



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 atopического 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 atopического 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 четырех лет, о чем 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 ребенка, перенесли коклюш — 3, долгое пребывание на горшке — 9, затрудненное мочеиспускание вследствие инфравезикулярной обструкции и фимоза — 8 детей.

Комплексное консервативное лечение проведено всем детям с учетом этиологии и патогенетических факторов, степени выпадения кишки и возраста. Учитывая, что выпадение прямой кишки возникает при учащенной 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. Электропунктурная экспресс-диагностика осуществлялась методом, предложенным Ипатовым Ю.П. (2001), основанным на теории Риодораку Накатани.

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