

2. Медикаментозная коррекция эффективна при компенсированной и субкомпенсированной формах ГС. В случае декомпенсации заболевания показано оперативное лечение.

3. Проблема лечения детей с ГС на сегодняшний день до конца не решена и требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А. Е., Шавров А. А., Сенякович В. М., Леонтьев А. Ф. Клиника, диагностика и хирургическое лечение детей с портальной гипертензией // Хирургия. – 1993. – № 3. – С. 56–60.

2. Ерамишанцев А. К., Шерцингер А. Г., Лебезев В. М. и др. Результаты лечения больных с кровотечением из варикозно

расширенных вен пищевода и желудка // Рос. гастроэнтерол. журн. – 1995. – № 2. – С. 11–17.

3. Леонтьев А. Ф. Внепеченочная блокада портального кровообращения у детей: Дис. д-ра мед. наук. – М., 1983.

4. Evans S., Stovroff M., Heiss K., Rickens R. Selective distal splenorenal shunts for intractable variceal bleeding in pediatric portal hypertension // J. pediat. surg. – 1995. – Vol. 30. № 4. – P. 1115–1118.

5. Ferayorny L., Poiyo J., Groszman R. Drag therapy for portal hypertension – a 5-year review // Portal hypertension ii proceeding of the second baveno international consensus workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies. – Milano, 1996. – P. 68–97.

Поступила 23.05.2014

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹, М. А. АНОХИНА¹,
В. М. СТАРЧЕНКО¹, В. М. НАДГЕРИЕВ¹, А. Н. ЛУНЯКА¹,
О. А. ТЕРЕЩЕНКО², А. В. ПОЛЕЕВ²**

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

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава РФ, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 8-928-848-05-42. E-mail: mara77777@yandex.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ Краснодарского края, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1

Реабилитация детей, перенесших операции на толстой и прямой кишке, является важной проблемой детской хирургии. Ее актуальность обусловлена широким распространением данных аномалий развития, требующих хирургической коррекции: 1:4000–5000 новорожденных. У всех пациентов с этой патологией отмечаются воспалительные изменения со стороны слизистой кишечника. Применение антибактериальных препаратов в пред- и послеоперационном периодах в 100% случаев обуславливает развитие дисбиоза кишечника. Уникальность дисбактериоза проявляется в том, что данное заболевание находится в сфере интересов врачей разных специальностей. Традиционные методы коррекции нарушений микробиоценоза кишки не всегда достаточно эффективны у больных хирургического профиля. Цель данного исследования – оптимизировать схему профилактики и лечения дисбактериоза у хирургических больных.

Ключевые слова: дети, реабилитация, аноректальные пороки развития, дисбактериоз.

**V. A. TARAKANOV¹, A. E. STRYKOVSKY¹, M. A. ANOKHINA¹, V. M. STARCHENKO¹,
V. M. NADGERIEV¹, A. N. LUNYAKA¹, O. A. TERESHENKO², A. V. POLEEV²**

CORRECTION DYSBACTERIOSIS IN REHABILITATION PROGRAMS FOR CHILDREN UNDERGOING SURGERY ON THE COLON AND ANORECTAL ZONE

¹Children, s surgical diseases department of the Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4; tel. 8-928-848-05-42. E-mail: mara77777@yandex.ru;

²Children, s regional clinical hospital of Krasnodar, Russia, 350007, Krasnodar, sq. Victory, 1

Rehabilitation of children undergoing surgery for colon and rectum is an important issue of pediatric surgery. Its relevance is due to the widespread development of these anomalies requiring surgical correction – 1:4000–5000 newborns. In all patients with this disease is marked by inflammatory changes in the intestinal mucosa. Use of

antibacterial drugs in the pre-and postoperative periods in 100% of cases, causes the development of intestinal dysbiosis.

Dysbiosis uniqueness is manifested in the fact that this disease is in the interests of doctors of different specialties. Traditional methods for correcting violations mikrobiotsinoz gut is not always sufficiently effective in surgical patients. The purpose of this study to optimize the treatment and prevention circuit dysbacteriosis in surgical patients.

