

4. Карачунский М.А. Туберкулез в наши дни // РМЖ. - 2001. - №21(9).
5. Пяткин К.Д., Кривошеин Ю.С. Микробиология. - М., 1980.
6. Справочник по клинической микробиологии / Под ред. В.В.Тец. - СПб., 1994.
7. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население). - М., 1999.
8. Birnbaum H.G., Morley M., Greenberg P.E. et al. Economic Burden of Pneumonia in an Employed Population // Arch. Intern. Med. - 2001. - Vol.161. - P.2725-2731.
9. Ewig S., Schlochtermeier M., Goke N., Niederman M.S. Applying Sputum as a Diagnostic Tool in Pneumonia // Chest. - 2002. - Vol.121. - P.1486-1492.
10. Fine M.J., Smith M.A., Carson C.A., et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia: a metaanalysis // JAMA. - 1996. - Vol.275. - P. 134.
11. Gotfried M.H. Epidemiology of clinically diagnosed community-acquired pneumonia in the primary care setting: results from the 1999-2000 respiratory surveillance program // Am. J. Med. - 2001. - Vol. 11 (suppl 1). - P.25-29.
12. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections // Eur. Respir. J. - 1998. - №11. - C.986-991.
13. Guidelines for the Management of Adults with Community-acquired Pneumonia // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 2001. - Vol.163. - P.1730-1754.
14. Jay S.J., Johanson W.G., Pierce A.K. The radiographic resolution of Streptococcus pneumonia // The New England Journal of Medicine. - 1975. - Vol.293. - P.798-801.
15. John L., Johnson M.D. Slowly resolving and nonresolving pneumonia // Postgrad. Med. - 2000. - Vol.108, N.6. - P.115-122.
16. McCormick D., Fine M.J., Coley C.M. et al. Variation in length of hospital stay in patients with community-acquired pneumonia: are shorter stays associated with worse medical outcomes? // Am. J. Med. - 1999. - Vol.107. - P.5-12.
17. Mittl R.L., Schwab R.J., Duchin J.S. et al. Radiographic resolution of community-acquired pneumonia // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1994. - Vol.149, N.3. - P.630-635.
18. Murray P.R., Washington J.A. II. Microscopic and bacteriologic analysis of expectorated sputum // Mayo Clin. Proc. - 1975. - Vol.104. - P.499.
19. Weingarten S.R., Riedinger M.S., Hobson P. et al. Evaluation of a pneumonia practice guideline in an interventional trial // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1996. - Vol.153. - P.1110-1115.
20. Wipf J.E., Lipsky B.A., Hirschmann J.V. et al. Diagnosing Pneumonia by Physical Examination. Relevant or Relic? // Arch. Intern. Med. - 1999. - Vol.159. - P.1082-1087.

© СИЗЫХ Т.П., САФРОНЕНКО Н.К. -
УДК 616.8-009.863+616.514]:616-092

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ КРАПИВНИЦ

Т.П. Сизых, Н.К. Сафроненко.

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

Резюме. В статье представлены клинико-биохимические особенности течения различных вариантов крапивниц: аллергических и псевдоаллергических (пищевой, лекарственной, физической, идиопатической, контактной, инсектной). При псевдоаллергических вариантах крапивниц регистрируются у всех больных гепатобилиарные клинико-биохимические синдромы, а главное - снижение активности системы ферментов монооксигеназ, ответственных за метаболизм ксенобиотиков, биологически активных веществ (гистамина, лейкотриенов и др.), эндогенных метаболитов и др. Подобных нарушений не обнаружено у больных аллергической крапивницей.

Крапивница объединяет гетерогенную группу заболеваний, в развитии которых принимают участие аллергические и псевдоаллергические механизмы (А.Д. Адо, 1976). Это понятие, охватывает группу заболеваний, основным симптомом которого является уртикарный элемент на коже. Нами, в 1994 году, крапивница определялась как самостоятельное, истинно аллергическое заболевание по своей природе, и как синдромальное патологическое состояние, наблюдаемое при ряде других заболеваний, как не иммунной, так и иммунной природы. В основе нозологической крапивницы лежит, как правило, немедленный, I тип аллергической сосудистой реакции, клинически проявляющийся быстро возникающими, приподнятыми над поверхностью кожи уртикарными высыпа-

ниями, гиперемизованными участками отека округлой формы, захватывающими поверхностные слои дермы [13].

