

На правах рукописи

М. И. БЛИНОВА.

**ЗАТЯЖНЫЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПОНОСЫ
У ДЕТЕЙ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**К диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук**

СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

на правах рукописи

М. И. БЛИНОВА.

ЗАТЯЖНЫЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПОНОСЫ У ДЕТЕЙ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

К диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

г. СВЕРДЛОВСК
1954 г.

СВЕРДЛОВСКИЙ ИНСТИТУТ
ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Б. Г. Ширвиндт
Кандидат медицинских наук, доцент В. С. Дуброва.

Автореферат отправлен

3/xi-54

Защита диссертации состоится

3/xii-54

Великая Октябрьская Социалистическая Революция открыла все возможности для развития у нас в СССР педиатрии и охраны материнства и младенчества. Ни в одной из капиталистических стран правительством не уделяется столько заботы и внимания сохранению жизни и здоровья подрастающего поколения, сколько уделяется у нас в СССР. Коммунистической Партией и Правительством издан целый ряд декретов по охране здоровья и прав матери и ребенка, помощи многодетным и одиноким матерям и создана широкая сеть правильно организованных лечебно-профилактических учреждений по охране материнства и детства. В течение последних лет — с целью улучшения качества обслуживания детей проведена организация объединений детских консультаций-поликлиник со стационарами.

Все мероприятия Коммунистической партии и советского Правительства направлены к тому, чтобы вырастить детей нормотрофиков — будущих строителей Коммунистического общества.

В результате роста материального и культурного уровня жизни народа и улучшения медицинского обслуживания населения сократилась смертность в нашей стране.

Директивами XIX съезда Коммунистической Партии Советского Союза по пятому пятилетнему плану в области здравоохранения предусматривается: «сосредоточение особого внимания на вопросах профилактики, обеспечение и дальнейшее внедрение в практику достижений медицинской науки». Следовательно, основной задачей здравоохранения является борьба за постоянное дальнейшее снижение как общей, так и детской заболеваемости и смертности.

Среди различных заболеваний детского возраста в до-революционное время огромное место занимали желудоч-

но-кишечные заболевания, давшие после Октябрьской социалистической революции снижение во много раз. Однако, смертность от желудочно-кишечных заболеваний все еще имеет место. Это обстоятельство обязывает органы здравоохранения и нас, педиатров, заниматься изучением этих заболеваний и изыскивать пути к дальнейшему их снижению.

Особое место среди заболеваний детей раннего возраста занимают вопросы этиологии, клиники и лечения затяжных поносов, которые многими авторами причисляются к хронической дизентерии. В группу детей «дизентерийных хроников» часто относят не только тех детей, которые в прошлом перенесли острую дизентерию, но, нередко, и тех, которые ею не болели, но в течение более или менее длительного времени страдают неустойчивым стулом. Учитывая, что в известной нам литературе нет единого мнения относительно этиологии затяжных рецидивирующих поносов у детей, а в практической работе педиатры относят почти все заболевания затяжными поносами к дизентерийным, мы сделали попытку выявить из группы наблюдаемых нами больных (250) затяжными рецидивирующими поносами, как истинно дизентерийных хроников, так и больных затяжными поносами другой этиологии. Кроме того, мы попытались описать клинику затяжных поносов различной этиологии, а также наметить пути к правильному лечению этих заболеваний.

Для решения поставленной задачи мы использовали клинко-лабораторные наблюдения 250 детей с затяжными рецидивирующими поносами, прошедших через детскую соматическую клинику Свердловского института охраны материнства и младенчества.

На основании анамнестических данных мы распределили наших больных на 3 группы: к группе «А» мы отнесли больных, в анамнезе которых была дизентерия различной давности: у 16,5% больных свыше года тому назад и у 38,4% менее 3 месяцев тому назад. К группе «Б» — отнесли больных, не имевших в анамнезе дизентерии, у которых, однако, выявлена была дизентерия в клинике. К третьей группе «В» мы отнесли больных затяжными поносами, у которых не было дизентерии в анамнезе, не была установлена дизентерия и в клинике.

