

гового кровообращения. Методом компьютерной диагностики сенсомоторной сферы отмечено положительное влияние комплексной терапии, включающей препарат цитофлавин, на различные стадии формирования циклических движений. После проведенной терапии у обследованных больных установлено улучшение выполнения циклических движений в различных режимах регистрации, отражающих процессы восприятия, сохранения в памяти и воспроизведения предлагаемых двигательных программ. Выявленный факт может быть связан с воздействием на ритмогенные структуры го-

ловного мозга, локализованные в диэнцефальных и стволовых отделах мозга. Полученные данные являются предварительными результатами исследования динамики индивидуального паттерна движений в условиях острой сосудистой патологии головного мозга и требуют проведения дальнейших изысканий.

Таким образом, полученные результаты позволяют высказать о высокой эффективности и целесообразности проведения комплексной терапии, включающей препарат цитофлавин, при церебральных инсультах и транзиторных ишемических атаках.

CYTOFLAVINUM IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES

Y.N. Bykov, S.V. Nickolaichjuk, N.G. Breeva, M.A. Chernikh, M.D. Avetisjan
(Irkutsk State Medical University)

Results of clinical trial of cytoflavinum efficacy in patients after acute cerebral incident are presented. The drug was prescribed in rehabilitation period of cerebral stroke and transient ischemic attacks. Sensorimotor processes, rates of depression and anxiety were assessed. There were indicated cytoflavinum positive influence upon recovery motor functions and absence of depression and anxiety.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быков Ю.Н. Церебральная дезинтеграция: диагностика и коррекция. — Иркутск, 2002. — 144 с.
2. Верещагин Н.В. Нейронауки и клиническая ангионеврология: проблемы гетерогенности ишемических поражений мозга. // Вестн. РАМН. — 1993. — № 7. — С.40-42.
3. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы. // Журн. невролог. и психиатр. — 2001. — № 1. — С.39-40.
4. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А. Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта. // Consilium Medicum. — 2001. — Т. 3, № 5. — С.7-11.
5. Гехт А.Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде. // Consilium Medicum. — 2001. — Т. 3, № 5. — С.2-7.
6. Гусев Е.И., Гехт А.Б. Возможности вторичной профилактики инсульта: значение антигипертензивной и антиагрегантной терапии. // Журн. невролог. и психиатр. — Инсульт. — 2002. — № 5. — С.43-49.
7. Руднев В.А., Прокопенко С.В. Использование «управляемых двигательных синергий» для восстановления навыков ходьбы при паркинсонизме. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2001. — № 10. — С.26-28.
8. Шпрах В.В., Валиулин М.А. Клиника и лечение мозгового инсульта. — Иркутск, 2003. — 35 с.
9. Zung W.W.K. A rating instrument for anxiety disorders. // Psychosomatics. — 1971. — 135 p.
10. Zung W.W.K. A self-rating depression scale. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1965. — № 12. — P.63-70.

© ЕФИМОВА Н.К., СИЗЫХ Т.П. —

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦ

Н.К. Ефимова, Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.б.н., проф. А.А. Майборода)

Резюме. В данной статье представлены клинические примеры аллергической и псевдоаллергической крапивницы. **Ключевые слова.** Крапивница, аллергическая, псевдоаллергическая.

Крапивница — это понятие, охватывающее группу заболеваний, основным симптомом которого является уртикарный элемент на коже. Крапивница является распространенной патологией, и она занимает ведущее место в структуре аллергических заболеваний.

