

можно разрешение заниматься спортом с контролем через 6 мес.

Удлинение корригированного интервала QT ($> 0,44$ с для мужчин и $> 0,46$ с для женщин) — не допускаются.

Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ (амплитуда зубцов R или S > 2 мв в стандартных отведениях, зубца S V1 или V2 > 3 мв или зубца R V5 или V6 > 3 мв с депрессией ST, сглаживанием или инверсией T в двух и более отведениях), патологический зубец Q: $> 0,04$ с длительностью > 25 % амплитуды соответствующего зубца R в двух и более отведениях — в этих случаях занятия спортом не допускаются. Обязательным является проведение эхокардиографии.

Признаки гипертрофии левого, правого предсердия на ЭКГ (отрицательная фаза в V1 $> 0,1$ мв и глубиной $> 0,04$ с, амплитуда зубца P во II, III или V1 $> 0,25$ мв) — занятия спортом не допускаются. Обязательным является проведение эхокардиографии.

Желудочковая экстрасистолия (симптомная, частая (более 2000 за сутки), парная, учащается при физической нагрузке) является основанием для отстранения на 3–6 месяцев от занятий спортом с последующим контрольным обследованием.

При наличии на ЭКГ полиморфной желудочковой экстрасистолии требуется исключение угрожаемых для жизни каналопатий. Занятия спортом противопоказаны.

При **суправентрикулярной экстрасистолии** (симптомная, групповая, частая (более 2000 за сутки), учащается при физической нагрузке) необходимо отстранение на 3–6 месяцев с последующим контрольным обследованием.

Представленные рекомендации позволяют оптимизировать не только этап первичного отбора детей и подростков для занятий спортом, но и решить спорные вопросы профессиональной пригодности и дальнейшего ведения юных спортсменов, имеющих отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Внезапная сердечная смерть. Рекомендации Европейского кардиологического общества (ред. проф. Н. А. Мазур). — М.: Медпрактика-М, 2003. — 148 с.
2. Внезапная сердечная смерть молодых людей / М. В. Гордева [и др.] // Вест. аритм. — 2012. — Т. 68. — С. 27–37.
3. Детская кардиология и ревматология : практ. рук. / Л. М. Беляева [и др.]; под ред. Л. М. Беляевой. — М.: Мед. информ. агентство, 2011. — 584 с.
4. *Затейщиков, Д. А.* Современные возможности выявления кардиологических противопоказаний к занятиям спортом / Д. А. Затейщиков // ForMMed [Электронный ресурс]. — 2006. — Режим доступа: <http://www.formed.ru>. — Дата доступа: 20.06.2009.
5. *Смоленский, А. В.* Внезапная смерть в спорте: мифы и реальность / А. В. Смоленский, Б. Г. Любина // Теория и практика физ. культуры. — 2002. — № 10. — С. 39–42.
6. *Скуратова, Н. А.* Диагностическая тактика раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний у юных спортсменов / Н. А. Скуратова, Л. М. Беляева. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — Инструкция по применению. — 17 с.
7. Диагностический алгоритм кардиологического скрининга юных спортсменов / Н. А. Скуратова [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — Инструкция по применению. — 12 с.
8. Национальные рекомендации по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2011 (приложение № 6). — 57 с.
9. Национальные Рекомендации по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти (Проект 2012 года) / Е. В. Шляхто [и др.]. — Минск, 2012. — 157 с.
10. *Corrado, D.* Pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden cardiac death / D. Corrado, C. Basso // J. Am. Coll. Cardiol. — 2008. — Vol. 52. — P. 1981–1989.
11. *Corrado, D.* Recommendations for interpretation of 12-lead electrocardiogram in the athlete / D. Corrado // European Heart Journal. — 2010. — Vol. 31. — P. 243–259.

Поступила 18.12.2014

УДК 615.099-036.11-053.2

ОСТРЫЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

И. М. Малолетникова, А. И. Зарянкина, А. В. Колыбенко, И. С. Лапина, К. В. Дубик

Гомельский государственный медицинский университет

Острые отравления играют важную роль в общей картине патологии детского возраста. Они занимают 3 место среди всех несчастных случаев, уступая по численности уличным травмам и ожогам.

Все отравления у детей, также как и у взрослых подразделяются на случайные и преднамеренные. Последние могут носить как криминальный, так и суицидальный характер. Среди пациентов с преднамеренными отравлениями можно выделить возрастную группу риска — подростки 14–15 лет.

Ключевые слова: дети, острые экзогенные отравления, алкогольные отравления, структура отравляющих веществ.