Материалы и методы

Целью нашей работы явилось комплексное изучение функции печени, в том числе и универсальной биотрансформационной у больных с различными вариантами крапивниц. Согласно классификации Е.С. Феденко (2001), нами были выделены следующие группы больных с крапивницами: аллергическая (п-5) и псевдоаллергическая (ПАК). Последняя делилась на пищевую (32), лекарственную (36), физическую (18), идиопатическую (10), контактную (17), инсектную (7). Для сравнения взята группа здоровых лиц из 49 человек, у которых в анамнезе не выявлено заболева-

ний аллергических, гепатобилиарной системы и псевдоаллергических состояний.

Всем больным проводилось традиционное клинико-лабораторное обследование: сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр, общий анализ крови и мочи, кал на выявление яиц гельминтов, определение маркеров вирусных гепатитов.

Биохимическое исследование проводилось в рамках следующих синдромов (А.И. Хазанов, 1995): а) цитолитический синдром: определение АЛТ, АСТ, соотношения АСТ/АЛТ (коэффициент де Ритиса) кинетическим методом DGKC; б) холестатический синдром: показатели билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы ферментативными реакциями на биохимическом анализаторе "Cormay Livia - 18", Польша; в) мезенхимально-воспалительный синдром: показатели тимоловой пробы унифицированным методом, общего белка биуретовым методом; г) гепатодепрессивный синдром (нарушение синтетической функции печени): показатели холинэстеразы кинетическим методом DGKC, холестерина с помощью ферментативных реакций специальными реактивами на биохимическом анализаторе "Cormay Livia - 18".

Аллергологическое обследование (проведение кожных и провокационных тестов, включая назальные, подъязычные, оральные) с бытовыми, пыльцевыми, пищевыми, лекарственными аллергенами (бытовые и пищевые аллергены получены в Московском НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, пыльцевые - в Ставропольском НИИВ).

Пероральный провокационный тест с аспирином выполнялся согласно рекомендациям НИАЛ РАМН (А.Д. Адо, 1978).

Состояние микросомального окисления 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. В ходе исследования определялись следующие показатели: Т 'А ант. - время полувыведения антипирина из организма (в часах) и С1 ант - клиренс антипирина (мл/мин).

Состояние органов пищеварения оценивалось по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости на аппарате "Алока-630" (Япония) по общепринятой методике.

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.

Результаты и обсуждение

Обследовано 101 больной крапивницей и отеком Квинке. Из них с аллергическим генезом -

5 (4,9%) и с псевдоаллергическим 94 (95,1%). С аллергической крапивницей женщин - 2 (40%), мужчин - 3 (60%), средний возраст их $32,5 \pm 5,5$ и $20,33 \pm 1,45$ соответственно. Среди больных с псевдоаллергическими крапивницами (ПАК) с лекарственной К. женщин было - 27 (75%), средний возраст которых $45,5 \pm 2,19$ лет, мужчин - 9 (25%), средний возраст их $29,0 \pm 5,9$. С пищевой К. соответственно женщин - 24 (75%) и мужчин - 8 (25%), средний возраст $40,21 \pm 2,9$ и $31,43 \pm 7,9$, с физической К. женщин - 15 (83,3%) и мужчин - 3 (16,7%), средний возраст их $43,57 \pm 2,38$ и $21,33 \pm 2,7$, с идиопатической - женщин - 5 (60%), мужчин - 4 (40%), средний возраст $43,0 \pm 6,86$ и $37,75 \pm 11,48$, с контактной - 15 (88,2%) и 2 (11,8%) со средним возрастом $39,2 \pm 4,45$ и $31,5 \pm 11,5$, с инсектной - женщин - 5 (71,4%), мужчин - 2 (28,6%), средний возраст которых составил $47,6 \pm 8,38$ и $38,0 \pm 13,0$ соответственно. Следовательно, среди всех изучаемых вариантов ПАК преобладали женщины в возрасте 40 лет и более. В то время как мужчины были значительно моложе женщин. А среди больных с аллергической К. преобладали мужчины над женщинами, причем возраст и тех и других был значительно моложе, чем при ПА вариантах К.