Крапивница может выступать как самостоятельное заболевание, в основе которого лежит, как правило, I тип аллергической сосудистой реакции (Gell P. & Coombs R., 1975). Наиболее часто крапивница выступает патологическим синдромом других заболеваний [4,5,6,7]. Существуют две патогенетические формы кра-

пивницы: аллергическая (имеющая иммунный механизм образования медиаторов) и псевдоаллергическая (медиаторы те же, но образуются без участия иммунных механизмов). Результаты ранее выполненных исследований показали, что в основе генеза псевдоаллергической крапивницы лежит генетически детерминированный гепатоз, наследуемый по аутосомнодоминантному типу. Поэтому выявляются признаки гепатобилиарной патологии и заболевания других органов пищеварения [1,3,4]. Следовательно, псевдоаллергическая крапивница не есть самостоятельная нозологическая

Таблица 1

Дифференциально-диагностические критерии аллергической и псевдоаллергической крапивницы

Диагностические признаки	Формы крапивниц	
	аллергическая	псевдоаллергическая
возраст, лет	25,2±3,54	39,82±3,87
возраст дебюта, лет	12,7±6,8	29,31±4,79
продромальный период - время возникновения симптомов, после контакта с причинно-значимым фактором, минуты	13,2±1,02	112,8±3,15
клинические варианты течения	пищевая, лекарственная	пищевая, лекарственная, контактная, физическая (дермографическая, холодовая, солнечная), идиопатическая, инсектная
причинно-значимый фактор	аллерген	“непереносимость всего”
доза причинного фактора, необходимая для возникновения уртикарий	дозозависимая	дозозависимая
наличие периода сенсибилизации	прослеживается	нет
наличие периода накопления	нет	характерно
наличие перекрестной гиперчувствительности	характерно	нет
элиминационный тест	положительный	отрицательный
клинико-биохимические проявления патологии печени	не характерно	характерно
сопутствующая патология	чаще другие аллергические заболевания	гепатобилиарный синдром в сочетании с патологией пищеварительного тракта, астмой, круглогодичной риносинусопатией и др.
аллергологические тесты: - кожные - провокационные	положительные положительные	отрицательные отрицательные
аспириновый тест	отрицательный	±
антипириновый тест	отрицательный	положительный

форма, а является синдромом основного заболевания — гепатоза, при котором снижена активность микросомальных монооксигеназ (цитохрома р-450), легкой степени холестаза, цитолиз, нарушение синтеза белка, снижение функции детоксикации печени. Прием лекарств, пищи, особенно ингибирующих циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты, инфекции ведут к рецидиву заболевания.

Выбор схемы лечения непосредственно связан с формой крапивницы. При истинной аллергической крапивнице первым этапом является установление причины и ее элиминация, в период ремиссии проводится специфическая гипосенсибилизация, которая, по существу, является этиологической и патогенетической терапией этой формы крапивницы. Иначе дело обстоит с псевдоаллергической, поскольку непосредственной ее причиной является обострение основного заболевания — гепатоза и других органов пищеварения. В этих случаях терапия должна быть направлена на лечение основного заболевания с элиминацией продуктов, содержащих красители, ароматизаторы, консерванты, естественные салицилаты, ненаркотические анальгетики, жаропонижающие, неспецифические противовоспалительные. Избегать полипрагмазии, назначать антигистаминные препараты в два раза ниже обычной суточной дозы, т.к. эти больные склонны к кумуляции лю-

бых препаратов — интоксикации и затяжному течению заболевания [4].

Итак, подход к лечению этих двух форм крапивниц должен быть дифференцированным. Нами были разработаны и дополнены критерии дифференциальной диагностики аллергической и псевдоаллергической крапивниц с учетом данных литературы (табл. 1).

Для иллюстрации приводим клинические примеры.

Больная Л., 27 лет, предъявляла жалобы на периодически возникающие чихание, слезотечение, зуд век и носа, ринорею, преимущественно летом и симметричный ограниченный отек в параорбитальной области.

