

новными жалобами при поступлении были отставание в психомоторном развитии, изменения мышечного тонуса, судорожные приступы. Мышечный тонус чаще был изменен по спастическому типу, что, по разным источникам, нехарактерно для синдрома Денди—Уокера. Нередко имели место косоглазие, мозжечковые, пирамидные симптомы. У 2 больных старшего возраста (12 и 14 лет) изменений в неврологическом статусе не отмечалось. Один ребенок поступил с жалобами на частые головные боли, другой — на судорожный синдром. При обследовании практически у всех больных на ЭХО-ЭГ выявлялся гипертензионно-гидроцефальный синдром, на ЭЭГ — патологическая активность и диффузные изменения. На МРТ признаками синдрома Денди—Уокера были расширение задней мозговой цистерны, гипоплазия червя мозжечка, признаки гидроцефалии.

Реже при МРТ выявлялись другие аномалии развития головного мозга, а именно синдром Арнольда—Киари (низкое стояние миндалин мозжечка), гипоплазия четырехугольной доли мозжечка, гипоплазия полушария мозга, расширение задней вырезки мозжечка и пространства прозрачной перегородки, наличие V желудочка.

Таким образом, клиничко-электрофизиологическое и компьютерно-томографическое исследование наследственных заболеваний и врожденных пороков развития головного мозга являются в диагностике большим подспорьем, тем более что клинически их распознавание представляет большие трудности. Адекватная тактика лечения возможна только по результатам комплексных исследований — клиничко-электрофизиологических, биохимических и томографических.

УДК 615.285.7:615.9:616—09—08

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ИНСЕКТИЦИДАМИ

Ф.Я. Халитов, О.Н. Максимов, Р.И. Гашигуллин, С.В. Чиликина

Городская клиническая больница № 1 (главрач — Ф.Я. Халитов)

В связи с высокой летальностью при отравлениях фосфорорганическими инсектицидами (ФОИ) в г. Казани и районах Татарии в 1983—1985 гг. проведен анализ клинической картины, течения, эффективности лечебных мероприятий, характера патоморфологических изменений в органах у 420 больных с пероральными отравлениями распространенными ФОИ: хлорофосом (ХФ), карбофосом (КФ), дихлофосом (ДФ), метафосом (МФ).

Исследование особенностей клинической картины и течения отравлений ФОИ показало следующее:

- при отравлениях ДФ и ХФ преобладают симптомы мускариноподобного и умеренного центрального действия, тогда как при отравлениях КФ и МФ симптомы мускариноподобного, центрального и никотиноподобного действий ярко выражены и представлены в равной степени;

- значительно меньшие дозы КФ и МФ в сравнении с ХФ и ДФ вызывают одинаковые по тяжести отравления;

- при отравлениях КФ и МФ чаще и раньше развиваются тяжелая энцефалопатия, центральная форма нарушения внешнего дыхания;

ЛИТЕРАТУРА

1. Верецагин Н.В. Компьютерная томография головного мозга. М., 1993.
2. Камалов И.И., Пикуза О.И., Идрисова Л.Г. Материалы I Международного симпозиума "Диагностическая и интервенционная радиология в педиатрии". — М., 1995. — С. 25—26.
3. Камалов И.И., Пикуза О.И., Идрисова Л.Г. Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию открытия рентгеновских лучей. — Казань, 1995. — С. 44—46.
3. Пикуза О.И., Камалов И.И., Идрисова Л.Г. Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию открытия рентгеновских лучей. — Казань, 1995. — С. 46—48.

Поступила 10.02.96

CLINICOELECTROPHYSIOLOGIC AND MAGNETORESONANCE AND TOMOGRAPHIC INVESTIGATION OF HEREDITARY AND CONGENITAL DISEASES OF THE BRAIN

I.I. Kamalov, O.I. Pikuza, L.G. Idrisov, V.I. Uryvsky, M.M. Ibatullin

Summary

The combined investigation of hereditary and congenital diseases of the brain using magnetoresonance tomography is performed. The hereditary and congenital diseases of the brain accompanied by disorders of liquoroconductive tracts with medullary substance lesion are revealed. The investigation results provide timely development of the treatment tactics and rehabilitation of sick children.

- летальность в первые 10 часов при отравлениях КФ и МФ составила 30% всех случаев с подобным исходом, а при интоксикации ХФ и ДФ летальности на этих сроках не отмечалось;

- прогноз отравлений КФ и МФ коррелировал с выраженностью никотиноподобного синдрома;

- при тяжелых отравлениях ФОИ в первые сутки развивается распространенная пневмония; симптомы пневмонии часто маскируются специфическими ФОИ-симптомами;

- в части случаев отравлений ФОИ в процессе лечения наблюдается нарастание либо уменьшение тяжести состояния в сравнении со статусом при поступлении: при отравлениях КФ и МФ — чаще нарастание тяжести, при отравлениях ХФ и ДФ — уменьшение;

- при недостаточном очищении кишечника у больных с тяжелыми отравлениями на 3-4-е сутки наблюдается резкое нарастание симптомов воздействия ФОИ (2-я волна отравлений), которая часто заканчивается летально;

- тяжесть отравлений и летальность нарастали в ряду ДФ, ХФ, КФ, МФ с резким скачком от ДФ-ХФ к КФ-МФ (летальность при отравле-

ниях ДФ — 2,5%, ХФ — 4,3%, КФ — 37%, МФ — 50%).

