

3. Команденко Н.И., Коновалов Г.В. Полирадикулоневриты. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. – 244 с.
4. Портнягина Е.В., Сизых Т.П., Портнягин А.Ф. Поражение нервной системы у участников тушения пожара на шелеховском кабельном заводе. Актуальные вопросы современной клинической медицины. – Иркутск, 2000. – Вып.3. – С.54-55.
5. Трошин В.В. Токсические поражения нервной системы. Медицинская газета. №60. – 2001.
6. Начинать действовать, чтобы предотвратить диоксиновое загрязнение. Материалы 3-ей гражданской конференции по диоксидам. – Иркутск: “Байкальская Экологическая Волна”, 1998. – 184 с.
7. Хорст витхолтер. Метаболические и токсические нейропатии. – Междун. мед. журнал. – 2001 – Т.5. – С.446-449.
8. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В. и др. Болезни нервной системы. Руководство для врачей: в 2 т. – М.: Медицина, 1995 – Т.2 – 512 с.
9. Hagenmaier H. Belastung der Umwelt mit polychlorierten Dibenzodioxinen und polychlorierten Dibenzofuranen // Tubigen. – 1987.
10. Immunologische Aspekte in der Arbeitsmedizin // Kolloquium, Stuttgart: Gentner. – 1983. – P.119-123.
11. Klein S. Bildung von Organohalogenverbindungen bei der Wasserchlorung // Z. ges. Hyg. – 1990. – N.36. – P.532-535.
12. Sinczuk-Walksак H., Jakubowski M., Matsak W. Neurological and neurophysiological examinations of workers occupationally exposed to manganese // International Journal of occupational medicine and environmental health. – Poland. – 2001. – Vol.14, N.940. – P.329-37.
13. Skolziger R., Wagner G., Damrau J. Cytochrom P-450 – abhängige Fremdstoffmetabolisierung – Anwendung eines in-vitro – Testsystems bei chemischer Mehrfachexposition // Z. ges. Hyg. – 1990. – N.35. – P.103-105.

© БЕЛЯЛОВА Н.С., ЗИМИНА И.А., ГОРБАЧЕВА М.В., ХУЦИШВИЛИ Н.Д., БЕЛЯЛОВ Ф.И. –
УДК 616.24-002-082+616-08-039.57

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Н.С. Белялова, И.А. Зими́на, М.В. Горбачева, Н.Д. Хуцишвили, Ф.И. Белялов.

(Городская муниципальная клиническая больница №1, г. Иркутска гл. врач – к.м.н. Л.А. Павлюк, терапевт. отделение, зав. – И.А. Зими́на)

Резюме. По данным анализа 61 истории болезни пациентов с внебольничной пневмонией прослежена динамика клинических, лабораторных и рентгенологических признаков пневмонии. Выявлено, что сроки нормализации температуры, физикальных данных, СОЭ и рентгенологической картины значительно различаются. Длительность госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией зависела от их возраста, длительности амбулаторного лечения и суммы баллов по шкале PORT.

Несмотря на широкое применение новых антибактериальных средств, пневмония остается одним из наиболее опасных заболеваний и занимает 6 место среди всех причин смертности и 1 место среди инфекционных болезней [13]. Экономический ущерб, приносимый пневмонией, также высок. Общая ежегодная стоимость затрат (медицинское обслуживание, лекарственные препараты, нетрудоспособность) на пациента с пневмонией в США в среднем в 5 раз выше, чем среди остального населения [8].

Реальная практика ведения пациентов с внебольничной пневмонией в отечественных лечебных учреждениях пока отличается от современных рекомендаций [12, 13]. В первую очередь это проявляется в высокой частоте госпитализаций и в длительности стационарного лечения пациентов.

В настоящей работе изучалось влияние клинических, лабораторных и лечебных факторов на длительность госпитализации пациентов в условиях терапевтического отделения городского стационара с целью выявления путей оптимизации диагностики и лечения внебольничной пневмонии.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 61 истории болезни пациентов с внебольничной

пневмонией, последовательно поступавших в терапевтическое отделение клинической больницы №1 г. Иркутска в 2001 году. В исследование включено 34 (55,7%) мужчины и 27 (44,3%) – женщин, средний возраст пациентов составил 49,3±18,5 года.

