

Выводы:

1. Оценка качества жизни выявила низкие показатели КЖ родителей в семьях детей, страдающих БА.
2. В психологической сфере низкие показатели в основном проявляются чувством вины за болезнь ребенка, избытком отрицательных эмоций, беспокойством.
3. В физической сфере преимущественно обнаружены недостаточная активность в повседневной жизни и невозможность полноценно отдохнуть.
4. В социальной сфере выявлены ограничения в выполнении профессиональных обязанностей и снижение материального достатка семьи.
5. Учитывая, что большинство детей в семьях, где было проведено анкетирование, часто или периодически имеют симптомы БА, что приводит к ограничению активности, медицинским специалистам необходимо больше внимания уделять контролю за проведением базисной терапии у детей с БА, организации астма-школ и психокоррекционной работе в семьях детей с БА.

Список литературы:

1. Сурмач, М.Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем: монография / М.Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.
2. Величковский, Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т. Величковский // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 4. – С. 8-17.
3. Глинская, Т.Н. Динамика показателей заболеваемости детей в Республике Беларусь / Т.Н. Глинская, М.В. Шавелева // Современные подходы к продвижению здоровья: мат. III междунар. научно-практ. конф. – Гомель: ГомГМУ, 2010. – С. 29-31.
4. Жерносек, В.Ф. Качество жизни и его особенности у детей с аллергическими заболеваниями / В.Ф. Жерносек, М.Е. Новикова // Медицинские новости. – 2004. – № 11. – С. 25-30.
5. Влияние интервальной гипоксической тренировки на качество жизни детей с бронхиальной астмой / Н.А. Геппе [и др.] // Мед. помощь. – 2003. – № 3. – С. 29-33.
6. Качество жизни при бронхиальной астме: методы оценки в педиатрической практике / В.И. Петров [и др.] // Рос. педиатр. журнал. – 1998. – № 4. – С. 16-21.
7. Можем ли мы нормализовать качество жизни детей с астмой (результаты многоцентрового проспективного исследования эффективности бекламетазона дипропионата и флутиказона пропионата/сальметерола у детей с астмой) / А.Г. Чучалин [и др.] // Аллергология. – 2004. – № 1. – С. 3-11.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Волкова М.П., Равская В.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Среди 2500 разновидностей грибов, произрастающих в

Европе, около 200 потенциально ядовиты: ежегодно регистрируется примерно 10 тысяч случаев отравлений ими. В Беларуси отравления вызывают 20-25 видов ядовитых грибов. Существует несколько причин отравлений ядовитыми грибами. При этом основными причинами грибных отравлений являются неумение распознавать съедобные и ядовитые грибы, неправильное приготовление блюд из некоторых съедобных грибов, а также их возможные мутации. Принято собирать и употреблять в пищу дикорастущие грибы, в том числе и в пищевом рационе детей, несмотря на то, что любой контакт ребенка с грибами всегда сопряжен с потенциальной опасностью. Детский организм из-за ферментативной недостаточности не в состоянии усвоить трудно перевариваемый грибной белок. Самым опасным грибом считается бледная поганка и ее разновидности, при отравлении ее токсинами регистрируется до 99% летальности пострадавших [1, 2]. Это гриб с гепатонейротоксическим действием. При употреблении его в пищу страдают, прежде всего, печень и почки, поражаются эпителий кишечника, кардиомиоциты, ЦНС, поэтому действие токсинов можно считать полиорганным с преимущественным поражением печени и почек. Дети более восприимчивы к действию токсинов грибов. Это связано с несовершенством детоксикационных механизмов детского организма. Фаллоидный синдром развивается при употреблении высокотоксичных аманитальных грибов: бледной поганки, аманитальных мухоморов (поганкоподобный, вонючий). Они содержат быстродействующие фаллотоксины (фаллоидин, фаллоин, профалин, фаллидин и др.) и медленнодействующие аматоксины (а-, b-, g-, e-аманитины, аманин и др.). Фаллотоксины начинают действовать не раньше чем через 6 часов после употребления грибов [3]. Токсическое действие связано с влиянием на мембрану и органеллы гепатоцитов, эпителия и сосудов кишечника. Аманитины относятся к наиболее токсичным веществам в мире. Смертельной дозой аманитина считается 0,1 мг/кг. Одна шляпка бледной поганки в среднем содержит 10-15 мг аманининов. Действие аматоксинов медленнее, чем фаллотоксинов, но обуславливает значительно большие повреждения в организме. Аманитины прежде всего нарушают деятельность клеток с высокой степенью белковосинтезирующей активности: гепатоцитов, эпителия кишечника, сосудов, почечного эпителия. В основе токсического действия аматоксинов лежит нарушение внутриклеточного синтеза белка за счет блокады РНК-полимеразы. Это приводит к полной дезинтеграции синтетических процессов в клетке (прежде всего в гепатоцитах) и со временем - к ее гибели. Грибные токсины могут вызывать гастроэнтеротропное, нейровегетотропное и гепатонейротропное воздействие.

Цель исследования: изучить клиническую картину при отравлении грибами у детей, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2005 по 2015 гг.

Объект и методы исследования. Под наблюдением находилось 19 детей в возрасте от 1 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу отравления грибами. Девочек было 11 (58%), мальчиков 8 (42%). Возрастной состав детей: 1-3 лет – 7 (37%) детей, 4-6 – 5 (26,3%), 7-11 – 3 (15,7%), 12 лет – 15-4 (21%).

