек сосочкового слоя дермы и расширение капилляров. Отеки Квинке и крапивница имеют общие механизмы развития и различаются лишь глубиной отека. При ангионевротическом отеке он распространяется на более глубокие слои дермы (А.Д. Адо, 1983).

Особенностью крапивницы и отеков Квинке является их быстрое развитие и столь же быстрое самостоятельное исчезновение (от нескольких минут до нескольких часов) или после назначения адекватной терапии.

В формировании аллергодерматозов вообще и крапивницы в частности могут принимать участие как истинные аллергические реакции (ИАР), так и псевдоаллергические реакции (ПАР). Крапивницы, протекающие по механизмам истинных аллергических реакций, обусловлены участием в их развитии специфических аллергических антител (АТ) или сенсibilизированных лимфоцитов (Н.М. Беренская, Л.П. Бобкова, И.А. Петровская, С.И. Ялгут, 1986).

Свое название псевдоаллергические реакции, или ложная аллергия, получили в связи с тем, что нередко четкая связь развития крапивницы с воздействием внешнего причинного фактора, а также клинические симптомы делают их очень похожими на истинную аллергию, но отличаются от последней механизмами развития (В.И. Пыцкий с соавт., 2000).

Одним из важнейших механизмов псевдоаллергических реакций при крапивницах является неспецифическая либерация медиаторов, и в первую очередь гистамина, из клеток-мишеней аллергии (тучные клетки, базофилы), а в последующем лейкотриенов, простагландинов (эозинофилы, нейтрофилы, тромбоциты). Однако до сего времени не ясны механизмы альтернативной не иммунной либерации этих биологически активных веществ инъецирующих псевдоаллергическое воспаление в тканях кожи и слизистых, в частности при крапивнице и отеках Квинке.

Принципиальной и важнейшей особенностью механизма развития псевдоаллергических реакций является отсутствие иммунологической стадии, т.е. они протекают без участия аллергических антител. Псевдоаллергические реакции имеют только две стадии: патохимическую и патофизиологическую.

Критерии участия истинных аллергических реакций в механизме крапивницы являются общими для всех аллергических заболеваний и включают следующие признаки: наличие специфических аллергических АТ в сыворотке, положительные с аллергенами кожные тесты и провокационные тесты, а также положительный аллергологический, фармакологический, пищевой анамнез и наличие четкого эффекта элиминации.

Одинаковые симптомы при истинной и псевдоаллергических реакциях обусловлены участием одних и тех же медиаторов. В отличие от истинной при псевдоаллергической реакции высвобождении медиаторов происходит неспецифическим путем. При этом повышение уровня биологически активных веществ в крови связано не только с его избыточным неспецифическим высвобождением из тучных клеток, базофилов, эозинофилов и др., но и с нарушением процессов его инактивации в печени и других органах пищеварения (Т.П. Сизых, 1981; В.И. Пыцкий, С.В. Смирнова, Т.П. Сизых, 1993).

Нами в стационаре было обследовано 29 больных с хронической рецидивирующей крапивницей и отеком Квинке. Из 29 больных только у 4 была установлена истинная аллергическая природа заболевания. Это были случаи, где как по анамнезу, так и по данным аллергологического обследования прослеживалась четкая связь появления высыпаний с употреблением пищевых продуктов, таких как рыба (2 чел.), яйцо (1), клубника (1). Эпизоды крапивницы наблюдались при нарушении диеты, употреблении блюд, содержащих виновные пищевые аллергены. При голодании и соблюдении элиминационной диеты высыпаний крапивницы не наблюдалось. У этой группы больных заболеваний печени выявлено не было. Все эти случаи имели острое течение, исчезали элементы в первые сутки элиминации (полном голодании) и свежих высыпаний не наблюдалось. Однако при провокационном тесте с аллергеном — продуктом или погрешностей в диете наблюдались краткотечные эпизоды крапивницы.

У остальных 25 больных крапивница носила хронический упорно рецидивирующий характер. Кожные элементы были синюшно багрового цвета, неправильной формы, значительных размеров, нередко сливного характера, сопровождающиеся жжением или зудом. Зуд, как правило, был и вне рецидива крапивницы, т.е. носил самостоятельный характер.

На фоне голодания — как элиминационного теста, наблюдалось постоянно непрерывное появление свежих элементов сыпи, усиление или появление желтушности кожных покровов и склер.

Отмечено увеличение размеров печени после голодания у 24% больных.

Изменились также биохимические печеночные показатели после голодания по сравнению с их исходными значениями. Концентрация билирубина достоверно повысилась до $17,3 \pm 1,63$ ммоль/л, при исходной $14,06 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). У 1/3 больных отмечено повышение уровня аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ) и щелочной фосфатазы в 2-5 раз от их исходного значения.

Ультразвуковое и радионуклидное исследование печени показали серьезные нарушения поглочительно-выделительной функции печени и структурные изменения органа. У 6 больных хронической рецидивирующей крапивницей обнаружена глистная инвазия.

Кожные и провокационные аллергологические тесты с бытовыми, пыльцевыми и пищевыми аллергенами у этой группы больных были отрицательными.

Продолжительное лечение антигистаминными препаратами, мембраностабилизаторами и даже глюкокортикоидами не давали стабильной ремиссии не только в отдаленные, а и ближайшие сроки. Лечение же заболеваний печени и ЖКТ приводило к исчезновению признаков крапивницы, либо к значительному улучшению течения заболевания.

Таким образом, при заболевании печени и других органов пищеварения, вероятно, снижается активность метаболизма в печени, гистамина и других медиаторов воспаления, что способствует их накоплению и длительной циркуляции в крови, как и других агрессивных метаболитов обмена веществ, дегрануляцией депо-клеток (тучные, эозинофилы и др.), высвобождению новых порций биологически активных веществ и замыканию порочного круга, так как сами гепатоциты оказываются в агрессивной метаболической среде. А это еще более усугубляет ее биотрансформационную функцию и снижает ее клиренс и формируется метаболический синдром со значительным нарушением гомеостаза, проявлением которого являются синдромы: артериальная гипотония, астено-вегетативный, желудочно-кишечной диспепсии, клеточно-печеночная недостаточность, холестатический и цитолитический и псевдоаллергической крапивницы. Последняя отличается упорным рецидивирующим течением и торпидностью к обычным методам лечения заболеваний кожи. Крапивница псевдоаллергическая есть проявление реакции саморегуляции (feed-bac) организма, попытка к самоочищению организма от метаболитов нарушенного гомеостаза через кожные покровы и слизистые.