

нами детей раннего возраста лимфоидные органы отвечали на инфекционный агент более значительной гиперплазией по сравнению с больными старшей группы. В то же время во всех возрастных группах наблюдаемых детей в период реконвалесценции инфекционного мононуклеоза иммунные параметры не восстанавливаются до нормативных значений. Данное обстоятельство

свидетельствует о необходимости проведения в данный период заболевания иммунореабилитации. При этом, учитывая, особенности иммунного ответа на ВЭБ - инфекцию от возраста больных детей подходы к разработке иммунореабилитационных программ должны быть строго дифференцированы.

THE AGE FEATURES OF THE IMMUNE RESPONSE IN THE DYNAMIC OF THE EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION IN CHILDREN

L.M. Kurtasova, L.A. Guljman, I.A. Olkhovsky, A.A. Andreeva

(Krasnoyarsk State Medical Academy)

Were observed 54 children with Epstein-Barr virus infection at the age of 1-14 years. The features of the immune response in dynamics of disease from age of children were detected. It is revealed, that in the convalescence's period the immunological parameters don't recover to normative parameters. On the basis of the obtained data it is possible to conclude about the necessity of immunorehabilitation in this period of disease, which should be strictly differentiated.

Литература

1. Гульман Л.А., Волчкова Т.В. Клинико-лабораторная характеристика инфекционного мононуклеоза по данным ГКДИБ №1 г. Красноярск / Сб. научных статей "Эпидемия СПИДА - медицинские и социальные аспекты противодействия". - Красноярск, 2001. - С.160-165.
2. Иванова В.В., Родионова О.В., Железникова Г.Ф. и др. Клинико-иммунологические аспекты инфекционного мононуклеоза у детей // Аллергология и иммунология. - 2001. - Т.2, №2. - С.70-77.
3. Boyum A. Isolation of lymphocytes from blood and bone marrow // Scand. J. Clin. Lab. Invest. - 1968. - Vol.21 (Suppl.97). - P.77-80.
4. Hagenbaugli A., Sharma S., Dubinett S.M. et al. Altered immune responses in interleukin 10 transgenic mice // J. Exp. Med. - 1997. - Vol.185, N.12. - P.2101-2110.
5. Haskova V., Kaslik J., Rina J. et al. Simple method of circulating immune complex detection in human sera by polyethylene glycol precipitation // J. Immunol. - 1978. - Vol.154. -P.399-406.
6. Kanegane H., Wakiguchi H., Kurashige T. et al. Viral interleukin-10 in chronic active Epstein-Barr virus infection // J. Infect. Dis. - 1997. - Vol.176, N.1. - P.254-257.
7. Khanna R., Burrows S.R., Moss D.J. Immune regulation in Epstein-Barr virus-associated disease // Microbiol. Rev. - 1995. - Vol.59, N.3. - P.387-405.
8. Klein G. EBV-B cell interactions immortalization, rescue from apoptosis, tumorigenicity // Acta Microbiol. Immunol. Hung. - 1996. - Vol.43. - P.97-105.
9. Malashenkova I.K., Didkovsky N.A., Govorun V.M. et al. On the role of Epstein-Barr virus in the pathogenesis of chronic fatigue syndrome // Int. J. on Immunorehabilitation. - 2000. - Vol.2, N.1. - P.102-111.
10. Manchini G., Carbonaro A.O., Haremans J.F. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion // Immunochemistry. - 1965. - Vol.2, N.3. - P.235-255.
11. Whiteside T.L., Friberg D. Natural killer cells and natural killer cell activity in chronic fatigue syndrome // Am. J. Med. - 1998. - Vol.105. -P.435-449.
12. Zdanov A., Schalk-Hihi C., Menon S. et al. Crystal structure of Epstein-Barr virus protein BCRF1, a homolog of cellular interleukin-10 // J. Mol. Biol. - 1997. - Vol.268, N.2. - P.460-467.