Среди больных затянувшимися рецидивирующими поносами 67,2% составляли больные с диагнозами «затянувшаяся» и «хроническая дизентерия».

Для решения вопроса об этиологии затяжных поносов у детей мы, кроме клинических исследований проводили многократно исследования испражнений на микрофлору и содержание лейкоцитов. Общий процент высеваемости дизентерийных микробов по нашим данным был 10,7. Кроме того, у больных затяжными рецидивирующими поносами производилась серологическая реакция агглютинации крови на дизентерийную, тифозную и паратифозную группы. Она оказалась положительной у 32,9% больных; из группы больных с диагнозами «затянувшаяся дизентерия» и «хроническая дизентерия», положительная серологическая реакция агглютинации крови была у 39,5% больных. У 6% больных были установлены тифо-паратифозные заболевания и у 1,6% больных — лямблиоз.

Наши наблюдения показали, что в ряде случаев этиологическими факторами затяжных рецидивирующих поносов были: тяжелый рахит, хроническое расстройство пищеварения и питания, малярия и туберкулез кишечника. Проведение противорахитического лечения одновременно излечивало и понос у ребенка. У части детей излечение поноса наступало после специфического лечения малярии и лямблиоза.

Кроме основной причины заболевания, в затяжном течении процесса значительную роль играли различные предрасполагающие моменты, к которым относится ранний возраст детей и все вредные факторы окружающей среды.

Как показали данные передовой материалистической физиологии и их основоположников (И. М. Сеченова, И. П. Павлова), окружающая среда в значительной мере формирует реактивность организма, особенно растущего. Возрастная реактивность выражена тем меньше, чем моложе ребенок. В силу своеобразия развития и функционирования центральной нервной системы у детей раннего возраста реактивность тем ниже, чем хуже условия окружающей среды.

Это положение позволяет правильно понять, почему затяжное течение поносов чаще всего встречается у детей

раннего возраста при различных дефектах ухода и вскармливания.

Одним из мощных факторов внешней среды, влияющей на развитие ребенка, является питание, особенно для детей раннего возраста.

Известно, что качественная и количественная недостаточность питания понижает возбудимость коры головного мозга, снижает безусловные рефлексы, ведет к глубоким нарушениям деятельности центральной нервной системы и изменяет реактивность организма ребенка.

Среди наших больных детей с затяжными поносами различной этиологии в возрасте до 1 года было 27,6%, из них в возрасте до 6 месяцев — 8,4%, старше 3 лет было только 12,8% всего числа больных. 40% из числа всех больных детей не получали правильного грудного вскармливания, а 13,6% были на искусственном вскармливании с первых месяцев жизни. Все это способствует большей поражаемости данной группы детей поносом, дающим и менее благоприятный прогноз. Затяжные поносы, как правило, наблюдаются преимущественно у детей с пониженным питанием; детей в состоянии гипотрофии разной степени на нашем материале имелось 94,4%, из них в состоянии атрофии — 8,0%.

Одним из моментов также способствующих затяжному течению поносов было наличие рахита у наших детей.

Детей с проявлением рахита различной тяжести среди наших больных было 62,4%, из них в 42,0% — рахит II степени и в 6,4% рахит III степени. Рахит у большинства наших больных был «цветущей» стадией. Известно, что при заболевании рахитом, вследствие нарушения минерального обмена и развития ацидоза, понижается возбудимость коры головного мозга, чем в известной степени, можно объяснить затяжное течение заболевания у этой группы детей. Кроме того, на длительность заболевания и его исход у детей с затяжными поносами оказывают влияние, как перенесенные прежде заболевания, так и сопутствующие поносу заболевания или осложнения, возникшие в разные сроки заболевания детей поносами.

