

## Инфекция *Helicobacter pylori* как основной фактор риска развития хронической крапивницы и отека Квинке

Калимолдаева С.Б., Жабина Р.Т., Кайрбаева А.С., Бисенкулова З.К.  
Региональный диагностический центр, г. Алматы

**Введение.** Актуальность предпринятого исследования определяется широким распространением хронической крапивницы (ХК) и отека Квинке (ОК), упорным рецидивирующим течением, резистентностью к общепринятым методам лечения. В последние годы участились случаи тяжелого течения дерматоза, протекающие в виде генерализованных анафилактических реакций, являющихся потенциально фатальными. Диагноз крапивницы и отека Квинке ввиду характерной клинической картины не представляет трудностей, основную проблему представляет поиск этиологического фактора, т.к. до последнего времени считалось, что в 70-90% причина крапивницы остается невыясненной.

Цель исследования – обосновать ведущую роль инфекции *Helicobacter pylori* в формировании хронической крапивницы и отека Квинке.

**Материал и методы.** Обследовано 286 больных ХК и ОК (основная группа). Средний возраст обследованных составил  $43,6 \pm 3,20$  года. Женщин было 215 (75,2%), мужчин 71 (24,8%). В контрольную группу I вошли 85 чел. с НР – ассоциированными заболеваниями гастроудоденальной зоны, но без проявлений крапивницы; в контрольную группу II – 50 практически здоровых НР – негативных доноров аналогичного возраста. Для выявления жалоб и факторов риска всем больным ХК и ОК было проведено анкетирование с использованием специально разработанного опросника. Для оценки психо-эмоционального стресса использовали тест Ридера, были проведены провокационные пробы. Помимо общеклинических методов обследования всем обследуемым проводилась ЭГДС с прицельной биопсией слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка с последующим морфологическим и ПЦР-исследованием («Литех, Россия») на ДНК *Helicobacter pylori* (НР). Для диагностики НР также использовался ИФА («ImmunoComb», «Orgenics», Израиль), позволяющий обнаруживать антитела класса IgG к НР, и ИФА для выявления суммарных антител к цитотоксическому протеину НР (CagA НР). Статистическую обработку производили с помощью пакета прикладных программ («Statistica» for Windows 5,0).

**Результаты.** Самой распространенной сопутствующей патологией у больных ХК и ОК были гастриты и гастродуодениты (94,7%). У 66,1% были диагностированы воспалительно-деструктивные поражения слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эрозии были зафиксированы в 40,2% случаев, язвы СОЖ и ДПК – в 25,9%. В 34,4% случаев имело место сочетание ХК и ОК с другими аллергиями (поллиноз, бронхиальная астма, атопический дерматит и др.). Для больных хронической крапивницей была характерна чрезвычайно высо-

кая распространенность инфекции НР (92,3%) по данным цитологического исследования и ПЦР-анализа (97,5%), при этом IgG-антитела к НР регистрировались у 82,2%. Суммарные антитела к CagA НР встречались почти в 3 раза чаще у больных ХК и ОК, чем у лиц контрольной группы. Самым частым диспепсическим симптомом у больных ХК и ОК являлся дискомфорт после приема пищи (чувство тяжести, переполнения в эпигастрии), беспокоивший 73,8% опрошенных, на втором месте была жалоба на изжогу (73,8%), затем следовали отрыжка воздухом (65,4%) и запоры (64,0%). Реже встречались тошнота (54,1%) и рвота (22,9%), боли в эпигастрии (53,1%), неустойчивый стул (18,3%). В клинической симптоматике НР-позитивных лиц без проявлений крапивницы преобладал болевой синдром (79,3%), что было достоверно выше, чем у лиц основной группы ( $p < 0,05$ ). Анализ приоритетности факторов риска показал, что определяющими являются нерегулярный прием пищи, поспешная еда (78,4%), употребление кофе, синтетических газированных напитков и жевательной резинки (77,6%), опережающие даже курение и алкоголь. Наличие психо-эмоционального стресса отметили 45,4% больных ХК и ОК, преимущественно лица мужского пола. Морфологическая картина гастродуоденальной патологии у больных ХК и ОК характеризовалась высокой степенью активности хронического гастрита и колонизации СОЖ НР, сопровождающейся наличием лимфоидных фолликулов, атрофией и явлениями кишечной метаплазии. Высокий удельный вес CagA – позитивных штаммов НР у больных ХК и ОК ассоциировался не только с высоким риском эрозивно-язвенных поражений СОЖ и ДПК, но и с повышенным риском формирования хронической крапивницы. Эрадикация НР с использованием двух основных схем (№ 1 – париет, аугментин, фуразолидон и № 2 – париет, доксициклин, фуразолидон) устраняла не только проявления гастродуоденальной патологии у больных ХК и ОК, но и проявления самого дерматоза.

