

риоде больной получил анти-бактериальную, инфузионно-трансфузионную, общеукрепляющую и витаминотерапию. Несмотря на проведенную адекватную терапию, на 5-е сутки после операции из дренажа оставленного в брюшной полости, началось выделения серозно-гнояного характера, общее состояние больного ухудшилось, появились симптомы перитонита. При повторной обзорной рентгенограмме брюшной полости - обнаружено наличие свободного газа под диафрагмой. Сделана релапаротомия, брюшная полость очищена от гнойно-

калового содержимого (около - 100мл), обнаружена несостоятельность и прорезывание швов анастомоза, вокруг которого имеется множества огрызков древесины. После санации брюшной полости наложено двустольная колостома, из неё в течение нескольких дней продолжался выделение деревянных опилок с кишечным содержимом. В послеоперационном периоде ребенок получил соответствующее интенсивное лечение, после стабилизации общего состояния ребенок выписан домой и через 6 месяцев в новом порядке произведена лечения.

колостомы. В отдаленном периоде наблюдения общее состояние ребенка оценивается как «удовлетворительное».

Заклучение

Таким образом, вышеуказанный случай из практики указывает, что фитобезоар может симулировать различную патологию брюшной полости. Необходимо иметь в виду, что у детей, обращающихся к врачам по поводу болей в животе может быть явления фитобезоара. При подозрении на него необходимо комплексные обследования

Литература

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. Изд. ГЭО-ТАР, М., 2002.
2. Исаков Ю.Ф., и др... Хирургические болезни детского возраста. Учебник для медицинских вузов. Изд. ГЭО-ТАР, том 1. стр.335-337. М. 2004 г.
3. Давидов М.И., Соколов Ю.Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей. Педиатрия, 2010.-N 2.-С.60-65.
4. Маховский В.З., Ворущилин В.А., Печенкин Е.В. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости. Хирургия, 2005.-N 7.-С.54-55.
5. Мкртычева Т. Э., Саламаха А. П., Шахзадьянц А. А., Чепурной Г. И. Трихобезоар подвздошной кишки. «Детская хирургия» №3 стр.48-49. 2004 г. Москва.
6. Еловой М.М., Борозна В.Г., Кухтарев А.А., Разумова Т.Е. Три- хобезоары желудка и тонкой кишки у детей. Новости хирургии, 2012.-N 2.-С.96-100.
7. Хаджибаев А.М., Ходжимухамедова Н.А., Хаджибаев Ф.А. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости. Казанский медицинский журнал, 2013.-N 3.-С.377-381.

Кобилов Э.Э.,
Раупов Ф.С.,
Мансуров А.Б.,
Шарипова Л.Х.,
Абдуллаев Н.С.

АСКАРИДОЗ И КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Бухарский Государственный Медицинский институт,
Бухарский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи

РЕЗЮМЕ. Описан случай оперативного лечения с аскаридозом кишечного тракта, явившейся причинной острой кишечной непроходимости. Наблюдение показывает, что у детей обращающихся к врачам по поводу болей в животе может быть явления гельминтоза. При подозрении на нее необходимо комплексные обследования и специфическая антигельминтная терапия квалифицированными специалистами, тем лучше будет результат.

Ключевые слова: аскаридоз, кишечная непроходимость

THE RESUME. Ascariidosis and intestinal impassability at the child of 6 years

E.E.KOBILOV, F.S.RAUPOV, A.B.MANSUROV, L.KH.SHARIPOVA, N.S.ABDULLAEV

Bukhara State Medical institute, Bukhara branch of Republican Centre of science of Emergency Medical aid. Ut- bekistan

The case of operative treatment with ascariidosis the intestinal path, was causal sharp intestinal impassability is described. Supervision shows, at children addressing to doctors concerning abdominal-aches can be the phenomena hel- mintozis. At suspicion on it is necessary complex inspections and specific antihelminth therapy by the qualified experts, that it will be better result.

