

## **ТЕМА: СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

**Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП)** – это функциональное расстройство двигательной функции желчного пузыря и внепеченочных протоков, связанное с нарушением желчевыведения из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку.

Этиология:

- нерациональное питание (длительные интервалы между приемами пищи, переедание, насильственное кормление, злоупотребление жирной или острой пищей),
- психические травмы, неврозы, ВСД,
- аномалии развития желчного пузыря и желчных протоков (перетяжки, сужений, перегибы),
- аллергические заболевания (аллергический ринит, обструктивный бронхит, атопический дерматит),
- заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, глистные инвазии, особенно лямблиоз,
- вирусный гепатит, перенесенные кишечные инфекции (сальмонеллез, дизентерия),
- эндокринно-гормональные нарушения.

Клинические проявления

- гиперкинетический тип (65-75% случаев): схваткообразные, колющие, пронизывающие боли, чаще кратковременные, возникающие при нервных напряжениях, реже при приеме жирной, острой пищи, после физической нагрузки; боли часто внезапные, с типичной для желчной колики иррадиацией, вздутие живота, запоры;
- гипокINETический тип: ощущение давления, распираания или тупые, ноющие боли в правом подреберье; боли длительные, без иррадиации, облегчаются после зондирования; снижение аппетита, горечь во рту, тошнота.

**Холецистит** — воспаление желчного пузыря, у детей развивается чаще как осложнение дисфункциональных расстройств билиарного тракта или желчнокаменной болезни.

Холециститы бывают острые и хронические. Острый холецистит встречается в детской практике редко, его следует рассматривать как самостоятельное хирургическое заболевание. Для острого холецистита характерно четко очерченное начало заболевания, связанное, обычно, с погрешностью в диете. Основным в клинике является болевой синдром, напоминающий желчную колику. При пальпации отмечается резкая

болезненность в правом подреберье, в эпигастрии, «защитное» напряжение мышц передней брюшной стенки. Характерна тошнота, многократная рвота желчью. Температура тела повышается до фебрильных цифр. Характерны тахикардия, артериальная гипотония, может быть желтуха.

Хронический холецистит у детей встречается достаточно редко (10–12 %). В патогенезе хронического холецистита большую роль играют дисфункции билиарного тракта, приводящие к застою желчи с последующим сгущением, нарушением ее физико-химических свойств и бактерицидности и сопутствующая патология органов пищеварения.

Причины хронического холецистита:

- частые вирусные инфекции;
- пищевая аллергия и пищевая непереносимость;
- очаги хронической инфекции;
- нарушение режима питания;
- обменные нарушения т. д.

Особенности клинической картины хронического холецистита зависят от периода и длительности заболевания. Характерно:

- постепенное, волнообразное течение;
- развитие астено-невротического синдрома;
- диспепсический и абдоминальный синдромы, как правило, связанные с погрешностями в питании и усиливающиеся в период его обострения, напоминают клиническую картину острого холецистита;
- симптомы хронической интоксикации, нередко встречается умеренная гепатомегалия и холестаза.

**Желчнокаменная болезнь** — обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием камней в печеночных желчных протоках, общем желчном протоке, желчном пузыре.

Особенности формирования желчных камней в детском возрасте:

- чаще выявляются билирубиновые камни;
- холестериновые камни выявляются в подростковом возрасте;
- чаще болеют девочки (связь с эндокринной перестройкой организма, высоким уровнем прогестерона);

- у многих детей имеется сочетание с дисметаболической нефропатией, аномалиями развития желчевыводящих путей (перегибы, перетяжки, стриктуры), воспалительными заболеваниями ЖКТ;
- высокая частота отягощенной наследственности по желчнокаменной болезни.

#### Клиническая картина

Возможны следующие варианты течения: латентное, болевая форма с типичными желчными коликами и диспепсическая форма.

Латентное течение встречается у большинства детей и длительно протекает бессимптомно. По мере нарастания холестатических процессов появляются ноющие боли в животе, обусловленные гипотонией желчного пузыря.

У детей с приступами желчных колик боли в животе нередко сопровождаются рефлекторной рвотой, в редких случаях — иктеричностью склер и кожных покровов, обесцвеченным стулом. Болям предшествуют прием жирной пищи, физические нагрузки.