Диагноз пневмонии устанавливался на основании наличия острого воспалительного синдрома, аускультативных данных, инфильтрации на рентгенограммах и положительного ответа на антибактериальную терапию.

Анализ показаний к госпитализации проводился с помощью шкалы PORT, в которой тяжесть состояния оценивается с учетом возраста, пола, сопутствующих заболеваний (опухоль, заболевание печени, застойная сердечная недостаточность, заболевания цереброваскулярные, почек), физикальных данных (частота дыхательных движений, артериальное давление, температура, пульс, нарушение сознания), лабораторных показателей (мочевина, натрий, сахар, гематокрит) и наличия плеврального выпота [10]. Согласно шкале PORT госпитализации подлежат пациенты 3-5 групп с суммой баллов более 70.

Оценка различия средних величин исследуемых факторов проводилась при помощи t-критерия Стьюдента, а зависимости – оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции

Динамика основных клинических и лабораторных признаков при внебольничной пневмонии

| Показатель | Частота встречаемости симптомов (в %) | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|------|------|----------------|
| | В день поступления | Срок от начала заболевания (в неделях) | | | В день выписки |
| | | 1 | 2 | 4 | |
| лихорадка | 79,0 | 60,0 | 20,0 | — | — |
| влажные хрипы | 57,4 | 76,5 | 32,4 | 8,8 | 8,8 |
| жесткое дыхание | 29,5 | 81,8 | 45,4 | 9,9 | 1,6 |
| СОЭ | 83,6 | 95,1 | 82,0 | 67,3 | 47,5 |
| инфильтрация на рентгенограмме | 100,0 | — | 75,4 | 24,6 | 11,5 |

ляции Спирмена. Для анализа данных применяли статистическую программу "SPSS 10.07" (SPSS Inc, США).

Результаты и обсуждение

Госпитализация проводилась в среднем на $7,8 \pm 6,9$ день от начала заболевания, при этом 28 (45,9%) пациентов госпитализировались бригадой "Скорой помощи", а остальные направлялись на госпитализацию участковыми врачами. В первом случае госпитализация происходила в среднем на $4,3 \pm 3,1$ день, а во втором – на $10,7 \pm 8,1$ день от начала заболевания. В 36,1% случаев лечение началось амбулаторно и в 54,5% оно было неэффективным, что составило 19,7% от всех госпитализированных.

Среди исследуемых критериям госпитализации по шкале PORT удовлетворяло 24 (39,3%) человека. Социальные показания к госпитализации имелись у 13 (21,3%) пациентов, а только по социальным показаниям госпитализировано – 7 (11,5%). У 18 (29,5%) пациентов имелось обострение сопутствующей патологии, требующее интенсивного лечения (у 6 (9,8%) человек это было основным показанием). Наличие критериев PORT и сопутствующей патологии не влияло на время, прошедшее от начала заболевания до поступления в стационар.

Средняя длительность госпитализации составила $16,9 \pm 6,7$ дней. У пациентов с лечением, начатым в амбулаторных условиях, длительность госпитализации составила $14,7 \pm 3,9$ дней и достоверно не отличалась от таковой ($18,2 \pm 7,6$ дней) у пациентов без предшествующего антибактериального лечения. Длительность госпитализации была связана с возрастом ($r=0,35$, $p=0,006$), но не зависела от догоспитального интервала ($r=0,03$, $p=0,82$). Не обнаружено достоверных различий между длительностью госпитализации и характером госпитализации (бригадой "Скорой помощи" или участковыми врачами) и эффективностью амбулаторного лечения. Длительность госпитализации оказалась достоверно выше в группах 3-5 по шкале PORT ($19,7$ дней) по сравнению с группами 1-2 ($15,2$ дней) ($p=0,008$), но не возрастала при наличии сопутствующей патологии ($p=0,48$).

По данным анализа историй болезни была прослежена динамика клинических и лабораторных признаков внебольничной пневмонии (табл., рис.).

У 5 (8,2%) пациентов при поступлении была нормальная температура тела, которая не повышалась и до госпитализации. Средний возраст пациентов без лихорадки составил $69,8 \pm 11,3$ года и был достоверно выше, чем не имеющих повышения температуры – $47,2 \pm 18,0$ года ($p=0,008$). Среди пациентов с лихорадкой нормализация температуры происходила в среднем на 4,6 день от дня поступления.

