

УДК 615.2—056.3+616—056.3

Л. О. ЗАТИКЯН

О ПОЛИВАЛЕНТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ АЛЛЕРГИИ

Описан случай поливалентной медикаментозной аллергии к новокаину, пантопону, пенициллину, тетрациклину, йоду, спирту у больной, которой необходимо было произвести аппендэктомию. Как антиаллергическое средство успешно использована эпс-лонаминокапроновая кислота и произведена аппендэктомия под местной анестезией.

Весьма часто встречающиеся неспецифические аллергические реакции, обусловленные приемом различных лекарственных веществ, приобретают все большее значение для практической медицины. Среди этих реакций особое место занимает так называемая поливалентная медикаментозная аллергия, которая проявляется в трех различных формах.

Первая форма поливалентной лекарственной аллергии наблюдается у лиц, у которых аллергические реакции проявляются к нескольким близким по химическому строению или по способу фармакологического действия лекарственным веществам.

Вторая форма поливалентной лекарственной аллергии отмечается при наличии аллергии у одного человека ко многим лекарствам совершенно различного химического строения и фармакологического действия. Подобных случаев в настоящее время встречается в клинической практике довольно много, и число таких больных непрерывно возрастает.

При третьей форме поливалентной лекарственной аллергии повышенная чувствительность к различным лекарственным препаратам сочетается с аллергией к тем или иным пищевым веществам, к пыли, пыльце растений или с любым другим видом инфекционных или неинфекционных аллергенов [1].

Представляет интерес наше наблюдение, которое относится ко второй форме поливалентной лекарственной аллергии. Больному с повышенной чувствительностью к новокаину, пантопону, пенициллину, тетрациклину, йоду, спирту (при смазывании кожи) необходимо было произвести операцию аппендэктомии.

Хотя в литературе имеются сообщения о том, что наркоз предохраняет организм от анафилактических реакций [4], тем не менее описаны случаи анафилактического шока от антибиотиков у лиц, находившихся под наркозом [2]. Поэтому у нашей больной операция под наркозом с целью предотвращения анафилактической реакции исключалась. Задача наша осложнялась еще и тем, что известные антиаллергические препараты, как например: димедрол, пипольфен, супрастин, у нашей боль-

ной не купировали или купировали очень слабо, а хлористый кальций даже усиливал уже начавшуюся аллергическую реакцию. Хороший антиаллергический эффект у больной достигался приемом эпсилонаминокапроновой кислоты как внутривенно, так и *per os*.

Эпсилонаминокапроновая кислота в последние годы заняла прочное место в медицине как надежное средство для предупреждения и остановки фибринолитических кровотечений. Решающая роль состояния фибринолитической системы в исходе анафилактического шока была установлена рядом авторов [6, 13]. Все авторы отмечают, что при анафилактическом шоке имеет место активация фибринолитической системы, которая в свою очередь активирует плазмин и через промежуточные кининовые системы вызывает смертельный анафилактический шок. Если это так, то естественно возникал вопрос, нельзя ли лечить аллергические состояния и заболевания эпсилонаминокапроновой кислотой, которая является ингибитором фибринолитической системы. Первые сообщения об успешном применении эпсилонаминокапроновой кислоты в клинике при аллергических состояниях и аллергических заболеваниях относятся к 1964 г. [12]. Ряд авторов применили эпсилонаминокапроновую кислоту при аллергических реакциях на медикаменты, при туберкулиновой реакции [9, 11], при приступах астмы [8], при высоком антирезусе-антител беременных женщин [10], при реакциях, возникающих после введения противостолбнячной сыворотки, при непереносимости антибиотиков [14], при пищевой аллергии и непереносимости контрастных йодистых препаратов [7]. Имеется сообщение о 31 случае успешного применения эпсилонаминокапроновой кислоты при целом ряде медикаментозных аллергических реакций [5]. В отечественной литературе имеется сообщение об успешном применении эпсилонаминокапроновой кислоты в клинике при спонтанном разрыве эхинококковой кисты селезенки в свободную брюшную полость с тяжелым анафилактическим шоком [3].

Приводим наше наблюдение.