Диспепсическая форма — наиболее частая клиническая форма желчнокаменной болезни в детском возрасте. Практически у всех детей нарушается деятельность сфинктерного аппарата пищеварительного тракта в виде дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов, которые сочетаются с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем этим обусловлено разнообразие и неспецифичность диспепсических проявлений в виде тошноты, запоров и других симптомов.

#### Диагностика заболеваний желчного пузыря

- Общий анализ крови: лейкоцитоз (от 10-12 до 15-50 х 10<sup>9</sup>) со сдвигом влево, ускоренная СОЭ (от 20-30 до 50-60 мм/час),
- Биохимическое исследование крови: повышение содержания щелочной фосфатазы (ЩФ), увеличение активности трансаминаз, белков «острой фазы» воспаления (СРБ, преальбумин, гаптоглобин и др.), билирубина,
- Анализ мочи - увеличение концентрации желчных пигментов,
- Копрограмма: повышение уровня уробилиногена, отсутствие стеркобилина,
- Анализ кала на яйца гельминтов, лямблиоз,
- УЗИ брюшной полости, желчного пузыря - приоритетный метод для определения воспалительных изменений (утолщение стенки пузыря и уменьшение объема его полости), пороков развития, конкрементов.

#### Лечение заболеваний желчного пузыря

Лечение холепатий у детей должно быть своевременным, патогенетически

обоснованным, комплексным, с учетом формы и характера течения заболевания, а также состояния других органов пищеварения.

Необходимо проведение санации хронических очагов инфекции, ликвидации функциональных нарушений со стороны кишечника, восстановление обменно-энергетических нарушений.

Режим соответствует тяжести и периоду болезни. При обострении холепатий назначается постельный или полупостельный режим. Длительные ограничения неблагоприятно влияют на течение холецистита, так как способствуют застою желчи.

Диетотерапия. Питание должно быть регулярным, небольшим, до 5–6 раз в день, желательно в одно и то же время. Диета должна быть физиологичной по возрасту, легко усвояемой, с оптимальным введением белка и углеводов, витаминов и микроэлементов. Пища механически и химически щадящая (готовится на пару либо в отварном виде). Исключаются блюда, содержащие экстрактивные вещества (крепкие рыбные, грибные, мясные бульоны, соусы, пряности, маринады, копчености), жирные блюда (сало, жирное мясо), шоколад, кофе, какао. Не разрешаются холодные блюда, газированные напитки. При гипомоторной дискинезии в рационе должны присутствовать овощи и фрукты, богатые пищевыми волокнами (курага, клубника, овсяная мука и др.), которые снижают уровень холестерина и триглицеридов в организме, уменьшают литогенность желчи, предотвращают возникновение запоров. Диетическое лечение проводится 3–6 месяцев. Рекомендуемые блюда: овощные салаты, винегреты, салаты, яйца всмятку, сыр, творог с молоком и сахаром, вегетарианские супы, мясо и рыба в отварном виде (можно в запеченном), компоты, фруктовые соки.

#### Медикаментозное лечение

Тактика медикаментозного лечения строится в зависимости от характера выявленной патологии, а также от сопутствующих заболеваний.

В медикаментозной терапии основная роль отводится желчегонным препаратам, которые делят на несколько групп:

А. Препараты, стимулирующие желчеобразовательную функцию печени — истинные желчегонные (холеретики) - аллохол, фламин, холосас

Б. Препараты, стимулирующие желчевыделение.

1. Холекинетики — повышают тонус желчного пузыря и снижают тонус желчных путей (берберин, холагол, ксилит, сорбит, магния сульфат).

2. Холеспазмолитики — вызывают расслабление тонуса желчных путей (гидрохлорид мебеверина, гимекромон, дротаверин, папаверин). С учетом большей распространенности гиперкинетического типа дисфункции желчного пузыря и спазма

сфинктера Одди в детском возрасте холеспазмолитики являются препаратами патогенетической терапии и широко применяются в педиатрической практике.

