

**Міністерство охорони здоров'я України  
Товариство токсикологів України  
Управління охорони здоров'я Чернівецької обласної  
держадміністрації  
Буковинська державна медична академія  
НДІ медико-екологічних проблем МОЗ України  
Інститут екогігієни і токсикології  
ім. Л.І. Медведя МОЗ України  
Асоціація анестезіологів Чернівецької області**

**Проблеми діагностики, профілактики та  
лікування екзогенних та ендогенних  
інтоксикацій:**

**Тези доповідей  
Всеукраїнської науково-практичної конференції.  
м.Чернівці, 16-18 жовтня 2004 р.**

**м.Чернівці  
2004 р.**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ НІТРАТНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

*Ю.Б. Яценко, Л.О. Безруков, Ю.В. Щасливий, О.В. Терещенко  
Буковинська державна медична академія, ОДКЛ №1, м. Чернівці*

Актуальною проблемою сьогодні є проблема лікування гострого нітратного отруєння у дітей перших місяців життя, які складають групу ризику щодо розвитку метгемоглобінемії. Це обумовлено такими причинами: відсутність у дітей раннього віку ферментної системи, яка здатна відновлювати метгемоглобіни в гемоглобін; діти грудного віку вживають рідини в перерахунок на масу тіла майже в 10 разів більше ніж дорослі; знижена кислотність шлункового соку в дітей сприяє розвитку в шлунково-кишковому тракті мікрофлори, що каталізує відновлення нітратів у нітрити; фетальний гемоглобін, який становить значну частку загального гемоглобіну, може легко перетворюватися в метгемоглобін під дією нітратів.

Проведений ретроспективний аналіз даних про надходження дітей до відділення реанімації та інтенсивної терапії ОДКЛ №1 м. Чернівці показав, що впродовж 1998-2001 рр. до відділення було госпіталізовано 27 дітей грудного віку з тяжкою формою отруєння нітратами. Причиною метгемоглобінемії були нітрати питної води. Відомо, що нітрати питної води під дією нітратредукуючої флори ротової порожнини та шлунково-кишкового тракту перетворюються в нітрити. Останні, вступаючи в окислювально-відновні реакції, призводять до утворення метгемоглобіну, гемоглобіну-NO-комплексів, комплексів негемінового заліза з NO і деяких нітросполук, та розвитку гемічної та гістотоксичної гіпоксії.

Узагальнюючи дані про лікування дітей у відділенні інтенсивної терапії можна довести, що тяжкість стану дітей при поступленні була обумовлена тяжкою гіпоксемією, крайнім ступенем напруження компенсаторних можливостей серцево-судинної та дихальної систем організму. Середня тривалість перебування у відділенні дітей становила  $1,5 \pm 0,4$  ліжко-дня. Померла одна дитина через 6 годин після поступлення внаслідок пізнього дисоціативного шоку та розвитку поліорганної недостатності. Крім того, мали місце повторні поступлення дітей у відділення, а в родині однієї дитини вже був летальний випадок отруєння новонародженого з клінічною картиною водно-нітратної метгемоглобінемії.

Всім дітям проводилася інтенсивна терапія за базовою схемою: режим кювезу, оксигенотерапія, довенне введення 5%-вого розчину вітаміну С у великих дозах, інфузійна терапія, при необхідності підтримка серцевої діяльності вазоактивними амінами.

Таким чином, нітратне водне отруєння у дітей грудного віку проявляється кардіореспіраторним дистрес-синдромом та дисоціативним шоком. Лікування дітей з гострим нітратним отруєнням повинно включати проведення інфузійної терапії з довенним введенням дитині водного розчину вітаміну С, оксигенотерапію. Виникнення клінічних ознак дисоціативного шоку потребує проведення протишокової терапії, а з метою підвищення кисневої смності крові при тяжких станах доцільно проведення часткового замінного переливання крові. Картування джерел водопостачання та проведення громадської роботи серед населення, посилення санітарного нагляду за джерелами водопостачання є основними ланцюгами в усуненні небезпеки нітратного отруєння серед дітей перших місяців життя.