ACUTE EXOGENOUS POISONING IN CHILDREN

I. M. Maloletnikova, A. I. Zaryankina, A. V. Kolybenko, I. S. Lapina, K. V. Dubik

Gomel State Medical University

Acute poisoning plays an important role among childhood pathologies. It takes the third place among all accidents and is outnumbered only by street traumas and burns.

All cases of both child and adult poisonings are divided into unintentional and intentional. The latter can have both criminal and suicidal character. The risk age group among the patients with intentional poisonings includes teenagers at the age 14–15.

Key words: children, acute exogenous poisoning, alcohol poisoning, structure of toxic substances.

Введение

Острые отравления у детей лекарственными препаратами, алкоголем, веществами бытовой и промышленной химии, ядовитыми растениями и грибами, к сожалению, наблюдаются довольно часто, нередко сопровождаются развитием тяжелой интоксикации и при несвоевременно или неправильно оказанной первой помощи могут привести к смертельному исходу.

По данным американской ассоциации центров отравлений, в США среди детей и подростков до 19 лет происходит около 1,5 млн. отравлений, что составляет 67 % от их общего числа, из них 53 % приходится на возраст до 6 лет. Около 56 % отравлений у детей вызваны «квартирными» ксенобиотиками (косметикой, инсектицидами, растениями и углеводородами, в 47 % случаев — лекарствами) [1, 2].

Согласно данным Центра по лечению острых отравлений города Минска, количество острых медикаментозных отравлений составляет ежегодно в среднем до 56 % от всех отравлений [3].

В последние годы особую актуальность приобрели острые отравления детей алкоголем, что связано с приемом этилового спирта или различных алкогольных напитков с содержанием этилового спирта более 12 %.

Главная задача родителей не допустить возникновения острого отравления, а для этого необходимо знать, когда, при каких обстоятельствах, при употреблении каких веществ наиболее часто происходят острые отравления у детей.

Первый пик отравлений приходится на возраст 1–3 года (47,8 %), что объясняется большой любознательностью малышей. В дошкольном возрасте (4–7 лет) число детей с отравлениями уменьшается (11,1 %), так как они становятся более внимательными, у них появляются разные интересы, а также им известно чувство опасности. Второй пик наблюдается в возрасте 8–15 лет (35,5 %) с наибольшим количеством обращений старших школьников (13–15 лет). В этой группе детей встречается как случайный, так и преднамеренный прием токсических веществ [1, 3, 4].

По степени тяжести отравления делятся на легкие, среднетяжелые и тяжелые. При определении степени тяжести кроме клинической картины, которая развивается у ребенка, необходимо точно знать отравляющее вещество, принятую дозу (хотя бы ориентировочно), время приема. Отравление смесью токсических веществ всегда надо рассматривать как тяжелое.

Клиническая картина, течение и исход отравления зависят от следующих факторов:

- сила действия токсического вещества (то есть его «ядовитость»);
- количество токсического вещества, введенного в организм;

- пути введения (через рот, через дыхательные пути, через кожу, внутривенно);
- скорость всасывания токсического вещества;
- возраст пострадавшего ребенка;
- общее состояние здоровья, на фоне которого произошло отравление (был ли ребенок здоров или страдал каким-либо заболеванием);
- условия окружающей среды, при которых произошло отравление (метеорологические условия, открытое или замкнутое пространство и др.);
- время, прошедшее после последнего приема пищи (особенно это важно, если токсическое вещество было принято через рот) [1, 5, 6].

При всех острых отравлениях необходимо как можно скорее оказать ребенку квалифицированную медицинскую помощь. Если помощь была несвоевременной, недостаточной, а тем более неправильной, это может привести к тяжелым последствиям.

Отравления у детей являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой, так как на оказание медицинской помощи, реабилитацию детей с отравлениями расходуются огромные средства, а исходом отравления может быть инвалидность, что снижает качество жизни этих детей и требует колоссальных затрат.

Цель

Изучить структуру острых экзогенных отравлений у детей, пролеченных в Учреждении «Гомельская областная клиническая больница» (У «ГОКБ») в период 2011–2013 гг.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 76 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в У «ГОКБ» с диагнозом: «Острое бытовое отравление» в период с 2011 по 2013 гг.

Полученные данные обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica», 8.0. Результаты расчетов считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Среди 76 детей с диагнозом: «Острое бытовое отравление» наиболее часто встречались случаи отравления алкоголем — 48 чел. (63,3 %), растительным ядом (ягодами паслена, древесным грибом, дифенбахией) — 10 (13,1 %), средствами бытовой химии — 5 (6,5 %), наркотическими веществами — 2 (2,6 %), у 11 детей (14,5 %) причинный фактор установить не удалось (отравление неизвестными веществами) (рисунок 1).

Соотношение между мальчиками и девочками составило 49 (64,5 %) и 27 (35,5 %) случаев соответственно.

