

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

Е. К. Бельтюков

*Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург*

Вопросы диагностики, лечения и профилактики лекарственной непереносимости в настоящее время актуальны. Более 13 % пациентов, госпитализируемых в городской многопрофильный стационар, имеют анамнестические указания на непереносимость разных медикаментов. Среди пациентов, направленных на консультацию в Институт иммунологии ФМБА с диагнозом «лекарственная аллергия», преобладают псевдоаллергические реакции на медикаменты – 45–65 %. У 10–20 % больных с направительным диагнозом «лекарственная аллергия» лекарственная непереносимость отсутствует.

Факторы, способствующие возникновению лекарственной непереносимости: рост потребления лекарств; широкое распространение самолечения вследствие доступности лекарств; недостаточность или запоздывание медицинской информации о побочном действии ЛС; полипрагмазия; заболевания вирусной, паразитарной этиологии, которые являются триггерами лекарственной непереносимости вследствие особенностей своего патогенеза; применение антибиотиков, витаминов, НПВП у животных и птиц, используемых в дальнейшем в качестве пищевых продуктов; загрязнение окружающей среды отходами промышленных предприятий.

Основные группы препаратов, вызывающие реакции непереносимости среди амбулаторных пациентов: антибиотики – 60,4 %, сульфаниламиды – 18 %, НПВП – 17,7 %, местные анестетики – 14,5 %. Основные группы препаратов, вызывающие реакции непереносимости среди пациентов многопрофильного стационара: антибиотики – 40,2 %, сульфаниламиды – 10,6 %, НПВП – 14,6 %, местные анестетики – 15,5 %.

Наиболее часто встречающиеся в аллергологической практике механизмы реакций непереносимости: псевдоаллергические реакции на лекарства; побочные действия, обусловленные нарушениями иммунной системы (истинные аллергические реакции).

Псевдоаллергические реакции на ЛС являются дозозависимыми; период сенсibilизации отсутствует; возможна активация комплемента (рентгенконтрастные средства, анестетики, миорелаксанты, сосудистые протезы,

перфторкарбон, стрептаза, нейлоновые и целлофановые компоненты мембран оксигенаторов); нарушение метаболизма арахидоновой кислоты (бронхоспазм на НПВП); изменение нейропсихогенных рефлекторных механизмов. Лекарства-гистаминолибераторы: алкалоиды (атропин, папаверин и др.), декстран, полиглобулин, гемодез, десферал, йодсодержащие рентген-контрастные вещества для внутрисосудистого введения, опиаты, полимиксин В, гентамицин, амикацин, цефалоспорины, протамин сульфат.

Клинические проявления аллергических реакций не связаны с фармакологическими свойствами; необходим период сенсибилизации; возникновение аллергической реакции возможно при небольшом количестве «виновного» препарата; симптомы аллергии повторяются при последующих введениях «виновного» препарата; реакции могут воспроизводиться при введении разных медикаментов, обладающих общими перекрестными химическими и аллергенными свойствами.

Диагностика лекарственной непереносимости основана на тщательном сборе анамнеза; знании особенностей взаимодействия лекарственных средств; знании частоты и вида, вызываемых лекарствами реакций непереносимости. Может помочь лабораторная диагностика: CAST (тест клеточной антигенной стимуляции), в случае IgE-зависимых реакций непереносимости – ИФА.

Анафилактические реакции являются IgE-зависимыми, немедленного типа.

Клинически проявляются анафилактическим шоком, приступом бронхиальной астмы, аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей и отеком Квинке. При оказании неотложной помощи больным с анафилаксией немедленно должно быть прекращено поступление аллергена в организм, немедленно парентерально вводятся адреналин, системные глюкокортикостероиды (ГКС), антигистаминные препараты, ингалируется кислород, бронхолитики.

Острые токсико-аллергические реакции (ОТАР) на медикаменты – симптомокомплекс, включающий поражение кожи, в тяжелых случаях слизистых оболочек, развивающийся на фоне приема терапевтической дозы препарата, в основе которого могут лежать как иммунные, так и неиммунные механизмы. Этиологический фактор действует не непосредственно на кожу, как при дерматитах, а проникает в нее гематогенным путем.

ОТАР на медикаменты проявляются различными клиническими формами поражения кожи и нередко слизистых оболочек и внутренних органов: пятнисто-папулезная эритема, фиксированная эритема, пурпура, узловатая эритема, многоформная эритема, синдром Стивенса–Джонсона (ССД), синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз – ТЭН). Основные причины смерти пациентов с тяжелыми ОТАР – сепсис, кровотечения, перитонит, пневмония и другие осложнения. Летальность при многоформной эритеме – редко; при синдроме ССД – от 5 до 15 %; при ТЭН – от 30 до 50 % случаев.

Лечение тяжелых ОТАР включает устранение виновного фактора, применение системных ГКС, дезинтоксикационную терапию, антибактериальную терапию, наружную терапию, симптоматическую терапию.

Профилактика лекарственной непереносимости базируется на данных анамнеза, знании химической группы препаратов, взаимодействий лекарств, исключении полипрагмазии. В лечебных учреждениях и у больных с лекарственной непереносимостью должны быть противошоковые наборы.

Лицам, имеющим в анамнезе реакции лекарственной непереносимости за 1 ч перед проведением экстренных операций, инвазивных исследований вводится парентерально 4–8 мг дексаметазона и 2 мл клемастина. Пациентам, указывающим на непереносимость конкретного препарата, не должны назначаться препараты данной химической группы.

В медицинских документах таких пациентов должны быть указания на непереносимость данных препаратов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И НОГТЕЙ

*Ю. В. Кениксфест, М. М. Кохан, Н. В. Щербакова
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,
г. Екатеринбург*

Комбинированное параллельное лечение онихомикоза у больных с выраженными поражениями большого числа ногтевых пластин с применением системного антимикотика и препарата Экзодерил обеспечивает выраженную клиническую эффективность у подавляющего большинства больных (90,0 %), что достигается активной наружной терапией ногтей и кожи по разработанному алгоритму.

Длительность комбинированной терапии онихомикозов у молодых пациентов не превышает 16 недель, тогда как у лиц старшей возрастной группы (более 50 лет) занимает до 20 недель с постоянным наружным применением раствора Экзодерил.

Установлен выраженный клинический эффект монотерапии препаратом Экзодерил микоза стоп и онихомикоза (с дистальными, более легкими поражениями ногтевых пластин) при обязательной механической подчистке, скрабировании пораженной поверхности ногтей перед нанесением раствора Экзодерил.

Длительность монотерапии препаратом Экзодерил до полного клинико-микологического излечения составила 16–20 недель, при этом отмечено, что для II–V ногтей стоп наружная терапия раствором Экзодерил, проводимая с тщательной механической обработкой, позволяла добиться санации ногтевых пластин в более ранние сроки уже на 10–12-й неделе лечения. Монотерапия микоза крупных складок препаратом Экзодерил была эффективна во всех случаях с исчезновением субъективных проявлений на 3–5-й день лечения, полным регрессом высыпаний после 21–28 дней терапии.