

*М.М. Мадумарова  
Старший преподаватель  
Андижанский государственный медицинский институт  
Н.И. Алимов  
Студент 5-го курса  
Андижанский государственный медицинский институт*

## **ОСОБЕННОСТИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Аннотация.* Использование различных препаратов, особенно нестероидных противовоспалительных средств, при парентеральном введении в хирургической патологии приводит к развитию анафилактического шока. 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:* анафилактический шок, антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, адреналин, аллергические реакции.

*М.М. Madumarova  
Senior Lecturer  
Andijan State Medical Institute  
N.I. Alimov  
5th year student  
Andijan State Medical Institute*

## **FEATURES OF ANAPHYLACTIC SHOCK IN SURGICAL PRACTICE**

*Annotation.* The use of various drugs, especially nonsteroidal anti-inflammatory drugs, with parenteral administration in surgical pathology leads to the development of anaphylactic shock. The main reason for the development of anaphylactic shock is the prescription of medications with high allergenic properties in the presence of a burdened allergic history, as well as the possibility of developing cross-allergic reactions in the patient. Errors in the treatment of anaphylactic shock in practice are: refusal to prescribe or late administration of adrenaline, unjustified

*shortening of the duration of steroid therapy after the relief of major hemodynamic disorders in the severe course of the pathological process.*

*Keywords: anaphylactic shock, antibiotics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, adrenaline, allergic reactions.*

### **АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ**

В последние годы отмечается тенденция роста аллергической патологии. Уровень распространённости аллергических заболеваний в Узбекистане составляет от 11,2 до 31%. Острые и хронические аллергические заболевания, лекарственная непереносимость становятся «камнем преткновения» для многих специалистов как терапевтического, так и хирургического профиля.

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

У больных, госпитализированных для хирургического лечения, по данным статистики в 15–30% случаев развиваются побочные реакции на лекарства, которые могут заканчиваться летальным исходом. 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.

Наиболее часто острую аллергическую реакцию у послеоперационных больных вызывают антибиотики (левомецетин, 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%.

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.

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучение вопросов анафилактического шока при лечении хирургической патологии.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование проводили в Андижанской областной клинической больнице и многопрофильном медицинском центре области в хирургических отделениях. Были обследованы 120 пациентов, из них 58 (48,3%) женщин в возрасте от 34 до 57 лет и 62 (51,7%) мужчин в возрасте от 40 до 65 лет. Пациенты проходили лечение по различным хирургическим патологиям. Для получения обоснованных данных были использованы анализы аллергических реакций, а также общий и биохимический анализы крови.

## ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен анализ аллергических реакций у 120 больных, проходивших лечение в хирургических отделениях многопрофильного стационара на 250 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 34 случаях (у 10 мужчин и 24 женщин), был причиной летального исхода у 3 больных. Все случаи смерти от анафилактического шока подтверждены данными аутопсии, причем в 1 из них имелось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

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

Аллергические состояния	Число больных (%)
Обострение бронхиальной астмы	10 (8,3)
Обострение атопического дерматита	8 (6,6)
Обострение хронической крапивницы	12 (10)
Острая крапивница	18 (15)
Отек Квинке	11 (9,1)
Распространенный аллергический дерматит	15 (12,5)
Контактный дерматит	9 (7,5)
Анафилактический шок	37 (30,8)
<b>Всего:</b>	<b>120 (100)</b>

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

До операции анафилактический шок развился у 37 больных, у 27 – во время ее выполнения, у 10 – в послеоперационном периоде.

Во всех случаях шок был следствием парентерального введения препаратов: у 18 больных – при инъекциях обезболивающих препаратов (анальгин, кеторол), у 7 – при введении антибактериальных средств

(полусинтетические пенициллины, цефалоспорины), у 9 – при проведении местной анестезии (новокаин, маркаин), у 3 – актовегина.

Указания на лекарственную аллергию в анамнезе отмечены у 22 пациентов. У 12 больных имелись аллергические заболевания: бронхиальная астма, поллиноз, atopический 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 пяти 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 неблагоприятном анамнезе на анальгин, эуфиллина – при имеющейся аллергии на супрастин.

Случаи легкого течения анафилактического шока отсутствовали при 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 24 случаях), падение артериального давления ниже 60 мм рт. ст., невозможность определения диастолического давления (в 20 случаях), развитие терминального состояния (в 4 случаях);
- угнетение дыхания при отсутствии признаков асфиксии (в 28 случаях);
- нарушение сознания – в 19 случаев;
- бледность кожных покровов (в 37 случаях), акроцианоз (в 13 случаях).

У 12 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 3 больных 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 4 пациентов изначально развившаяся эритема сменилась бледностью кожи.

Молниеносное развитие процесса отмечалось у 19 больных: в течение 1–2 минут после введения препарата нарастала бледность кожи, акроцианоз, наступала потеря сознания, нарушались дыхание и кровообращение. У 2 умерших больных и у 3 больных в терминальном состоянии отмечались судороги. Последующая кратковременная крапивница или эритема развивалась у 10 больных. Абдоминальные симптомы: рвота, боли в животе, диарея отмечались у 16 пациентов.

У 4 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 17 случаях ухудшение состояния больного отмечено врачом, в 22 – средним медицинским персоналом. Во всех случаях в противошоковых мероприятиях участвовал реаниматолог.

При первичном осмотре анафилактический шок был диагностирован лишь у 15 больных, имевших кожные проявления аллергической реакции в виде эритемы и крапивницы. Остальным больным поставлены ошибочные диагнозы: тромбоэмболия легочной артерии – в 1 случае, инсульт – в 2, кардиогенный шок – в 7, острая кровопотеря – в 5.

Ошибки диагностики привели к нарушению принципов терапии анафилактического шока: препаратом выбора в 6 случаях был мезатон, в 16 – глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон), в 9 – допамин. У 1/3 больных препараты вводились внутривенно. Осуществить инфузионную терапию, несмотря на падение гемодинамики, удалось в 25 случаях. 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 10 больным, с опозданием (через 20–40 мин) – 15 больным, 8 из них благодаря участию аллерголога. Подкожно адреналин вводился в 9 случаях, в 6 – внутримышечно, в 10 – внутривенно.

У 7 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 25 больных, 10 пациентам ввиду отсутствия явного клинического эффекта потребовалось повторное введение адреналина через 3–5 мин в дозе 0,3–0,5 мл (в 6 случаях подкожно, в 4 – 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 24 чел. переведены в отделение реанимации. Проведение искусственной вентиляции легких потребовалось 5 пациентам. Больным III-IV степенью шока осуществлялось дополнительное капельное введение адреналина в течение нескольких часов. Всем больным в процессе лечения назначались глюкокортикостероиды.

Шестерым 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 13 чел.

## **ВЫВОД**

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 аллергизирующими 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.

## **ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Антонов Н.С. Эпидемиология бронхолегочных заболеваний в России // Пульмонология. – 2006. – №4. – С. 83–88.
2. Батурин В.А., Грудина Е.В., Колодийчук Е.В., Малашенкова Т.Е. Лекарственная аллергия (диагностика и интерпретация результатов). - Ставрополь. Изд.: Ст ГМА, 2007. – 21 с.
3. Верткин А., Дадыкина 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. Зимущко 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.