Из анамнеза: с месячного возраста — экссудативный диатез. В 1990 г. (в 15 лет) в июле остро возник отек Квинке параорбитальный во время сбора букета полевых цветов. Отек сопровождался зудом глаз и носа, першением в горле, ринореей, общей слабостью. Данные явления купировались сафродексом. С тех пор ежегодно, на протяжении более 10 лет, в июне-августе появляются выше перечисленные состояния.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, отеков нет, катаральных явлений нет. Слизистые бледно-розовые, чистые. Дыхание через нос не затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет, ЧСС — 76 в минуту, АД 115/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Болезненности в точке желчного пузыря нет,

симптомы Ортнера и френикус - отрицательные.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,4 \times 10^{12}$, гемоглобин — 141 г/л, лейкоциты — $4,5 \times 10^9$, сегментоядерные — 69, палочкоядерные — 2, лимфоциты — 26, моноциты — 3, СОЭ — 5 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, уд. вес — 1017, лейкоциты — 1-0.

Биохимический анализ крови: АЛТ — 20 ед/л, АСТ — 20 ед/л, АСТ/АЛТ — 1,0, билирубин — 11,8 ммоль/л, холестерин 4,51 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 198,5 ед/л, тимоловая 1,5 ед., протромбиновый индекс — 90,0 %, фибриноген — 3,2 г/л, альбумины — 49,0 г/л, альбумины/глобулины — 1,6.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

УЗИ: патологии не обнаружено.

Период полувыведения антипирина равен 11,2 часов, клиренс антипирина — 35,93 мл/мин, т.е. период полураспада антипирина и выведение его из организма не нарушены.

При проведении скарификационных кожных тестов с аллергенами: гистамин (++), береза (++++), смеси луговых трав (++++), смесь сорных трав (++++), в частности полынь (++++), лебеда (++).

Диагноз: Поллиноз. Риноконъюнктивит аллергического генеза. Отек Квинке. Сенсибилизация к березе (++++), смеси луговых трав (++++), сорных трав (++++), полыни (++++), лебеде (++).

Наличие у больной сезонного риноконъюнктивита и крапивницы с зудом и обнаружение сенсибилизации к пыльце деревьев, луговых и сорных трав позволило диагностировать поллиноз аллергического генеза, риноконъюнктивит, крапивницу. На данном примере видно, у этой больной по результатам анамнеза, осмотра, лабораторно-инструментальных исследований не было найдено признаков поражения гепатобилиарной системы. Биотрансформационная функция печени не имела различий со здоровой группой.

Второй случай. Больная Н., 36 лет, предъявляла жалобы: на волдырные высыпания размером с боб и больше по всему телу, с чувством жжения, при приеме антибиотиков (пенициллина, макролидов, аминогликозидов), сульфаниламидных препаратов, парацетамола. Высыпания появлялись через несколько часов от приема лекарств и сопровождались общей слабостью, повышением температуры до 38°C , тяжестью в правом подреберье. Высыпания исчезают через 3 суток после приема супрастина. Кроме того, больная периодически, на протяжении последних 15 лет, отмечает утреннюю слабость, горечь во рту по утрам, отрыжку, тяжесть в правом подреберье, вздутие и урчание в животе, боли в эпигастриальной области. Из анамнеза: впервые крапивница возникла в 1980 г. на 3 день приема пенициллина, что свидетельствует об отсутствии сенсибилизации к этому препарату, так как формируется сенсибилизация на принимаемый препарат не ранее, чем через 6-7 дней. До этого принимала пенициллин — реакции не было. В 1992 г. на первую инъекцию канамицина — развилась крапивница, ранее его не получала. В 1997 г. на прием парацетамола, как и на канамицин, через 5-6 часов возникли отеки губ, рта, языка. Хорошо известно, что аллергического генеза ранняя реакция наблюдается в первые 40 минут. В 2002 г. после сенокосения возникла крапивница по всему телу. Из анамнеза: страдала на протяжении 20 лет хроническим гастритом, 10 лет — хроническим холециститом, 25 лет — хроническим пиелонефритом. ОРВИ болеет ежегодно до 4-5 раз.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, отеков нет. В области щек и грудины единичные сосудистые звездочки. Слизистые бледно-розовые, чистые. Склеры и слизистая неба иктеричны. Дыхание через нос не затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, дополнительных шумов нет, ЧСС — 72 в минуту, АД 130/80 мм

