

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

Новосад В.В., Ковальчук В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

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 [1, 2, 6].

Выделяют 3 фазы микробного заселения кишечника ребенка в первый месяц после рождения: 1-я фаза, асептическая, продолжается 10–20 ч, 2-я фаза – фаза заселения – продолжается до 2–4 дней и 3-я фаза представляет собой период стабилизации микрофлоры [4–7].

Роль нормального биоценоза кишечника чрезвычайно велика и многообразна. Во-первых, в силу своих антагонистических по отношению к патогенным кишечным микроорганизмам свойств 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 [3, 5, 7].

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.

Материал и методы исследования. Был произведен анализ состояния биоценоза кишечника у 60 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.

Коррекцию нарушений в биоценозе проводили по схеме в течение месяца. Назначали смеси с низким содержанием лактозы (Альфаре), пребиотик (Дюфалак), ферментные препараты (Креон 10000 ЕД). Со второй недели вводили пробиотик – Бифидумбактерин или Линекс (в зависимости от выраженности изменений в биоценозе) в возрастной дозировке.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов посева кала показал, что у всех детей групп имелись изменения в составе биоценоза кишеч-

ника, свидетельствовавшие о наличии дисбиоза различной степени выраженности.

Нами проведена оценка динамики основных клинических симптомов на фоне коррекции дисбиоза в сроки 3 и 7 недель и 3 и 6 месяцев от ее начала.

Выявлено, что через 3 недели после начала лечения явления дисбиоза толстой кишки по клиническим проявлениям (вздутие живота, задержка стула, послабление стула, дефицит массы тела) достоверно не отличались от таковых показателей до лечения.

После второго курса лечения на 7 неделе отмечается достоверное уменьшение числа пациентов, которых беспокоило вздутие живота ($\chi^2=5,71$, $p=0,01$). Но уже через 3 месяца отмечается достоверное снижение всех клинических проявлений (вздутие живота ($\chi^2=26,61$, $p=0,00001$), задержка стула ($\chi^2=7,57$, $p=0,05$), послабление стула ($\chi^2=14,56$, $p=0,0001$), дефицит массы тела ($\chi^2=4,03$, $p=0,04$)). К концу лечения (через 6 месяцев) достоверность уменьшения клинических проявлений становится еще выше ($\chi^2=59,39$, $p=0,00001$), ($\chi^2=17,4$, $p=0,0001$), ($\chi^2=31,49$, $p=0,00001$), ($\chi^2=18,50$, $p=0,00001$), соответственно).

При оценке микробиологического состояния биоценоза кишечника выявлено, что уже к 3-й неделе лечения дисбиоза у пациентов с атрезией пищевода, пилоростенозом и дуоденальной непроходимостью отмечалось увеличение титра бифидо- и лактофлоры и уменьшение содержания банальных анаэробов и лактозонегативных кишечных палочек у 36 (61,6%) детей. Проводимое лечение показало свою эффективность к 7-й неделе от начала коррекции. Возросло количество бифидо- и лактобактерий ($p<0,05$), снизился титр клостридий и лактозонегативных эшерихий ($p<0,001$). К 3-му месяцу сохранялась тенденция к увеличению количества бифидо- и лактобактерий ($p<0,001$) и снижению титра клостридий и лактозонегативных эшерихий ($p<0,001$). А к 6-му месяцу наблюдалась нормализация состава микрофлоры кишечника у всех пациентов.

Выводы. Клинические и микробиологические признаки дисбиоза кишечника выявлены у всех детей в послеоперационном периоде. Используемая схема коррекции дисбиоза позволила восстановить нормальный состав микрофлоры и устранить клинические проявления.

Литература:

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. Богомоллов // 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.

ПЕРЕВЯЗОЧНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Олийнык А.П., Переяслов А.А.

*Львовская городская детская клиническая больница, Львов
Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов*

Введение. Профилактика и лечение послеоперационных гнойно-септических осложнений (ПОГСО) остается сложной хирургической проблемой. По данным отчетов Национальной системы наблюдения за нозокомиальными инфекциями США, инфекции области оперативного вмешательства составляют от 14% до 16% всех госпитализированных пациентов [1]. В современной хирургии наметилась важная тенденция целенаправленного и дифференцированного использования свойств современных перевязочных материалов на разных этапах процесса заживления раны [2]. Усовершенствованная иммобилизация лекарственных препаратов на перевязочных средствах (ПС) стала возможной в последние годы, благодаря разработанным технологиям физической и химической модификации перевязочных материалов. Повязки с лекарственными препаратами предназначены для лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и профилактики ПОГСО.

Цель исследования – разработка ПС для профилактики и лечения ПОГСО.

Материал и методы исследования. В исследовании были использованы методы контент-анализа данных об использовании современных ПС в хирургии и комбустологии, на основании которых было разработано ПС для профилактики и лечения ПОГСО.