На момент поступления жесткое дыхание и/или влажные хрипы выслушивались у 41 (67,2%) пациентов. Влажные хрипы были выявлены у 35 (57,4%) пациентов и исчезали на 7,1 день от поступления или на $14,2 \pm 7,3$ день от начала заболевания. Жесткое дыхание при поступлении определялось у 18 (29,5%) пациентов и исчезало на $17,2 \pm 7,8$ день от начала заболевания или на $7 \pm 4,8$ день от дня поступления. Ослабленное дыхание было найдено у 16 (31,1%) пациентов, которое исчезало на $20,4 \pm 6$ день от начала заболевания или на $12,4 \pm 4,0$ день от дня поступления в 50% случаев. В 16,4% случаев при выписке (на 25,7 день от поступления) ослабленное дыхание сохранялось, при этом в половине случаев на рентгенограммах отмечались плевральные спайки или шварты. У 7 (11,5%) пациентов при поступлении выслушивался шум трения плевры (с признаками плеврита на рентгенограммах), который сохранялся при выписке в 6,6% случаев.

При поступлении СОЭ была в пределах нормы у 10 (16,4%) пациентов (на $9,9 \pm 6,8$ день от начала



Рис. Динамика лабораторных и инструментальных признаков при внебольничной пневмонии.

заболевания), а у остальных повышение СОЭ ставило $39,8 \pm 13,4$ мм/ч. В 47,5% случаев повышение СОЭ сохранялось при выписке (на $23,7 \pm 14,3$ день от начала заболевания), составляя в среднем $31,2 \pm 13,4$ мм/час. В 4,9% случаев нормализация СОЭ за время госпитализации происходила в течение первой недели заболевания, в 18% – 2 неделя, в 24,5% – 3 недели, а в 32,7% – 4 недели. Уровень СОЭ при выписке был связан с возрастом пациентов ($r=0,46$, $p=0,01$), но не с сопутствующей патологией. Длительность стационарного лечения в группе с нормализацией СОЭ при выписке была ниже, чем в группе с повышенной СОЭ – 15,5 против 19,1 дня ($p=0,049$). При сохранении инфильтрации на рентгенограммах при выписке средняя величина СОЭ составила 31,1 мм/час, а при ее отсутствии – 17,8 мм/час ($p=0,015$).

У 23 (37,7%) пациентов выявлена анемия легкой степени тяжести (средняя концентрация гемоглобина $102,7 \pm 9,1$ г/л). У 15 (24,6%) пациентов анемия была связана с воспалительным процессом, что подтверждалось положительной динамикой показателей крови в процессе лечения.

По данным историй болезни в среднем на 1 случай пневмонии приходилось $2,4 \pm 0,7$ рентгенологических исследования, включая амбулаторные. Исчезновение инфильтрации на рентгенограммах происходило у 50 (82%) пациентов в среднем на $20 \pm 8,1$ день от начала заболевания или на $11,9 \pm 3,1$ день от дня поступления. Уменьшение инфильтрации при выписке отмечено у 7 (11,5%) пациентов в среднем на $23,9 \pm 11,1$ день от начала заболевания. При этом во всех случаях имелось клиническое разрешение пневмонии и улучшение лабораторных показателей. Исчезновение инфильтрации происходило через недели 2 от начала заболевания в 24,6% случаев, через 3 – в 52,5%, через 4 – в 75,4%, через 5 – в 81,9%.

Экссудативный плеврит при поступлении определен у 10 (16,4%) пациентов, а сухой – у 7 (11,5%). У 15 (24,6%) пациентов при выписке на рентгенограммах имелись изменения со стороны плевры в виде ее утолщения, формирования спаек и шварт или минимального осумкованного плеврита. Изменения легочного рисунка в виде его усиления и/или деформации без инфильтрации при выписке сохранялись в 2/3 случаях. Длительность госпитализации при наличии плеврита составила 20,3 дня, а при отсутствии такового – 15,9 дней ($p=0,023$).