По показаниям назначаются препараты других групп:

- при обострении хронического холецистита назначают антибактериальные препараты широкого спектра действия, накапливающиеся в желчи: макролиды (эритромицин, азитромицин), бисептол, ампициллин, нитрофурановые.
- литолитические средства назначают преимущественно холестериновых желчных камнях при следующих условиях: диаметр не более 15 мм; плавающие, взвешенные камни; функционирующий (сокращающийся) желчный пузырь; проходимый пузырный проток; отсутствие камней в желчных протоках (пузырном и общем желчном). Лечение проводят длительно в течение 0,5–2 лет под контролем УЗИ (раз в три месяца). Если за полгода эффекта нет, препараты отменяют. Используют препараты урсо- и хенодезоксихолиевой кислот (урсофальк, хенофальк, литофальк). Назначают их преимущественно на ночь (время наиболее интенсивного камнеобразования и роста камней).
- при синдроме мальдигестии — панкреатические ферменты (креон, панзинорм, фестал и др.);
- при дуоденогастральном рефлюксе, тошноте, рвоте — прокинетики (домперидон);
- при обострении хронического гастрита/гастродуоденита — ингибиторы протонной помпы (пантопразол, омепразол и др.) и антациды (фосфалюгель и др.);
- при нарушении кишечного биоценоза — биопрепараты (про- и пребиотики) и т. д.
- при паразитозах — противопаразитарные средства.

В период ремиссии рекомендуют делать тюбаж 1-2 раза в неделю в течение 1 месяца. Противопоказаниями к назначению холекинетиков и тюбажей является наличие конкрементов.

Методика «слепого» зондирования по Демьянову

- утром натощак пациенту дают выпить 15–20 мл 33% раствора сернокислой магнезии, подогретой до 40–50 °С (вместо сернокислой магнезии можно использовать яичные желтки (1–2); теплое оливковое или кукурузное масло; 10% раствор сорбита, ксилита; теплую минеральную воду — типа Ессентуки 17; 1/4 стакана сока свеклы);
- необходимо уложить пациента на валик с теплой грелкой или аппликацией парафина на правый бок; лежать в течение 40–60 минут;
- в течение процедуры делать глубокие вдохи (для открытия сфинктера Одди), по 2–3 вдоха каждые 5 минут.

## Лечение дискинезии желчевыводящих путей

Мероприятия	Гипокинетический тип	Гиперкинетический тип
Диета	Диета с достаточным количеством пищевых волокон и магния при гипомоторных дискинезиях	
Нейротропные средства	Стимулирующие: элеутерококк, пантокрин, настойка аралии и т. п.	Седативные: препараты валерианы, пустырника, и т. п.
Желчегонные	Холекинетики и холеретики с холекинетическим эффектом	Холеспазмолитики и соответствующие холеретики (оксафенамид, фламин)
Тюбажи, зондирования	Широко показаны	С осторожностью
ФТЛ, ЛФК	Тонизирующего типа	Седативного типа

### Базисный уход при заболеваниях желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря

- Информировать больного и родственников о заболевании, рассказать о причинах, клинике, возможном прогнозе
- Организовать питание с учетом заболевания: механически, термически, химически щадящую диету, пища должна быть в отварном виде, измельченной, теплой, исключить острые, жаренные блюда, копчености, консервы, содержащие грубую клетчатку. Скорректировать диету с учетом выявленной кислотности: при повышенной кислотности рекомендуют белковые продукты (мясо, рыбу, молоко, молочные продукты), при пониженной кислотности рекомендуют овощные салаты, кислые соки, молочно-кислые продукты. Организовать 4-5-ти разовое питание ребенку: обсудить с мамой ребенка часы приема пищи: завтрак, 2-ой завтрак, обед, полдник, ужин. Строго следить за соблюдением ребенком режима питания: принимать пищу в одно и то же время, правильно чередовать периоды сна и бодрствования
- Контролировать двигательную активность ребенка. С целью снижения моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшения болевого синдрома следить за эмоциональным состоянием ребенка. Исключить подвижные игры, просмотр телепередач за 2 часа до сна. Создать спокойную обстановку в палате, в семье

**Гельминтозы** – болезни, вызываемые паразитическими червями (гельминтами).

Выделяют 3 основные группы гельминтозов:

1. Биогельминтозы – передача возбудителя человеку от животных, в организме которых происходит развитие яиц и личинок гельминтов (тениоз, лямблиоз),
2. Геогельминтозы – передача возбудителя через почву (аскаридоз, трихоцефалёз, лямблиоз)
3. Контактные гельминтозы – передача возбудителей непосредственно от больного или через окружающие предметы (энтеробиоз)