**Заключение.** Таким образом, в результате комплексного клинико-лабораторно-инструментального обследования больных хронической крапивницей и отеком Квинке предложена концепция данного заболевания, как псевдоаллергоза, в формировании которого ведущую роль играет инфекция *Helicobacter pylori*. У больных хронической крапивницей преобладали штаммы, содержащие цитотоксический протеин CagA, способствующий адгезии НР к желудочному эпителию и обладающий большим патогенным потенциалом. Полноценная эрадикация НР приводит к полному клиническому выздоровлению больных хронической крапивницей (исчезновение эпизодов крапивницы в течение 12 мес. после антихеликобактерной терапии).

## Изучение эффективности и переносимости полифитового масла «Шукур май» в комплексном лечении язвенной болезни желудка

Кантуринова А.З., Чуканова Г.Н., Жакупов З.Ж., Молдахметова Г.К.  
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова

**Цель:** изучить эффективность и переносимость нового отечественного препарата полифитовое масло «Шукур май» (масляный экстракт из корней солодки, лопуха, ревеня, листьев крапивы), в комплексном лечении язвенной болезни желудка (ЯБЖ). Препарат разработан сотрудниками ЗКГМУ имени Марата Оспанова.

**Методы:** Исследование рандомизированное, с параллельными группами по 20 человек в каждой. Критерии исключения: язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки и язвенная болезнь сочетанной локализации; осложнения язвы (кровотечения, перфорации, декомпенсированные стенозы); язвы, индуцированные приемом НПВП;

симптоматические язвы; язвы гигантских размеров (от 3,0 см и более); возраст пациентов старше 60 лет. Пациентам 1-й группы проведена эрадикационная терапия в комплексе с полифитовым маслом «Шукур май», назначаемым по 1 ч.л. 4 раза в день за 15-30 мин. до еды в течение 4 недель. Возраст обследованных от 16 до 59 лет (13 мужчин и 7 женщин). Длительность заболевания от 3 лет до 20 лет. Больные контрольной группы получали эрадикационное лечение в течение 10 дней (амоксциллин в дозе 2000 мг/сут по 1000мг утром и вечером, кларитромицин 1000 мг/сут по 500 мг утром и вечером, ингибитор протонной помпы омепразол 40 мг/сут по 20 мг утром и вечером за 20 мин. до еды). По окончании курса эрадикационной терапии больные продолжали получать омепразол в дозе 40 мг/сут до полного рубцевания язвы. Клиническую эффективность препарата полифитовое масло «Шукур май» оценивали по динамике клинико-инструментальных показателей.

Результаты: После проведенной терапии болевой синдром купирован в срок от 2 до 4 дней, а в контрольной группе – от 4 до 7 дней, симптомы диспепсии (тошнота, рвота) купированы в среднем к 3 дню начатого лечения в обеих группах. Восстановление стула у пациентов с запора-

ми произошло в среднем на 4 сутки, в контрольной группе запоры беспокоили пациентов длительно (до 10 дней). Нормацидность зафиксирована у 70%, гипоацидность – у 30% больных исследуемой группы, в контрольной группе нормацидность – у 30%, гипоацидность – у 64%, анацидность – у 6% больных. Рубцевание язвы наступило через 3 недели – у 12 (60%) пациентов, через 4 недели – у 8 (40%) больных. В контрольной группе рубцевание через 3 недели – у 7 (35%), через 4 недели – у 13 (65%) пациентов. Эрадикация *Helicobacter pylori* была достигнута у 87 % пациентов исследуемой группы, и у 85% больных контрольной группы. Переносимость и безопасность «Шукур май» в целом хорошая; побочные эффекты: послабление стула у 2 пациентов (10%), было кратковременным, самостоятельно купировалось в течение 2 дней, и не потребовало изменения лечения.