Не найдено достоверных различий между наличием изменений со стороны плевры и уровнем СОЭ при выписке ($p=0,22$); между сроком исчезновения инфильтрации и сопутствующей патологией ($p=0,9$), а также наличием критериев PORT ($p=0,3$). Кроме того, не обнаружено существенной корреляционной связи между сроком исчезновения инфильтрации и возрастом ($r=0,1$, $p=0,44$). При наличии плеврита инфильтрация на рентгенограммах исчезала на 26,2 день, а при его отсутствии – на 18,5 день ($p=0,003$).

Результаты бактериологического исследования имелись у 19 (31,2%) пациентов. Процентное соотношение микроорганизмов было следующим: *Streptococcus viridans* – в 42,1%, *Enterococcus faecalis/faecium* – в 21,1%, *Str. haemolyticus* – в 15,8%, *Enterococcus agglomerans* – в 10,5%, *Citrobacter freundii* – в 10,5%, *Streptococcus pneumoniae* – в 5,3%, *Neisseria* – в 5,3%, *Klebsiella pneumoniae* – в 5,3% (в т.ч. в 3 анализах имелась смешанная флора).

Для оценки необходимости госпитализации пациентов с пневмонией в международной практике широко используется шкала PORT, на основании которой около 20% больных с пневмонией подлежат госпитализации (без учета социальных показателей) [2]. По нашим данным каждый пятый пациент имел социальные показания к госпитализации, а каждый десятый был госпитализирован только по социальным показаниям, что объясняется низким уровнем доходов населения.

Длительность лечения в отделении пациентов с внебольничной пневмонией составила 16,9 дней, что заметно превышает аналогичные данные в зарубежных клиниках: 7,5-9,8 дней [16,19]. Удлинение сроков стационарного лечения связано с наличием абсцессов, необходимостью дифференциальной диагностики, социальным статусом пациентов, а также ожиданием рентгенологического разрешения согласно существующим российским рекомендациям [3,7]. На сроки лечения, безусловно, влияет очень высокая заболеваемость туберкулезом: 90,4 на 100 тыс. населения, которая выросла более чем в 2 раза за последние 10 лет [4]. В контексте обсуждаемой проблемы заметим, что пациентов в стабильном состоянии и без осложнений можно выписывать раньше, продолжая лечение амбулаторно без ухудшения прогноза [16, 19].

Невысокая чувствительность физикального обследования (67%) соответствует данным других исследований (47-69%) и подтверждает целесообразность проведения рентгенографии органов грудной клетки [13,20]. В ранее проведенных исследованиях показано, что в 20-40% случаев физикальные изменения (крепитация) сохраняются свыше 7 дней, что ограничивает их использование для оценки длительности антибактериальной терапии [13].

Важной и нерешенной проблемой остается идентификация возбудителя при пневмонии, которая остается невысокой даже в странах с высоким уровнем медицины, составляя около 30-50% при использовании различных диагностических тестов (окраска по Граму, бактериологические и серологические тесты, определение антигенов в моче) [9, 3]. В исследуемых условиях частота выявления возбудителя в мокроте бактериологическим методом составила 31,2%, при этом пневмококк, который чаще всего вызывает внебольничную пневмонию, выявлялся только в 5,3% случаев. В то время как приводимая в литературе частота выделения *S. pneumoniae* при внебольничной

пневмонии в России составляет 30,5% [1]. Для большинства же выявленных микроорганизмов человек является резервуаром (руки, желудочно-кишечный тракт, ротовая полость, носоглотка) и эти возбудители вызывают пневмонию крайне редко [2,5,6,11]. Полученные результаты, по-видимому, обусловлены антибактериальным лечением до проведения теста и отсутствием контроля качества собранной мокроты с помощью бактериоскопии. Критерием пригодности образцов мокроты для проведения бактериологического исследования считается наличие более 25 нейтрофилов и менее 10 клеток плоскоклеточного эпителия в поле зрения микроскопа при 100-кратном увеличении [18]. Возможно, на результаты влияют и технологические аспекты бактериологического исследования. Заметим, что в связи с невысокой информативностью посева мокроты и отсутствием значимого влияния на тактику лечения необходимость ее проведения рядом исследователей ставится под сомнение [9,13].