В зависимости от биологических особенностей все гельминты подразделяются на 3 класса:

1. Круглые черви (нематоды) – возбудители энтеробиоза, аскаридоза, трихоцефалеза, анкилостомидоза, трихинеллеза, токсокароза.
2. Ленточные черви (цестоды) – возбудители тениаринхоза, гименолепидоза, дифиллоботриоза, эхинококкоза, альвеококкоза.
3. Сосальщико (трематоды) – возбудители описторхоза, фасциолеза, парагонимоза, клонорхоза, шистосомоза.

Энтеробиоз - гельминтоз, широко распространенный в России и других странах. Восприимчивость к инвазии всеобщая, но среди заболевших преобладают дети 3-8 лет, посещающие детские сады и младшие классы школы. Возбудитель энтеробиоза – острица — гельминт из класса круглых червей. Самцы достигают в длину 2—5 мм и имеют розовый цвет, самки крупнее, их длина 9—12 мм, цвет — серовато-белый. Хвостовой конец самки заострен наподобие шила, в связи с чем и дано название возбудителя— «острица».

Взрослые особи острицы паразитируют в организме человека в дистальном отделе тонкой кишки, слепой кишке, червеобразном отростке и восходящей кишке. После оплодотворения самок самцы погибают. Длительность жизни самок в кишечнике человека превышает 3 мес. Перистальтика кишечника способствует быстрому продвижению остриц в направлении прямой кишки. Достигнув прямой кишки, самки выползают из заднего прохода, чаще это происходит вечером и ночью. На влажной коже перианальной области острицы откладывают яйца, которые созревают до инвазионной (заразной) стадии через 3-4 ч. Единственным источником инвазии является человек, больной энтеробиозом, или носитель инвазии. Механизм заражения — фекально-оральный (в окружающую среду возбудитель попадает с фекальными массами, в организм ребёнка – через рот).

В результате расчесов зудящих мест промежности, яйца остриц попадают на поверхность кожи и под ногти пальцев рук. Инвазированные острицами взрослые и подростки могут быть источниками инфекции при рукопожатии, если они не соблюдают правил гигиены, не всегда тщательно моют руки после посещения туалета, имеют вредные привычки сосать пальцы и грызть ногти.

Особенностью энтеробиоза является возможность самозаражения ребёнка. Из-за быстрого созревания яиц существует постоянная опасность самозаражения, что и происходит у детей.

Клиника энтеробиоза. Самый характерный для энтеробиоза симптом — зуд в области заднего прохода, который возникает, как правило, вечером или по ночам. Астеноневротический синдром: головная боль, невротические реакции, ослабевают память, снижается умственная и физическая работоспособность. При тяжелом длительном течении инвазии присоединяются выраженные симптомы психастении и неврастении, дети становятся раздражительными и капризными, жалуются на плохой сон.

У некоторых больных возникают кишечные расстройства - боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота. Ребёнка могут беспокоить также рвота, учащенный, кашицеобразный стул, иногда с примесью слизи, реже с примесью крови. При гельминтозах возможны псевдоаллергические реакции: полиморфные сыпи, крапивница и т.д. У девочек острицы во время миграции могут заползать в наружные половые органы, мочевыводящие пути, вызывая вульвовагиниты и уретриты.

Аскаридоз— антропонозный геогельминтоз из группы нематодозов с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Возбудитель передается человеку через предметы окружающей среды (почву, овощи, ягоды и пр.), загрязненные инвазионными яйцами (личинками).

Источник инфекции при аскаридозе - больной человек. Механизм заражения - фекально-оральный, ведущий путь передачи - контактно-бытовой. Основным фактором передачи являются руки, загрязненные яйцами гельминта, обсемененная яйцами почва, пища, вода. Аскариды обитают в тонком кишечнике, питаются его содержимым и поверхностными слоями слизистой оболочки. Самка аскариды достигает в длину 25-40 см, самец - 15-25 см, диаметр зрелой особи - 3-6 мм.