Результаты и их обсуждение. Большая часть детей 73,5% проживают в г. Гродно, 26,5% – дети из районов Гродненской области. Отравления регистрировались с апреля по ноябрь, большинство случаев отравлений грибами приходится на сентябрь (26,3%). Пищевой или тактильный контакт ребенка с дикорастущими грибами без присмотра взрослых (на дачном участке, в ДДУ, во дворе дома) отмечался в 42% случаев. Со слов родителей, все дети употребляли пластинчатые грибы.

За медицинской помощью после употребления ребенком грибов родители обращались в половине случаев через 14-15 часов (самое раннее обращение через 40 мин при случайном употреблении дикорастущих грибов, а самое позднее через 4 дня после употребления якобы съедобных грибов).

Гастроэнтеротропные проявления (тошнота, рвота, диарея, боль в животе) в течение первых суток (преимущественно в первые 4-6 часов) после употребления грибов наблюдалось у 52,5% детей. Однотипность возникновения жалоб у других членов семьи, которые употребляли грибы вместе с ребенком, в течение первых 24 часов отмечалась в 3 случаях (15,7%). Продолжительность гастроинтестинальных нарушений составляла от 24 до 72 часов.

Гепатонейротропные проявления отравления грибами выявлены у 37% пациентов. При клиническом осмотре иктеричность кожи отмечалась у 5 детей (26,3%), иктеричность склер – у 7 детей (37%), увеличение размеров печени наблюдалось у 7 детей (37%). В ОАК выявлен лейкоцитоз до $20 \times 10^9/\text{л}$ (в 31,5%), увеличение СОЭ до 36 мм/ч (в 21%). В БАК отмечалось повышение непрямого билирубина, печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), т.е. синдром цитолиза в 63% случаев. Печеночные ферменты повышались в 1,5-2 раза в 6 случаях (31,5%), нормализация показателей отмечалась на 2-3 сутки. В 4 (21,04%) случаях выявлено значительное повышение показателей: АСТ в 20-120 раз, АЛТ в 26-287 раз. Нормализация показателей печеночных трансаминаз отмечалась на 10-22 сутки. Повышение билирубина в 2-3 раза выявлено у 8 (42%) детей, нормализация показателей в среднем происходила на 5 сутки. В 2 случаях отмечались повышения билирубина в 20-28 раз. Два ребенка были переведены в Минск для проведения плазмафереза и гемодиализа. Одному ребенку проведена трансплантация печени от донора - матери.

Нейровегетотропные проявления отравления грибами выявлены у 10,5% пациентов.

Из сопутствующих заболеваний у детей выявлены: диспанкреатизм у 3 детей (15,7%), ДЖВП – у 4 (21%), хронический гастрит – у 2 (10,5%), язвенная болезнь желудка – у 1 ребенка (5,2%), хронический холецистит – у одного (5,2%). Осложнениями отравления грибами были: токсический гепатит у 7 детей (36,8%), гемолитическая анемия у 3 (15,7%), токсическая энцефалопатия у 2 (10,5%), острый панкреатит у 1 (5,2%), токсический миокардит у 1 (5,2%), ДВС-синдром у одного (5,2%), тубулоинтестинальный нефрит у одного (5,2%). У детей, помощь которым была оказана в течение часа после употребления грибов (промывания желудка, адсорбенты), клинических и лабораторных изменений не наблюдалось.

Лечение заключалось в промывании желудка, назначении адсорбентов, инфузионной терапии, лактулозы, гепатопротекторов, по показаниям

антибиотиков, плазмафереза, гемодиализа и трансплантации печени. Количество дней пребывания в стационаре составило в среднем 6,3 дня (от 1 до 22 дней). Летальность составила 5,2% (1 ребенок умер через 2 месяца после пересадки печени).

Выводы:

1. Во всех случаях у детей отмечаются отравления пластинчатыми грибами, в 63,3% случаев это дети дошкольного возраста.
2. Клиническая картина отравления развивается при позднем обращении за медицинской помощью.
3. У 52,5% детей отравление грибами проявляется нарушением функций желудочно-кишечного тракта, поражение печени выявлено в 36,8% случаев.
4. В наиболее тяжелых случаях кроме поражения печени у детей отмечается поражение поджелудочной железы, сердца, почек, головного мозга, кроветворной системы.
5. При своевременном обращении за медицинской помощью и интенсивном лечении исход заболевания при отравлении грибами у детей благоприятный.
6. Всем медицинским работникам необходимо проводить разъяснительную работу с родителями о потенциальной опасности употребления детьми любых грибов.

Список литературы:

1. Острые отравления у детей: диагностика и лечение / под ред. Т.В. Парийской. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2004. – С. 215-221.
2. Клиническая токсикология детей и подростков / под ред. И.В. Марковой, В.В. Афанасьева, Э.К. Цыбулькина. – СПб.: Интермедика, 1999. – Т. 2. – С. 272-281.
3. Москаленко, С. Отравление грибами у детей / С. Москаленко, Д. Гриненко // Здоровье ребенка. – 2006. – № 3. – С. 23-26

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Волкова М.П., Голенко К.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», 2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Актуальность. Одна из наиболее частых жалоб, предъявляемых молодыми людьми, является жалоба на боль в животе, это является поводом для обращения за медицинской помощью [1]. Абдоминальная боль в большинстве случаев свидетельствует о патологическом процессе в брюшной полости. Боль в животе – это физическое страдание, влияющее на качество жизни. Боль является универсальным сигналом физического неблагополучия. Нарушение моторики (спазм) выступает в качестве патофизиологического механизма, присущего заболеваниям органов пищеварения различной природы. В понятие боли включаются восприятие организмом повреждающих стимулов, а также реакция на эти ощущения, характеризующаяся определенной эмоциональной окраской, рефлексорными изменениями функций внутренних органов, двигательными безусловными рефлексам и волевыми усилиями,