

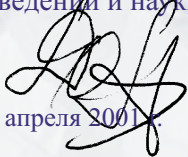
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста

12 апреля 2001 г.

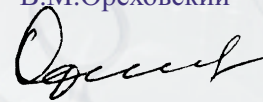


УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский

16 апреля 2001 г.

Регистрационный № 1-0101



ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Минск 2001

[Перейти к оглавлению](#)

Учреждение-разработчик: Гомельский государственный медицинский институт

Автор: канд. мед. наук, доц. А.А. Козловский

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. А.А. Астапов, канд. мед. наук, доц. Л.И. Матуш, д-р мед. наук, проф. Г.А. Шишко

В методических рекомендациях изложены современные подходы к диагностике, терапии и профилактике дисбактериоза кишечника. Представлены патогенетические звенья формирования, классификация, методы диагностики и лечения дисбактериоза кишечника в современных условиях. Методические рекомендации предназначены для гастроэнтерологов, инфекционистов, врачей-педиатров.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ	9
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА	11
ДИАГНОСТИКА	13
ЛЕЧЕНИЕ	15
ПРОФИЛАКТИКА.....	22

ВВЕДЕНИЕ

До настоящего времени остается много спорных вопросов о клинической значимости дисбактериоза кишечника (ДК). Многие врачи ставят диагноз ДК только по результатам бактериологического (часто однократного) исследования кишечной микрофлоры без учета клинической симптоматики и особенностей развития ребенка. При таком подходе к постановке диагноза частота ДК у практически здоровых детей, по данным И.Н. Блохиной, В.Г. Дорофейчук (1979), достигает 50%. Я.С. Циммерман считает, что сам термин ДК является понятием микробиологического плана, с чем нельзя не согласиться, так как под этим подразумевается нарушение соотношений ингредиентов нормальной микрофлоры кишечника. В большинстве случаев ДК не является самостоятельным заболеванием и не может трактоваться как основной диагноз.

Дисбактериоз кишечника — это нарушение качественного состава и популяционного уровня симбиотической микрофлоры кишечника, возникающее под воздействием различных причин и имеющее клинические проявления болезни.

Проблема кишечного дисбактериоза у детей остается весьма актуальной, поскольку он выступает на первый план при патологии желудочно-кишечного тракта, аллергических заболеваниях, при длительном использовании антибиотиков. ДК диагностируется у 70–90% детей, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями гастродуоденальной (гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь) и гепатобилиарной систем, и у 100% детей при заболеваниях кишечника.

Становление микробного биоценоза ребенка начинается с первых этапов жизни. Во время родов при заглатывании околоплодных вод происходит поступление микрофлоры родовых путей матери и колонизация вагинальной флоры в пищеварительной системе ребенка. После рождения происходит колонизация кишечника микробами матери, персонала и окружающей среды, которые в основном представлены аэробами и факультативно анаэробами. Бифидофлора выявляется у половины детей, которые прикладываются к груди в первые сутки после рождения. Более позднее прикладывание детей дает заселение бифидобактериями лишь у каждого 3–4-го ребенка. Начиная с 4-го дня жизни, в толстой кишке новорожденного определяются лактобактерии, эшерихии, стрептококки, стафилококки. К концу первой недели жизни возрастает титр лактобактерий, эшерихий, бифидобактерий, появляются бактероиды, клостридии, анаэробные кокки.

Флора ребенка первого года жизни находится в прямой зависимости от характера вскармливания. Основную роль в формировании биоценоза кишечника новорожденных играет грудное молоко. В грудном молоке содержится ряд факторов, способствующих формированию нормальной микрофлоры. Это так называемые бифидогенные факторы: лактоза, бифидогенный фактор Рейно, фактор Penndi Gyorgy, бифидус фактор Petuelly, ненасыщенные жирные кислоты. В грудном молоке присутствуют также защитные факторы: секреторный IgA, лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза, лимфоциты и макрофаги.

Огромное количество различных микробов колонизирует толстую кишку, составляя ее резидентную микрофлору: 17 семейств, 45 родов и около 500 видов. Микрофлора кишечника подразделяется на две части: облигатную (микроорганизмы, постоянно входящие в состав нормальной флоры и играющие важную роль в метаболических процессах и защите организма хозяина от инфекции) и факультативную (бактерии, часто встречающиеся у здоровых людей, но являющиеся условно-патогенными как этиологические факторы заболеваний в случае снижения резистентности макроорганизма).

Выявляются также микробы, не относящиеся к постоянным представителям микрофлоры кишечника, поступающие, очевидно, с не обработанными термически овощами и фруктами. Периодически в просвете кишечника здорового человека может обнаруживаться небольшое количество возбудителей инфекционных болезней, не приводящих к развитию патологического синдрома до тех пор, пока защитные системы организма хозяина препятствуют их размножению. Количественный состав представителей нормальной микрофлоры кишечника здорового человека представлен в **табл. 1**.

Количественные соотношения между различными микробными популяциями стабильны. Доминирующими представителями облигатной микрофлоры являются неспорообразующие анаэробы: бифидо- и лактобактерии, бактероиды. Бифидобактерии и бактероиды составляют 85–98% микрофлоры кишечника.

