

иммуноглобулинов основных классов и десенсибилизирующим эффектом. Одновременно улучшаются показатели функции внешнего дыхания.

3. Рекомендуются включение пентоксила в комплексную терапию хронического обструктивного бронхита, особенно при низком содержании сывороточных иммуноглобулинов и наличии признаков сенсibilизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илькович М. М., Карпенкова Н. И., Мовчан Н. С. и др. Клини. мед., 1982, 11.—2. Кац Я. И. Лабор. дело, 1961, 2.—3. Курдыбайло Ф. В., Яхонтова О. И., Ефанов А. Н. Клини. мед., 1982, 9.—4. Петров Р. В. Иммунология. М., Медицина, 1982.—5. Соколова И. И., Грачева З. А. Тер. арх., 1980, 11.—6. Тимашева Е. Д., Козьявина А. И. Лабор. дело, 1969, 3.—7. Тернер-Уорвик М. Иммунология легких. М., Медицина, 1982.—8. Andersson E. Acta allergol., 1953, VI, 2.—9. Tymper K. D. Therapiewoche, 1981, 30, 11.—10. Wasserman J. J., Zoetz E. J., Austen K. F. J. Immunol, 1975, 114, 645.

Поступила 5 июня 1984 г.

УДК 616—099:615.285.7

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ИНСЕКТИЦИДАМИ

И. Г. Салихов, Е. С. Марголин, Ф. Я. Халитов

Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав.— доц. И. Г. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Отравления фосфорорганическими инсектицидами (ФОИ) занимают одно из ведущих мест в структуре острых отравлений в нашей стране и за рубежом, что связано с увеличением производства препаратов этой группы и расширением их ассортимента. По нашим данным, летальность при отравлении ФОИ достигает 24%.

Под наблюдением находился 241 больной с острым отравлением ФОИ: карбофосом — 70 человек, хлорофосом — 70, метафосом — 61, дихлофосом — 40. В организм всех больных ФОИ попали пероральным путем и в 90% случаев были приняты с суицидальной целью. Больные поступали в стационар через 1—6 ч с момента отравления после оказания неотложной помощи на месте происшествия. Степень тяжести отравления оценивалась нами по Е. А. Лужникову (1982). Поступая в организм, дихлофос и хлорофос вызывали в основном легкое поражение (54%), в то время как карбофос и метафос — чаще тяжелое (табл. 1), причем отравления карбофосом и метафосом были обусловлены значительно меньшими дозами яда, чем отравления хлорофосом и дихлофосом (табл. 2). В последнем случае более выражено мускариноподобное действие, при поражении карбофосом и метафосом наблюдается никотиноподобное и центральное действие.

При лечении больных с отравлениями метафосом и карбофосом было использовано значительно большее количество атропина, а также наблюдались более длительные сроки лечения; чаще развивался миастенический синдром.

Таблица 1

Распределение больных по количеству наблюдений в зависимости от тяжести отравления и вида фосфорорганических инсектицидов

ФОИ	Степень тяжести отравления		
	легкая	средняя	тяжелая
Дихлофос	26	12	2
Хлорофос	34	28	8
Карбофос	12	20	38
Метафос	6	19	36
Всего	78	79	84

Таблица 2

Зависимость тяжести отравления от дозы (в миллилитрах) различных фосфорорганических инсектицидов

ФОИ	Степень тяжести отравления		
	легкая	средняя	тяжелая
Дихлофос	85	120	200
Хлорофос	70	100	250
Карбофос	30	70	100
Метафос	10—20	30	50

Таблица 3

Распределение «доза яда (в миллилитрах) — срок исхода» при отравлениях хлорофосом (количество наблюдений)

ФОИ	Длительность течения отравления				
	до 10 ч	10—24 ч	1—3 сут	3—6 сут	более 6 сут
Менее 30	—	4	4	1	—
30—60	2(2)	2(2)	9(3)	3	1
61—100	3(3)	3(2)	14(4)	3	7
Более 100	3(3)	3(3)	3(1)	2(1)	3(2)

Примечание. Цифры в скобках показывают число умерших. То же в табл. 4.

Таблица 4

Распределение «доза яда (в миллилитрах) — срок исхода» при отравлениях хлорофосом (количество наблюдений)

ФОИ	Длительность течения отравления				
	до 10 ч	10—24 ч	1—3 сут	3—6 сут	более 6 сут
Менее 30	—	8	12	2	—
30—60	—	5	10	2	—
61—100	—	3	8(1)	4	—
Более 100	—	1(1)	9(1)	4	2

тяжелым, а у части из них — со смертельным исходом. При отравлениях метафосом эта цифра составила 10%, хлорофосом — 7%. При отравлениях дихлофосом утяжеления состояния больного не наблюдалось. В ряде случаев средние и тяжелые формы отравлений переходили в более легкую (метафос — 6%, карбофос — 26%, хлорофос — 60%, дихлофос — 42%).

Наш опыт показывает, что основным критерием тяжести отравлений хлорофосом и дихлофосом являются выраженность М-холиномиметического синдрома и эффективность атропинизации в первые 6—12 ч лечения. При отравлениях ими благополучный исход в большинстве наблюдений предопределяется своевременным и стойким купированием мускариноподобного действия ФОИ. В связи с этим мы хотим еще раз подчеркнуть необходимость проведения адекватной атропинизации больного вплоть до начальных признаков перeatропинизации (по нашим данным в 20% случаев.)

При отравлениях карбофосом и метафосом только по купированию М-холиномиметического синдрома невозможно судить о степени тяжести. При действии этих ФОИ прогностически решающим является выраженность проявления Н-холиномиметического синдрома (судороги и миастения). Поэтому оценивать тяжесть отравления можно лишь по истечении 12—24 ч. Так, у 4 лиц с тяжелым отравлением карбофосом была достигнута перeatропинизация на сроках 6—30 ч, однако прогрессирование никотиноподобного и центрального действий ФОИ привело к смертельному исходу.

