

ПРОБЛЕМА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ХИРУРГИИ

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

Медицинский институт ГОУ ВПО «Орловский государственный университет», г. Орел;
ОГУЗ «Орловская областная клиническая больница»

УДК: 612.017.3:616-089

Резюме

Анафилактический шок у больных хирургического профиля в основном развивается вследствие парентерального введения препаратов, среди которых лидируют нестероидные противовоспалительные средства и представляет серьезные трудности для диагностики. Основная причина развития анафилактического шока – назначение медикаментов с высокими аллергизирующими свойствами при наличии отягощенного аллергологического анамнеза, а также возможности развития перекрестных аллергических реакций у пациента. Ошибками терапии анафилактического шока на практике являются: отказ от назначения или позднее введение адреналина, необоснованное сокращение сроков проведения стероидной терапии после купирования основных гемодинамических нарушений при тяжелом течении патологического процесса.

Ключевые слова: хирургическая патология, аллергия, анафилактический шок.

ANAPHYLACTIC SHOCK ISSUE IN SURGERY

Obolenskaya T.I., Morozov Yu.M., Turchina M.S.

As a rule, anaphylactic shock of surgical patients happens as a result of parenteral medication injection, among which non-steroid anti-inflammatory drugs are the most wide-spread, and it causes significant difficulties for diagnostics. The main reason for anaphylactic shock is prescription of medicine with high-allergenic properties to a patient with an aggravated allergic anamnesis; also a patient can produce cross allergic reactions. In fact there are common mistakes of therapeutic treatment of anaphylactic shock: adrenalin prescription disapproval or late adrenalin injection, unreasonable reduction (abortion) of steroid therapy period after stopping main hemodynamic disorders in case of a complicated pathologic process.

Keywords: surgical pathology, allergy, anaphylactic shock.

Практически каждый четвертый житель планеты страдает той или иной патологией аллергической природы. Уровень распространенности аллергических заболеваний в России составляет от 13,9 до 35% [1, 3, 10].

Острые и хронические аллергические заболевания, лекарственная непереносимость становятся «камнем преткновения» для многих специалистов как терапевтического, так и хирургического профиля [4, 7].

Наличие хирургической патологии, оперативное вмешательство могут способствовать как ухудшению течения сопутствующего аллергического заболевания, так и быть причиной его возникновения [9].

У больных, госпитализированных для хирургического лечения, по данным статистики в 15–30% случаев развиваются побочные реакции на лекарства, которые могут заканчиваться летальным исходом [2, 5]. Лекарственные осложнения вследствие ошибок врачей клинически проявляются аллергическими реакциями, включающими анафилактические шоки, синдромы Стивенса-Джонсона и Лайелла, отеки Квинке, бронхоспазмы и различные виды сыпи в 10–22% случаев [2, 4].

Наиболее часто острую аллергическую реакцию у послеоперационных больных вызывают антибиотики (левомицетин, пенициллин, цефалоспорины) и нестероидные противовоспалительные средства, причем значимость первых в развитии острых аллергических реакций за 5-летний период снизилась с 33 до 29%, а вторых – возросла с 21,3 до 29% [4, 8].

Важный фактор риска псевдоаллергических реакций у хирургических больных – наличие аллергии на лекарственные средства в анамнезе. Серьезную клиническую

проблему представляют перекрестные аллергические реакции у пациентов на медикаменты, имеющие общие антигенные детерминанты [2, 4, 6].

Проведен анализ аллергических реакций у 252 больных, проходивших лечение в хирургических отделениях многопрофильного стационара на 700 хирургических коек за трехлетний период. Во всех случаях в связи с выраженностью аллергических симптомов потребовалось участие специалиста аллерголога для уточнения диагноза и коррекции лечения.

Структура аллергических проявлений у наблюдаемых пациентов представлена в таблице 1.