Key words: children, rehabilitation, anorectal malformations, goiter.

Введение

Реабилитация детей, перенесших операции на толстой и прямой кишке, является важной проблемой детской хирургии. Ее актуальность обусловлена широким распространением данных аномалий развития, требующих хирургической коррекции: 1:4000–5000 новорожденных. У всех пациентов с этой патологией отмечаются воспалительные изменения со стороны слизистой кишечника. Применение антибактериальных препаратов в пред- и послеоперационном периодах в 100% случаев обуславливает развитие дисбиоза кишечника.

Уникальность дисбактериоза проявляется в том, что данное заболевание находится в сфере интересов врачей разных специальностей. Также концепция, диагностические и терапевтические критерии дисбиоза микрофлоры толстой кишки продолжают развиваться. В настоящее время накоплен большой фактический материал о роли микрофлоры в жизнедеятельности человека [1, 3, 5]. Нормальная микрофлора способствует поддержанию необходимого барьерного уровня слизистых оболочек, кожи и образует первую линию защиты от инфекций, а также выполняет ряд других важных функций в организме человека. Изменения в видовом составе микрофлоры не только свидетельствуют о нарушении бактериального равновесия в разных микробиотопах, но и являются показателями функциональных и анатомических повреждений определенных структурно-физиологических мест организма [2, 4, 7]. Явления дисбактериоза у хирургических больных могут быть связаны с подавлением иммунных сил организма, обусловленным воздействием обезболивающих препаратов и хирургического вмешательства, иммунодефицитным влиянием на организм длительного антибактериального лечения до поступления больного в стационар и в послеоперационном периоде. Все это в значительной мере усугубляет состояние больных и способствует развитию у них оппортунистических инфекций [6, 8]. Традиционные методы коррекции нарушений микробиоценоза кишки не всегда достаточно эффективны у больных хирургического профиля.

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

Методика исследования

В клинике находилось на лечении 245 больных: с болезнью Гиршпрунга – 106 человек и различными анатомическими вариантами аноректальных пороков развития – 139 человек. Всем детям было закончено хирургическое лечение врожденных аномалий. Дисбиоз кишечника был диагностирован у 245 больных, что составило 100% наблюдений. В зависимости от методов лечения нарушений колонизационной резистентности микрофлоры толстой кишки из них были сформированы 2 группы больных, идентичных по возрастному-половому составу и нозологическим формам.

Контрольную группу составили 109 больных: 44 ребенка с болезнью Гиршпрунга и 65 детей с аноректальными агенезиями. Коррекция дисбиоза кишечника в этой группе проводилась по методике тотальной деконтаминации в сочетании с проведением ферментотерапии, диетотерапии.

Основную группу составили 136 детей: 62 пациента с болезнью Гиршпрунга и 74 – с аноректальными пороками развития. Разработанный комплекс предоперационной профилактики дисбиоза кишечника включал в себя: 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, мембранстабилизирующую терапию. Антибиотикопрофилактику проводили цефалоспоридами 3-го поколения (препаратом выбора для нашего региона является мецоцеф).

Важным элементом предоперационной профилактики дисбактериоза кишки являлись механическая очистка и санация толстой кишки. Механическую очистку кишечника от каловых масс и каловых камней у детей с болезнью Гиршпрунга осуществляли сифонными клизмами. У больных с аноректальными агенезиями использовались «встречные» клизмы для «отключённого» отдела и высокие очистительные клизмы для приводящего отдела толстой кишки. Их проведение начинали за 7–10 дней до операции. За 4 дня до операции просвет толстой кишки орошался комбинацией антибактериальных препаратов в зависимости от результатов посевов и анализа кала на дисбактериоз. Также основную схему до-

полняли применением фитотерапии как в пред-, так и в послеоперационном периоде.

Биологически активные вещества лекарственных растений (БАВ) в своем большинстве кишечные зубиотики. Это их главное преимущество перед естественными и синтетическими противомикробными препаратами. Кроме того, комплекс БАВ каждого растения обеспечивает ряд допол-

нительных положительных эффектов (противовоспалительный, вяжущий, репаративный, послабляющий, антисептический, опосредованный иммуностропный) (табл. 1).

