

4. Bhutta, Z.A. Micronutrient needs of malnourished children / Z.A.Bhutta // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. – 2008. – V. 11, № 3. – P. 309–314.

5. Комарова, О.Н. Недостаточность питания у детей раннего возраста: патогенез, диагностика, диетологическая коррекция / О.Н.Комарова, А.И.Хавкин // Лечащий врач. – 2014. – № 9. – С. 26–29.

## **ОТРАВЛЕНИЕ ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА**

***Волкова М.П., Равская В.В.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Употребление грибов в Беларуси является древней национальной традицией. 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. Самым опасным грибом считается бледная поганка и ее разновидности, при отравлении ее токсинами регистрируется до 99% летальности пострадавших [1, 2]. Это гриб с гепатонекротоксическим действием. При употреблении его в пищу страдают прежде всего печень и почки, поражаются эпителий кишечника, кардиомиоциты, ЦНС, поэтому действие токсинов можно считать политопным 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 исследования:** изучить клиническую картину при отрав-

лении грибами у детей, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2004 по 2014 гг.

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%).

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 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).

Нарушение функций желудочно–кишечного тракта (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.

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  $20 \times 10^9$  (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.

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.

#### **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