Группа здоровых лиц также в основном представлена женщинами (85,7%). Средний возраст среди здоровых мужчин составил $35,0 \pm 1,99$ лет, а женщин - $41,57 \pm 5,35$, т.е. значимых различий по полу и возрасту с основными группами нет.

Изолированная К. встречалась у 68 (67,3%) больных, изолированный ОК - у 21 (20,8%), сочетание ОК и К - у 12 (11,9 %). Чаше высыпания были огромными - в 42,6% случаев, а мелкими - в 32,7%, реже размером с горох - в 20,8%, с боб - в 8,9% и сопровождалась зудом - в 58,4%, жжением - в 25,7%, зудом и жжением одновременно - в 13,9%. В 23,7% случаев высыпания имели тенденцию к слиянию.

Аллергические К. провоцировались на каждый контакт с горчицей в 1 (20%) случае, с рыбой - в 1 (20%), с персиком - в 1 (20%), с пенициллином - в 1 (20 %), с луговыми травами - в 1 (20%).

В группе с лекарственной ПАК среди причиннозначимых лекарственных препаратов 12 (33,3%) больных отметили связь с антибиотиками (пенициллин - 7, тетрациклин - 2, канамицин, левомицетин и изониазид - по 1 и стрептомицин по 2). На втором месте в качестве причины появления К. и ОК, по анамнезу, стоят аспирин и нестероидные противовоспалительные средства - у 9 (25,0%) больных, на третьем - у 5 (13,9%) - сульфаниламиды (сульфодиметоксин - 2, биссептол - 1). Среди прочих лекарственных препаратов были также названы урографин - 2, валидол, рибоксин, новокаин, фуродонин, эуфиллин, верапамил - по 1. Несколько лекарств разных химических групп в качестве причин К. названы 7 (19,4%) больными.

Среди причиннозначимых пищевых продуктов преобладали продукты, содержащие естественные салицилаты. Так клубника, малина, земляника бы-

Частота встречаемости печеночных синдромов по данным опроса у больных с различными вариантами крапивницы

Жалобы	Частота встречаемости жалоб													
	Аллергическая (n=5)		Псевдоаллергические											
			Пищевая (n=32)		Лекарственная (n=36)		Физическая (n=18)		Идиопатическая (n=10)		Контактная (n=17)		Инсектная (n=7)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	N	%	п	%	п	%
<i>Желудочная диспепсия</i>	3	60,0	16	50,0	30	83,3	16	83,3	7	70,0	15	88,2	7	100,0*
- боли в эпи- и мезо-гастррии	3	60,0	19	59,4	21	58,3	11	61,1	7	70,0	7	41,1	5	71,4
- тошнота	2	40,0	11	34,4	17	47,3	14	77,8	5	50,0	7	41,1	2	28,6
- рвота	1	20,0	5	15,6	10	27,8	9	50,0	3	30,0	2	11,8	-	-
- изжога	1	20,0	9	25,1	11	30,6	6	33,3	3	30,0	7	41,1	3	42,8
- отрыжка	-	-	12	37,5	14	38,9	8	44,4	5	50,0	5	29,5	5	71,4
<i>Кишечная диспепсия</i>	1	20,0	18	56,3	23	63,9*	11	61,1	6	60,0	13	76,5*	4	57,1
- метеоризм	1	20,0	16	50,0	22	61,1	6	33,3	6	50,0	13	76,5*	4	57,1
- запоры	1	20,0	8	25,0	8	22,2	6	33,3	1	10,0	3	17,6	1	14,3
<i>Гепатобилиарный синдром</i>	1	20,0	24	75,0*	30	83,3*	14	77,8*	6	60,0	13	76,5*	7	100,0*
- горечь во рту	1	20,0	17	53,1	24	66,7*	13	72,2*	4	40,0	12	70,6*	4	57,1
- боль и/или тяжесть в правом подреберье	1	20,0	22	68,7*	27	75,0*	13	72,2*	6	60,0	12	70,6*	6	85,7*
<i>Холестатический синдром</i>	1	20,0	13	40,6	21	58,3	11	61,1	1	10,0	10	58,8	5	71,4
- темная моча	-	-	4	12,5	11	30,6	5	27,8	1	10,0	5	29,5	2	28,6
- светлый стул	-	-	2	6,3	8	22,2	3	16,7	-	-	4	23,5	2	28,6
- зуд кожи, не связанный с высыпаниями	1	20,0	8	25,0	10	27,8	7	38,8	1	10,0	6	35,3	5	71,4
<i>Астено-вегетативный синдром</i>	4	80,0	24	75,0	30	83,3	15	83,3	8	80,0	14	82,3	7	100,0*
- гипотония	-	-	9	28,1	13	36,1	5	27,8	2	20,0	1	5,9	2	28,6
- слабость по утрам	4	80,0	16	50,0	1	50,0	11	61,1	5	50,0	10	58,8	7	100,0*
- головная боль по утрам	2	40,0	14	43,7	23	63,9	11	61,1	6	60,0	12	70,6	5	71,4