При попадании яиц в почву с фекалиями человека развитие яиц происходит в течение нескольких дней в зависимости от температуры. Яйца аскарид, не закончившие развитие осенью, перезимовывают, и личинки в них становятся инвазионными весной. Большинство яиц концентрируется на глубине 5-10 см и остается там жизнеспособными (заразными) более 10 лет.

В кишечнике человека личинки освобождаются от яйцевых оболочек, проникают в толщу слизистой оболочки и внедряются в кишечные вены. Кишечные вены впадают в воротную вену, которая проникает в центральные вены печеночных долек, затем через крупные венозные стволы в нижнюю полую вену. По нижней полой вене личинки проникают в правое предсердие, затем в правый желудочек. Необходимо отметить, что попав в малый круг кровообращения, они проникают в просвет альвеол и распространяются по воздухоносным путям. В легких личинки претерпевают изменения, линяют и увеличиваются в размере от 0,5 до 2 мм. Из бронхолюк они заносятся в бронхи, трахею, при откашливании с мокротой - в глотку, кишечник, где развиваются во взрослых особей. Фаза миграции длится около 2 недель, кишечная фаза аскаридоза около 1 года.

Клиническая картина зависит от фазы жизненного цикла аскариды. Первая, ранняя фаза, обусловлена миграцией личинок аскарид. Для этой фазы наиболее характерны так называемые летучие эозинофильные инфильтраты в легких, клинически проявляются в виде сухого кашля с мокротой, иногда с астматическим компонентом, может быть повышение температуры. Заболевание чаще всего расценивают как патологию дыхательных путей (пневмония, бронхит). Часто развиваются полиморфные кожные высыпания с сильно выраженным зудом. Возможны также кожные проявления: крапивница, везикулярная (пузырьковая) и другого характера сыпь.

Вслед за миграционной фазой наступает поздняя кишечная, которая характеризуется преобладанием у детей диспепсических явлений. Больные жалуются на понижение или повышение аппетита, иногда на слюнотечение, тошноту, рвоту, боли в подложечной области или около пупка, понос или запор. У значительной части детей отмечаются изменения со стороны нервной системы: головные боли, раздражительность, беспокойный сон, снижение умственной и физической работоспособности.

К осложнениям кишечной фазы аскаридоза относятся непроходимость кишечника, перфоративный перитонит и явления, обусловленные извращенной локализацией паразитов (аскаридоз печени, желчных и дыхательных путей). Особенно опасно попадание аскарид в дыхательные пути, при этом может развиваться удушье и летальный исход.

Трихоцефалез. Возбудитель – власоглав (имеет длину 3 – 5,5 см). Обитает в слепой кишке, внедряясь тонким передним концом в слизистую и подслизистую оболочки. Является геогельминтом, поэтому попавшие во внешнюю среду яйца должны созревать при достаточной влаге и температуре около 3 недель. Человек проглатывает незрелые

яйца вместе с невымытыми овощами и фруктами. В кишечнике в течение 1-1,5 месяцев личинки превращаются в половозрелые особи. В сутки власоглав высасывает 0,005мл крови.

Клиника заболевания разнообразна – от малосимптомного носительства до клиники, напоминающей язвенный колит. Наиболее типичными симптомами являются понижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе (преимущественно в правой подвздошной области), похудание, бледность кожи, запор, реже диарея, головная боль, головокружение, раздражительность. Могут быть менингеальные симптомы, судороги, обмороки. Нередко отмечается субфебрильная лихорадка.

Лямблиоз относится к группе протозойных инфекций, вызываемых паразитами, относящимися к типу одноклеточных простейших. Лямблиоз – это кишечная инфекция с преимущественным поражением тонкой кишки.

Наиболее часто из путей передачи лямблиоза встречается водный путь. Заражение может произойти при употреблении некипяченой воды, при мытье овощей и фруктов (для развития заболевания достаточно попадания в организм 8-10 цист). Пищевой путь передачи лямблиоза встречается значительно реже.

Цисты лямблий, попадая в организм, свободно проходят кислотный желудочный барьер и эксцистируются в полости двенадцатиперстной кишки. Здесь они размножаются, после чего расселяются в тонком кишечнике. Выделение цист из кишечника происходит на 9–12е сутки после заражения как непрерывно, так и прерывисто с «немыми» промежутками 1–17 сут., что затрудняет диагностику лямблиоза. Учитывая эту особенность кал на цисты лямблий необходимо сдавать несколько раз с промежутками в несколько дней. Необходимо отметить, что жизненный цикл лямблий заканчивается, когда зрелые цисты попадают с фекалиями во внешнюю среду.

