

Р.А. ФАЙЗУЛЛИНА, О.И. ПИКУЗА, З.Я. СУЛЕЙМАНОВА, А.М. ЗАКИРОВА

616.24-008.4-053.2

Казанский государственный медицинский университет

## Эпидемиологическая характеристика показателей эндотоксина и молекул средней массы у детей при повторных острых респираторных заболеваниях

**Актуальность.** По данным современной статистики, одно из первых мест в структуре детской заболеваемости занимает патология органов дыхания, и лидирующие позиции принадлежат острым респираторным инфекциям (ОРИ). Частота ОРИ достигает 50%-73% в общей структуре бронхолегочных заболеваний. В последние годы все большее внимание привлекает патогенетическая роль эндотоксинемии в развитии патологии органов дыхания на фоне повторных ОРИ.

**Цель.** Изучить показатели эндотоксина и молекул средней массы (МСМ) у детей дошкольного возраста в зависимости от кратности ОРИ.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 122 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет, в том числе 103 пациента, болеющих ОРИ от 6 до 10 и более раз в течение года, и 19 детей, редко болеющих ОРИ (до 3 раз), которые составили группу контроля. В зависимости от кратности заболеваний ОРИ в год дети были разделены на 3 группы. Первую группу — 54 (52,4%) составили дети с кратностью заболеваний 6-8 раз, вторую — 28 детей (27,18%), болеющих 9 раз, и третью — 21 (20,39 %) с кратностью ОРИ 10 и более раз в течение года. Показатели эндотоксина в капиллярной крови определяли методом LAL

тест по Levin J. Et al. (1976). Определение МСМ в сыворотке крови выполнялось экстракционно-спектрометрическим способом в модификации Н.И.Габриэлян с соавторами (1986).

**Результаты исследований:** В контроле концентрация эндотоксина составила 0,23±0,08 ЕУ/мл. В группе детей с повторными эпизодами болезни от 6 до 8 раз в течение года она практически была идентична контролю (0,23±0,05 ЕУ/мл). Во второй группе показатели эндотоксина достигли 0,31±0,9 ЕУ/мл, но особенно высока была его концентрация при кратности ОРИ 10 раз и более в течение года. В этих случаях она составляла 2,13±0,4 ЕУ/мл ( $p < 0,001$ ). При исследовании МСМ отмечалось повышение показателей до 0,31±0,03 ед.э. во второй и третьей группах. У эпизодически болеющих детей концентрация МСМ составила 0,23 ± 0,02 ед.э.

**Заключение.** Таким образом, по мере учащения ОРИ у детей наблюдалась прямая связь между существенным повышением концентрации эндотоксина и среднемoleкулярных пептидов в крови, что свидетельствует о значительной роли эндотоксинемии в формировании частых и повторных эпизодов ОРИ и определяет индивидуальную тактику лечения у детей.

Г.Р. ФАТКУЛЛИНА

591.69-053.2

Казанский государственный медицинский университет

## Случай лямблиоза у ребенка 3,5 месяцев. Клиническое наблюдение.

Лямблиоз — медико-социальная проблема. Являясь широко распространенным заболеванием, лямблиоз и на сегодняшний день вызывает ряд сложностей как диагностического, так и терапевтического характера. Известно, что инвазия тонкой кишки жгутиковыми простейшими — лямблиями — протекает бессимптомно или с явлениями энтероколита, холепатии, астении. Лямблиоз нередко сопровождается учащенным жид-

ким обильным пенным стулом зеленого или желтого цвета с примесью слизи и резким запахом. Температура тела остается нормальной, признаки интоксикации выражены умеренно, отмечается снижение аппетита, иногда тошнота и боли в верхней половине живота. Заболевание может закончиться самопроизвольно, но часто принимает волнообразный характер с периодами обострений и ремиссий.

Согласно статистическим данным, в России у детей до года лямблий не выделяют, в возрасте до 2 лет в яслях пораженность составляет 34,5%, 3-4 лет — до 70%. Источником инвазии является человек, выделяющий цисты паразита. Путь передачи — фекально-оральный. Согласно литературным данным, дети первого года жизни болеют лямблиозом крайне редко. Это обусловлено особенностями санитарно-гигиенического содержания, питания, а также высоким уровнем секреторных иммуноглобулинов, передаваемых с молоком матери.