Key words: ascariidosis, intestinal impassability

В последние годы гельминтоз и её осложнения остаются весьма актуальным вопросом современной медицины. Кроме алергизации, снижения сопротивляемости и истощения жизненных сил организма, она часто становится причиной «острого живота» у детей. По данным литературы, - аскаридоз один из наиболее широко распространенных в мире гельминтов,

которым заражен каждый четвертый человек на земном шаре [1,2]. Аскариды относятся к геогельминтам, т.е. в цикле их развития обязательным этапом должно быть пребывания во внешней среде [3]. Человек окончательный хозяин *Ascaris lumbricoides*. Самка аскариды достигает размеров 25- 40 см, самец 15-25 см. Половозрелая самка выделяет в сутки среднем около 240

тысяч яиц. Покидая организм вместе с калом яйца, лишь пройдя этап развития во внешней среде, на почве, превращаются в инвазионную личинку. Заражения детей обычно происходит при проглатывания зрелого яйца, содержащего инвазивную личинку, с зараженными овощами, фруктами и др. [4,5,6]. Аскариды чаще (80-90%)

паразитируют в тонком кишечнике, они весьма мобильны, могут проникать в желудок, желчные пути, в органы дыхания и т.д. [7,8]. При миграции аскарид в другие органы создаются условия для присоединения с развитием осложнений гнойного характера. Иногда в желудочно-кишечной непроходимости [9].

В желудочно-кишечном тракте аскариды скапливаются в клубок, нарушают функцию кишечника, становятся причиной от-

Описание случая. Мы наблюдали случай аскаридоза у ребенка 6 лет (№ истории болезни 1556-92-49-105), служившей причиной кишечной непроходимости. Ребенок по-

Кишечник ушит двухрядным швом.

животе, тошноту, неоднократную рвоту, и задержку стула. При осмотре - общее состояние ребенка тяжелое, ребенок бледный, лицо страдальческое, имеются признаки обезвоживания и интоксикации. Живот вздут, при пальпации в правой Клойбера. В анализах: общий анализ

половине живота пальпируется подвижное опухолевидное образование. Перистальтика кишечника вялая. При обзорной рентгенографии брюшной полости - обнаружены чаши

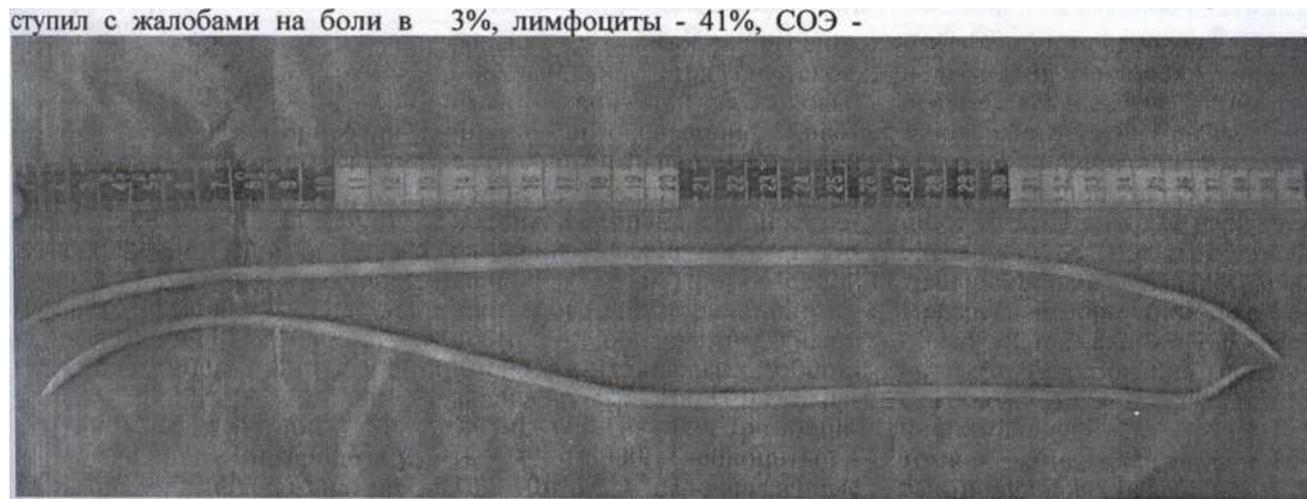
крови: - Нв-81,0 г/л, Эр- 3,0.10¹² г/л, Цп - 0,9, тромбоциты - 195000, лейкоциты - 12,2.10⁹г/л, палочкаядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, эозинофилы - 3%, моноциты - дал

