

дами швидкої медичної допомоги, в першу чергу — з проявами тяжкого ураження нервової системи. У зв'язку із широким полем медіаторного впливу, різноманітним патологічним змінам у майже всіх органах і системах організму людини, передозування чи отруєння М-ХБ ще на догоспітальному етапі важливо диференціювати із іншими патологічними станами та захворюваннями.

Розроблені підходи для проведення диференціального діагнозу — із запальними захворюваннями центральної нервової системи, патологічними процесами лобних ділянок головного мозку, психічними захворюваннями, психозами ендogenous походження, екзогенними отруєннями (хлорованими вуглеводнями; важкими металами, зокрема — літійем; амфетаминами, антидепресантами, карбамазепінами, кокаїном, метамфетаміном, інгібіторами МАО, грибами-галюциногенами та іншими галюциногенами, нейролептиками, фенциклідином, симпатоміметиками, тироксинами), нейролептичним синдромом, ендокринними порушеннями (тиреотоксикозом, гіпоглікемією), дитячими інфекційними захворюваннями (кір, скарлатина, гельмінтози, гострі запальні процеси органів черевної порожнини, ускладнені перитонітом) та іншими фактори, які формують гіпертермію та тахікардію. Важливим методом остаточної верифікації діагнозу є токсикологічні дослідження вмісту атропіноподібної речовини в крові та сечі пацієнтів. Призначення антидотів значно скорочує терміни лікування та покращує прогноз.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ (15-20 ЛЕТ): ГОСПИТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗА 10 ЛЕТ

Курдиль Н.В., Струк В.Ф., Калыш Н.М.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи (КГК БСМП), отделение интенсивной терапии и экстракорпоральной детоксикации

Острые отравления химической этиологии у подростков вызывают значительный интерес у специалистов, что, безусловно, связано как с физиологическими особенностями взрослеющего организма, так и с особым характером поведения личности в этот период жизни. Нередко поведение подростков проявляется импульсивными решениями и необдуманными поступками, недостаточной оценкой опасности внешней среды, что может приводить к тяжелым последствиям и для здоровья, и для жизни в целом.

За последние 10 лет отмечен рост числа пациентов в возрастной группе 15-20 лет, в 2001 году доля группы не превышала 8% от общей численности

пациентов, а в 2010 году достигла 12,7%.

Структура отравлений по этиологическому фактору имеет свои особенности: отравления медикаментами наблюдались у 70% пациентов, алкоголем — 10%, наркотиками — 15% и другими (в том числе неуставленными) веществами — 5%. Продолжительность лечения составила $2,5 \pm 0,7$ суток. Пациенты мужского пола в возрастной группе составили 55%, женского — 45%. За период 2001-2010 гг. смертельных отравлений не зарегистрировано. В структуре отравлений медикаментами наиболее часто (45%) встречались отравления противовоспалительными (нестероидные противовоспалительные средства), жаропонижающими (парацетамол, производные салициловой кислоты) и обезболивающими веществами. Особенно следует отметить участвовавшие случаи отравления парацетамолом (ацетаминофеном), который представлен на фармацевтическом рынке несколькими десятками лекарственных средств различных производителей в виде всевозможных лекарственных форм. Количество принятого токсиканта значительно варьировало в каждом отдельном случае (от 3 до 15 г), время поступления пациентов в стационар, в среднем, не превышало 4-6 часов с момента отравления. В качестве антидота стандартно применялся ацетилцистеин в таблетках или в инъекционной форме. В наиболее тяжелых случаях применялся плазмаферез.

На втором месте по частоте встречаемости находятся отравления веществами холинолитического или атропиноподобного действия (40%). Наиболее часто причиной подобных отравлений являлись лекарственные средства (циклодол, тропацин, апренал, гастроцепин, тизерцин, армин, спазмолинин и др.) и вещества растительного происхождения (грибы рода *Inocybe* и *Clitocybe* и растения семейства *Solanaceae*), которые применялись с целью достижения эйфории или галлюцинаций. Характерным было развитие холинолитического синдрома, сопорозное состояние и кома встречались редко. Нередко отравления носили групповой характер. Токсикологическая лабораторная диагностика включала определение атропиноподобного вещества в моче пациента методом тонкослойной хроматографии. В среднем, в течение года, токсикологической лабораторией проводится 200-250 исследований мочи на наличие атропиноподобных веществ. Отравления наркотическими веществами встречались у подростков в единичных случаях, чаще в форме передозировки наркотического вещества. Наиболее часто в моче определялись вещества группы опия. Токсическое действие наркотика быстро нивелировалось введением налоксона. Алкогольные отравле-

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 ± 10 мг йоду на 1 кг солі. Станом на сьогоднішній день з цією метою використовують калію йодат на рівні 40 ± 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 β -АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

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

β -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-