Выявление главной причины, лежащей в основе длительного поноса у детей, является обязательным условием для правильного лечения и благоприятного исхода.

Для правильного и своевременного выявления заболевания, сопровождающегося затяжным поносом, а следовательно и целенаправленного лечения, очень важным является правильное собирание эпидемиологического анамнеза: выявление перенесенной ребенком острой бациллярной дизентерии, ее давность, длительность и течение заболевания; необходимо также выявить санитарное состояние окружающей среды и возможность контактов с острым инфекционным желудочно-кишечным заболеванием.

В группе больных с диагнозом «хроническая дизентерия», и «затянувшаяся дизентерия», процент расхождений диагнозов направляющего врача и клинического в среднем составлял на нашем материале 64,9, а в группе заболеваний с диагнозом «Лямблиоз», «паратиф», «брюшной тиф» — имело место 100% расхождений. Это обстоятельство заставляет педиатров более углубленно заниматься дифференциальной диагностикой затяжных поносов у детей.

Изучая клинику заболеваний затяжными поносами, мы обращали внимание на температуру ребенка при поступлении, изменения со стороны центральной нервной системы и сердечно-сосудистой, данные клинического и серологического исследования крови, анализы кала и весовую кривую.

При изучении клиники затяжных поносов у детей нами отмечалось, что у большинства больных с диагнозами «затянувшаяся дизентерия», «хроническая дизентерия» и «лямблиоз» — T° была нормальной. Субфебрильная или высокая температура наблюдалась нами в случаях присоединившегося заболевания или осложнения. У детей с далеко зашедшей гипотрофией, температура нередко была субнормальная.

У большинства больных с диагнозами «Затянувшаяся дизентерия» и «хроническая дизентерия» нами отмечалось поражение сердечно-сосудистой системы: приглушение сердечных тонов, тахикардия, брадикардия, нечистота сердечных тонов, акроцианоз. Кровяное давление у этой группы больных обычно было пониженным.

Только у 27,0% больных с диагнозом «затянувшаяся дизентерия» и у 39,4% больных с диагнозом «хроническая дизентерия» явных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы нами не отмечалось. У 8,8% больных

детей, поступивших в клинику с диагнозом «хроническая дизентерия», имелись отеки разной степени (иногда скрытые).

У всех больных с «затянувшейся» и «хронической» дизентерией наблюдались обычно волнообразные колебания веса с быстрым подъемом при улучшении и падение его при новом обострении болезни.

У большинства больных затяжными поносами, диагностированными, как «затянувшаяся дизентерия» или «хроническая дизентерия», отмечалось поражение центральной нервной системы, что проявлялось в виде наличия токсикоза, общей вялости или возбуждения. Однако, симптом токсикоза не является дифференциально диагностическим моментом, характеризующим только «хроническую дизентерию», а может наблюдаться при паратифозных заболеваниях и туберкулезе кишечника. При исследовании крови отмечалось снижение % гемоглобина и эритроцитов, уменьшение числа эозинофилов (у 42,3% больных), некоторый нейтрофилез и умеренный моноцитоз. РОЭ была менее 15 мм в 1 час и в единичных случаях менее 5 мм в 1 час. Повидимому, как указывают наши данные, общая реактивность детей была понижена.

Частота стула была от 5 до 10 раз в сутки, но у 7,3% больных стул был не более 2 раз в сутки. У 34,3% больных стул был жидкий и у 22,6% кашицеобразный; у 43% больных в стуле отмечалась слизь и только в единичных случаях кровь. При обострении болезни отмечалась инфильтрация в области нисходящей части толстого кишечника, иногда зияние *anus'a* в единичных случаях — выпадение прямой кишки. При копрологическом исследовании *faeces* мы отмечали скопление лейкоцитов, что при наличии других признаков, указывало на существующий воспалительный процесс в слизистой толстого кишечника. При бактериологическом исследовании испражнений были найдены микробы дизентерийной группы только у 10,1% больных «хронической дизентерией» и у 11,4% больных «затянувшейся дизентерией». В 24,4% случаях бактериологическое исследование производилось до 10 раз на одного больного.

