

лицевых хирургов. Минимальный срок терапии составил 6 месяцев, максимальный – 1 год 1 месяц. Побочных реакций на введение неселективного β -блокатора не наблюдалось.

Выводы:

1. Применение β -блокаторов является альтернативным методом лечения пациентов с гемангиомами сложной анатомической локализации, быстро растущими гемангиомами и носящими множественный характер с отличным и удовлетворительным косметическим эффектом.
2. Может использоваться как монометод, так и в сочетании с другими видами лечения.
3. Метод неэффективен при сосудистых ангиодисплазиях.

Литература:

1. Гемангиомы и их лечение / Д.Д. Мельник [и др.] – Т.: Изд. «СТТ», 2006. С.8–26.
2. Propranolol for Severe Hemangiomas of Infancy N Engl J Med 2008; 358:2649–2651 June 12, 2008 DOI: 10.1056/NEJMc0708819 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc07088194>.
3. Thomas E. Young. Neofax A manual of drugs used in neonatal care / Thomas E. Young, O. Barry Mangum // PharmD For the doses of medications used in the NBSCU.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЕ

**Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Анохина М.А.,
Надгериев В.М., Терещенко О.А., Шатов А.В.**

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава Российской Федерации*

Введение. Реабилитация детей, перенесших операции на толстой и прямой кишке, является важной проблемой детской хирургии. Ее актуальность обусловлена широким распространением пороков развития и заболеваний толстой кишки, требующих хирургической коррекции – 1:4000–5000 новорожденных. Применение антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде в 100% случаев наблюдений обуславливает развитие дисбиоза кишечника.

Цель данного исследования – оптимизировать схему лечения и профилактики дисбактериоза у хирургических пациентов.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось на лечении 245 пациентов: с болезнью Гиршпрунга – 106 человек

и различными анатомическими вариантами аноректальных пороков развития – 139 человек. Всем детям было закончено хирургическое лечение. Дисбиоз кишечника диагностирован у 245 пациентов, что составило 100% наблюдений. В зависимости от методов лечения нарушений колонизационной резистентности микрофлоры толстой кишки из них были сформированы 2 группы, идентичные по возрастному-половому составу и нозологическим формам.

Контрольную группу составили 109 пациентов: 44 ребенка с болезнью Гиршпрунга и 65 детей с аноректальными агенезиями. Коррекция дисбиоза кишечника в этой группе проводилась по методике селективной деконтаминации в сочетании с проведением ферментотерапии, энтеросорбции, рационального вскармливания, витаминотерапии.

Основную группу составили 136 детей: 62 пациента с болезнью Гиршпрунга и 74 с аноректальными пороками развития. Разработанный комплекс предоперационной подготовки включал: диету; перорально применение растительных масел; негормональную анаболическую терапию; селективную деконтаминацию, которую начинали проводить за 4 дня до оперативного вмешательства; энтеросорбцию в сочетании с ферментотерапией; метаболитную терапию; комплексную витаминотерапию, при анемии, дополнительно, назначались препараты железа; мембранстабилизирующую терапию. Антибиотикофилактику проводили препаратами широкого спектра действия.

Важным элементов предоперационной подготовки кишки являлась «механическая» очистка и санация толстой кишки. Её очистку от каловых масс и «каловых камней» осуществляли сифонными клизмами с 0,9% раствором хлорида натрия для приводящего отдела толстой кишки; «встречные» клизмы – для «отключённого» отдела. Их проведение начинали за 7-10 дней до операции. За 4-е дня до операции, просвет толстой кишки орошался комбинацией антибактериальных препаратов в зависимости от результатов посевов и анализа кала на дисбактериоз. Так же основную схему дополняли применением фитотерапии.

Биологически активные вещества лекарственных растений (БАВ) – в своем большинстве кишечные эубиотики. Кроме того, комплекс БАВ каждого растения обеспечивает ряд дополнительных положительных эффектов (противовоспалительный, вяжущий, репаративный, послабляющий, антисептический). К растительным противомикробным средствам не развивается устойчивость патогенных микроорганизмов. В процессе лечения мы одновременно использовали комбинации растений с противомикробными, противовирусными, противопротозойными и фунгицидными действиями. Подбор фитопрепаратов осуществлялся в зависимости от вида дисбиоза кишечника. Видовой и количественный состав микрофлоры толстой кишки определялся по методике Н.В. Литвак. В состав фитосборов включались препараты с противовоспалительным, вяжущим и репаративным эффектами.

ми. В первый триместр использовалась комбинация фитопрепаратов исключительно с противовоспалительным и микробицидным действием.

Результаты и их обсуждение. Критериями эффективности предложенной схемы лечения были выбраны: длительность коррекции дисбиоза микрофлоры толстой кишки клинически и лабораторно. При сравнении клинико-лабораторных результатов лечения дисбиоза кишечника в исследуемых группах были получены следующие результаты: нормализация клинических признаков дисбиоза кишечника наступала в течении 11–12 месяцев в основной группе, а в контрольной через 18–24 месяца. Лабораторные признаки дисбиоза микрофлоры толстой кишки купировались в основной группе через 14–15 месяцев, а в контрольной группе 28–32 месяца.

Применение фитотерапии в лечении данного контингента больных позволило сократить длительность коррекции дисбиотических нарушений микрофлоры толстой кишки в 1,2–2 раза по клиническим проявлениям, в 2 раза по лабораторному контролю.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение оптимизированной схемы лечения и профилактики дисбактериоза с применением фитотерапии в реабилитации детей, перенесших операции на толстой кишке и аноректальной зоне для широкого клинического применения.

Литература:

1. Урсова Н. И. Дисбактериозы кишечника в детском возрасте: инновации в диагностике, коррекции и профилактики. Рук-во для врачей. М., 2013. 243 с.
2. Vollard E. J., Clasener H. et al. Influence of amoxicillin erythromycin and roxitromycin on colonization resistance and appearance of secondary colonization in healthy volunteers // *J Antimicrob Chemotherapy*. 1987; 13: 131–138.
3. Dethlefsen L., Eckburg P. B., Bik E. M., Relman D. A. Assembly of the human intestinal microbiota // *Trends Ecol Evol*. 2006; 21: 517–523. Дармов И. В., Чичерин И. Ю., Ердякова А. С., Погорельский И. П., Лундовских И. А. Сравнительная оценка выживаемости микроорганизмов пробиотиков в составе коммерческих препаратов в условиях *in vitro* // *Кишечная микрофлора. Сборник научных статей*. 2012. № 1. С. 11–15.
4. Ботина С. Г., Ивашкина Н. Ю., Маев И. В. Молекулярно-генетические характеристики и пробиотический потенциал бактерий рода *Lactobacillus* // *Молекулярная медицина*. 2011. № 2. С. 53–57.