Клиническая картина. В течении лямблиоза выделяют инкубационный период (1–4 нед.), период острых клинических проявлений, который может отсутствовать, период хронизации и период реконвалесценции. Необходимо отметить, что острая стадия лямблиоза продолжается 5–7 сут. При этом появляются жидкий водянистый стул, боли в эпигастрии, метеоризм, отрыжка газом с сероводородным запахом, снижение аппетита, тошнота, может быть рвота, иногда небольшое повышение температуры тела. В течение 2–3 сут. все проявления могут регрессировать за счет очищения кишечника и снижения интенсивности инвазии лямблиями.

Характерными для хронического лямблиоза являются симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: персистирующая диарея, чередование запоров и поносов, схваткообразные боли в животе, диспепсия, тошнота, снижение аппетита, симптомы

нарушения общего состояния (головные боли, раздражительность, недомогание, быстрая утомляемость).

При лямблиозе наблюдаются также симптомы поливитаминовой недостаточности, характерны аллергические проявления – рецидивирующая крапивница, атопический дерматит, пищевая аллергия, которые без адекватной терапии приобретают рецидивирующее течение. В некоторых случаях отмечается анорексия, повышенная утомляемость, снижение массы тела.

#### Диагностика паразитарных заболеваний

##### Диагностика энтеробиоза

- Паразитологический метод. Необходимо отметить, что достоверный диагноз может быть поставлен, при обнаружении гельминтов или яиц остриц в кале. Однако, исследование кала, как правило, бывает отрицательным. Это связано с тем, что острицы быстро погибают при комнатной температуре и не определяются в кале.
- Обнаружение яиц гельминтов в перианально-ректальных складках путём соскоба с помощью деревянной палочки. Обследовать детей лучше утром, до туалета, или вечером перед отходом ко сну. Рекомендуется не менее пяти повторных исследований соскобов, чтобы исключить вероятность инвазии.

##### Диагностика аскаридоза

Диагностика аскаридоза в ранней, миграционной, фазе основывается на анализе клинической картины болезни и рентгенологических данных. В легких определяется затемнение различных размеров, интенсивности и конфигурации. Инфильтраты в лёгких получили название летучих в связи с изменением размеров и расположения в лёгочных полях.

В общем анализе крови характерна эозинофилия в разные сроки заболевания. Необходимо отметить, что она иногда предшествует изменениям в легких, чаще развивается одновременно с ними, в некоторых случаях появляется несколько позже. СОЭ обычно увеличена (иногда значительно, до 35– 50 мм/ч).

В кишечной фазе, после достижения аскаридами половой зрелости, распознавание аскаридоза не представляет затруднений. В этом случае применяют исследование фекалий для обнаружения яиц аскарид. В некоторых случаях приходится проводить исследование многократно, так как яйца выделяются не постоянно.

##### Диагностика трихоцефалёза

- ОАК – гипохромная анемия, лейкопения (эозинофилия не характерна)
- Кал на яйца гельминтов

### Диагностика лямблиоза:

- «золотой стандарт» при диагностике лямблиоза - обнаружение цист лямблий в кале (свежем или с консервантом) или вегетативных форм в дуоденальном содержимом;
- возможно обнаружение нуклеиновых кислот лямблий в кале и биоптатах двенадцатиперстной кишки методом ПЦР (полимеразной цепной реакцией);
- антигены лямблий в кале и биоптате двенадцатиперстной кишки возможно обнаружить также методом ИФА (иммуноферментным анализом).

Стандартные методы диагностики лямблиоза предусматривают многократное исследование фекалий (2-6 раз с интервалом в 1-2 дня) с консервантом (раствор йода или метиленовой синий). Важным условием диагностики является исследование свежего материала (15-20 минут от момента получения материала). Чувствительность этого метода достигает 90%.

В последнее время для диагностики паразитарных заболеваний все чаще применяется ПЦР-диагностика кала. При соблюдении условий проведения реакции, метод обладает высокой чувствительностью и специфичностью в отношении яиц и зрелых форм гельминтов. Достоверным методом диагностики является также исследование крови на антитела к гельминтам и простейшим.