Положительная серологическая реакция агглютинации крови была у 32,9% больных.

При патолого-анатомическом вскрытии трупов больных, умерших от «хронической дизентерии», найдены были изменения в кишечнике не только в виде катаррального колита, но также фолликулярно-язвенного и дифтеритического колита; только в 9,09% случаях при патолого-анатомическом вскрытии трупов не было обнаружено изменений в кишечнике. У данной группы больных следует отметить поражение миокарда (63,6%), печени (72,7%), почек (68,1%)* и общее истощение. Из осложнений у 68,1% умерших от «затянувшейся дизентерии» и «хронической дизентерии» была пневмония и в 22,7% случаях — отит.

В группе больных затяжными рецидивирующими поносами, вызванными микробами паратифозной группы, клинически наблюдали: у половины больных при госпитализации температура была нормальная или субнормальная; у 10 больных из 11 глухие тоны сердца, у 5 из 11 отмечался токсикоз, у части других — вялость. Стул не был частым; у половины больных — с наличием слизи. Лейкоциты в кале имелись единичные и в отдельных случаях — скоплениями. При бактериологическом исследовании испражнений были найдены палочки паратифа, «В» — только у одного больного из 11. Серологическая реакция агглютинации крови у 9 больных из 11 с диагнозом — «паратиф» — была положительная с диагностикумом паратифозной группы.

Диагностика паратифозного заболевания при отрицательном серологическом и бактериологическом исследовании крайне затруднительна. Отличительными признаками паратифозных заболеваний среди наших больных являлись: наличие нормальной или субнормальной температуры, более глубокое поражение сердечно-сосудистой системы, отсутствие волнообразных колебаний веса. После проведения водно-чайной диеты обычно снижение токсикоза не наступало. Сульфаниламидные препараты токсикоз не снимали.

Окончательным подтверждением паратифозного заболевания являлась положительная серологическая реакция агглютинации крови. В ряде случаев, только при многократном исследовании крови нередко на 38 день и в более поздние сроки (на 43 день болезни) удавалось выявить характер агглютинации. Следует заметить, что серо-

логическая реакция агглютинации может быть положительной и в поздние сроки заболевания, поэтому при подозрении на паратифозное заболевание необходимо более тщательно и многократно проводить серологическое исследование крови. При патолого-анатомическом вскрытии 3 трупов детей, умерших от паратифозного заболевания, были найдены в кишечнике изменения в виде гиперплазии Пейеровых бляшек, язвенного и фибринозноочагового тифлита.

Из 4 больных с затяжными поносами, диагностированными как «брюшной тиф», двое детей поступили в клинику с температурой 38° (при наличии сопутствующего заболевания); у двух других — температура была нормальной. Поражение нервной системы и сердечно-сосудистой у этой группы больных наблюдалось в той же степени, как и у детей с диагнозом «паратиф». Частота стула была от 5 до 10 раз в сутки. У двух больных в кале была слизь и лейкоциты до 10—18 в поле зрения. Несмотря на многократные бактериологические исследования испражнений, микробы дизентерийной, тифозной и паратифозной групп не были найдены. Серологическая реакция агглютинации крови была положительная с диагностикумом брюшного тифа у всех 4 больных (на 25-й и даже 59-й дни болезни). При исследовании крови у 2 больных из 3-х отмечалась лейкопения, сменявшаяся с присоединением осложнения — лейкоцитозом и низкий % гемоглобина. РОЭ была нормальная у одних больных и в пределах малого ускорения у других.