Примечание: * - достоверность различий между аллергической крапивницей и группами псевдоаллергических крапивниц ($p < 0,05$)

ли названы 9 (28,1%) больными, цитрусовые - еще другими 9 (28,1%), вино-водочные изделия - 5 (15,6%), бананы, персики и жирная пища - по 2, лук, мак, рыба, мед, свинина, томаты, яйца, горчица - по 1. Сочетание двух и более продуктов, как причиннозначимых, по анамнезу, названо 8 (25,0%) больными.

Среди физических факторов наиболее частым была инсоляция - у 7 (38,9%) больных, затем холод - у 6 (33,3%), дермографизм и контакт с водой отмечали - по 2 (2,6%), холинергическая - у 1 (1,3%).

В качестве причины при контактной К. назывались: контакт с травой 12 (70,6%) больных, с животными - 2 (11,8%), с химическими веществами - 3 (17,6%).

У 7 из 101 (6,9%) больного причинный фактор больные сами назвать не могли. У 17 (16,8%) больных наблюдалось сочетание двух видов ПАК.

Проведенное полное аллергологическое обследование, включая провокационные тесты у больных с ПАК, не выявили сенсibilизации к лекарственным, пищевым, растительным и другим

аллергенам. В то время как при аллергической К. подтверждена сенсibilизация к выше перечисленным по анамнезу аллергенам.

Все больные группы ПАК предъявляли те или иные жалобы, свидетельствующие о поражении желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (табл. 1).

Наиболее часто встречались синдромы: гепатобилиарный - от 76,5% до 100% при ПАК и только у пятой части (20%) при аллергических крапивницах; астено-вегетативный - чаще, чем у четырех пятых при всех вариантах К, желудочной диспепсии - у четырех из пяти, а при инсектной К. в 100% случаев. Чуть больше половины больных при ПА вариантах К. и лишь пятый больной при аллергической К. предъявляли жалобы, характеризующие наличие синдромов кишечной диспепсии и холестаза. Из этого следует, что при ПАК больные значимо ($p < 0,05$) чаще нежели при аллергических предъявляли жалобы, свидетельствующие о поражении желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Для аллергических К. характерны синдромы желудочной дис-

Частота встречаемости объективных признаков поражения печени выявленных при осмотре больных с различными вариантами крапивницы

Признаки	Частота встречаемости признаков													
	Аллергическая (n=5)		Пищевая (n=32)		Лекарственная (n=36)		Физическая (n=18)		Идиопатическая (n=10)		Контактная (n=17)		Инсектная (n=7)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Желтушность:														
- кожи	-	-	1	3,1	8	22,2	2	11,1	1	10,0	-	-	-	-
- склер	1	20,0	20	62,5*	27	75,0*	13	72,2*	6	60,0	12	70,6*	5	71,4*
- мягкого неба	1	20,0	23	71,8*	28	77,8*	15	83,3*	6	60,0	12	70,6*	5	71,4*
Увеличение печени	-	-	3	9,4	7	19,4	6	33,3	2	20,0	3	17,6	2	28,6
Болезненность в эпигастрии и мезогастррии при пальпации			5	15,6	10	27,8	2	11,1	3	30,0	3	17,6	1	14,3
Печеночные ладони	1	20,0	3	9,4	5	13,9	2	11,1	-	-	1	5,9	1	14,3
Сосудистые звездочки	-	-	17	53,1	19	52,8	11	61,1	6	60,0	11	64,7	5	71,4
Пятна Воячека	1	20,0	11	34,4	22	61,1	9	50,0	5	50,0	8	47,1	4	57,1
Симптом Ортнера	1	20,0	14	43,7	19	52,8	7	38,8	5	50,0	12	70,6*	4	57,1
Френикус-симптом	-	-	7	21,8	13	36,1	5	27,8	1	10,0	3	17,6	2	28,6