© СИЗЫХ Т.П., САФРОНЕНКО Н.К. -

УДК 616.514+612.353

СОСТОЯНИЕ БИОТРАНСФОРМАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КРАПИВНИЦАМИ (Сообщение 3)

Т.П. Сизых, Н.К. Сафроненко.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода)

Резюме. Проведенное комплексное изучение функций печени у больных крапивницами и отеками Квинке не осложненных гепатитом вирусным выявило у них снижение биотрансформационной и гепатодепрессивной функций, холестаза и мезенхимально-воспалительный. При сочетании крапивниц с гепатитом отмечены еще цитолиз, более значимо выраженные холестаза и мезенхимально-воспалительный синдромы. Обнаруженные нарушения подтверждаются также клиническими данными, так как у всех больных отслеживаются признаки синдромов: гепатобилиарного, желудочной, кишечной диспепсии и астеновегетативный.

В сообщениях 1 и 2 (Сиб. мед. журнал, 2002. - №5 и 2003. - №3) мы представили данные о состоянии биотрансформационной функции печени при хронических вирусных гепатитах в зависимо-

сти от типа вируса причинно-значимого и сопутствующей патологии. При анализе полученных данных мы установили, что изменение показателей биотрансформационной функции печени у боль-

ных с хроническими вирусными гепатитами не обусловлено непосредственной тропностью к ней вирусов, также как и течением гепатита и влиянием лекарственных веществ. Наблюдается нарушение биотрансформационной функции печени только у особой группы больных, имеющих крапивницу, риносинусопатию и цирроз [6,11]. Опубликовано ряд работ [2,3,4,5,6,7,8,9,11,13] по псевдоаллергическим патологическим состояниям как-то аспириновая бронхиальная астма, анафилактический шок, при которых, как и в данном случае при крапивнице, были найдены нарушения микросомального окисления в печени. При этом работой М.А. Никоновой, выполненной также в нашей клинике, получены данные свидетельствующие, что нарушение биотрансформационной функции печени при аспириновой астме, есть наследственный дефект в системе цитохрома Р-450 [5,6]. Посему изучению состояния биотрансформационной функции печени посвящено данное 3 сообщение, преследующее цель оценить состояние этой функции наряду с другими у больных, страдающих крапивницами и отеками Квинке.

Материалы и методы

Обследовано 150 больных, из них 101 - крапивницей и 49 - здоровых. Больные крапивницей поделены на две группы. В первую группу вошли 83 больных с крапивницей без сочетания с хроническим вирусным гепатитом (муж. - 16 (19,3%), жен. - 67 (80,7%), средний возраст $35,06 \pm 4,91$ и $41,51 \pm 1,69$). Вторую составили 18 больных, у которых крапивница сочеталась с хроническим вирусным гепатитом (муж. - 10 (55,6%), жен. - 8 (44,4%), средний возраст $28,2 \pm 3,78$ и $41,78 \pm 3,04$ лет). Как видно, в обеих группах женщины по возрасту значимо не отличаются. Значимое преобладание во II группе мужчин более молодого возраста объясняется тем, что хронические вирусные гепатиты поражают в основном молодых мужчин в возрасте 15-29 лет [6]. Группа здоровых лиц также в основном представлена женщинами (85,7%). Средний возраст среди здоровых мужчин составил $35,0 \pm 1,99$, а женщин - $41,57 \pm 5,35$. Следовательно, между здоровыми и I группой по полу и возрасту, и среди женщин во всех группах по возрасту значимых различий нет.