Больная К., 26 л., страдала с января 1970 г. хроническим аппендицитом. От оперативного лечения больная отказалась. 18.2—70 г. после инъекции пенициллина (сделанной без назначения врача) больная почувствовала резкое ухудшение общего состояния и после вызова кареты скорой помощи была госпитализирована в хирургическое отделение медико-санитарной части города Арарата, где был поставлен диагноз: медикаментозный анафилактический шок от пенициллина, хронический аппендицит. В стационаре больной был назначен тетрациклин, после приема первой же таблетки которого 20.2—70 г. у больной наступил острый анафилактический шок. После инъекции 10 мл 10%-ного хлористого кальция как десенсибилизирующего средства общее состояние больной еще более ухудшилось: артериальное давление 85/60, пульс 120 в мин, слабого наполнения, кожные покровы бледные, сознание заторможенное. Вызванный консультант из райбольницы назначил внутривенное введение 20 мл 30%-ной эпсилонаминокапроновой кислоты, после введения которой общее состояние больной улучшилось через 5—10 мин: артериальное давление 115/85, пульс 86 в мин, удовлетворительного наполнения, бледность кожных покровов прошла, сознание восстановилось. 24.2—70 г. больная была назначена на операцию. После подкожного введения больной 1 мл 2%-ного раствора пантопона у нее вновь появились признаки тяжелого анафилактического шока, из которого была выведена дачей эпсилонаминокапроновой кислоты. 26.2—70 г. боль-

ная была выписана временно домой. 4.3—70 г. в связи с усилением болей больная была принята на стационарное лечение с диагнозом: хронический аппендицит, поливалентная лекарственная аллергия. Больная жаловалась на чувство тяжести в правой половине живота и боли, которые иррадировали в правое бедро, иногда отмечает сухость во рту и тошноту. Объективно отмечается болезненность в точке Мак-Бурнея и положительный симптом Ситковского. Гинекологические заболевания были исключены после консультации гинеколога. Анализы крови и мочи без особенностей. С 7.3—70 г. по 9.3 70 г. больная менструировала. 12.3—70 г. при обработке области локтевого сгиба спиртом для взятия крови на определение показателей свертываемости системы в локтевом сгибе появились зудящие папулезные высыпания, через 5—6 мин зуд распространился по всему телу. Дача внутрь 4,0 эпсилонаминокапроновой кислоты сняла все вышеуказанные явления. 13.3—70 г. поставлена кожная проба на чувствительность к новокаину. При постановке кожной пробы взят новый шприц с новой иглой, которые прокипячены в отдельном стерилизаторе для исключения попадания следов антибиотиков, так как больная гиперчувствительна к пенициллину. В область нижней трети левого предплечья внутривенно введен 0,1 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Через 10 мин в месте введения образовалась папула диаметром 2,5 см с зоной гиперемии, начался зуд в разных участках тела с папулами, больная отметила чувство нехватки воздуха, артериальное давление было на уровне 100/70, пульс 116 в мин. слабого наполнения. Результаты анализа крови на свертывающую систему во время аллергической реакции, возникшей от новокаина: время свертывания по Ли и Уайту—13 мин.; количество фибриногена по Рутберг—200 мг%; фибринолитическая активность по Коваржику—45 мин. Внутривенно медленно введена 20,0—30%-ная эпсилонаминокапроновая кислота. Через 3 мин вышеуказанные явления прошли, кроме папул, которые исчезли через 40 мин. Общее состояние больной стало удовлетворительным, однако настроение подавленное, больная настоятельно просит не откладывать операцию. Проведена психопрофилактическая беседа. Решено оперировать больную под местной анестезией с предварительной дачей эпсилонаминокапроновой кислоты и поддержанием ее концентрации в ходе операции. 17.3—70 г. после приема внутрь 5,0 эпсилонаминокапроновой кислоты через 10 минут произведена премедикация пантопоном 1,0—2% подкожно, через 20 мин при внутривенном капельном введении 5,0%-ной эпсилонаминокапроновой кислоты начата операция под местной анестезией (всего использовано 120 мл полупроцентного раствора новокаина). Вследствие большого количества спаек и частичного ретроперitoneального расположения отростка последний удален ретроградно. Результаты анализа свертывающей системы крови во время операции: свертываемость по Ли и Уайту—7 мин, количество фибриногена по Рутберг—300 мг%; фибринолитическая активность по Коваржику—195 мин. В послеоперационном периоде на протяжении 3 дней больная получала внутрь эпсилонаминокапроновую кислоту по 4,0 четыре раза в день. Во время снятия швов при смазывании окружности раны йодом снова возникла аллергическая реакция и вновь пришлось дать эпсилонаминокапроновую кислоту. Заживление операционной раны имело место первичным натяжением. Через полтора года при входе в здание поликлиники у больной началась аллергическая реакция с отеком лица вплоть до закрытия глазных щелей. Больная была выведена из этого состояния эпсилонаминокапроновой кислотой.

