6. Урсова Н.И. Базовые функции кишечной микрофлоры и формирование микробиоценоза у детей. – Практика педиатра. –2006. - №3. – с. 30 – 37.
7. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. – М.: Фонд социальной педиатрии. – 2006. – с.415
8. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. – М.:ГРАНТЪ, 1998. – Т. 1-2. – 413 с.
9. Buko, V. Beneficial effect of ursodeoxycholic acid (UDCA) on endogenous ethanol and intestinal bacterial flora in rats fed methionine-choline deficient diet (MCDD) / Buko V., Zhmakin A., Naruta E., Nikolaeva I., Kirko S., Tauschel H.-D. // J. Hepatol. – 2005. – V. 42 (Supplement 2). – P. 244.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

**В.В. Новосад – ассистент; В.И. Ковальчук – д.м.н., заведующий
кафедрой**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра детской хирургии, Гродно, Беларусь*

The presented review shows the results of intestinal biocenosis investigation of 56 children with congenital obstruction of the upper parts of digestive tract after surgical correction. It was determined that microbiologically proved intestinal dysbacteriosis revealed both in early and late postoperative periods. The adequate medicament treatment led to significant improvement of intestinal biocenosis composition in 7 weeks and its normalization in 3 – 6 months.

Key words: congenital obstruction of the upper parts of digestive tract, intestinal disbacteriosis, correction of intestinal biocenosis disturbances.

Введение. Кишечник здорового человека заселен множеством различных микроорганизмов, без которых невозможна нормальная жизнедеятельность.

Биоценоз кишечника - это количественно-качественный состав его микрофлоры, то есть заселяющих его микроорганизмов [6].

Роль нормального биоценоза кишечника чрезвычайно велика и многообразна [5, 7]. Во-первых, в силу своих антагонистических по отношению к патогенным кишечным микроорганизмам свойствам нормальная кишечная микрофлора является одним из основных факторов

противоинфекционной защиты организма. Во-вторых, нормальная микрофлора способствует образованию короткоцепочечных жирных кислот, которые, являясь основными энергоносителями, обеспечивают нормальную трофику слизистой оболочки кишечника, снижают ее проницаемость по отношению к различным антигенам.

Нарушение микробиоценоза кишечника приводит к расстройству его моторной, переваривательной и всасывательной функций. При дисбактериозе ограничивается поступление в организм пластического и энергетического материала, усиливается поступление токсинов и аллергенов, нарушаются все виды метаболизма и иммунитет. В раннем детском возрасте дисбактериоз кишечника, кроме формирования хронических заболеваний органов пищеварительного тракта, способствует также развитию дистрофии, анемии, витаминной недостаточности, пищевой аллергии, вторичного иммунодефицитного состояния, а также генерализации инфекционного процесса вплоть до септикопиемии [3, 4].

Исследования показывают [3, 4, 6, 7], что у здоровых новорожденных детей при совместном пребывании их с матерью в родильном доме уже в первые сутки жизни в 23% случаев в меконии обнаруживаются бифидобактерии в количествах 10⁴/г. При раздельном пребывании с матерью новорожденных в родильном доме, а также у детей, родившихся больными, отмечается колонизация мекония не только бифидобактериями, но и энтерококками (67% детей первых двух суток жизни), коагулазоотрицательными стафилококками (66% детей), гемолитическими штаммами кишечной палочки (33%) и грибами рода *Candida* (в 1/3 случаев).

Таким образом, первое полугодие жизни является наиболее ответственным и напряженным периодом становления кишечного микробиоценоза. Любое оперативное вмешательство на желудочно-кишечном тракте в период новорожденности с последующей антибиотикотерапией и длительной невозможностью энтерального питания приводит к нарушениям процесса становления биоценоза кишечника. Поэтому, представляется рациональным начинать комплексную коррекцию дисбиотических явлений как можно раньше в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследований. Был произведен анализ состояния биоценоза кишечника у 56 детей с врожденной непроходимостью верхних отделов пищеварительного тракта (атрезией пищевода, врожденным пилоростенозом и дуоденальной непроходимостью) после хирургической коррекции порока.

Дисбактериоз кишечника регистрировали стандартным методом, включающим высевы фекальной микрофлоры. В качестве основных микробиологических диагностических критериев выраженности дисбактериоза были выбраны показатели титра бифидобактерий, лактобактерий, общего количества банальной флоры и лактозонегативных эшерихий. С целью упрощения количественного анализа и повышения наглядности полученных результатов титра микроорганизмов нами была раз-

работана бальная система оценки выраженности дисбактериоза. В ее основу был положен принцип присвоения баллов в зависимости от величины отклонения порядка абсолютного показателя титра микробов в кале исследуемых детей от нормальных значений биоценоза кишечника (b). При отклонении на один порядок – 1 балл, на два – 2 балла и так далее.

Коррекцию нарушений в биоценозе проводили по схеме в течение месяца. Назначали смеси с низким содержанием лактозы (Альфаре), пребиотик (Дюфалак), ферментные препараты (Креон 10000 ЕД). Дозу рассчитывали по липазе и начинали с небольшой (1000 ЕД липазы на кг массы в сутки). Со второй недели вводили пробиотик – Бифидумбактерин или Линекс (в зависимости от выраженности изменений в биоценозе) в возрастной дозировке.

Микробиологический анализ состояния биоценоза кишечника проводили до коррекции и в сроки 3, 7 недель и 3, 6 месяцев от начала коррекции.

Полученные данные подвергались статистической обработке.