рт. ст. Язык влажный, обложен у корня беловатым налетом. Живот вздут. Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненная. Болезненности в точке желчного пузыря нет. Симптомы Ортнера положительный, френикус — отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты — $5,5 \times 10^{12}$, гемоглобин — 152 г/л, лейкоциты — $5,0 \times 10^9$, сегментоядерные — 70, палочкоядерные — 1, лимфоциты — 28, моноциты — 1, СОЭ — 6 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, уд. вес — 1007, лейкоциты — единичные, плоский эпителий 5-6 в п. зр. Биохимический анализ крови: АЛТ — 22 ед/л, АСТ — 24 ед/л, АСТ/АЛТ — 1,1, билирубин — 13,8 ммоль/л, холестерин — 5,01 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 202,0 ед/л, тимоловая — 3,9 ед., протромбиновый индекс — 78,0 %, фибриноген — 4,1 г/л, альбумины — 44,5 г/л, альбумины/глобулины — 1,2.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

УЗИ: признаки хронического холецистита. Солевой диатез почек. Нефроптоз II ст. 2-х сторонний.

Аспириновый тест с 1,0 г аспирина — отрицательный.

Период полувыведения антипирина удлиннен до 16,5 часов (у здоровых — $10,8 \pm 0,68$ часов), клиренс антипирина снижен до 26,2 мл/мин ($40,3 \pm 0,13$).

Капельные, аппликационные, скарификационные, провокационные подязычные тесты с пенициллином, канамицином, парацетамолом отрицательные.

Диагноз: Гепатоз, псевдоаллергическая лекарственная крапивница, отек Квинке.

Поскольку у больной при аллергологическом обследовании не было выявлено сенсибилизации к лекарственным веществам, с приемом которых связан каждый рецидив крапивницы. Отсутствие периода сенсибилизации (на все препараты), появление волдырей на 3 сутки приема лекарства (симптом накопления) и спустя 5-6 часов от их приема в отсутствии ранней немедленной реакции в первые 40 минут от приема препаратов. Изложенное, плюс отрицательный аспириновый тест вкупе с наличием выраженного снижения клиренса (на 35%) и удлинения периода полувыведения антипирина (на 65%), позволили нам диагностировать псевдоаллергическую крапивницу. Из анамнеза тому подтверждение — непереносимость трех препаратов разных химических структур, особенно парацетамола.

Итак, по последнему клиническому примеру видно, что для псевдоаллергической крапивницы по данным опроса, осмотра, лабораторного и ультразвукового исследования характерно наличие признаков патологии гепатобилиарной системы и значительного нарушения биотрансформационной функции печени (снижение активности ферментов — микросомальной монооксигеназной системы): удлинение времени полувыведения антипирина из организма и снижение его клиренса. Клинически это проявлялось синдромами: гепатобилиарным, желудочно-кишечной диспепсией, астеническим. Следует отметить, что на гепатотоксичные препараты (канамицин и др.) у больных псевдоаллергической крапивницей может быть развитие крапивницы на первый прием препарата. Однако отсутствие ранней реакции при наличии только отсроченной — через 5-6 часов, отсутствие периода сенсибилизации, указание в анамнезе на наличие реакции на препараты, ингибирующие циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты (парацетамол, аспирин, НПВП и др.), непереносимость нескольких групп разной химической природы лекарственных веществ свидетельствуют о неиммунном — псевдоаллергическом генезе крапивницы.