Оценка эффективности лечебных мероприятий при отравлениях ФОИ позволила сделать ряд конкретных выводов:

- тахикардия и отсутствие гипергидроза не являются достоверными симптомами эффективной атропинизации, более надежна оценка по ширине зрачков;

- влияние интенсивной атропинизации на состояние сознания может использоваться как прогностический симптом: у больных с благоприятным исходом отравления сознание восстанавливалось на фоне интенсивной атропинизации в 90% случаев;

- отравления ХФ и ДФ, при которых была своевременно и адекватно проведена интенсивная атропинизация, как правило, завершаются выздоровлением;

- дозы атропина, необходимые для интенсивной атропинизации, при отравлениях КФ и МФ превышают те, которые требуются при отравлениях ДФ и ХФ при одинаковом статусе;

- применение в комплексе лечения тяжелых отравлений ФОИ 3% пахикарпина позволяет эффективно купировать проявления никотиноподобного синдрома и предупреждать миастению;

- лечение пероральных отравлений ФОИ, особенно КФ и МФ, малоэффективно без тщательного очищения кишечника;

- гемосорбция, даже проводимая повторно, не определяет благоприятного прогноза;

- в случаях раннего применения средств профилактики общетоксического действия ФОИ (прямые переливания крови, инфузии белковых препаратов) отравления протекают легче.

Общая летальность при отравлениях ФОИ в наших наблюдениях составила 25%.

Прогностически неблагоприятными симптомами могут служить: 1) ранняя и тяжелая энцефалопатия; сохранение коматозного состояния при купированных мускариноподобных проявлениях; 2) развитие центральной формы нарушения дыхания либо миастении дыхательной мускулатуры; 3) судорожный синдром; 4) декомпенсированный экзотоксический шок; 5) раннее развитие пневмонии.

Анализ материала показал, что клиническая картина и течение отравлений ФОИ зависят от их вида. Для ФОИ характерны динамичность и разнообразные осложнения, влияющие на исход отравления. Особенности антидотной терапии, необходимость повторных мероприятий по очищению организма больного от яда, своевременная профилактика, диагностика и лечение осложнений требуют постоянной оценки статуса больного.

На основании материалов исследования, публикаций других авторов [1—4] мы считаем целесообразным проведение следующей лечебно-диагностической тактики, основными положениями которой являются лечебные мероприятия:

- 1) раннее, тщательное и многократное очищение желудка и кишечника до исчезновения запаха ФОИ;

- 2) максимально быстрая интенсивная атропинизация до купирования мускариноподобного синдрома, при этом основным ориентиром служит увеличение ширины зрачков до 4–5 мм, и поддержание их ширины повторными введениями либо, предпочтительнее, постоянным внутривенным введением;

- 3) тщательный контроль состояния сердечно-сосудистой системы, водного и электролитного баланса, температуры тела, эффективности дыхания (отклонение от нормы этих параметров может вызвать тахикардию, сухость кожи и слизистых и тем самым исказить картину атропинизации);

- 4) при значительном никотиноподобном синдроме (оценивается по выраженности миофибрилляций) целесообразно введение 3% пахикарпина в дозе 3–4 мл 3–4 раза в сутки (уменьшение степени миофибрилляций может наблюдаться при нарастающем параличе скелетной мускулатуры);

- 5) раннее (после очищения желудочно-кишечного тракта) применение детоксикационной гемосорбции; при необходимости ее повторение через 6–8 часов;

- 6) восстановление активности холинэстеразы (переливания свежей донорской крови, УФО крови) после гемосорбции;

- 7) при тяжелых отравлениях необходимо раннее назначение антибиотиков широкого спектра для профилактики пневмонии;

- 8) тяжесть отравления следует оценивать только по истечении определенного срока, на основании клинического течения, эффективности антидотной терапии.

Применение лечебно-диагностической тактики для дифференцированной терапии острых пероральных отравлений ФОИ позволило значительно улучшить показатели лечения — летальность в последующие годы снизилась до 6,1–9,5%. При отравлениях ХФ и ДФ летальность отсутствует. Изменилась временная ее структура — 75% составляет досуточная летальность. В настоящее время мы не наблюдаем случаев отравлений с развитием миастении дыхательной мускулатуры, требующих длительной искусственной вентиляции легких. Поражения легких при тяжелых отравлениях ограничиваются бронхитом; случаев пневмонии не отмечается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дагаев В.Н. и др. В кн.: Экзотоксический шок. — Респ. сб. науч. трудов. — Т. XLII. — М. — 1980. — С. 147.
2. Лужников Е.А. Клиническая токсикология. — М., 1982.
3. Лужников Е.А., Гольдфарб Ю.С. В кн.: Физиогемотерапия при острых экзо- и эндотоксикозах. — Респ. сб. науч. трудов. — М., 1991. — С. 5.
4. Салихов И.Г., Марголин Е.С., Халитов Ф.Я. // Казанский мед. ж. — 1985. — № 4. — С. 274.

Поступила 16.05.96.