Как показала практика, анафилактический шок был наиболее сложной патологией для диагностики и лечения среди всех аллергических реакций, развившихся у больных в период их лечения по поводу хирургической патологии. Лекарственный анафилактический шок, наблюдавшийся в 23 случаях (у 6 мужчин и 17 женщин), был причиной летального исхода у 5 больных. Все случаи смерти от анафилактического шока подтверждены данными аутопсии, причем в 2 из них имелось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Лекарственный анафилактический шок чаще встречался у больных с гнойными заболеваниями брюшной полости и забрюшинного пространства (табл. 2), что было обусловлено, очевидно, большим объемом введения этим пациентам различных медикаментов.

До операции анафилактический шок развивался у 11 больных, у 3 – во время ее выполнения, у 9 – в послеоперационном периоде.

Табл. 1. Аллергические состояния, развившиеся у больных хирургического профиля, в период их стационарного лечения по поводу основной патологии

Аллергические состояния	Число больных (%)
Обострение бронхиальной астмы	25 (9,9)
Обострение атопического дерматита	6 (2,4)
Обострение хронической крапивницы	15 (6)
Острая крапивница	73 (29)
Отек Квинке	26 (10,3)
Распространенный аллергический дерматит	25 (9,9)
Контактный дерматит	19 (7,5)
Токсидермии	31 (12,3)
Анафилактический шок	23 (9,1)
Сывороточная болезнь	9 (3,6)
Всего:	252 (100)

Табл. 2. Частота развития анафилактического шока с учетом

Вид хирургической патологии	Число случаев развития анафилактического шока (%)
Гнойные заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства	11 (47,8)
Травмы, ожоги	5 (21,7)
Заболевания сосудов	4 (17,5)
Челюстно-лицевая патология	2 (8,7)
ЛОП-заболевания	1 (4,3)
Всего	23 (100)

Во всех случаях шок был следствием парентерального введения препаратов: у 13 больных – при инъекциях обезболивающих препаратов (анальгин, трамадол, кеторол), у 4 – при введении антибактериальных средств (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины), у 3 – при проведении местной анестезии (новокаин, маркаин), у 1 – при введении дротаверина, у 1 – актовегина.

Указания на лекарственную аллергию в анамнезе отмечены у 19 пациентов. У 10 больных имелись аллергические заболевания: бронхиальная астма, поллиноз, атопический дерматит.

Учитывая особенность профиля патологии, реакция на латекс, как возможная причина развития анафилактического шока, ни в одном случае не была подтверждена.

Таким образом, наиболее частой причиной шока у хирургических больных было введение нестероидных противовоспалительных средств (вопреки сложившемуся мнению среди врачей о том, что анафилактические реакции чаще являются следствием введения антибактериальных препаратов).

Необходимо отметить, что у трех больных анафилактический шок был вызван введением препаратов без учета возможных перекрестных аллергических реакций на медикаменты: при введении больному цефазолина при наличии у него аллергии на пенициллин, кеторола – при

Табл. 3. Выраженность проявлений анафилактического шока у пациентов

Тяжесть анафилактического шока	Число случаев (%)
II степень	6 (26,1)
III степень	10 (43,5)
IV степень	7 (30,4)
Всего	23 (100)

неблагополучном анамнезе на анальгин, эуфилина – при имеющейся аллергии на супрастин.

Тяжесть патологических проявлений у наблюдаемого контингента больных показана в таблице 3.

В таблице не представлены случаи легкого течения анафилактического шока ввиду отсутствия их регистрации лечащими врачами. Гемодинамические нарушения при I степени тяжести шока из-за их незначительной выраженности, обратимости за счет компенсаторных возможностей организма, оставались либо незамеченными на фоне основной хирургической патологии, либо интерпретировались как закономерное проявление хирургического заболевания или его осложнений. Только последующее появление других аллергических симптомов и более подробный расспрос пациента о случаях предшествующих реакций на медикаменты позволяли предположить истинную причину их возникновения.

Основными клиническими особенностями течения анафилактического шока были:

- быстрота развития патологического процесса у всех пациентов;
- выраженность гемодинамических нарушений: нитевидный пульс или его отсутствие на периферических сосудах (в 17 случаях), падение артериального давления ниже 60 мм рт. ст., невозможность определения диастолического давления (в 13 случаях), развитие терминального состояния (в 4 случаях);
- угнетение дыхания при отсутствии признаков асфиксии (в 20 случаях);
- нарушение сознания – в 21 случае;
- бледность кожных покровов (в 14 случаях), акроцианоз (в 9 случаях).