У четырех больных затяжным поносом, вызванным присутствием в кишечнике простейших (лямблий), картина заболевания напоминала «затянувшуюся» или «хроническую дизентерию», тем более, что серологическая реакция агглютинации крови оказалась положительной с диагностикумом дизентерии типа Гисса у одного больного и типа Григорьева—Шига и брюшного тифа — у другого больного. (смешанная инфекция). У этой группы больных стул был от 3—11 раз в сутки, жидкий, со слизью. При копрологическом исследовании испражнений лейкоциты были единичные и скоплениями; при многократном исследовании испражнений микробы дизентерийной и тифо-паратифозной групп не были найдены. Только после многократного исследования были обнаружены в фекалиях

лямблии у всех 4-х больных. Проведение специфического лечения у этих детей — осарсолом, привело к полному их излечению. У остальных 63 больных затяжными поносами при клиническом обследовании, при неоднократном бактериологическом исследовании испражнений и серологическом исследовании крови не удалось установить связь затяжного поноса с дизентерией или тифозно-паратифозной инфекцией.

При многократных, почти ежедневных посевах было выявлено наличие у этой группы детей дизбактериоза: были высеяны палочки перфрингенс, протей, параколи, коли-слизистый, т. е. те, которые могут явиться причиной кишечных расстройств у детей, особенно при изменении реактивности детского организма.

У части больных при наличии неустойчивого стула имелся резко выраженный рахит, у других детей — гипотрофия II степени или атрофия, а также туберкулез кишечника или малярия. Заболевания этой группы больных были диагностированы как «колит» и «хроническое расстройство питания».

Дальнейшие наши наблюдения за этой группой больных подтвердили наши предположения, т. к. после соответствующего лечения больных рахитом «цветущей» стадией, хроническим расстройством питания и малярией, не только улучшилось их общее состояние, но также улучшился и стул. При вскрытии трупа одного умершего больного с диагнозом «дистрофия II—III степени» (отечная форма) — была обнаружена дистрофия сердца, перерождение печени и почек; изменений дизентерийного характера в кишечнике не было найдено.

Удельный вес заболеваний детей затяжными рецидивирующими поносами с диагнозами «затянувшаяся дизентерия» и «хроническая дизентерия» среди других кишечных инфекций довольно высок, однако, во многих случаях затяжных поносов при клиническом исследовании можно установить истинные причины заболевания, хотя на первый взгляд и имелись некоторые общие черты у заболевших затяжными поносами другой этиологии.

По установлении клинического диагноза при затяжном поносе ребенку назначалось лечение. Т. к. при затяжных поносах у детей имело место снижение реактивности организма, мы наряду со специфической терапией, приме-

няли неспецифическую, направленную на укрепление организма и повышение его реактивности.

При всех методах лечения, с целью восстановления и поддержания физиологического состояния центральной нервной системы ребенку назначалась, прежде всего, полноценная диета соответственно возрасту и состоянию, с обращением особого внимания на достаточное введение полноценных белков и витаминов; дефицит тех и других при заболевании затяжными поносами установлен. Кроме того, для повышения реактивности организма, мы проводили гемотерапию, трансфузию крови или плазмы, а также применяли общий массаж.

Кроме диететики, при всех видах лечения обращалось большое внимание на организацию правильного ухода за ребенком, как важнейшего фактора окружающей среды, а также на достаточное пользование свежим воздухом и сном. Обращалось внимание на поддержание режима больного ребенка (правильное чередование сна и бодрствования), соответственно возрасту и состоянию здоровья.

Учитывая не только механическое и адсорбционное действие морковной массы на слизистую кишечника, но также действие каротина моркови, мы применяли морковную диету. Детям старше 1 года, без наличия у них токсикоза при «затяжных поносах» применялась морковная диета в виде морковного пюре, из расчета 100,0—200,0 в день, в зависимости от возраста, в течение 2-х дней. Морковную диету получали 15 детей. В результате лечения выздоровели 4 больных и улучшение стула отмечено у 11 больных. Придавая большое значение нормализации микрофлоры кишечника, мы применяли ацидофильное молоко. Ацидофильное молоко давалось 14 больным затяжными поносами с диагнозами «хроническая дизентерия», «затянувшаяся дизентерия» и «колит» в количествах 100,0—350,0 в день, в зависимости от возраста. В результате лечения получили улучшение стула у 13 больных. Появление оформленного стула отмечалось на 4—7 дни после дачи ацидофильного молока.