У больных, умерших в первые 8—10 ч отравления, при патологоанатомическом исследовании были обнаружены полнокровие и отек внутренних органов (мозг, легкие, сердце), множественные периваскулярные кровоизлияния в органах, изменения коры надпочечников. При дальнейшем течении отравления присоединились серозно-геморрагическая пневмония, острая дистрофия печени, почек, миокарда. На более поздних сроках (2—3-и сутки и далее) было отмечено прогрессирование дистрофических изменений органов и гнойной пневмонии.

Лечение больных с отравлениями ФОИ проводили по общим принципам (антидотная, симптоматическая терапия, форсированный диурез, профилактика инфекционных осложнений и пр.). Детоксикационная гемосорбция была выполнена 12 лицам (у 4 — повторно). Адекватность атропинизации оценивали по ширине зрачков, час-

Нами проанализированы различные осложнения клинического течения токсикоза. Нарушения сознания различной степени отмечены у 36 человек. У больных с благоприятным исходом заболевания это состояние разрешалось на фоне первичной атропинизации в 90% случаев, а со смертельным — только в 25%. Расстройство дыхания констатированы у 16 человек. У больных со смертельным исходом данное осложнение развивалось на более ранних сроках (через 18 ч с момента отравления), чем у выздоровевших (в среднем через 30 ч). Коллапс и судорожный синдром возникали только у лиц со смертельным исходом заболевания. У 6% больных (в основном при тяжелых отравлениях карбофосом и метафосом) в первые часы была диагностирована пневмония, носившая распространенный характер.

Вопрос оценки степени тяжести при отравлениях различными ФОИ всегда был актуален, так как отравление, первично определяемое по клиническим признакам как легкое или средней тяжести, в дальнейшем часто бывает тяжелым. Так, при отравлении карбофосом у 27 больных состояние было расценено как легкое и среднетяжелое (по критериям Е. А. Лужникова, 1982), однако в дальнейшем оно оказалось

тоте сердечных сокращений и состоянию слизистых оболочек. По нашему мнению, наиболее показательна ширина зрачков.

Лечебная тактика при отравлении различными ФОИ определяется рядом клинических особенностей течения. При поражении хлорофосом и дихлофосом обычно достаточно проведения общепринятых лечебных мероприятий. Летальность низкая. Однако при отравлении карбофосом и метафосом достоверно судить о достаточной атропинизации на основании указанных симптомов можно лишь в первые 4—6 ч лечения. В последующем они теряют свое превалирующее значение, и дальнейшее лечение следует осуществлять исходя из выраженности Н-холиномиметического и центрального действия ФОИ. В таких случаях наиболее эффективно введение 3% раствора пахикарпина в дозе 3—4 мл 3—4 раза в сутки, что в значительной степени снижает миастенический синдром или служит его профилактикой. Детоксикационная гемосорбция при отравлениях ФОИ дает лишь временный положительный эффект и не влияет на прогноз отравления даже при неоднократном применении.

Нами отмечено, что после интенсивной атропинизации развиваются паретическое состояние кишечника и задержка ФОИ в тонком и толстом кишечнике, что, по всей видимости, снижает эффективность гемосорбции. Фармакологическая стимуляция кишечника (33% раствор сульфата магния в количестве 100—150 мл в желудок) оказывается неэффективной. К достаточно полному очищению кишечника приводит лишь повторная сифонная клизма.

В комплексную терапию целесообразно включение средств, предупреждающих общетоксическое действие ФОИ (прямые переливания крови в первые часы, белковые препараты), что может препятствовать развитию дистрофических изменений в органах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лужников Е. А. Клиническая токсикология. М., Медицина, 1982.

Поступила 13 сентября 1984 г.

УДК 616.36—002.14—053.3—056.3:613.2

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Л. С. Калагина

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, инфекционная городская больница (главврач — В. В. Зайцева), г. Горький

В последние годы отмечается тенденция к росту частоты заболеваний, связанных с пищевой сенсибилизацией. Среди многих аллергических заболеваний на долю пищевой аллергии детей приходится до 40% [3].

Задачей настоящей работы являлось изучение клинических и лабораторных проявлений пищевой аллергии у детей, больных вирусным гепатитом А.

Под наблюдением было 60 больных вирусным гепатитом и 20 здоровых детей (мальчиков — 36, девочек — 44) в возрасте 3—12 лет. Вирусный гепатит А диагностировали по общепринятым клинико-лабораторным и эпидемиологическим тестам. Легкая форма заболевания была установлена у 54 (90%) детей, среднетяжелая — у 6 (10%). Острое течение констатировано у 57 (95%) детей, затяжное — у 3 (5%). Все больные получали базисную терапию. Диспансерное наблюдение за детьми, переболевшими вирусным гепатитом, проводили в течение 6 мес после выписки из стационара. В целях выявления пищевой аллергии были использованы клинические методы диагностики, данные аллергологического анамнеза, а также реакция альтерации лейкоцитов (РАЛ), реакция дегрануляции тучных клеток крыс (РДТК), определение уровня иммуноглобулина Е в сыворотке крови радиоиммунологическим методом; кожные скарификационные пробы с пищевыми аллергенами. Серологические реакции *in vitro* проводили в остром периоде болезни и в периоде реконвалесценции (через 6 мес после выписки из стационара), кожные пробы — только в периоде реконвалесценции. Кроме того, по показаниям в периоде реконвалесценции выполняли оральные провокационные пробы с пищевыми аллергенами параллельно