

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

с пробой Кока, тромбопеническим тестом и лейкопенической пробой Видаля—Вогана.

В качестве пищевых аллергенов (10 видов) были использованы яйцо (белок и желток), цитрусовые (мандарин и апельсин), мед, раствор глюкозы, молоко, яблоко, морковь, настой шиповника.

Всего *in vitro* поставлено 1220 РАЛ и столько же РДТК; определен уровень общего иммуноглобулина Е у 80 больных в динамике (140 анализов). *In vivo* проведено 80 кожных скарификационных проб, 10 оральных провокационных проб, 10 лейкопенических проб Видаля—Вогана, 10 тромбопенических тестов. Положительной считали РАЛ 30% и более, РДТК—более 15%; уровень общего иммуноглобулина Е не должен был превышать 54 ед./л. О пробе Кока судили по изменению АД более чем на 1,3 кПа (10 мм рт. ст.) и пульса более чем на 15—20 уд. в 1 мин, о лейкопенической пробе Видаля—Вогана—по снижению лейкоцитов на $1 \cdot 10^9$ в 1 л и более через 1 ч после приема аллергена; тромбопенический тест не должен был превышать 25%.

У здоровых детей все пробы были отрицательными, а уровень общего иммуноглобулина Е находился в пределах 54 ед./л.

На основании аллергологического обследования были выделены три группы по 20 человек, идентичные по возрасту и полу, формам и тяжести болезни. В 1-ю группу вошли больные вирусным гепатитом А, у которых пищевая аллергия имела клинические проявления до заболевания, по поводу чего они находились на учете в аллергологическом кабинете. Во 2-ю, так называемую группу риска были включены больные с наследственной отягощенностью аллергическими заболеваниями. 3-ю группу составили дети с неотягощенным аллергологическим анамнезом, 4-ю—здоровые.

Анамнестически установлено, что у 4 детей 1-й группы пищевая аллергия проявилась в первый год жизни, у 16—родители страдали аллергическими заболеваниями, у 7—матери во время беременности и кормления грудью злоупотребляли продуктами с выраженными алергизирующими свойствами. У всех детей этой группы отмечалась полисенсibilизация. Наиболее часто пищевая аллергия возникала после употребления цитрусовых. У всех детей 1-й группы наблюдались клинические обострения пищевой аллергии: в периоде продрома (у 5), в остром периоде (у 12), в периоде реконвалесценции (у 3). Наиболее частыми клиническими проявлениями пищевой аллергии были кожные изменения: экзема (у 3), нейродерматит (у 5), крапивница (у 9), геморрагическая сыпь по типу капилляротоксикоза (у 1), сочетанные изменения кожи и слизистых (у 2).

У 13 детей 2-й группы анамнестически выявлена отягощенная аллергическими заболеваниями наследственность, у 11—экссудативный диатез, проявившийся в первый год жизни, у 6—фактор ранней сенсibilизации, связанный со злоупотреблением матерью во время беременности и кормления грудью продуктами с высокими аллергенными свойствами. Аллергическая сыпь наблюдалась в периоде продрома (у 1), в остром периоде (у 2), в периоде реконвалесценции (у 2).

У детей 3-й группы пищевая сенсibilизация не установлена. Только у одного ребенка этой группы была аллергическая сыпь в периоде продрома.

В остром периоде вирусного гепатита А положительная РАЛ была выявлена у детей всех трех групп. Из 200 реакций, поставленных у детей 1-й группы в остром периоде с десятью пищевыми аллергенами, положительными оказались 59, во 2-й группе—39, в 3-й—48. В периоде реконвалесценции эти показатели составили соответственно 57, 41 и 10.

У детей 1-й группы совпадение положительных РАЛ и РДТК в остром периоде вирусного гепатита А наблюдалось в 72,8% случаев, во 2-й группе—в 77,0%, в 3-й—в 68,8%; в периоде реконвалесценции—соответственно в 73,7%, 87,0% и 70,0%. Большинство детей, имевших двойной положительный результат на РАЛ и РДТК, реагировали на аллергены растительного происхождения.

В остром периоде вирусного гепатита А у детей 1-й группы из 43 положительных проб в 13 случаях выявлялась аллергия к белковым продуктам (7—к яйцу, 6—к коровьему молоку), 30—к продуктам растительного происхождения (12—к цитрусовым, 6—к меду, 6—к глюкозе, 4—к яблоку, 1—к моркови, 1—к шиповнику); во 2-й группе из 30 положительных проб 11 реакций были обусловлены белковыми продуктами (6—яйцом, 5—коровьим молоком), 19—продуктами растительного происхождения (6—цитрусовыми, 6—медом, 5—глюкозой, 1—яблоком, 1—морковью); в 3-й—18 из 48 положительных проб были вызваны белковыми продуктами (10—яйцом, 8—молоком), 8—медом, 8—глюкозой, 10—цитрусовыми, 2—яблоком, 1—морковью, 1—шиповником.