Что касается применения бактериофага для лечения затяжных поносов, то у наших больных мы положительного результата не получили. Бактериофаг применялся только у 12 больных, в большинстве случаев длительное время (до 1 месяца). Выздоровление отмечено только в

1 случае, нестойкое временное улучшение стула у 2 больных и без всякого улучшения стула — у 9 больных.

Из химиотерапевтических препаратов для лечения затяжных поносов мы применяли сульфаниламиды. Сульфаниламиды применялись у 150 детей с затяжными поносами, по обычной схеме для детей. На улучшение кишечной флоры и уменьшение лейкоцитов в кале сульфаниламиды не оказали благоприятного действия. В случаях наличия токсикоза отмечалось снятие его под влиянием сульфаниамидов; на возникновение осложнений сульфаниамиды не оказывали влияния. В результате применения сульфаниамидов мы наблюдали: выздоровление только 16 детей, с «затянувшейся» и «хронической дизентерией», временное нестойкое улучшение стула было у 66 при тех же заболеваниях и не было совсем улучшения у 68 больных. У 4-х больных, где при исследовании кала были обнаружены лямблии, применен был осарсол, как специфический метод лечения. Дозировка была соответственно возрасту ребенка. Одновременно применялись клизмы из раствора: *Argenti nitrici* в разведении 1:5000. В результате лечения выздоровели 3 детей; один ребенок, у которого имелось сочетание дизентерии типа Григорьева-Шига с лямблиозом, умер.

У больных, когда затяжной понос был на почве малярии, улучшение стула и общего состояния (в том числе и веса ребенка) наступило после проведения специфического противомаларийного лечения.

Применяя противорахитическое лечение у детей, страдающих рахитом, особенно «цветущей» стадии, и соответствующую терапию детям с хроническими расстройствами питания, мы наблюдали улучшение общего состояния больных, а также улучшение стула.

Учитывая, что в патогенезе затяжных рецидивирующих поносов у детей имеет исключительно большое значение расстройство функций центральной нервной системы, (коры головного мозга и ниже лежащих отделов Ц. Н. С.), мы применяли физиотерапевтические методы лечения, способствующие улучшению обменных процессов в организме, а следовательно и деятельности центральной нервной системы.

Из физиотерапевтических методов нами применялась диатермия на область живота (у 58 детей), общее облу-

чение ультра-фиолетовыми лучами (общий кварц) у 25 больных и У. Ф. эритема у 41 больного.

Общий курс лечения диатермией был 8—12 сеансов, в отдельных случаях до 20. В результате лечения выздоровело 9 больных, улучшение стула наблюдалось у 33 и не было совсем улучшения стула у 16.

У. Ф. эритемооблучение оказывает десенсибилизирующее влияние на организм, и способствует повышению его реактивности.

Курс облучения У. Ф. лучами (общий кварц) составлял 15—20 сеансов; методика применялась обычная. В результате лечения улучшение стула было у 19 детей и у 6-ти детей эффекта не было.

У. Ф. эритема применялась в виде местного облучения кожи живота, после предварительного определения «биодозы» для данного больного, начиная с 1—1½ «био»; учитывалась кожная реакция, температурная реакция и стул у ребенка через 24 часа, 48, 72 и 96 часов. Повторная эритема назначалась через 5—6 дней.

В результате лечения выздоровело 25 детей, улучшение стула наступило у 11 детей и не было улучшения у 5 детей.

На основании проведенной нами работы мы приходим к следующим выводам:

1. Для эффективного лечения затяжного поноса необходимо выявление его истинной причины, для чего важно тщательное собирание эпидемиологического анамнеза, выявление характера вскармливания, перенесенных заболеваний, а также наблюдение за клиническим течением болезни. Учитывая анамнестические и клинико-лабораторные данные, в части случаев удается выделить поносы дизентерийной этиологии, паратифозные заболевания, лямблиоз и т. д.