14мм/час. Анализы мочи без патологии. Кал на яйца-глист - ascaris lumbricoides.

После предоперационной подготовки, учитывая клинко-рентгенологическую картину заболевания с диагнозом: мость» ребенок взят на операцию. Под общим «Острая кишечная непроходи-

в/в наркозом видного образования в дистальном отделе подвздошной кишки. сделана правосторонняя трансректальная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружено наличие опухоли

Решено сделать энтеротомию - обнаружен клубок живых подвижных аскарид размером от 15 до 40 см в количестве 12 штук, которые удалены из полости кишечника (см.рис. 1).



Другая патология со стороны органов брюшной полости не обнаружена. Рана на передней брюшной стенке закрыта послойно-наглухо.

В послеоперационном периоде больной на фоне антибактериальной, общеукрепляющей, инфузионной и симптоматической терапии получил специфическое антигельминтное лечение - пиперазин (адипинат) 75мг/кг в сутки разделенное на два приёма и соблю

блюда, экстрактивные вещества, молоко, черный хлеб. На фоне лечения через 3 суток отошли аскариды в количестве 3 штук. Контрольные анализы фекалия, проведенные через 2 и 4 дня после отхождения аскарид, были отрицательными. На 10 сутки после операции в относительно удовлетворительном состоянии ребенок выписан домой.

Заключение. Вышеуказан

гельминтоз был и остается серьезной проблемой не только паразитологии, но и педиатрии, и хирургии в целом. Необходимо иметь в виду, что у детей обращающихся к врачам по поводу болей в животе, может быть явления гельминтоза. При подозрении на нее необходимо комплексные обследования и специфическая антигельминтная терапия.

133

Литература

1. Онищенко Г.Г. Заболеваемость паразитарными болезнями в Российской Федерации. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2007.-N 6.-С.4-6.
2. Романенко Н.А., Чернышенко А.И., Дарченкова Н.Н. Современная ситуация по распространению аскаридоза в Российской Федерации. Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2006.-N 4.-С.40-43.
3. Токарева М.К. Прогнозирование сроков развития и выживаемости яиц аскарид в почве в условиях Курской области. Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2008.-N 2.-С.21-25.
4. Васечкина Л.И., Тюрина Т.К., Пелепец Л.П., Акинфиев А.В. Особенности терапии при паразитарных инвазиях у детей. Лечащий врач, 2013.-N 10.-С.62-66.
5. Кучеря Т.В. Диагностика и лечение наиболее часто встречающихся паразитарных полиинвазий у детей в амбулаторно-поликлинических условиях. Педиатрия, 2013.-N 3.-С.21-24.
6. Кузнецов Н.И. Гельминтозы. Российский семейный врач, 2010.-N 4.-С.13-23.
7. Маев И.В., Петухова С.В., Кучерявый Ю.А., Овлашен-ко Е.И. Поражение поджелудочной железы при гельмингозах. Хирургия, 2010.-N 1.-С.52-58.
8. Тодуа Ф.И., Лашхи К.С., Гургенидзе М.З., Кахадзе С.Дж., Цицишвили Л.Р. Паразитарные заболевания билиарных протоков: диагностика и лечение. Медицинская визуализация, 2011.-N 1.-С.69-74.
9. Денисенко О.В., Галон М.Н., Гаевая Э.А. Микробиоценоз кишечника людей с паразитарными заболеваниями. Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2012.-N 3.-С.43-43.