CLINICAL FEATURES OF URTICARIA ALLERGIC AND PSEUDOALLERGIC

N.K. Efimova, T.P. Sizikh
(Irkutsk State Medical University)

In this article are presented two clinical cases: allergic and pseudoallergic urticaria.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ефимова Н.К.* Функциональное состояние печени при крапивницах.: Дис. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 2004 — 158 с.
2. *Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В.* Аллергические заболевания. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. — 470 с.
3. *Пыцкий В.И., Смирнова С.В., Сизых Т.П.* Типы крапивниц, их клинко-патогенетические варианты, дифференциальная диагностика и лечение: Метод рекомендации. — М., 1993. — 18с.
4. *Сизых Т.П.* Крапивница. Отек Квинке. // Неотложные состояния в практике врача-терапевта. — Иркутск, 1994. — С.128-139.
5. *Смирнова С.В.* Аллергия и псевдоаллергия. — Красноярск: «Гротеск», 1997. — 218с.
6. *Смирнова С.В., Сизых Т.П., Алексейцева С.П.* Значение хронического гепатита в развитии хронической рецидивирующей крапивницы. // Акт. вопросы гастроэнтерологической патологии в различных климато-географических зонах. — Якутск, 1983. — С.87-88.
7. *Guinpepain, M.T.* Treatment of antihistamine unresponsive chronic urticaria. // Ann Dermatol Venerol. — 2003. — Vol. 130, Spec № 1. — P.78-85.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© СИЗЫХ Т.П. —

О ДВУХ ВОИНАХ, ЗАЩИЩАВШИХ ОТЕЧЕСТВО — Д.М.Н., ПРОФЕССОРЕ ВАЛЕНТИНЕ ФЕЛИКСОВИЧЕ ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОМ И НАЧМЕДЕ ЭВАКОГОСПИТАЛЯ 15/15 НАДЕЖДЕ АЛЕКСЕЕВНЕ БРАНЧЕВСКОЙ

Т.П. Сизых

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.б.н., проф. А.А. Майборода)

Резюме. Статья посвящается двум врачам — Святителю Луке, архиепископу, д.м.н., профессору, Лауреату Сталинской премии, основоположнику региональной анестезии и основ гнойной хирургии, блестящему хирургу, богослову, проповеднику, в миру — Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому. А также врачу-хирургу, организатору эвакогоспиталя 15/15 в г. Красноярске, фронтовику, основателю медицинской службы Гражданской авиации Красноярского края, орденоносцу, ныне здравствующей Надежде Алексеевне Бранчевской. Она в первый год войны работала и решала вопросы жизнедеятельности Святителя Луки.

Ключевые слова. ВОВ, В.Ф.Войно-Ясенецкий, эвакогоспиталь 15/15, начмед Н.А.Бранчевская, г.Красноярск.

Воскресенье. Солнечный теплый день. На открытой террасе II этажа деревянного дома г. Красноярска Надежда Алексеевна, как обычно по воскресным дням, безмятежно делала мороженое для семьи. Семья была «мама, папа, я, пес Джек и кот Костя», и все были любители мороженого. Сияющее солнце залило часть террасы. Вспоминает Надежда Алексеевна: «Сижу, кручу мороженое, а кот и пес рядом, ждут, когда можно будет снимать пробу. Погода хорошая, настроение тоже, вообще все говорило о благополучии. Вдруг на террасу входит мама. Я ее не узнала. Настолько она изменилась, как будто постарела лет на 20. Бледная. Вид ее растерянный. В общем, стала человеком, у которого внезапно случилось большое горе. Говорит: «Надя, началась война с Германией. Бомбят наши города».

Настолько ошеломила Надежду Алексеевну весть, что она никак не могла осмыслить произнесенную матерью фразу. И только спустя некоторое время до нее дошел смысл сообщения.

Надежду Алексеевну, главного врача роддома № 1 это сообщение касалось напрямую. В военном билете был мобилизационный листок, обязывающий ее по объявлению войны явиться на третий день на сборный пункт военкомата для отправки на фронт. Для родителей это было очень тяжело, она была у них единственной.

По радио играла музыка, и «все время передавали» сообщение Сталина о нападении Германии и начале войны. Надежда Алексеевна до сих пор помнит, что каждый раз обращение по радио заканчивалось: «Мы победим! Победа будет за нами!».