

Волкова М.П., Равская В.В. , Микляева Н.Н.*
**ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
ГРИБАМИ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В Беларуси традиционно принято собирать и употреблять в пищу дикорастущие грибы, несмотря на то, что любой контакт с грибами всегда сопряжен с потенциальной опасностью. Самым опасным грибом считаются бледная поганка и ее разновидности, а при отравлении ее токсинами летальность составляет 99% [1, 2]. При употреблении гриба в пищу страдают прежде всего печень и почки, поражаются эпителий кишечника, кардиомиоциты, ЦНС, поэтому действие токсинов можно считать политоппным 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 аманитинов. 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.

Цель – оценить поражение печени у детей с отравлением грибами, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2004 по 2014 гг.

Материал и методы. Наблюдение велось за 19 детьми в возрасте от 1 до 15 лет, находившимися на стационарном лечении по поводу отравления грибами. Девочек было 11 (58%), мальчиков 8 (42%). По возрасту дети разделились следующим образом: 1-3 года – 7 (37,0%) детей, 4-6 лет – 5 (26,3%), 7-11 лет – 3 (15,7%), 12-15 лет – 4 (21,0%). Большая часть детей (73,5%) проживают в 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 детском дошкольном учреждении, 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 ч (самое раннее обращение через 40 мин. при случайном употреблении дикорастущих грибов, а самое позднее – через 4 дня после употребления якобы съедобных грибов).

Нарушение функций желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея, боль в животе) в первые 24 ч (преимущественно в первые 4-6 ч) после употребления грибов наблюдалось у 52,5% детей. Однотипность возникновения жалоб у других людей, которые употребляли грибы вместе с ребенком, в течение первых 24 ч отмечалась в 3 случаях (15,7%). Продолжительность гастроинтестинальных нарушений составляла от 24 до 72 ч.

При клиническом осмотре иктеричность кожи отмечалась у 5 детей (26,3%), иктеричность склер – у 7 детей (37,0%), увеличение размеров печени наблюдалось у 7 детей (37,0%).

В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до $20 \times 10^9/\text{л}$ (в 31,5%), увеличение СОЭ до 36 мм/ч (в 21,0%).

В биохимическом анализе крови отмечалось повышение непрямого билирубина, печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), т.е.

синдром цитолиза отмечен в 63,0% случаев. АСТ, АЛТ повышались в 1,5-2 раза в 6 случаях (31,5%), нормализация показателей отмечалась на 2-3 сутки. В 4 (21,0%) случаях выявлено значительное повышение показателей: АСТ в 20-120 раз, АЛТ в 26-287 раз. Нормализация показателей отмечалась на 10-22 сутки. Повышение билирубина в 2-3 раза выявлено у 8 (42%) детей, нормализация показателей в среднем происходила на 5-е сутки. В 2 случаях отмечено повышение билирубина (в 20-28 раз).

Из сопутствующих заболеваний выявлены: диспанкреатизм у 3 детей (15,7%), ДЖВП у 4 (21,0%), 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. Два ребенка были переведены в Минск для проведения плазмафереза и гемодиализа. Одному ребенку проведена трансплантация печени от донора – матери.

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).

Заключение.

1. В 63,3% отравления грибами отмечаются у детей дошкольного возраста.

2. Клиническая картина отравления развивается при позднем обращении за медицинской помощью.

3. Поражение печени выявлено в 36,8% случаев, проявляется цитолитическим синдромом.

4. В наиболее тяжелых случаях кроме поражения печени у детей отмечается поражение поджелудочной железы, сердца, почек, головного мозга, кровеносной 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 по недопущению употребления детьми любых грибов.

Литература

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.

*Глазкова С.Э., Мунтеану М., Шило В.В., Суворова И.,
Новикова И.*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В БЕЛАРУСИ НЕИНВАЗИВНЫХ БИОМАРКЕРОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ФИБРОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Госпиталь г. Парижа, отделение неинвазивной диагностики,
Франция

Иностранное общество с ограниченной ответственностью
«Синэво», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. При выборе лечения гепатологических пациентов большое значение имеют данные о гистологии печени. На протяжении длительного времени для корректной оценки структуры тканей печени в медицине используется метод пункционной биопсии (ПБП). Процедура требует предварительной госпитализации, проведения дополнительных исследований, часто имеются противопоказания к проведению ПБП, а также существуют риски осложнений или получения ложных результатов.

Существенные преимущества современных методов неинвазивной диагностики перед ПБП – простота, информативность на любой стадии фиброза, возможность