Выводы: вышеизложенное позволяет заключить, что полифитовое масло «Шукур май» в комплексном лечении ЯБЖ является эффективным средством, т.к усиливает репарацию язв, повышает процент эрадикации НР, восстанавливает нарушенную секреторную функцию желудка.

## Лекарственные поражения печени: профилактика и лечение

*Конакбаева Р.Д., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Оспанова Г.Г.*

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда.*

Лекарственные поражения печени составляют около 10% от всех побочных реакций макроорганизма, связанных с применением фармакологических препаратов. Современная ревматологическая практика не мыслима без применения цитостатических иммунодепрессантов, обладающих высоким терапевтическим индексом, обеспечивая тем самым контроль течения болезни. Однако длительная иммуносупрессивная терапия достаточно часто сопровождается различными побочными эффектами, среди которых немало важное значение имеет гепатотоксическое воздействие. Цитостатики относятся к облигатным гепатотоксичным лекарственным соединениям, побочные эффекты которых определяются дозой и длительностью приема лекарств и развиваются у большинства пациентов. Развитие лекарственного поражения печени требует отмены цитостатических средств и обязательного внесения соответствующих коррекций в программу лечения. В связи с этим перспективным является применение отечественного растительного гепатопротекторного препарата «Салсоколлин».

Целью исследования явилось изучение эффективности салсоколлина в лечении лекарственных поражений печени цитостатическими иммунодепрессантами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 32 больных ревматологического профиля с развитием лекарственного токсического гепатита на фоне приема метотрексата, циклофосфана или азатиоприна. Средний возраст пациентов – 34 года. Женщин – 22, мужчин – 10. Кроме отмены цитостатических иммунодепрессантов, в программу лечения был включен салсоколлин по 0,2 г 3 раза в день в течение 1 месяца. В качестве контроля эффективности терапии использованы общеклинические данные и показатели гепатоцеллюлярного повреждения: активность АлАТ; степень холестаза, индикаторы

печеночно-клеточной недостаточности.

Результаты исследования. В клинической картине лекарственное поражение печени характеризовалось развитием умеренной гепатомегалии у всех пациентов, при этом боли и тяжесть в правом подреберье, эпигастрии имели место лишь у 37,5%, диспепсические проявления – у 34,4% больных. При проведении терапии отмечена существенная положительная динамика субъективных и объективных клинических симптомов: уменьшение астенического, болевого, диспепсического синдрома. Динамика объективных проявлений отражалась, прежде всего, на степени гепатомегалии: нормализация размеров печени отмечена в 93,8 % случаев, уменьшение – в 6,2%. Параллельно с положительной динамикой клинических проявлений наблюдалась и отчетливая тенденция в улучшении показателей функционального состояния паренхимы печени, которые представлены в таблице. Об эффективности проводимой терапии салсоколлин свидетельствует достоверное снижение показателя гепатоцеллюлярного повреждения (уровня АлАТ в 3,1 раза), холестаза – общего (в 1,9 раза) и прямого (в 3,2 раза) билирубина, щелочной фосфатазы (в 1,4 раза). Улучшение функционального состояния печеночной паренхимы нашло отражение и в усилении белковообразующей функции. Так, уровень общего белка увеличился в 1,2 раза, альбумина – в 1,1 раза. Побочных эффектов при применении салсоколлина не наблюдалось.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности салсоколлина в терапии лекарственных поражений печени, обусловленных приемом цитостатических иммунодепрессантов. Достижение улучшения функционального состояния паренхимы печени у данной категории пациентов позволило продолжить базисную терапию в полном объеме на фоне приема салсоколлина с профилактической целью.