Результаты исследования. Анализ результатов посева кала показал, что у всех детей имелись изменения в составе биоценоза кишечника, свидетельствовавшие о наличии дисбактериоза различной степени выраженности. В раннем послеоперационном периоде выявлялся резкий дефицит бифидобактерий ($b = 1,605 \pm 0,147$), снижение уровня лактобактерий ($b = 1,579 \pm 0,156$) с повышением содержания всех других групп микроорганизмов (энтерококков, клостридий, кишечных палочек и лактозонегативных эшерихий), включая газообразующих. Отмечалась избыточная колонизация кишечника.

Уже к 3-й неделе лечения дисбактериоза отмечалось увеличение титра бифидо- и лактофлоры и уменьшение содержания банальных анаэробов и лактозонегативных кишечных палочек. Однако эти изменения не были достоверны. Проводимое лечение показало свою эффективность к 7-ой неделе от начала коррекции. Возросло количество бифидо- и лактобактерий ($p \leq 0,05$), снизился титр клостридий и лактозонегативных эшерихий ($p \leq 0,001$). А к 3–6-му месяцу наблюдалась нормализация состава микрофлоры кишечника (таблица 1).

Таблица 1 – Отклонение абсолютного показателя титра микробов в кале исследуемых детей от нормальных значений биоценоза кишечника (b) в раннем послеоперационном периоде

Микроорганизмы	Отклонение показателя титра микробов (b) (M ± m) (n = 38)				
	до лечения	3 нед.	7 нед.	3 мес.	6 мес.
Бифидобактерии	1,605±0,14 7	1,447±0,14 7	1,211±0,134*	0,631±0,072* *	нор- ма
Лактобактерии	1,579±0,15 6	1,526±0,15 2	1,131±0,140*	0,447±0,081* *	нор- ма
Общее количество банальных анаэробов (кlostридий, бактериоидов)	1,553±0,15 3	1,421±0,15 6	0,842±0,109* *	0,5±0,087**	нор- ма
Эшерихии лактозонегативные	1,868±0,15 6	1,684±0,17 0	0,632±0,078* *	0,263±0,071* *	нор- ма

* - изменения достоверны по отношению к состоянию до коррекции (p ≤ 0,05)

** - изменения достоверны по отношению к состоянию до коррекции (p ≤ 0,001)

Выводы:

Микробиологически подтвержденный кишечный дисбактериоз выявляется у всех больных с врожденной непроходимостью верхних отделов пищеварительного тракта в раннем периоде после хирургического лечения.

Адекватная лекарственная коррекция дисбактериоза уже к 7-й неделе от своего начала приводит к достоверному улучшению состояния биоценоза кишечника, а к 3 – 6-му месяцу к полной его нормализации.

Список литературы.

1. Григорьев, П.Я. Лактулоза в терапии заболеваний органов пищеварения / П.Я. Григорьев, Я.П. Яковенко // Российский гастроэнтерологический журнал. - 2000. - N2. - С. 71 - 78.
2. Коровина, Н.А. Лактазная недостаточность у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Н.Е. Малова // Вопросы современной педиатрии. – 2002. - 1(4). – С. 57 – 61.
3. Маянский, А.Н. Дисбактериозы: иллюзии и реальность / А.Н. Маянский // Педиатрия. - 2000. - N4. - С. 80 - 88.
4. Парфенов, А.И. Дисбактериоз кишечника: новые подходы к диагностике и лечению / А.И. Парфенов, Г.А. Осипов, П.О. Богомолов // Consilium medicum. - 2001. - 3(6). – С. 270 – 279.
5. Перетц, Л.Г. Значение нормальной микрофлоры для организма человека / Л.Г. Перетц. - Москва: Медгиз, 1955. - 436 с.

6. Самсыгина, Г. Дисбактериоз. Диагноз устарел? Биоценоз желудочно-кишечного тракта новорожденного / Г. Самсыгина // 9 месяцев. – 2002. - №3. – С. 15 – 18.

7. Шендеров, Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Микрофлора человека и животных / Б.А. Шендеров. - Москва: Грантъ, 1998. - 288 с.

ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

В.В. Новосад – ассистент; В.И. Ковальчук – д.м.н., заведующий кафедрой

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Кафедра детской хирургии, Гродно, Беларусь*

The article presents the results of examination of 15 children with esophageal atresia in the early postoperative period after a successful correction of malformation. Comparative estimation of majority postoperative complications such as dehiscence of anastomosis, esophageal stricture, recurrence of the tracheoesophageal fistula, hemorrhage was made in both group.

Key words: esophageal atresia, dehiscence of anastomosis, esophageal stricture, recurrence of the tracheoesophageal fistula, hemorrhage.

Введение. Атрезия пищевода (АП) — порок развития, характеризующийся непроходимостью пищевода. Встречается в одном случае на каждые 3500 новорожденных [1, 2].

В 84–92% случаев атрезия пищевода сочетается с наличием трахеопищеводного свища (ТПС) [2, 3].

При атрезии пищевода задачей операции является восстановление его проходимости и разобщение пищеводно-трахеального свища [1].

Материалы и методы исследований. Проанализированы результаты лечения детей с атрезией пищевода с 2005 по 2011 годы. С 2005 года в клинике детской хирургии находились на лечении 15 больных с атрезией пищевода. Диагноз был выставлен в роддоме в первые часы после родов при зондировании пищевода и выполнении пробы Элефанта. Ребенок переводился на пост интенсивной терапии отделения новорожденных детской клинической больницы. Выявлены различные варианты порока. Чаще встречались формы с трахеопищеводным свищом (таблица 1).