### Лечение и профилактика паразитарных заболеваний

Лечение ребенку при поражении гельминтами назначает только врач паразитолог, который учтет при этом не только вид паразита, но и особенности ребенка - возраст, вес, общее состояние, побочные заболевания. Для достижения стойкого результата необходимо проводить комплексное лечение не только заболевшего ребенка, но и всех членов его семьи.

Медикаментозное лечение гельминтозов обязательно проводится в комплексе с санитарно-гигиеническими мероприятиями. В настоящее время для лечения гельминтозов разработаны эффективные и безопасные препараты.

- Альбендазол (немозол) назначают детям от 2 лет и старше, а также взрослым - однократно 400 мг.
- Левамизол (декарис) дают детям однократно — 2,5 мг/кг или 5 мг/кг массы тела однократно, взрослым 150 мг.
- Мебендазол (вермокс) назначают детям от 2 лет и старше в дозе 100 мг 2 раза в день в течение 3 дней (на курс 600 мг).
- Пирантел (комбантрин, гельминтокс, немощид) принимают после еды из расчета 10 мг/кг массы тела в 1 прием.

Курс лечения этими препаратами проводится не менее 2 раз. После лечения необходим контроль дегельминтизации. Контрольное исследование кала на яйца гельминтов проводят через 2-4 недели после окончания лечения.

#### Лечение лямблиоза

В настоящее время для лечения лямблиоза используется три группы препаратов: нитромидазольная группа (метронидазол, тинидазол, албендазол, орнидазол и ниморазол), нитрофураны (фуразолидон, нифуратель) и препараты, содержащие акридин (мепакрин и квинакрин), которые используются только у взрослых в связи с высокой их токсичностью.

Важную роль в эффективности терапии лямблиоза имеет диета с ограничением легкоусвояемых углеводов, ксенобиотиков (консервантов, красителей, вкусовых добавок), животных жиров, крепких бульонов, острой и соленой пищи. В рационе увеличивают количество продуктов, обладающих энтеросорбционной активностью (вязкие каши, печеные яблоки и др.). С целью ликвидации синдрома мальдигестии и мальабсорбции назначаются ферментные препараты, проводится коррекция дисбактериоза кишечника биопрепаратами, рекомендуются поливитаминные комплексы.

Контроль эффективности противолямблиозного лечения проводится после окончания курса этиотропной терапии.

#### Базисный уход при гельминтозах

1. Информировать больного и родственников о заболевании, рассказать о причинах, клинике, возможном прогнозе
2. Организовать рациональное питание ребенка. Рекомендовать блюда из творога, отварного мяса, рыбы, молочнокислые продукты, каши из темных круп, больше овощей, фруктов, соков, обильное питье (слабощелочная, дегазированная минеральная вода, отвар шиповника). Исключить пищевые аллергены. Всю пищу давать в теплом виде
3. Организовать строгое соблюдение ребенком правил личной гигиены. Научить ребенка регулярно и правильно мыть руки с мылом, употреблять в пищу только тщательно вымытые фрукты и овощи, пить только кипяченую воду. Следить за чистотой нательного и постельного белья, игрушек, предметов ухода.

Профилактика аутоинвазии (самозаражения) при энтеробиозе: следить за состоянием ногтей ребенка, ежедневно утром и вечером подмывать ребенка теплой водой с мылом (смазывать перианальную область детским кремом, при выраженном зуде – мазью с анестезином), на ночь надевать ребенку тугие трусики, утром их менять, кипятить и проглаживать.

Дополнительные гигиенические мероприятия при высыпаниях на коже, кожном зуде (аскаридоз, миграционная фаза) - ежедневно проводить гигиенические и лечебные ванны по назначению врача, использовать одежду только из натуральных тканей, стирать белье гипоаллергентным порошком, регулярно постригать ногти.

4. Нормализовать температуру - обильно поить ребенка (при  $t$  37-37,5)

5. Организовать строгое соблюдение родственниками правил личной гигиены. Выделить ребенку отдельную постель, индивидуальные предметы личной гигиены, строго соблюдать в семье и при контакте с ребенком правила гигиены. Ежедневно проводить в квартире влажную уборку