Разнообразие доступных видов лекарственного растительного сырья позволяет проводить профилактику и лечение дисбиоза кишечника, не ограничиваясь в сроках, так как к раститель-

Таблица 1

Микробицидные свойства фитопрепаратов

Эффекты	Противо-микробный	Противо-вирусный	Противо-протозойный	Фунгицидный
Аир болотный, корневища, отвар	+	+	-	-
Алоэ древовидное, листья, сок	+	-	+	-
Анис обыкновенный, плоды, настой	+	-	-	-
Береза повислая, листья, почки, настой, настойка	+	+	-	-
Девясил высокий, корневища и корни, настой	+	-	+	-
Душица обыкновенная, трава, настой	+	+	-	-
Зверобой продырявленный, трава, настой, настойка	+	-	-	-
Золототысячник малый, трава, настой	+	-	+	-
Исландский мох, слоевища, отвар	+	-	+	+
Календула лекарственная, цветки, настой	+	-	+	-
Кровохлебка лекарственная, корневища и корни, отвар	+	-	+	-
Лапчатка прямостоячая, корневища, отвар	+	+	-	-
Лопух большой, корни, отвар	+	-	+	-
Мать-и-мачеха, листья, настой	+	+	-	-
Мелисса лекарственная, листья, настой	+	+	-	-
Можжевельник обыкновенный, плоды, настой	+	+	-	-
Мята перечная, листья, настой	+	-	-	+
Ольха серая, соплодия, отвар	+	-	+	+
Пижма обыкновенная, трава, настой	+	+	+	-
Подорожник большой, листья, сок, настой	+	-	-	-
Полынь горькая, трава, настой, настойка	+	+	-	-
Полынь обыкновенная, трава, настой, настойка	+	+	+	-
Ромашка аптечная, цветки, настой	+	+	-	+
Солодка голая, корни, отвар	+	-	-	-
Тимьян обыкновенный, трава, настой	+	+	+	+
Тмин обыкновенный, плоды, настой	+	-	-	-
Тысячелистник обыкновенный, трава, настой	+	-	+	-
Хмель обыкновенный, соплодия, настой	+	-	+	+
Шалфей лекарственный, листья, настой	+	-	+	+
Эвкалипт шариковый, листья, настой	+	+	+	+

Лечебные эффекты фитопрепаратов

Эффекты	Послабляющий	Противовоспалительный	Вяжущий	Репаративный
Ежевика сизая, листья, настой	+	+	-	-
Горец птичий, трава, настой	-	+	+	+
Горец почечуйный, трава, настой	+	+	-	-
Иссоп лекарственный, трава, отвар	-	+	-	-
Журавельник цикutowый, трава, настой	-	+	+	-
Душица обыкновенная, листья, соцветия, настой	+	+	-	-
Ива белая или ветла, кора, настой	-	+	+	+
Дягиль лекарственный, корневище с корнями, настой	-	+	-	+
Гравилат речной, листья, трава, отвар	-	+	-	+
Донник лекарственный, трава, настой	+	-	-	+
Дуб, кора, отвар	-	+	+	-
Ольха серая, соплодия, отвар	-	+	+	-

ным противомикробным средствам не развивается устойчивость патогенных микроорганизмов. Достаточная выраженность эффекта достигается сочетанием нескольких растений с разными БАВ. 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 составы микрофлоры толстой кишки определялись по методике Н. В. Литвак.

В состав фитосборов включались препараты с противовоспалительным, вяжущим и репаративным эффектами. В первый триместр использовались комбинации фитопрепаратов исключительно с противовоспалительным и микробицидным действием. Во втором триместре комбинации дополнялись растениями с вяжущим или послабляющим эффектом в зависимости от клиники синдрома «раздраженной» кишки. В третьем триместре к основной схеме добавлялись фитопрепараты и масла с репаративным эффектом (табл. 2). В дальнейшем фитотерапия проводилась по индивидуальным показаниям, в зависимости от клинико-лабораторных данных.