Под наблюдением находился ребенок в возрасте 3,5 месяцев, находившийся на грудном вскармливании. Родители обратились с жалобами на стойкую гиперемию, отек, шелушение в области лица, ягодиц, отмечавшиеся с 2,5 месяцев жизни. На волосистой части головы — себорейная корочка. В дальнейшем процесс распространился на туловище, конечности. Через 2 недели появился диарейный синдром, субфебрильная температура, снизился аппетит. За последний месяц прибавка в весе составила 150 грам. У пациентки нарушился сон. Стул был водянистый, обильный, пенистый, ярко-желтого цвета до 15 раз в сутки. При обследовании кала на дисбактериоз кишечника обнаружена ассоциация условно патогенной флоры: *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *E. coli*, гемолизирующая в сочетании со снижением содержания представителей нормофлоры: бифидо- и лактобактерий. При обследовании членов семьи у старшего ребенка 8 лет были обнаружены в кале цисты лямблий в количестве 20-25 в поле зрения, у матери также выделены цисты лямблий 10-15 в поле зрения из кала. У отца цисты лямблий в кале были единичные (выделены из третьей порции),

у исследуемой пациентки — 5-10 в поле зрения. Выяснилось, что ранее старший ребенок в семье лечился от лямблиоза 8 месяцев назад (цисты паразита были обнаружены в кале) препаратом фуразолидон по 5 дней с интервалом 5 дней — 3 цикла. Контроль кала не был произведен, остальные члены семьи лечения не получали.

В качестве терапии ребенка 3,5 месяцев и 8 лет, а также матери был использован препарат макмирор, отца детей лечили тинидазолом. В схему коррекции были включены желчегонные, ферменты, пробиотики, сорбенты. В терапию ребенка 3,5 месяцев были включены бактериофаги с учетом чувствительности выделенных представителей УПФ. Одновременно проводилась местная терапия атопического дерматита. На фоне проведенных терапевтических мер была достигнута санация от инвазии (цисты лямблий не были обнаружены при трехкратном контрольном исследовании кала у всех членов семьи). В дальнейшем купировались проявления атопического дерматита и кишечные расстройства у маленького пациента, нормализовались прибавка в весе, сон, аппетит.

#### Выводы:

При тесных внутрисемейных контактах инвазия лямблиями детей до года возможна. Необходимо лечить всех членов семьи. Терапия должна быть комплексной, с учетом дисбиотических нарушений, поскольку оба эти процесса взаимообуславливающие. В конце коррекции необходим трехкратный контроль кала на цисты лямблий всех членов семьи.

616.35-953.2

**А.В. ФИЛОНЕНКО, З.И. ЗОЛЬНИКОВ, Т.В. ЗОЛЬНИКОВА, Н.Е. ФАДЕЕВ, Г.Н. ПЛЕХАНОВ**

Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова

## Комплексное лечение выпадения прямой кишки у детей

Выпадение прямой кишки представляет собой тягостное заболевание и наблюдается преимущественно в возрасте от одного года до четырёх лет, о чём свидетельствуют наши наблюдения и данные других авторов.

За период с 1994 по 2009 г. под нашим наблюдением находилось 155 детей, из них — 95 мальчиков и 60 девочек. Непосредственными причинами, обусловившими выпадение прямой кишки у наблюдавшихся нами детей, были: заболевания желудочно-кишечного тракта — дизентерия, диспепсия, энтероколит у 42 детей; хронический запор у 59, часто болели бронхитом, пневмонией 34 ребёнка, перенесли коклюш — 3, долгое пребывание на горшке — 9, затруднённое мочеиспускание вследствие инфравезикулярной обструкции и фимоза — 8 детей.

Комплексное консервативное лечение проведено всем детям с учётом этиологии и патогенетических факторов, степени выпадения кишки и возраста. Учитывая, что выпадение прямой кишки возникает при учащённой или пролонгированной дефекации переводили её в одномоментную, регулируя стул с помощью диеты, биопрепаратов и ферментов, запрещения на

7-8 месяцев высаживания на горшок, рекомендуя опорожнять кишечник лёжа или стоя. Для укрепления мышц тазового дна и сфинктерного аппарата рекомендовали массаж анальной области и ягодиц, лечебную физкультуру, плавание.

Особое место при консервативном лечении занимала электростимуляция дистального отдела прямой кишки и замыкательного аппарата. Курс лечения состоял из 10-12 процедур по 15 минут электродом профессора А.И.Лёнюшкина. Последние 7 лет в комплексном лечении применяем иглорефлексотерапию с учётом электрокожной проводимости, вегетативной реактивности и показателей электромиографии. Состояние вегетативной нервной системы изучали методом кардиоинтервалографии. Электростимуляция экспресс-диагностика осуществлялась методом, предложенным Ипатовым Ю.П. (2001), основанным на теории Риодораку Накатани.

После проведённого комплексного консервативного лечения хорошие результаты получены у 94% детей. Такой результат можно достигнуть при своевременном выявлении и рано начатом лечении.