Возраст 15 детей с отравлениями был от 1 года до 9 лет (19,7 %). Основные отравляющие вещества у этой возрастной категории:

- алкоголь — у 3 (3,9 %) детей;
- неизвестное вещество — у 3 (3,9 %) детей;
- лекарственное вещество (клоназепам, нафтизин) — у 2 (2,6%) детей.

Отмечались единичные случаи отравления гуашью, ягодами паслена, древесным грибом, растворителем, дифенбахией, пятновыводителем, крысиным ядом.

Учитывая ведущую роль, а также широкий спектр используемых алкогольных веществ, нами проанализирована структура алкогольных отравлений.

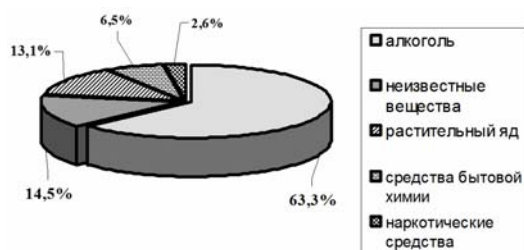


Рисунок 1 — Структура случаев отравления детей различными веществами

Наиболее часто с диагнозом: «Острое бытовое отравление» в У «ГОКБ» поступали дети в подростковом возрасте (рисунок 2).

Среди 48 детей с алкогольным отравлением наибольший удельный вес приходится на неизвестный алкогольный напиток — 20 случаев (41,6 %), водкой отравились 9 детей (18,7 %), смешанным веществом — 6 детей (12,5 %), пивом — 4 ребенка (8,3 %), шампанским и коньяком — по 3 детей (6,3 %), джин-тонином, самогонном, настойкой боярышника — по 1 ребенку (2,1 %) соответственно (рисунок 3).

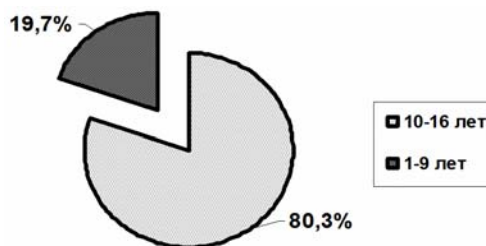


Рисунок 2 — Возрастная структура детей, поступивших в стационар с диагнозом: «Острое бытовое отравление»

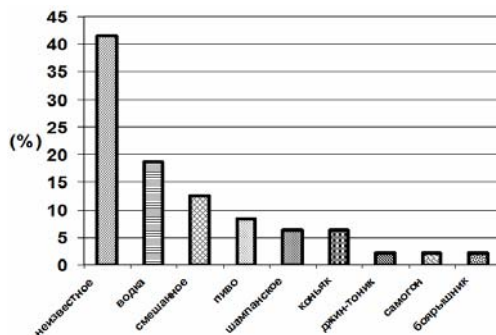


Рисунок 3 — Структура случаев отравления детей алкогольными веществами

Наиболее часто алкогольное отравление встречается у мальчиков — 66,7 %, частота отравлений у девочек составила 33,3 %.

Наше исследование отмечает положительную динамику с уменьшением количества алкогольных отравлений по годам за период с 2011 по 2013 гг., что говорит о хорошей профилактической работе в образовательных учреждениях (рисунок 4).

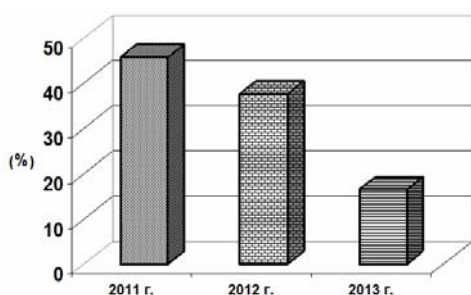


Рисунок 4 — Динамика алкогольных отравлений по годам

Наибольший удельный вес отравлений, связанных с употреблением алкогольных напитков, приходится на осенний период (30,2 %), чаще у детей среднего и старшего школьного возраста. Можно предположить, что после окончания летней отпусковой кампании взрослых и каникул у детей школьники более длительно проводят время без контроля взрослых, группируясь в компании с желанием «попробовать» новых впечатлений (рисунок 5).

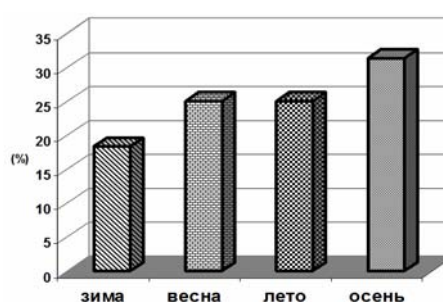


Рисунок 5 — Сезонность отравлений, связанных с употреблением алкогольных напитков

При поступлении в У «ГОКБ» состояние детей было расценено как очень тяжелое в 4,1 % случаев, тяжелое — в 22,9 %, средней степени — в 67,5 %, удовлетворительное — в 5,5 %.