Примечание: * - достоверность различий между аллергической крапивницей и группами псевдоаллергических крапивниц ($p < 0,05$)

пепсии и астено-вегетативный, в то время как синдромы кишечной диспепсии, гепатобилиарный и холестатический встречались лишь у одного из пяти больных. Тогда как при ПАК были выражены все пять синдромов у всех больных при всех ее вариантах.

При осмотре у всех больных с ПАК и лишь у одного - с аллергической К. были найдены признаки поражения гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта (табл.2).

Так у трех из четырех больных с ПА вариантами К., встречались желтушное окрашивание мягкого неба и склер. У каждого пятого больного ПАК отмечалось увеличение печени, а при физи-

ческой - у каждого третьего. Значимо ($p < 0,05$) реже обнаружена гепатомегалия при пищевой - у каждого десятого (9,4), а при аллергической К. данная патология не выявлена. Почти у каждого второго при ПАК определялись сосудистые звездочки и пятна Воячека, симптом Ортнера, в то время как при аллергических только у одного. Итак, как и при опросе, так и при осмотре больных значимо ($p < 0,05$) чаще находили признаки поражения гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта при ПАК нежели при аллергических К.

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости у большинства

Таблица 3.

Данные ультразвукового исследования органов брюшной полости у больных с различными вариантами крапивницы

Признаки	Частота встречаемости УЗ признаков													
	Аллергическая (n=5)		Псевдоаллергические											
			Пищевая (n=32)		Лекарственная (n=36)		Физическая (n=18)		Идиопатическая (n=10)		Контактная (n=17)		Инсектная (n=7)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Увеличение печени			2	6,3	4	11,1	2	11,1	2	20,0	1	5,9	2	28,6
Признаки холецистита	1	20,0	12	37,5	22	61,1	2	44,4	4	40,0	8	47,1	2	28,6
Перегиб желчного пузыря	-	-	8	25,0	-	-	-	-	2	2,0	2	11,8	1	14,3
Диффузные изменения в печени	-	-	3	9,4	20	55,6	10	55,5	1	10,0	3	17,6	2	28,6
Диффузные изменения в паренхиме	1	20,0	2	6,3	18	50,0	-	-	-	-	5	29,5	1	14,3
Спленомегалия	-	-	-	-	2	5,6	2	11,1	1	10,0	-	-	-	-
Признаки цирроза печени	-	-	-	-	2	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Портальная гипертензия	-	-	1	3Д	1	2,8								
Асцит	-	-	-	-	1	2,8	-	-	1	10,0	-	-	-	-

Частота встречаемости биохимических синдромов у больных с различными вариантами крапивниц

