

ния проявлялись у подростков быстрым развитием алкогольной комы, с признаками нарушения дыхания и гипотензией и требовали интенсивной инфузионной детоксикационной терапии.

В исследуемой возрастной группе особенно важна дифференциальная диагностика острых отравлений с психическими расстройствами и заболеваниями центральной нервной системы. Также следует учитывать этические и правовые особенности врачебной работы с несовершеннолетними пациентами, их родителями и органами опеки.

#### **ДО ПИТАННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ СПОЖИВАННЯ ЙОДОВАНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ НАСЕЛЕННЯМ ЕНДЕМІЧНОГО РЕГІОНУ**

Касіян О.П., Зуб С.Т.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна*

За результатами новітніх досліджень у 0,8% населення України зареєстровано значний йододефіцит, що потребує негайного проведення належних коригуючих заходів, зокрема, споживання йодованих харчових продуктів, серед яких пріоритетне місце посідає кухонна сіль. Відповідно до стандартів 90-х рр. йодування солі здійснювали за допомогою калію йодиду з розрахунку  $25 \pm 10$  мг йоду на 1 кг солі. Станом на сьогоднішній день з цією метою використовують калію йодат на рівні  $40 \pm 15$  мг йоду на 1 кг солі, який хоча і більш стійкий порівняно з калію йодидом, проте і в десятки разів токсичніший за нього. Тому наслідки впровадження даного препарату для масової йодної профілактики більш, ніж непередбачувані.

Найбільша складність масової йодопрофілактики полягає в тому, що дуже важко відслідкувати дозу йоду, що потрапляє в організм людини, яка споживає йодовані продукти. Можливість надмірного надходження йоду в організм за умов масової йодної профілактики йодованою кухонною сіллю підтверджують прості розрахунки. Так, при середньому споживанні людиною 5-10 г кухонної солі на добу в організм тільки з цим харчовим продуктом може надходити від 400 до 550 мкг йоду (за рекомендованої добової потреби в йоді для дорослих — 150 мкг) без урахування того, що він може також надходити в організм з іншими харчовими продуктами (молоком, хлібом, олією тощо), водою, повітрям, а загальна доза надходження йоду, насамперед, буде залежати від регіонального ступеня йодного дефіциту. В Україні налагоджене також виробництво йодовмісних біологічно активних добавок і збагачених йодом мінеральних вод. Кількість йоду, отриманого людиною за добу з різних джерел, може значно перевищити рекомендоване добове споживання даного мікроелементу, і буде наблизитися до максимально безпечної дози — 1000 мкг. При цьому істотно зростає можливість

виникнення у населення йодоіндукованих захворювань, у т. ч. аутоімунного тиреоїдиту (АІТ), патогенетичну основу якого складає генетично обумовлений дефект імунної толерантності по відношенню до антигенів щитоподібної залози, оскільки як надлишок йоду в раціоні, так і його підвищене споживання на тлі попереднього дефіциту несе в собі певний ризик для здоров'я населення. Підтвердженням цієї думки може слугувати той факт, що на тлі 100% реалізації йодованої солі у торгівельній мережі м. Дрогобича (за інформацією головного управління економіки Львівської обласної державної адміністрації станом на 2005 р.), яке належить до йододефіцитних (за результатами власних досліджень рівень йоду у питній воді становить  $1,62 \pm 0,31$  мкг/л), ступінь зростання загальної захворюваності на АІТ упродовж 2000-2008 рр. склав 2,21 рази. У м. Трускавці, яке не належить до групи йододефіцитних регіонів (середній вміст йоду у воді зареєстрований на рівні  $5,98 \pm 0,28$  мкг/л), показник реалізації йодованої солі також достатньо високий і становить 85,6%, при цьому ступінь зростання АІТ ненабагато нижчий, ніж у м. Дрогобич, і складає 1,98 рази.

У літературі знаходимо також дані про збільшення частоти розвитку папілярних раків щитоподібної залози і збільшення випадків лімфоїдної інфільтрації без злоякісних новоутворень через 5-15 років після початку йодної профілактики зобної ендемії у населення.

Таким чином, важливо не лише збільшувати надходження йоду в організм, а обов'язково враховувати особливості його генетичної і фізіологічної адаптації до йодної недостатності, яка має місце на території ендемічного регіону, тобто ефективна йодопрофілактика повинна носити індивідуальний характер і проводитися під контролем лабораторних показників за участі ендокринологів.

#### **ПРОФИЛАКТИКА ОТРАВЛЕНИЙ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ**

Дроговоз С.М., Столетов Ю.В., Белик Г.В.  
*Национальный фармацевтический университет,  
Харьков, Украина*

**$\beta$ -адреноблокаторы** широко применяются для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство из этих препаратов отпускаются из аптек без рецепта, что обуславливает высокий риск возникновения острого отравления этой группой лекарств, при их неправильном или преднамеренном применении в высоких дозах.

**Профилактика осложнений.** Все препараты этой группы имеют небольшую широту терапевтического действия, поэтому, в первую очередь, мероприятием, препятствующим развитию отравлений этими препаратами, является соблюде-