2. Клиническое течение затяжных поносов различной этиологии в части случаев имеет много общего, но диагностировать «затянувшуюся» и «хроническую дизентерию» только на основании картины стула (частоты, характера его и скопления лейкоцитов в кале) без других клинических данных, не представляется возможным. Мы имеем больных, у которых при заболевании «хронической дизентерией» стул был не более 2-х раз в сутки кашицеобразный; с другой стороны, более частый стул и скопле-

ние лейкоцитов в кале наблюдалось нами при затяжных поносах и другой этиологии.

3. Лечение затяжных поносов по установлении диагноза следует проводить комплексное, с целью не только устранить причину, вызвавшую заболевание, но и восстановить нарушенную функцию всего организма и отдельных его систем. Это нами достигалось введением полноценного питания, проведением правильного режима соответственно возрасту и состоянию детей, с обязательным пребыванием детей на воздухе, а также ранним применением стимулирующей и десенсибилизирующей терапии.

4. В случаях «затянувшейся» и «хронической дизентерии» у детей старше одного года (не токсические формы) и при «колитах» — хороший эффект дает проведение морковной диеты, а также лечение ацидофильным молоком. Лечение бактериофагом не дает стойкого результата.

5. Применение сульфаниламидных препаратов снижает токсикоз при обострении дизентерии, но не всегда дает стойкое улучшение стула.

6. При затяжных поносах на почве малярии и лямблиоза — следует проводить специфическое лечение — противомаларийное и лечение лямблиоза — осаролом с одновременным применением клизм из *Sal. Argenti nitrici* в разведении 1:5.000.

7. При затяжных поносах, вызванных тяжелой формой хронического расстройства питания, особенно после перенесенной дизентерии или другой инфекции, необходимо, в комплексе с другими методами лечения, раннее применение стимулирующей терапии — трансфузии крови, или плазмы.

8. Учитывая, что в патогенезе затяжных рецидивирующих поносов у детей имеет исключительно большое значение нарушение функциональной целостности центральной нервной системы, следует применять физиотерапевтические методы лечения, способствующие улучшению обменных процессов в организме, а следовательно и деятельности центральной нервной системы, чем оказывается большое влияние на повышение реактивности организма больного ребенка.

9. Из физиотерапевтических методов, как десенсибилизирующей терапии, при затяжных поносах — реком-

дуются диатермия на область живота и ультра-фиолетовая эритема, дающие лучший результат, при «затянувшейся» и «хронической дизентерии», а также «колите». При затяжных поносах на почве хронического расстройства питания и рахита из физиотерапевтических методов лучший результат дает — общее облучение У. Ф. лучами.

10. Для закрепления результатов лечения и предупреждения развития дистрофий, следует проводить общее облучение У. Ф. лучами.

11. Т. к. довольно большой процент затяжных поносов является инфекционной природы, необходимо в каждом случае при выявлении поноса, проводить, особенно в детских учреждениях, все противоэпидемические мероприятия.

12. В объединенных учреждениях охраны материнства и младенчества при проведении санитарно-просветительной и профилактической работы — большое внимание следует уделять вопросам диететики, правильного грудного вскармливания, а также режима, как важным факторам окружающей среды целостного организма, и борьбе за выращивание детей — нормотрофиков.

13. Хотя политэтиологичность затяжных поносов у детей раннего возраста нами установлена, тем не менее, нам, как и другим авторам, не удалось полностью охарактеризовать клиническую картину затяжных поносов в зависимости от их этиологической сущности. Учитывая чрезвычайную важность для практического здравоохранения именно этого вопроса, мы считаем, что дальнейшее изучение особенностей клиники затяжных поносов различной этиологии, является нужным и важным.