Приведенное наблюдение является ярким примером поливалентной медикаментозной аллергии на различные медикаменты при различных способах их введения. С другой стороны, описанное наблюдение говорит об эффективности применения эпсилонаминокапроновой кислоты как антиаллергического средства в хирургической практике. Эпсилонаминокапроновая кислота купирует анафилактические реакции и одновременно обеспечивает гемостаз, обычно нарушенный при аллергических состояниях.

Լ. Ն. ԶԱՏԻՎՅԱՆ

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ՊՈԼԻՎԱԼԵՆՏ ԱԼԵՐԳԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Նկարագրված է դեպք դեղորայքային պոլիվալենտ ալերգիայով հիվանդի մասին, որը ընկնում էր շոկային վիճակի մեջ այնպիսի դեղորայքներից, ինչպիսին են նոլոկախինը, պանտապոնը, պենիցիլինը, տետրացիկլինը, յոդը և սպիրտը:

Հայտնի հակաալերգիկ պրեպարատներ, ինչպիսին են՝ դիմեդրոլը, պիպոլֆենը, սուպրաստինը եղել են քիչ էֆեկտիվ հիվանդի մոտ: Իսկ կալցիի քլորիդն անդամ ուժեղացրել է սկսվող ալերգիկ ռեակցիան:

Հիվանդի մոտ ախտորոշվել է խրոնիկական ապենդիցիտ:

Վիրահատությունը հետաձգել հնարավոր չի եղել, քանի որ որդանման ելունի շրջանում ցավը ուժեղացել է: Մինչ վիրահատությունը հիվանդին նշանակված էր ներքին օգտագործման համար 4,0-էպսիլիոնամինակապրոնաթթու: Նշանակված էր նաև ներերակային կաթիլային ներարկում 80,05% էպսիլիոնամինակապրոնաթթու, որպեսզի ամբողջ վիրահատության ընթացքում օրգանիզմում դոզան պահպանվի կայուն:

Վիրահատությունը կատարվել է տեղային անզգայացման տակ: Վիրահատության ընթացքում հիվանդի մոտ ալերգիկ ռեակցիա չի նկատվել, չնայած որ ընդունել էր նոլոկախին, յոդ, սպիրտ:

Վերը նշված դիտարկումները խոսում են էպսիլիոնամինակապրոնաթթվի էֆեկտիվության մասին, որպես հակաալերգիկ միջոցի, վիրաբուժական պրակտիկայում:

Այսպիսով, էպսիլիոնամինակապրոնաթթուն կանխում է անաֆիլակտիկ ռեակցիան, միաժամանակ ապահովելով արյանամակարդելիությունը, որը սովորաբար խանգարվում է օրգանիզմի ալերգիկ վիճակի ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Адо А. Д. Общая аллергология. М., 1970.
2. Генне Я. М., Докченко В. С., Лодейщикова Н. С. Здравоохранение Казахстана, 1969, 12, стр. 70.
3. Затицян Л. О. Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Арм. ССР, 1973, 13, 4, стр. 87.
4. Копытовская Л. П. Автореф. дисс. канд. Л., 1953.
5. Adhonte B. Therapeutique, 1969, 45, 2, 166.
6. Back N., Munson A., Gulh P. J.A.M.A., 1963, 183, 260.
7. Blamontier P. Rev. franc. allergie, 1967, 7, 1, 43.
8. Budelman H., Bürgi H., Regli J. Lancet, 1965, 2, 7413, 643.
9. Lowney E. D. J. Invest Derm., 1964, 42, 243.
10. Musiatowicz J., Jezuita J., Bielecki M. Brit. J. Exptl. Pathol., 1965, 46, 3, 274.
11. Oswald W. Acta neuroveg. (Wien), 1965, 27, 4, 369.
12. Porsio A., Bargia M. Clin. Ter., 1964, 31, 220.
13. Salmon J., Lecomte J. Intern. Arch. All. and Appl. Immunol., 1963, 22, 6, 378.
14. Sotty M., Gillot C. Presse med., 1966, 74, 38, 1943.