Показатели	Средние величины биохимических показателей печеночных синдромов							
	Здоровые (n=49)	Аллергиче- ская (n=5)	Псевдоаллергические					
			Пищевая (n=32)	Лекарствен- ная (n=36)	Физическая (n=18)	Идиопатиче- ская (n=10)	Контактная (n=17)	Инсектная (n=7)
Показатели цитолитического синдрома								
АЛТ, ед/л	17,77±1,29	18,0±1,85	22,06±3,05 (а, б)	26,36±3,24 (а, б)	27,0±5,19 (а, б)	18,98±3,55	19,49±1,51 (а)	20,6±3,36 (а, б)
АСТ, ед/л	22,29±0,77	20,67±3,7 (а)	25,22±3,18 (а, б)	26,67±2,39 (а, б)	26,71±3,61 (а, б)	20,83±1,35 (а)	23,89±1,45 (а, б)	27,88±4,78 (а, б)
АЛТ/АСТ	1,4±0,1	1,2±0,12 (а)	1,2±0,16 (а)	1,16±0,12 (а)	1,42±0,24	1,24±0,20 (а)	1,17±0,13 (а)	1,44±0,32
Показатели холестатического синдрома								
ЩФ, ед/л	245,0±21,1	183,5±15,5 (а)	211,8±26,92 (а, б)	234,1±17,7 (а, б)	249,1±5,3 Кб	196,0±26,7 (а)	185,8±29, 85 (а)	170,7±18,3 (а)
Билирубин общий, ммоль/л	12,3±0,56	10,57±0,99 (а)	14,27±1,7 (а, б)	16,13±1,86 (а, б)	12,8±1,12 (а, б)	12,12±1,33 (б)	14,45±1,56 (а, б)	12,8±2,13
Холестерин, ммоль/л	5,03±0,1	3,24±0,41 (а)	4,78±0,35 (а, б)	4,32±0,17 (а, б)	4,38±0,32 (а, б)	4,61±0,43 (а, б)	4,82±0,58 (а, б)	4,46±0,28 (а, б)
Показатели гепатодепрессивного синдрома								
ПИ, %	91,7±4,1	89,4±3,6	80,0±5,28 (а, б)	67,33±6,83 (а, б)	68,2±4,74 (а, б)	71,2±3,52 (а, б)	63,79±2,86 (а, б)	80,5±4,63 (а, б)
Фибриноген, г/л	3,57±0,15	3,19±0,16 (а)	2,78±0,3 (а, б)	3,28±0,25 (а)	3,41±0,52 (а)	3,75±1,02	3,89±2,01	4,1±1,32 (а)
Альбумины, г/л	47,8±1,24	48,3±1,47	49,9±2,4 (а)	45,09±2,32 (а, б)	47,1±3,8	45,2±6,83	49,65±1,3 (а)	44,05±2,25 (а, б)
Альб./глоб.	1,63±1,02	1,59±0,09	2,53±0,2 (а,б)	1,46±0,14	1,87±0,41	1,59±0,42	1,67±0,14	1,95±0,45
Показатели мезенхимально-воспалительного синдрома								
Тимоловая, ед	1,49±0,17	1,55±0,25	1,59±0,37	2,77±0,32 (а, б)	2,63±0,5 (а, б)	3,14±0,94 (а, б)	3,47±0,44 (а, б)	3,28±0,63 (а, б)

Примечанием - достоверность различий между группой здоровых лиц и больных крапивницей ($p<0,05$);

б - достоверность различий между больными аллергической и псевдоаллергической крапивницами ($p<0,05$).

больных с псевдоаллергическими крапивницами обнаружены УЗ-признаки поражения гепатобилиарной системы (табл.3).

Наиболее часто, почти у каждого второго, выявлены признаки хронического холецистита. При физической и лекарственной К. у половины больных (55,6%, 55,5%) были обнаружены диффузные изменения в печени. Кроме того, в группе ПАК установлены такие осложнения как асцит, портальная гипертензия и цирроз печени. В то время как при аллергической К. лишь у одного больного выявлены признаки хронического холецистита и диффузные изменения в pancreas. Следовательно, при ПАК и при ультразвуковом исследовании значимо ($p<0,05$) чаще определяются признаки поражения печени и желудочно-кишечного тракта.

Во всех группах ПАК выявлено значимое ($p<0,05$) увеличение АЛТ, АСТ относительно здоровых лиц (табл.4).

Исключение составила идиопатическая и аллергическая К. при которых имелось только увеличение АСТ относительно здоровых, с аллергической К. значимых различий нет. Коэффициент

де Ритиса в группах больных с аллергической и ПАК: пищевой, лекарственной, идиопатической, контактной ПАК был значимо ($p<0,05$) ниже, чем у здоровых лиц, в то время как при инсектной и при физической К. значимых различий со здоровыми не выявлено.