Нами проведен анализ степени утраты сознания при поступлении детей в стационар (рисунок 6).

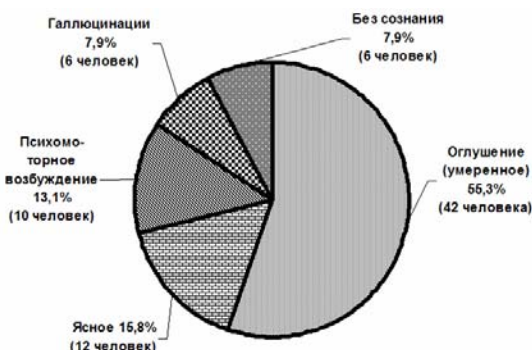


Рисунок 6 — Состояние сознания детей при поступлении в У «ГОКБ»

Лаборатория учреждения имеет возможность проведения экспресс-теста на наркотики: каннабиноиды (THC), опиаты (OPI), кокаин (COC), метамфетамин (MET), фенциклидин (PCP), барбитураты (BAR), бензодиазепин (BZD), амфетамин (AMP), метадон (MDN), трициклический антидепрессант (TCA). Положительный результат отмечался у 2 (2,6 %) детей (опиаты, фенциклидин) в подростковом возрасте.

Средняя длительность пребывания в стационаре детей с диагнозом: «Острое бытовое отравление» составила 2 койко-дня.

В основном дети с острыми отравлениями доставляются в У «ГОКБ» бригадой «скорой медицинской помощи». За период с 2011 по 2013 гг., таким путем поступило 86,8 %. Особую группу составляют дети, доставленные с улицы (13,2 %), которые, как правило, бывают без сопровождения родственников, без анамнеза и подлежат обязательной госпитализации.

Заключение

В структуре острых экзогенных отравлений у детей, по данным Учреждения «Гомельская областная клиническая больница», за период 2011–2013 гг. стабильно высокий процент (63,3 %) занимают отравления алкоголем.

Острые отравления экзогенными веществами в большинстве случаев встречаются в возрасте 10–16 лет и чаще у лиц мужского пола.

Отмечается положительная динамика алкогольных отравлений по годам, что говорит о хорошей профилактической работе в образовательных учреждениях.

Наибольший удельный вес отравлений, связанных с употреблением алкогольных напитков, приходится на осенний период (30,2 %), чаще у детей среднего и старшего школьного возраста.

У 10 детей (13,1 %) с алкогольным отравлением имело место наличие травмы, чаще это была закрытая черепно-мозговая травма, а также ушибы мягких тканей, которые были получены в результате последствий после алкогольного опьянения.

В основном дети с острыми отравлениями доставляются в стационар бригадой «скорой медицинской помощи».

Профилактика отравлений у детей и подростков должна быть направлена на недопустимость хранения отравляющих и лекарственных веществ в местах, доступных для детей. Все лекарства должны храниться в расположенных высоко, закрывающихся на ключ ящиках. Химические вещества (растворители, отбеливатели, лаки, краски) должны находиться только в специально отведенном для них помещении.

Родителям необходимо поддерживать доверительные отношения с ребёнком, но в то же время нужно осуществлять постоянный контроль за его поведением, избегая при этом чрезмерной опеки. Нужно знать, с кем он общается, чем занимается его друзья, чтобы вовремя распознать начало употребления табака, алкоголя или наркотиков. Семья должна воспитывать в ребенке потребность в поддержке и укреплении собственного здоровья.

В целях профилактики в образовательных учреждениях необходимо проводить воспитательную работу, направленную на формирование здорового образа жизни и становление личности ребенка.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лужников, Е. А. Педиатрическая клиническая токсикология / Е. А. Лужников. — Ростов н/Д: Феникс, 2013. — 253 с.
2. Макарова, И. В. Клиническая токсикология детей и подростков / И. В. Макарова. — М.: Медицина, 1999. — 400 с.
3. Курек, В. В. Руководство по неотложным состояниям у детей / В. В. Курек. — М.: Мед. лит., 2012. — 624 с.
4. Наркология / Л. С. Фридман [и др.]. — М.: Бином, 1998. — 300 с.
5. Лужникова, Е. А. Медицинская токсикология: национ. рук-во / Е. А. Лужникова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 927 с.
6. Элленхорн, М. Дж. Медицинская токсикология: диагностика и лечение отравлений у человека / М. Дж. Элленхорн. — М.: Медицина, 2003. — 1048 с.

Поступила 30.12.2014