У 6 больных течение шока было доброкачественным: отмечалось падение давления в течение 30 мин до 70/40 мм рт. ст., потеря сознания в течение 2–3 минут, с последующим восстановлением его на фоне лечения, бледность кожи (у 1 больного акроцианоз), крапивница в момент шока, которая в последующем не рецидивировала. Нарушения дыхания не было. У 1 больного отмечался диффузный цианоз на фоне бледности вследствие бронхоспазма, клинически проявившегося свистящим дыханием. У 2 пациентов изначально развившаяся эритема сменилась бледностью кожи.

Молниеносное развитие процесса отмечалось у 17 больных: в течение 1–2 минут после введения препарата нарастала бледность кожи, акроцианоз, наступала потеря сознания, нарушались дыхание и кровообращение. У 5

умерших больных и у 2 больных в терминальном состоянии отмечались судороги. Последующая кратковременная крапивница или эритема развилась у 6 больных. Абдоминальные симптомы: рвота, боли в животе, диарея отмечались у 4 пациентов.

У 3 пациентов анафилактический шок развился во время выполнения им оперативного вмешательства под общим обезболиванием. Основными проявлениями шока были: выраженное падение артериального давления без видимой причины, невозможность стабилизации гемодинамики увеличением объема, скорости инфузионной терапии и введением сосудосуживающих средств, отсутствие пульса на периферических сосудах, бледность кожи, выраженная кровоточивость тканей вследствие массивного выброса эндогенного гепарина.

В 7 случаях ухудшение состояния больного отмечено врачом, в 16 – средним медицинским персоналом. Во всех случаях в противошоковых мероприятиях участвовал реаниматолог.

При первичном осмотре анафилактический шок был диагностирован лишь у 8 больных, имевших кожные проявления аллергической реакции в виде эритемы и крапивницы. Остальным больным поставлены ошибочные диагнозы: тромбэмболия легочной артерии – в 1 случае, инсульт – в 3, кардиогенный шок – в 5, острая кровопотеря – в 6.

Ошибки диагностики привели к нарушению принципов терапии анафилактического шока: препаратом выбора в 4 случаях был мезатон, в 12 – глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон), в 7 – допамин. У 2/3 больных препараты вводились внутривенно. Осуществить инфузионную терапию, несмотря на падение гемодинамики, удалось в 21 случае. Однако, внутривенное ведение растворов, сосудосуживающих средств у подавляющего большинства не приводило к быстрой стабилизации артериального давления и восстановлению сознания.

Положительный эффект отмечался лишь после введения адреналина. Этот препарат в дозе 0,3–0,5 мл в течение 2–5 мин от начала развития шока был введен 5 больным, с опозданием (через 20–40 мин) – 12 больным, 6-и из них благодаря участию аллерголога. Подкожно адреналин вводился в 8 случаях, в 4 – внутримышечно, в 5 – внутривенно.

У 4 чел. с доброкачественным течением шока развитие патологического процесса удалось купировать преднизолоном, допамином, и инфузионной терапией.

Среди умерших было 2 чел., которым адреналин не вводили.

Улучшение гемодинамики и восстановление сознания после введения адреналина наступило у 10 больных, 9 пациентам ввиду отсутствия явного клинического эффекта потребовалось повторное введение адреналина через 3–5 мин в дозе 0,3–0,5 мл (в 4 случаях подкожно, в 5 – внутривенно). Выбор разовой дозы препарата от 0,3 до 0,5 мл определялся массой тела пациента.

Таким образом, способ введения адреналина существенного значения для купирования патологического процесса не имел.

Для проведения интенсивной терапии 21 чел. переведены в отделение реанимации (2 чел. умерли в отделении). Проведение искусственной вентиляции легких потребовалось 7 пациентам. Больным III-IV степенью шока осуществлялось дополнительное капельное введение адреналина в течение нескольких часов. Всем больным в процессе лечения назначались глюкокортикостероиды.