Изучение холестатического синдрома выявило во всех группах крапивниц изменение биохимических показателей относительно здоровых лиц. Так, щелочная фосфатаза (ЩФ) снижена относительно здоровых во всех группах К., кроме физической. Но ее значения при ПАК: пищевых, лекарственных и физических значимо выше, чем при аллергической. Показатели билирубина были значимо ($p<0,05$) снижены относительно здоровых лиц при аллергической К., в то время как при ПАК, кроме инсектной, его значения были значимо выше, чем у больных с аллергической К. и кроме инсектной и идиопатической - относительно здоровых лиц. Уровень холестерина во всех группах К. был ниже, нежели у Здоровых. Следовательно, при аллергической К. имеется снижение показателей ЩФ, билирубина и холестерина относительно здоровых лиц и лиц с ПАК. В то вре-

мя как при ПАК имеется повышение уровня билирубина относительно здоровых лиц и больных с аллергической крапивницей, а также снижение уровня холестерина и ЩФ относительно здоровых, что свидетельствует о холестазах и снижении синтетической функции печени в этих вариантах К.

Изучение гепатодепрессивного синдрома нашло в группах ПАК снижение уровня протромбинового индекса (ПИ) относительно здоровых и больных с аллергической К. В то время как уровень ПИ при аллергических К. не имел значимых ($p>0,05$) различий со здоровыми. Уровень фибриногена был значимо ($p<0,05$) ниже относительно здоровых при аллергической, ПАК пищевой, лекарственной и физической. Кроме того, при лекарственной и пищевой ПАК его уровень был значимо ($p<0,05$) ниже, нежели при аллергической. В то время как при инсектной К. уровень фибриногена значимо ($p<0,05$) выше, нежели у здоровых. Показатели альбуминов были значимо ($p<0,05$) ниже в группах с ПАК лекарственной и инсектной относительно здоровых лиц и больных с аллергической К. Следовательно, нарушения синтетической функции были более выражены при ПАК, что подтверждается снижением всех показателей, характеризующих эту функцию печени. При аллергической же крапивнице все показатели, за исключением фибриногена, были в пределах таковых здоровых лиц.

Для изучения мезенхимально-воспалительного синдрома исследовалась тимоловая проба. Увеличение ее показателей относительно здоровых лиц и больных с аллергической К. наблюдалось при всех вариантах в группе ПАК, кроме пищевой. Итак, наличие мезенхимально-воспалительного синдрома свойственно также только всем вариантам ПАК.

Изучение микросомального окисления с использованием антипириновой пробы т.е. универсальной биотрансформационной функции печени, ответственной за метаболизм биологически активных веществ ксенобиотиков, детоксикацию организма и др. нашло значимое ($p<0,001$) удлинение времени полувыведения антипирина из организма и значимое ($p<0,001$) снижение его клиренса только при всех вариантах ПАК относи-

тельно здоровых лиц и больных с аллергической К. (табл.5).

При аллергических К. не обнаружено значимого ($p>0,05$) изменения этих показателей относительно здоровых лиц. Эти данные подтверждают результаты наших ранних исследований, которые выявили, что у больных с наличием псевдоаллергической патологии, как-то аспириновая бронхиальная астма, анафилактический шок, имеется нарушение биотрансформационной функции печени [1,2,3,4,5,8,11]. Данные нарушения при аспириновой астме генетически детерминированы по аутосомно-доминантному типу [5]. По данным литературы известно, что изменения микросомального окисления в системе цитохрома р-450 является наследственно обусловленным процессом [1.2.3.4.5,8]. Как известно, цитохром Р-450, наряду с системой ферментов глутатиона, ответственны за биотрансформацию метаболитов, образующихся в процессе жизнедеятельности организма, ксенобиотиков, биологически активных веществ (в частности гистамина, лейкотриенов и других) [7.10.15], имеющих большое значение для патохимической стадии патогенеза аллергических и псевдоаллергических патологических состояний, в том числе и К. Следовательно, в патогенезе ПАК, вероятно, имеет важную роль дефект в системе цитохрома, и им обусловленный, извращенный метаболический каскад, с генерацией свободно радикального окисления, как следствие цитолиз. в т.ч. тучных клеток, с избыточным не иммунным высвобождением биологически активных веществ. Кожа, слизистые, легкие, почки - органы осуществляющие как метаболизм, так и выделение эндогенных метаболитов. Выделение кожей есть ничто иное, как feed-bek - реакция саморегуляции. Направленная на восстановление гомеостаза организма. Однако удаление через кожу постоянно избыточно метаболитов, биологически активных веществ сопровождается ее воспалением - волдырями элементами.