Результаты исследования

Критериями эффективности предложенной схемы лечения были выбрана 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 течение 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 – через 28–32 месяца.

Обсуждение

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

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. 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.

3. Дармов И. В., Чичерин И. Ю., Погорельский И. П., Лундовских И. А. Выживаемость микроорганизмов пробиотиков в условиях *in vitro*, имитирующих процесс пищеварения у человека // Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. – 2011. – № 3. – С. 6–11.

4. Урсова Н. И. Дисбактериозы кишечника в детском возрасте: инновации в диагностике, коррекции и профилактике: Руководство для врачей. – М., 2013. – 243 с.

5. Beyer G., Heimer-Bau M. et al. Impact of moxifloxacin versus claritromycin on normal oropharyngeal microflora // Eur. j. clin. microbiol. inf. dis. – 2000. – № 7. – P. 548–450.

6. Dethlefsen L., Eckburg P. B., Bik E. M., Relman D. A. Assembly of the human intestinal microbiota // Trends ecol evol. – 2006. – № 21. – P. 517–523.

7. Hviid A., Svanstrom H., Frisch M. Использование антибиотиков и воспалительные заболевания кишечника у детей // Gut. – 2011. – № 60. – P. 49–54.

8. Mundy L. M., Sahm D. F., Gilmore M. Relationships between Enterococcal virulence and antimicrobial resistance // Clin. microbiol. rev. – 2000. – № 4. – P. 513–522.

9. 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. – P. 131–138.

Поступила 15.05.2014

**М. М. ХАЧИЯН¹, Е. И. КОНДРАТЬЕВА^{2,3}, С. А. КРАСОВСКИЙ⁴,
А. В. ЧЕРНЯК⁴, Е. И. КЛЕЩЕНКО^{1,2}, В. Ю. БРИСИН¹**

ХАРАКТЕРИСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ ПО ДАННЫМ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИСТРА ЗА 2011 ГОД

¹Отделение клинической фармакологии

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»,

Россия, 350063, г. Краснодар, площадь Победы, 1; тел. 8 (861) 262-54-64. E-mail: dkkbfarm@mail.ru;

²кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

³научно-консультативный отдел муковисцидоза

Медико-генетического научного центра РАМН,

Россия, 115478, г. Москва, ул. Москворечье, 1. E-mail: elenafpk@mail.ru;

⁴лаборатория муковисцидоза НИИ пульмонологии ФМБА,

Россия, 105077, г. Москва, ул. 11-я Парковая, 32. E-mail: sa_krasovsky@mail.ru

Создание Российского регистра больных муковисцидозом и участие в программе Европейского регистра имеют важное значение для больных как в регионе, так и в стране. Результатом создания и ежегодного анализа данных регистра должно явиться понимание следующих принципиальных эпидемиологических показателей: число больных, в том числе умерших, численность, возраст пациентов, их распределение по полу. Анализ регистра больных показал, что доля детей и подростков преобладает над взрослыми (58 детей и 14 взрослых), средний возраст пациентов ниже других регионов страны и мира. Клинико-лабораторные особенности муковисцидоза в Краснодарском крае показали рост осложнений заболевания и инфицированности *Pseudomonas aeruginosa* с возрастом. Общее количество выявленных мутаций – 7, что составило 75%. Результаты регистра ориентируют на принятие адекватных организационных, медицинских и социальных мер при работе с пациентами, страдающими муковисцидозом.

Ключевые слова: муковисцидоз, дети, взрослые, регистр, мутации.

**М. М. KHACHIYAN¹, E. I. KONDRATIEVA^{2,3}, S. A. KRASOVSKY⁴,
A. V. CHERNYAK⁴, E. I. KLESHENKO^{1,2}, V. Y. BRISIN¹**

**CHARACTERISTICS OF CYSTIC FIBROSIS IN THE KRASNODAR REGION
ACCORDING TO A EUROPEAN REGISTER FOR 2011**

¹ Department of clinical pharmacology GBUZ Children's regional clinical hospital QC, Russia, 350063, Victory square, 1; tel. 8 (861) 262-54-64. E-mail: dkkbfarm@mail.ru;