

иммунотропный яд. Данные нарушения свидетельствовали о состоянии глубокой иммуносупрессии и акцидентальной инволюции тимуса. Механизм инициируемой рицином иммуносупрессии *окончательно не изучен*. Известно, что лектины, выделенные из различных растительных источников, являются мощными активаторами клеток иммунной системы и индукторами синтеза эндогенных биорегуляторов, в частности провоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-1, ФНО- α и ИНФ- γ . Избыток этих биологически активных пептидов может вызывать нарушения внутренних органов, приводить к системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности, нарушать проницаемость сосудов. Кроме того, ФНО- α и ИНФ- γ , могут вызывать программируемую гибель лимфоцитов. Рицин проникает в клетки благодаря избирательному взаимодействию с галактозой клеточной мембраны, связываясь с которым, молекула рицина вначале фиксируется на цитоплазматической мембране, а затем по механизму эндоцитоза проникает внутрь клетки. Вакцина против рицина (RiVax), разработанная исследователями университета штата Техас, успешно прошла тестирование в рамках пилотного испытания на 15 волонтерах. По мнению разработчиков, такая вакцина необходима как для вооруженных сил, так и для мирного населения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ТОКСИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, ОТСРОЧЕННЫХ ВО ВРЕМЕНИ

Островский И.С., Шatroва Н.В.

ГОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, e-mail: Panfilov62@yandex.ru

Острые химические отравления могут осложняться развитием тяжелых токсических синдромов, отсроченных во времени. К таковым, прежде всего, относятся острая почечная и острая печеночная недостаточность, которые развиваются в течение нескольких часов или даже дней после контакта с токсикантом. Врачам догоспитального, и особенно госпитального этапов, приходится проявлять клиническую настороженность даже по прошествии нескольких суток и недель с момента поступления токсикологического больного на предмет возможности возникновения данных синдромов.

Острая почечная недостаточность (ОПН) может возникнуть после приема нефротоксических соединений, воздействующих на различные участки нефрона и вызывающих развитие токсической нефропатии (например, этиленгликоля, уксусной кислоты, алкоголя и его суррогатов и др.). Наиболее опасный период ОПН – олигоанурия; ближайшими проявлениями являются гиперкалиемия и гипергидратация легких.

Дифференциальная диагностика ОПН при токсическом поражении проводится с отравлением препаратами, увеличивающими концентрацию калия в плазме крови, хронической почечной недостаточностью, прerenальными и постренальными нарушениями.

Лечение ОПН направлено на снижение концентрации калия и устранение гипергидратации (если она имеет место). В терапии используют кальция хлорид (в качестве антагониста калия), лазикс (фуросемид) по 40-80 мг. Обязательными мероприятиями являются промывание желудка, назначение энтеросорбентов и слабительных средств. В ряде случаев возникает необходимость проведения антигипотензивной терапии, применяется допамин, преднизолон. Во время транспортировки больного в стационар возникает необходимость мониторинга витальных функций.

При нарастании концентрации мочевины (более 24 ммоль/л) и креатинина (более 300 ммоль/л),

концентрации калия (более 5,5-6 ммоль/л), уремической интоксикации, декомпенсации метаболического ацидоза, гипергидратации рекомендуется перевести больного в отделение экстренного гемодиализа.

Синдром острой печеночной недостаточности проявляется болями в правом подреберье, увеличением печени, желтушной окраской кожи и слизистых, общей слабостью, явлениями интоксикации ЦНС. В тяжелых случаях развиваются желтуха и токсическая энцефалопатия.

Токсическое действие веществ на ткань печени складывается из прямого повреждения гепатоцитов (токсин бледной поганки, препараты железа, фенолы), образования токсичных метаболитов при биотрансформации (парацетамол, хлорированных углеводородов), тромбоза печеночных вен и холестаза (пирролидины, фенотиазины, этанол) и нарушения микроциркуляции в печени (уксусная кислота, метгемоглобинообразователи). Токсическое поражение печени при острых отравлениях может формироваться уже к окончанию первых суток; развитие печеночной энцефалопатии при отсутствии лечения наступает обычно через 5-7 дней. Возможны осложнения острой печеночной недостаточности. Описано развитие отека головного мозга, геморрагического синдрома, инфекции, гипокликемии, гипокалиемии, острого панкреатита, аспирации. Дифференциальную диагностику проводят с инфекциями, в том числе менингитом, алкогольной болезнью, другими причинами печеночной недостаточности.

Лечебная тактика ориентирована на прекращение действия токсиканта, введение антидотных средств, если токсикант известен; проведение гемодилюции, выполнение симптоматической терапии.

Таким образом, данные литературы и некоторые собственные клинические наблюдения показывают необходимость внимательного и довольно длительного мониторинга больных с острыми химическими отравлениями в связи с возможностью развития у них токсических синдромов, отсроченных во времени, и своевременной их терапии.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Остроносова Н.С., Иванова О.В., Сергеева М.П.

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, e-mail: iov@nchmail.ru

По данным Всемирной Организации Здравоохранения 80% всех болезней, возникающих у человека, являются следствием наличия в организме паразитов или продуктов их обмена. В организме человека может находиться большое количество вредоносных организмов, начиная с мельчайших микроорганизмов и заканчивая метровыми глистами. Они могут находиться повсюду: в легких, печени, желудке, поджелудочной железе, кишечнике, мышцах, суставах, мозге, крови, коже. Существует много литературных данных о связи между гельминтозом и аллергическими заболеваниями. При длительном нераспознанном гельминтозе под влиянием жизнедеятельности гельминтов и выделениями продуктов собственного обмена веществ появляются токсико-аллергические проявления. Клинически они проявляются в виде зуда кожи, сыпи на коже, отека кожи, приступов, затруднения дыхания, проходящих «под маской» бронхиальной астмы.

В течение года в ООО «Клиника доктора Остроносковой» наблюдались 48 больных с различными аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, хроническая рецидивирующая крапивница, отек Квинке, бронхиальная астма). Возраст больных варьировал от 16 до 61 года. Пациенты обращались в клинику в острой фазе заболевания. Кожный процесс у многих больных атопическим дерматитом и