Во время стационарного лечения инфильтрация сохранялась в 25% случаев через 4 недели со дня заболевания и в 16,5% – через 6 недель, изменения со стороны плевры к моменту выписки – у каждого четвертого пациента, а усиление и/или деформация легочного рисунка – в 2/3 случаев. Аналогичные данные приводят и зарубежные исследователи. Рентгенологическое разрешение пневмоний происходит в 51% случаев – через 2 недели, в 67% – через 4 недели, в 77% – через 6 недель, при этом у госпитализированных пациентов в сравнении с не госпитализируемыми длительность рентгенологических изменений выше – 9,1 против 3,8 недель [17]. Длительность рентгенологических изменений зависит от возбудителя: *Streptococcus pneumoniae* 1-3 мес., *Mycoplasma pneumoniae* 2 нед. – 2 мес., *Chlamydia pneumoniae* 1-3 мес., *Legionella* 2-6 мес., *Staphylococcus aureus* 3-5 мес., грам-отрицательная флора 3-5 месяцев [15]. При пневмококковой пневмонии инфильтрация исчезает через 8-10 недель у всех пациентов, а изменения со стороны плевры и усиление легочного рисунка сохраняются в 10% случаев свыше 8 недель; однако стойкие остаточные изменения формируются редко [14,15].

Учитывая медленную рентгенологическую динамику при пневмонии, рентгенологический контроль в случае клинического улучшения в на-

стоящее время рекомендуется проводить через 4-6 недель после выписки [13,14]. Также следует отметить, что сроки нормализации СОЭ и рентгенологических показателей значительно отличаются от сроков клинического разрешения пневмонии (рис.), что не позволяет ориентироваться на них при определении длительности лечения антибиотиками. В рекомендациях Американского Торакального Общества и Европейского Респираторного Общества приведены следующие ориентировочные сроки антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии: для амбулаторных пациентов – 5-7 суток, для госпитализированных – 7-10 суток, при этом в случаях тяжелой или рецидивирующей пневмонии с выявлением грам-отрицательной флоры, атипичных возбудителей, стафилококка и легионеллы продолжительность лечения составляет 2-3 недели [12,13]. Сроки проведения антибактериальной терапии, согласно российским стандартам, для пневмококковой пневмонии – 3 суток, для грам-отрицательной флоры – 1-4 суток, для стафилококковой пневмонии – 1 сутки после нормализации температуры и для пневмоцистной и легионеллезной пневмоний – 3 недели [6].

Согласно полученным данным (рис., табл.) сроки нормализации температуры, физикальных данных и рентгенологической картины значительно различаются. При этом длительность рентгенологического разрешения пневмонии не укладывается в существующие нормативы длительности госпитализации. В этой связи представляется целесообразным уточнить существующие российские рекомендации по тактике ведения внебольничной пневмонии с учетом того факта, что стоимость стационарного лечения пациента с пневмонией в 20-50 раз выше амбулаторного [13].

Таким образом, длительность госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией зависит от возраста пациентов, длительности амбулаторного лечения и шкалы PORT. Нормализация температуры значительно опережает исчезновение физикальных признаков пневмонии, а дольше всего сохраняются изменения на рентгенограмме и СОЭ. Существующие российские рекомендации по лечению внебольничной пневмонии не в полной мере соответствуют динамике клинических и лабораторных изменений.

THE DYNAMICS OF CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS OF OUT-HOSPITAL PNEUMONIA

N.S. Belyalova, I.A. Zimina, M.V. Gorbachova, N.D. Khutsishvily, F.I. Belyalov.

(Municipal Clinical Hospital N 1, Irkutsk)

The clinical and laboratory dynamics in community-acquired pneumonia has been analysed in 61 patients. It has been revealed that duration of hospital stay depended on patients' ages, duration of outpatient treatment and PORT scale. Fever disappeared before physical symptoms. Increased ESR and radiographic changes were remaining during long period of time.

Литература

1. Антибактериальная терапия. Практическое руководство / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. – М., 2000.

2. Внутрибольничные инфекции / Под ред. В.П. Венцела. – М., 1990.

3. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностика и лечение болезней органов дыхания. – Смоленск, 1996.

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. – С.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 pneumoniae // 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-