В периоде реконвалесценции доминировали положительные реакции на продукты

растительного происхождения. Так, из 42 положительных тестов, поставленных у детей 1-й группы, в 34 случаях выявлялась аллергия к продуктам растительного происхождения (12 — к глюкозе, 8 — к цитрусовым, 10 — к меду, 3 — к яблоку, 1 — к моркови), 8 — к белковым продуктам (5 — к яйцу, 3 — к коровьему молоку); во 2-й группе из 36 положительных результатов с обоими иммунологическими тестами 32 были вызваны продуктами растительного происхождения (14 — глюкозой, 10 — медом, 6 — цитрусовыми, 1 — яблоком, 1 — морковью), 4 — белковыми продуктами (2 — яйцом, 2 — коровьим молоком); в 3-й — из 7 положительных тестов в 3 случаях выявлялась аллергия к продуктам растительного происхождения (1 — к меду, 1 — к глюкозе, 1 — к цитрусовым) и 4 — к белковым продуктам (3 — к яйцу, 1 — к молоку).

С указанными пищевыми аллергенами мы проводили кожные скарификационные пробы. Совпадение их результатов в РАД у детей 1-й группы наблюдалось в 51,5% случаев, во 2-й — в 59% и в 3-й — в 70%.

При изучении содержания общего иммуноглобулина Е в динамике оказалось, что в остром периоде вирусного гепатита А его уровень у детей 1-й группы превышал норму в 6 раз (у 17), во 2-й — в 2,4 раза (у 13), в 3-й — в 2,5 раза (у 15); в периоде реконвалесценции — соответственно в 5 (у 15), в 4 (у 17) и в 1,5 раза (у 5).

В целях уточнения лабораторно выявленной пищевой сенсibilизации у 10 детей 2-й группы при выпадении одного серологического теста мы провели дополнительные аллергологические тесты: параллельно с провокационной оральной пробой с данным пищевым аллергеном определяли пробу Кока, тромбопенический тест и лейкопеническую пробу Видаля—Вогана. Клинических проявлений орально-провокационных проб не обнаружено; проба Кока и тромбопенический тест оказались положительными у 5 детей, лейкопеническая проба Видаля—Вогана — у 6.

Клинические обострения пищевой аллергии среди детей 1-й группы свидетельствуют, на наш взгляд, о том, что вирусный гепатит А явился провокационным фактором. Это подтверждается и результатами аллергологических тестов у 10 детей 2-й группы, у которых в периоде реконвалесценции была выявлена доклиническая пищевая сенсibilизация по 4—5 параметрам.

Положительные реакции на пищевые аллергены, наблюдавшиеся нами у больных всех 3 групп, не имели существенных различий в остром периоде вирусного гепатита А и могли быть объяснены нарушением барьерной функции печени.

Нами установлено, что у больных 1 и 2-й групп число положительных проб по двум серологическим тестам оставалось стабильным как в остром периоде болезни, так и в периоде реконвалесценции, но в последнем случае качественная характеристика отличалась значительным преобладанием числа положительных реакций на продукты растительного происхождения. В отличие от них у детей 3-й группы был отмечен резкий спад числа положительных проб в периоде реконвалесценции (в 4,5 раза), что связано с восстановлением барьерной функции печени и согласуется с литературными данными [1, 2, 4].

Таким образом, мы полагаем, что вирусный гепатит А предрасполагает к клиническому обострению пищевой аллергии и развитию пищевой сенсibilизации, особенно к углеводам, у детей с наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ногаллер А. М. Пищевая аллергия. М., Медицина, 1983.—2. Пыцкий В. И., Адрианов И. В., Артамасова А. В. Аллергические заболевания. М., Медицина, 1984.—3. Соколова Т. С., Лусс Л. В., Рошаль Н. И. Пищевая аллергия у детей. М., Медицина, 1977.—4. Старосельский Д. В., Гранипов В. М. Врач. дело, 1977, 1.

Поступила 8 апреля 1985 г.

УДК 616.831—001.3—02—092 «364»

ОБ ОДНОЙ ИЗ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНЫ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Г. М. Шерешевский

Сорок лет прошло с тех пор, как советский народ отстоял в борьбе с фашистской Германией мир и жизнь на земле. Неоценимый вклад в Победу был внесен медицинскими работниками страны. В годы Великой Отечественной войны, как го-