Всем больным проводилось традиционное клиничко-лабораторное обследование: сбор жалоб, анамнеза, осмотр, общий анализ крови и мочи, при необходимости ЭКГ. Функциональное состояние печени изучалось в рамках биохимических синдромов: холестатического, цитолитического, гепатодепрессивного, мезенхимально-воспалительного (А.И. Хазанов. 1995):

1. холестатический синдром: показатели билирубина, холестерина, у-глутамилтрансферазы, щелочной фосфатазы;
2. цитолитический синдром: определение АСТ, АЛТ, соотношения АСТ/АЛТ (коэффициент де Ритиса);
3. мезенхимально-воспалительный синдром: показатели тимоловой пробы, общего белка и белковых фракций;

4. гепатодепрессивный синдром (нарушение синтетической функции печени): показатели холинэстеразы, альбуминов, холестерина, фибриногена.

Биохимические исследования проводились на биохимическом анализаторе "Corinay Livia - 18" (Польша) унифицированными методами и методами, предложенными DGKC.

Микросомальное окисление в печени (биотрансформационная функция) изучалось с использованием антипириновой пробы на спектрофотометре СФ-26, в соответствии с методическими рекомендациями "Новый метод оценки функционального состояния печени в клинике внутренних болезней и при диспансеризации некоторых контингентов населения", под редакцией академика А.С. Логинова, Москва, 1990 г.

Состояние органов пищеварения оценивалось по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости на аппарате "Алока-500" (Япония) по общепринятой методике и, по показаниям, проводилась фиброгастроскопия гастроудоденоскопом фирмы "Olympus".

Для подтверждения диагноза хронического вирусного гепатита использовалось определение маркеров вирусных гепатитов иммуноферментным методом; для выявления возбудителей вирусных гепатитов - ПЦР-диагностика и, по показаниям, морфологическое исследование печени (биопсия) на базе Иркутского областного Диагностического Центра (ОДЦ).

Для оценки достоверности различий между исследуемыми показателями использовались параметрические методы статистического анализа. Вычислялись средние арифметические значения показателей и ошибки средних ($M \pm t$). Достоверность результатов оценивалась по критерию Стьюдента.

Исследование проводилось на базе ЦНИЛа при ИГМУ, курорта "Аршан", городской инфекционной больницы и областного диагностического центра г. Иркутска.

Результаты и обсуждение

Кожный синдром среди больных проявлялся либо уртикарной сыпью (86,7% случаев в I группе и в 72,2% - во II), либо отеком Квинке (40,1% и 27,8% соответственно), причем их сочетание выявлено в I группе в 25,3%, во II - в 16,7% случаев. Таким образом, значимых различий по кожному синдрому в I и II группах не получено ($p > 0,05$). У двух третей в обеих группах высыпания сопровождались зудом и лишь у каждого пятого - жжением.

Чаще больные обеих групп при опросе увязывали возникновение крапивницы с приемом лекарственных препаратов (в 36,1% случаев в I группе и в 44,4% - во II) или пищи (36,1% и 27,8%). На третьем месте регистрировалась больными связь высыпаний и отеков с физическими воздействиями (в 18,1% и в 22,2% соответственно). Реже (в 7,2% и 11,1%) больными замечена причинная связь высыпаний с укусами насекомых. Значимых различий по частоте встре-

чаемых при опросе причин в обеих группах также не выявлено. Контактная крапивница регистрировалась только в I группе (14,5%). Не удалось выявить причину у каждого двадцатого больного в обеих группах. Однако обращает внимание, что при аллергологическом обследовании (кожные и провокационные тесты) в 92,1% случаев сенсibilизации к веществам, указанным больными при опросе, не обнаружено. И только у 8 (7,9%) больных подтверждается сенсibilизация к причинно-значимым аллергенам.

Таблица 1.