Таким образом, нами впервые установлено, что для всех вариантов ПАК характерно наличие энзимопатии в системе - 51 ионаминоксидаз, что не характерно для аллергической крапивницы. Это подтверждается наличием у больных ПАК клинико-биохимических печеночных синдромов.

Таблица 5.

Частота встречаемости биохимических синдромов у больных с различными вариантами крапивниц

Показатели	Средние величины показателей в зависимости от варианта крапивницы							
	Здоровые (n=49)	Аллергическая (n=5)	Псевдоаллергические					
			Пищевая (n=32)	Лекарственная (n=36)	Физическая (n=18)	Идиопатическая (n=10)	Контактная (n=17)	Инсектная (n=7)
Т У ₂ ант., час	10,8±0,68	11,22±0,29	14,78±0,26 (а, б)	15,12±0,29 (а, б)	15,08±0,33 (а, б)	15,34±0,56 (а, б)	15,51±0,8 5 (а, б)	14,44±0,12 (а, б)
С1 ант., мл/мин.	40,3±0,13	41,55±2,86	31,78±1,39 (а, б)	31,64±1,56 (а, б)	27,52±1,3 (а, б)	28,83±1,74 (а, б)	30,77±2,15 (а, б)	33,96±1,90 (а, б)

Примечанием - достоверность различий между группой здоровых лиц и больных крапивницей ($p<0,05$);

б - достоверность различий между больными аллергической и псевдоаллергической крапивницами ($p<0,05$).

CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES OF ALLERGIC AND PSEUDOALLERGIC VARIANTS COURSE OF URTICARIA

T.P. Sizikh, N.K. Safronenko.

(Irkutsk State Medical University)

In this article are presented the clinical and biochemical features of different variants of urticaria course: allergic and pseudo-allergic (food, medicinal, physical, idiopathic, contact and insect). In pseudoallergic variants of urticaria the hepatobiliar clinical and biochemical syndromes are registered in all patients and, that is the most important - decrease of activity of enzyme system of monooxygenases, which are responsible for metabolism of xenobiotics, biologically active substances (histamine, leukotenes and others), endogenic metabolites and others. The same disturbances were not found in the patients with allergic urticaria.

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-практических 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. - №1. - С.20-23.
6. Сизых Т.П. Патогенез аспириновой бронхиальной астмы // Сиб. мед. журнал. - 2002. - №2. - С.5-7.
7. 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. - С. 164-168.
8. 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. - №4. - С.26-31.
9. 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.
10. 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.
11. Семинский И.Ж. Экологическая генетика (лекция 10) // Сиб. мед. журнал. - 2003. - №1. - С.94-98.
12. Частная аллергология // Под ред. А.Д.Адо - М.: Медицина, 1976. - С.335-409.
13. Сизых Т.П. Крапивница. Отек Квинке / Неотложные состояния в практике врача-терапевта. Под ред. Т.П.Сизых. - Иркутск, 1994. - С.128-139.
14. Феденко Е.С. Современные представления о крапивнице. / Проблемы медицины. - 2001, №7-8. - С.15-19.
15. 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 450LAI enzyme activity by activating transcription of the corresponding gene // Adv. Enzyme Regul. - 1991. - Vol. 31. - P.307-317.

© НИМАЕВА Д.Э., СИЗЫХ Т.П. -

УДК 612.35:616.379-008.64

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Нимаева Д.Э., Сизых Т.П.

(Иркутский Государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ, д.м.н., проф. А.А. Майборода, МУЗ городская поликлиника №1 г.Улан-Удэ, гл.врач - заслуж. врач РФ Т.Р. Трифонова).

Резюме. У больных сахарным диабетом II типа установлены клинико-биохимические синдромы диабетической гепатопатии: цитолитический, холестатический, гепатодепрессивный и нарушение биотрансформационной (снижение активности монооксигеназ) системы.

Ежегодно в мире увеличивается количество больных сахарным диабетом (СД). По сообщениям ВОЗ в 2000 году в мире насчитывалось 175,4 млн больных СД, а к 2005 году прогнозируется уже около 300 млн больных, причем 90%

случаев составляет СД 2 типа. В России, по данным статистических отчетов, уровень распространенности СД 1 и 2 типа по обращаемости в 2001 году составил 1643,1 на 100 тысяч населения, а в городе Улан-Удэ - 1243,8 на 100 тысяч