Четырем больным в течение 10–14 дней осуществлялась инфузия допамина в связи с сохраняющейся гипотонией, что было обусловлено, очевидно, надпочечниковой недостаточностью. Способствовала длительной гипотонии, как потом выяснилось, ранняя отмена глюкокортикоидов. Окончательно стабилизировать гемодинамику удалось лишь длительным введением стероидов в средних терапевтических дозах. У остальных больных сроки лечения в отделении реанимации составили от 1 до 7 суток в зависимости от тяжести шока.

В связи с развившимся анафилактическим шоком операция отменена у 7 больных, у 4 отсрочена. Переведены на долечивание в отделение аллергологии 9 чел.

Таким образом, анафилактический шок в 9,1% случаев является проявлением тяжелой аллергической реакции у больных хирургического профиля и представляет серьезные трудности для диагностики. Шок развивается вследствие парентерального введения препаратов, среди которых лидируют нестероидные противовоспалительные препараты. Основная причина развития анафилактического шока – назначение медикаментов с высокими алергизирующими свойствами, без учета отягощенного аллергологического анамнеза, а также возможности развития перекрестных аллергических реакций у пациента.

Ошибками терапии анафилактического шока на практике являются: отказ от назначения или позднее введение адреналина, сокращение сроков проведения стероидной терапии после купирования основных гемодинамических нарушений при тяжелом течении патологического процесса.

Литература

1. Антонов Н.С. Эпидемиология бронхолегочных заболеваний в России // Пульмонология. – 2006. – №4. – С. 83–88.
2. Батулин В.А., Грудина Е.В., Колодийчук Е.В., Малащенко Т.Е. Лекарственная аллергия (диагностика и интерпретация результатов). – Ставрополь. Изд.: Ст ГМА, 2007. – 21 с.
3. Верткин А., Дадкина А., Лукашов М., Гамбаров Р. Острые аллергические заболевания (диагностика, лечение, типичные ошибки) // Врач. – 2007. – №2. – С. 66–70.
4. Верткин А.Л. Эффективность неотложной терапии острой лекарственной аллергии на догоспитальном этапе и в стационаре // Леч. врач. – 2008. – №4. – С. 51–56.
5. Зимушко Е.И., Белозеров Е.С. Медикаментозные осложнения. – СПб: Питер, 2001. – 448 с.
6. Намазова Л.С., Мациевич М., Верткин А.Л. Лекарственная аллергия: причины, вызовы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе // Леч. врач. – 2003. – №3. – С. 57–60.

7. Перепелятник А. Своевременная диагностика аллергии – залог успешного лечения // Поликлиника. – 2008. – №6. – С. 22.
8. Решетникова И.Д., Фассахов Р.С., Низамов И.Г. и др. Острые аллергические реакции и срочная медицинская помощь // Аллергология. – 2000. – №4. – С. 3–6.
9. Федоскова Т.Г., Ильина Н.И. Аллергические заболевания в клинической практике // Русский мед. журнал. – 2005. – Т. 13, №15. – С. 1022–1029.
10. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергические болезни в России на рубеже веков. Оценка ситуации в XXI веке // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2005. – №1. – С. 170–176.

Контактная информация

Оболенская Татьяна Ивановна,
к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней Медицинского института
Орловского государственного университета, главный внештатный аллерголог Орловской области,
302028, г. Орел, ул. Октябрьская, д. 25
тел.: +7 (4862) 43-21-83
e-mail: obolenskaya@orel.ru

Морозов Юрий Михайлович,
д.м.н., заместитель руководителя Департамента – начальник управления
здравоохранения Департамента здравоохранения и социального развития
Орловской области,
302028, г. Орел, ул. Ленина, д. 23
тел.: +7 (905) 167-50-62
e-mail: morozov-orel@mail.ru

Турчина Мария Сергеевна,
ассистент кафедры внутренних болезней Медицинского института Орловского государственного университета
302028, г. Орел, ул. Октябрьская, д. 25