Частота встречаемости при опросе симптомов в исследуемых группах

Жалобы	Частота встречаемости симптомов			
	I, n=83		II, n=18	
	п	%	п	%
Кожный симптом:	83	100,0	18	100,0
Волдырные высыпания	72	86,7	13	72,2
Отеки	34	40,1	5	27,8
Зуд	65	78,3	13	72,2
Жжение	19	22,9	4	22,2
Желудочная диспепсия:	76	91,6	15	83,3
Боли в животе	52	62,6	11	61,1
Тошнота	39	46,9	5	27,8
Рвота	22	26,5	4	22,2
Изжога	30	36,1	8	44,4
Отрыжка	34	40,9	6	33,3
Кишечная диспепсия:	56	67,5*	8	44,4
Запоры	28	33,7*	2	11,1
Метеоризм	56	67,5*	8	44,4
Гепатобилиарный синдром:	77	92,8	15	83,3
Горечь во рту	54	65,1	8	44,4
Боль в правом подреберье	68	81,9	15	83,3
Темная моча	14	16,8	9	50,0*
Светлый стул	9	10,8	6	33,3
Кожный зуд, не связанный с высыпаниями	23	27,7	5	27,8
Астеновегетативный синдром:	68	81,9*	13	72,2
Гипотония	36	43,4	10	55,6
Слабость по утрам	51	61,4	10	55,6
Головная боль по утрам	51	61,4	9	50,0

Примечание: * - различия значимы ($p < 0,05$)

Опрос среди больных крапивницей выявил у всех наличие симптомов со стороны гепатобилиарной системы (в I группе в 92,8%, во II - в 83,3%), желудочной (91,6% и 83,3%) и кишечной (67,5% и 44,4% соответственно) и синдром астеновегетативный (81,9% и 72,2%) (табл.1). Синдром кишечной диспепсии выявлен у двух третьих в I группе и у двух пятых - во II. Следует заметить, что синдром кишечной диспепсии достоверно чаще отмечался у больных I группы. Наиболее частыми были жалобы на чувство тяжести в правом подреберье (81,9% - в I, 83,3% - во II груп-

пах), боли в эпигастальной и параумбиликальной областях (62,6% и 61,1%). Итак, гепатобилиарный синдром не имел значимых различий между I и II группой и только по такому признаку, как темная моча получено значимое различие ($p < 0,05$), более часто он встречался у больных крапивницей, сочетающейся с вирусным гепатитом. Астеновегетативный синдром значимо ($p < 0,05$) чаще отслежен в I группе больных. Анализ показал, что клинические проявления кожного, гепатобилиарного синдромов в обеих группах не имели достоверных различий, несмотря на то, что I группа - это больные с неосложненной крапивницей. Следовательно, для крапивницы характерно наличие этих двух синдромов, как и для больных с гепатитом. Ясно одно, что они в I группе не обусловлены инфекционным вирусным процессом печени, а имеют какие-то другие механизмы развития. Следует обратить внимание, что у больных с неосложненной крапивницей чаще наблюдается синдром кишечной диспепсии и астеновегетативный.

Таблица 2.

Клинические признаки, встречаемые при осмотре больных с крапивницей, в том числеотягченной хроническим вирусным гепатитом

Признаки	Частота встречаемости признаков в группах			
	I, n=83		II, n=18	
	п	%	п	%
Желтушность кожи	22	26,5	11	61,1*
Субиктеричность склер	62	74,6	17	94,4*
Субиктеричность мягкого неба	66	79,5	18	100,0*
Сосудистые "звездочки"	50	60,2	12	66,6
Пятна Воячека	40	48,2	7	38,8
Печеночные ладони	9	10,8	4	22,2*
Увеличение печени	16	19,3	9	50,0*
"+" с-м Ортнера	50	60,2	6	33,3*
"+" френкикус с-м	23	27,7	5	27,8

Наблюдаемая закономерность при опросе подтверждается данными осмотра, так как у всех больных обеих групп выявлены те или иные объективные признаки поражения печени (табл.2). Значимо ($p < 0,05$) чаще отмечено у больных II группы - крапивница с гепатитом, нарушение пигментного обмена (иктеричность склер, неба, кожи), гепатомегалия, с-м печеночных ладоней. Однако, у больных I группы - с крапивницей без гепатита у большинства также найдено нарушение пигментного обмена (табл.2). Сосудистые звездочки выявлены с одинаковой частотой в обеих группах. В то время как пятна Воячека и симптом Ортнера, свидетельствующие о заинтересованности желчного пузыря и поджелудочной железы, более характерны для больных I группы. Итак, при осмотре у больных II группы значимо чаще выявлялись симптомы холестаза, гепатомегалия и печеночные ладони, что, вероятно, обусловлено сопутствующим хроническим гепатитом.

По данным ультразвуковой диагностики, у большинства больных обеих групп находили те или иные УЗ-признаки поражения гепатобилиарной системы (табл.3): в I группе - в 72,3%, а во II - в 84,6%. Причем более выраженные, свидетельствующие о более часто значимой встречаемости ($p < 0,05$) диффузного поражения печени, гепатомегалии обнаружены у больных II группы, т.е. крапивниц,отягченных хроническим вирусным гепатитом, нежели среди I - крапивниц без гепатита. Мы видим из таблицы 3, что у больных II группы гепатомегалия в 4,5 раза чаще встречалась, диффузные изменения структуры печени - в 2,5, как и цирроза, и асцита. Билиарная и портальная гипертензия, спленомегалия были найдены только во II группе, т.е. осложненной крапивницы хроническим гепатитом. Обращает внимание, что для неосложненной крапивницы (I группа) поражение гепатобилиарной системы явление частое по данным УЗИ (в 72,3%). Так, в 19,3% отмечаются диффузные структурные изменения в печени, в 9,6% - гепатомегалия, в 38,6% - холецистит, в 14,4% - перегиб желчного пузыря и в 21,7% - диффузные изменения в поджелудочной железе. Последние значимо чаще отслеживаются в I-ой, неосложненной гепатитом, группе.

Таблица 3.
Данные ультразвукового исследования органов брюшной полости у больных крапивницей, в том числе отягченной хроническим вирусным гепатитом

Признаки	Частота встречаемости УЗ-признаков в группах			
	I, n=83		II, n=18	
	п	%	п	%
Гепатомегалия	8	9,6	8	44,4*
Диффузные изменения в печени	16	19,3	10	55,5*
Признаки цирроза	2	2,4	1	5,6
Признаки портальной гипертензии			?	11,1
Асцит	1	1,2	1	5,6
Билиарная гипертензия	-	-	1	5,6
Холецистит	32	38,6		27,8
Перегиб желчного пузыря	12	14,4	1	7,7
"Сладж" синдром ЖП	-	-	1	7,7
Диффузные изменения в pancreas	18	21,7*	1	5,6
Спленомегалия	-	-	3	16,7
Патологии нет	23	27,7	2	15,4

Биохимические исследования цитолитического синдрома показали значимое увеличение активности АЛТ во II группе относительно I ($p > 0,001$), что свидетельствует о цитолизе (табл.4). Активность АСТ в I группе снижена относительно здоровых ($p > 0,001$), в то время как в II группе она в пределах нормы.

Изучение холестагического синдрома выявило в обеих группах увеличение показателей билиру-

бина и ГГТ по сравнению со здоровыми ($p > 0,001$), при этом во II группе его уровень значимо выше ($p > 0,001$), чем в I. Кроме того, в I группе имеется значимое снижение активности щелочной фосфатазы ($p > 0,001$).

Показатели гепатодепрессивной функции печени по фибриногену значимо снижены в двух группах ($p > 0,001$). Уровень холестерина и альбуминов снижены во II группе относительно лиц I ($p = 0,002$) и здоровой ($p > 0,001$) групп.

Для изучения мезенхимально-воспалительного синдрома оценивалась тимоловая проба. В обеих группах уровень этого показателя значимо ($p > 0,001$ и $p > 0,01$ соответственно для I и II групп) повышен (в 1,5 раза) по сравнению со здоровой группой.

Таким образом, анализ биохимических показателей печени показал, что у больных с крапивницей, не отягченной хроническим вирусным гепатитом, установлены нарушения функций печени: холестагической, гепатодепрессивной и мезенхимально-воспалительной. У больных с сочетанием крапивниц и хронического вирусного гепатита присоединяется к трем указанным цитолитический синдром. Причем во II группе они значимо более выражены, нежели в I. Следовательно, биохимические параметры согласуются с клиническими и УЗ-признаками и показывают, что для больных крапивницей вне сочетания с гепатитом вирусным характерно поражение печени, природа которого неясна. Частота встречаемости поражения гепатобилиарной системы у больных с крапивницей высока и для больных, не имеющих хронического вирусного гепатита. Одно ясно, что вирусным гепатитом объяснить наличие поражения печени у больных, страдающих крапивницами, нельзя. Однако видно, что присоединение хронического вирусного гепатита утяжеляет течение этих двух процессов, т.е. крапивницы и гепатита.

Изучение микросомального окисления (биотрансформационной функции печени) у больных I и II групп проводилось с использованием антипиринового теста. Оценивалось два показателя: время полувыведения (Т 'Л ант.) антипирина из организма (в час.) и его клиренс (С1 ант.) (табл.5). Получено значимое ($p > 0,001$) удлинение времени периода полураспада антипирина (Т '1/2) и снижение его клиренса в обеих группах. Причем значимых различий ($p > 0,05$) между группами не установлено. В предыдущем сообщении было установлено, что биотрансформационная функция печени не нарушена у больных хроническими вирусными гепатитами, не сочетающимися с крапивницей. Ни одному из этиологических вариантов вирусного гепатита не характерно ее нарушение, и оно было только в группе лиц с хроническим вирусным гепатитом, у кого была крапивница. Нами впервые установлено, что у всех больных с крапивницей и отеком Квинке имеется нарушение биотрансформационной системы печени.

Встречаемость печеночных биохимических синдромов при крапивнице, в том числеотяженной хроническим вирусным гепатитом

Параметры	Средние величины изучаемых показателей			P'
	Здоровые, n=49	I, n=83	II, n=18	
<i>Показатели цитолитического синдрома</i>				
АЛТ, ед/л	17,77±1,29	22,35±1,82	29,9±4,96***	>0,001
АСТ, ед/л	22,29±0,77	23,50±1,15***	25,23±2,96	>0,001
АСТ/АЛТ	1,4±0,1	1,31±0,08***	1,8±0,75	>0,001
<i>Показатели холестатического синдрома</i>				
ГГТ, ед/л	10,7±2,23	15,83±2,97***	19,53±7,56***	>0,001
ЩФ, ед/л	235,0±14,0	209,8±10,76**	213,8±18,67	
Билирубин общий, ммоль/л	12,30±0,56	14,64±0,45***	21,79±2,76***	>0,001
Холестерин, ммоль/л	4,66±0,17	4,69±0,14	4,06±0,30**	0,026
<i>Показатели гепатодепрессивного синдрома</i>				
Холинэстераза,	7353,0±264,9	7381±207,4	7749±150,1	
Фибриноген, г/л	3,57±0,15	2,92±0,20***	3,06±0,26***	
Альбумины, г/л	47,8±1,24	48,67±1,41	42,93±2,75***	0,002
Альб./глоб.	1,63±1,02	1,95±0,138	1,46±0,17	0,003
<i>Показатели мезенхимально-воспалительного синдрома</i>				
Тимоловая, ед	1,66±0,22	2,86±0,25***	2,7±0,75**	
Общий белок, г/л	77,45±0,69	75,85±0,73	76,49±3,10	

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ - достоверность различий между здоровой группой и группами I и II; P' - достоверность различий между группами I и II.

Таким образом, наше первоначальное предположение, что вирус гепатита С оказывает непосредственное влияние на микросомальное окисление не подтвердилось. Но мы обнаружили, что на изменение биотрансформационной функции печени оказывает влияние сопутствующая патология. это - крапивница.

Таблица 5.

Результаты антипиринового теста у больных крапивницей

Группы	Показатели	
	T Vi ант., часы	С1 ант., мл/мин
Здоровые, n=49	10,87±0,17	38,66±0,96
I группа, n=83	15,69±0,2*	26,63±0,9*
II группа, n=18	15,82±0,57* (p'=0,69)	27,68±1,68 (p'=0,46)

Примечание: p' - достоверность различий между группами I и II, * - $p > 0,001$ - достоверность различий между здоровой группой и группами I и II

Проведенные нами ранее исследования выявили, что у больных с наличием псевдоаллергической патологии, имеется нарушение биотрансформационной функции печени [1,2], которые генетически детерминированы по аутосомно-доминантному типу. Хорошо известно в литературе, что изменения микросомального окисления

системы цитохрома P-450 всегда наследственно обусловлены!! процесс [1,2,3,4,5,8]. Нами опубликовано ряд работ [2,3,4,5,8,12] по псевдоаллергическим патологическим состояниям как-то аспириновая бронхиальная астма, анафилактический шок. при которых, как и в данном случае при крапивнице были найдены нарушения микросомального окисления в печени, которые есть следствие наследственного дефекта в системе ферментов цитохрома P-450 [5,8]. Цитохром P-450, наряду с системой ферментов глутатиона, ответственны за метаболизм до 80% метаболитов, образующихся в процессе жизнедеятельности организма, ксенобиотиков, биологически активных веществ (в частности гистамина, лейкотриенов и др.) [7,10,13], имеющих большое значение для патохимической стадии патогенеза аллергических и псевдоаллергических патологических состояний, в том числе и крапивниц. Следовательно, в патогенезе крапивницы, вероятно, имеет важную роль дефект в системе цитохрома, и им обусловленный, извращенный метаболический каскад. В следующих сообщениях рассмотрим состояние биотрансформационной функции печени при различных клинических вариантах течения крапивниц, некоторые аспекты метаболических процессов и результаты клинко-генеалогических исследований.

THE CONDITION OF HEPATIC BIOTRANSFORMATION FUNCTION IN PATIENTS WITH URTICARIA

T.P. Sizikh, N.K. Safronenko

(Irkutsk State Medical University)

Complex investigation of the hepatic functions was conducted in the patients with urticaria and angioedema. It revealed decreased biotransformation and synthetic functions and cholestasis. Clinical facts are de-

monstrate, because all patients have signs of symptoms: hepatobiliaris, gastric and enteric dyspepsia and as-theno-vegetatic one.

Литература

1. Аширметов А.Х., Краковский М.Э. Использование антипирина для оценки активности ферментов монооксигеназной системы печени (обзор литературы) // Лабораторное дело. - 1990, № 1. - С. 16-20.
2. Ефимова Н.Ю. Функциональное состояние печени у больных аспириновой бронхиальной астмой // Дис. ... канд. мед. наук. - Барнаул. - 1994. - 168 с.
3. Киселев И.В., Сизых Т.П. Состояние мультикомпонентной системы цитохрома Р-450 при различных патологических состояниях и воздействиях ксенобиотиков / 75-летия кафедры госпитальной терапии ИГМУ // Сб. научно-практ. работ по актуальным вопросам клинической медицины. - Иркутск, 1996. - С.63-70.
4. Киселев И.В., Сизых Т.П. Активность монооксигеназной системы печени при различных патологических состояниях // Сиб. мед. журнал. - 1997. - №4. - С.5-11.
5. Никонова М.А. Клинико-генеологический анализ родословных больных аспириновой тетрадой // Сиб. мед. журнал. - 2001. - N21. - С.20-23.
6. Сафроненко Н.К., Сизых Т.П., Солонго Б. и др. Состояние биотрансформационной функции печени у больных хроническими вирусными гепатитами // Сиб. мед. журнал. - 2002. - N25. - С. 18-23.
7. Сизых Т.П. Патогенез аспириновой бронхиальной астмы // Сиб. мед. журнал. - 2002. - №2. - С.5-7.
8. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность эндогенной формы астмы в зависимости от характера и уровня антропогенного загрязнения окружающей среды // Межд. конф. "Экология. Образование. Здоровье". - Иркутск. - 2000. - С164-168.
9. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность аспириновой тетрады и ее неразвернутых вариантов течения в структуре аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний // Сиб. мед. журнал. - 2000. - N24. - С.26-31.
10. Сизых Т.П., Колесниченко Л.С., Бардымова Т.И. Исследование активности ферментов метаболизма глутатиона у больных различными формами бронхиальной астмы / Сб. тезисов 3-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. - СПб. - 1992. -С.421.
11. Сизых Т.П., Сафроненко Н.К., Солонго Б. Клинико-функциональные особенности течения хронического вирусного гепатита в зависимости от состояния биотрансформационной функции печени (Сообщение 2) // Сиб. мед. журнал. - 2003. - N23. - С.33-38.
12. Сизых Т.П., Смолькова Л.Г., Киселев И.В. Состояние монооксигеназной системы печени у больных аспириновой бронхиальной астмой // Тез. Докладов "1-й национальной конференции Российской Ассоциации аллергологов и клинических иммунологов". - Москва, 1997.
13. Семинский И.Ж. Экологическая генетика (лекция 10) // Сиб. мед. журнал. - 2003. - №1. - С. 94-97.
14. Lusska A.E., Jones K.W., Elferink C.J., Wu L., Shen E.S., Wen L.P., Whitlock J.P. Jr. 2, 3, 7, 8, Tetra chlorodibenzo-p-dioxin induced cytochrome P 450IA1 enzyme activity by activating transcription of the corresponding gene // Adv. Enzyme Regul. - 1991. - Vol.31. - P.307-317.

© БЕСПАЛОВА И.Д., ВОЛКОВ В.Т. -
УДК 616.248-07:611-018

ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА "КОЖНОГО ОКНА" У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

И.Д. Беспалова, В.Т. Волков.

(Сибирский государственный медицинский университет, ректор - член-корр. РАМН, д.м.н., проф. В.В. Новицкий, кафедра клинической практики сестринского дела, зав. - проф. В.Т. Волков)

Резюме. Произведен анализ цитоморфологической картины "кожного окна" у здоровых и у больных бронхиальной астмой. Все больные в зависимости от выраженности клинической картины были разделены на две группы: 1-ая - с умеренно выраженными проявлениями, 2-ая - с выраженными проявлениями. Было установлено, что у больных бронхиальной астмой в отличие от здоровых отмечаются следующие изменения цитоморфологической картины "кожного окна": угнетение хемотаксиса нейтрофилов, замедление смены фаз, ранняя дегенерация нейтрофилов и макрофагов. При чем у больных с выраженными клиническими проявлениями эти изменения наблюдаются ярче.

В настоящее время бронхиальную астму (БА) рассматривают как хроническое заболевание воспалительной природы. Степень выраженности и характер изменения отдельных звеньев воспалительной реакции при этом заболевании изучены недостаточно. Между тем, раскрытие основных ее закономерностей может способствовать пониманию причин активности и прогрессирования БА. В этом плане особый интерес представляет изучение функциональной полноценности форменных элементов крови, участвующих в тканевой воспалительной реакции.

В 1940 году G. Rebusk предложил оригинальный метод изучения характера клеточной реакции в очаге экспериментального воспаления [9,8]. Предложенная им проба "кожного окна" дает возможность изучать функциональную активность нейтрофилов и моноцитов в воспалительной реакции и, следовательно, судить о защитных силах организма и его реактивности как в норме [7], так и при ряде патологических состояний. Проблема оценки степени выраженности воспалительного процесса как общего, так и местного беспокоит исследователей уже давно, в том числе