Количественный состав микрофлоры кишечника

Наименование	Количество в 1 г фекалий	Примечание
Бифидобактерии	$10^9 - 10^{11}$	Находятся в толстом кишечнике
Лактобактерии	$10^7 - 10^8$	Находятся во всех отделах ЖКТ
Эшерихии (аэробы)	$10^6 - 10^8$	До 5% лактозонегативных и до 10% со сниженными ферментативными свойствами
Условно-патогенная микрофлора: стафилококки (сапрофитный, эпидермальный)	Не более 10^4	0,001–0,005% от всей флоры. Присутствуют практически во всех отделах ЖКТ, не вызывая патологического процесса до тех пор, пока не снижается резистентность организма
Клостридии факультативные, спорообразующие анаэробы	10^3	
Грибы рода <i>Candida</i>	до 10^4	

Дисбактериоз кишечника у детей

Микробы фиксированы к эпителиоцитам кишечной стенки благодаря наличию на их поверхности специфических рецепторов, представляющих собой гликофинголипиды, количество которых генетически предопределено, а адгезия микробов обеспечивается присутствием на их наружной мембране лектинов (соединений белковой природы, содержащих гликопротеины), которые соответствуют этим рецепторам.

Нормальная микрофлора кишечника выполняет ряд функций, основными из которых являются следующие:

1. Обеспечение колонизационной резистентности организма.
2. Участие в синтетической, пищеварительной и детоксицирующей функциях кишечника.
3. Стимуляция синтеза биологически активных веществ.
4. Поддержание высоких уровней лизоцима, секреторных иммуноглобулинов, интерферона, важных для иммунологической резистентности.
5. Морфокинетическое действие и усиление физиологической активности желудочно-кишечного тракта.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Нарушение микробиоценоза кишечника приводит к расстройству его моторики, функций переваривания и всасывания. При ДК ограничивается поступление в организм пластического и энергетического материала, усиливается поступление токсинов и аллергенов, нарушаются все виды метаболизма и иммунитет. В раннем детском возрасте ДК, 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.

Развитию ДК способствует множество факторов экзогенной и эндогенной природы. К экзогенным факторам относятся, в первую очередь, экологические и климатогеографические условия, а также характер и качество питания, профессионально-бытовые условия. К эндогенным факторам, способствующим развитию дисбиоза кишечника, относят инфекционные и соматические заболевания, нарушения в режиме питания, медикаментозную терапию (антибиотики, сульфаниламиды, гормоны, цитостатики), врожденные и приобретенные иммунодефициты, гормональную перестройку организма, постоянное стрессовое воздействие.

У детей раннего возраста ДК связан с несовершенством защитных реакций организма, а также с факторами риска, которым подвергается ребенок с момента рождения:

- генитальные и экстрагенитальные заболевания матери;
- осложнения при родах (длительный безводный период, затяжные роды и т.д.);
- длительное пребывание в родильном доме;
- заболевания ребенка в периоде новорожденности (асфиксия, перинатальное поражение ЦНС и т.д.);
- физиологическая незрелость моторной функции кишечника;

Дисбактериоз кишечника у детей

- позднее прикладывание к груди;
- искусственное и смешанное вскармливание;
- неблагоприятный преморбидный фон.

Классификация дисбактериоза кишечника (по Блохиной И.Н., Дорофейчук В.Г. , 1979)

Клиническая форма:

1. Латентная.
2. Локальная (местная).
3. Генерализованная:
 - с бактериемией;
 - с генерализацией инфекции;
 - с сепсисом;
 - с септикопиемией.

Вид:

1. Изолированный (стафилококковый, протейный, грибковый и др.).
2. Ассоциированный (протейно-клебсиеллезный и др.).

Степень компенсации (по соотношению анаэробы/аэробы):

1. Компенсированная.
2. Субкомпенсированная.
3. Декомпенсированная.

Пример формулировки диагноза: лактазная недостаточность. Дисбактериоз кишечника, локальная форма, ассоциированный вид (протейно-грибковый), субкомпенсированный.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА

Латентная (субклиническая) форма характеризуется нарушением микробного пейзажа кишечника под воздействием патогенных факторов. Однако клинические проявления еще не характерны.

Для *локальной (местной) формы* характерны неустойчивый стул (неоформленный стул 2–4 раза в сутки в течение нескольких дней, чередующийся с запорами), метеоризм, чаще во второй половине дня, металлический привкус во рту, боли в животе различного характера.

Генерализованная форма с бактериемией проявляется периодической бактериемией и лихорадкой от одного часа и более, сопровождается бактериурией, лейкоцитурией, бактериохолией; *с генерализацией инфекции* — характерна однотипная этиология энтероколита, пневмонии, пиелонефрита, отита; *с сепсисом и септикоциемией* — чаще развивается у ослабленных детей с иммунодефицитами.

При *компенсированном дисбактериозе* наблюдается преобладание анаэробной флоры над аэробной; бифидо- и лактобактерии выделяются в разведениях 10^9 – 10^{10} КОЕ/г или одна из этих форм в разведении 10^7 – 10^8 КОЕ/г; условно-патогенные бактерии (не более двух видов) высеваются в разведениях 10^2 – 10^4 КОЕ/г. Клинические проявления не наблюдаются или минимальны.

Для *субкомпенсированной формы дисбактериоза* характерно угнетение анаэробных бактерий, общее их количество примерно равно содержанию аэробов. Условно-патогенные микробы выделяются в ассоциациях в разведениях 10^6 – 10^7 КОЕ/г. Полноценные кишечные палочки заменяются атипичными лактозонегативными и гемолизирующими. Клинические проявления — от минимальных до разной степени выраженности.

Дисбактериоз кишечника у детей

При декомпенсированном дисбактериозе преобладает аэробная флора, иногда вплоть до полного отсутствия бифидо- и лактобактерий. Наиболее часто встречается патогенный стафилококк, протей, дрожжеподобные грибы рода *Candida*, клебсиелла, реже — клостридии, синегнойная палочка и другие. Общей особенностью этих микроорганизмов является множественная резистентность к антибиотикам. Условно-патогенные бактерии не только проникают из толстого кишечника в тонкий, но могут появляться и в других органах и тканях.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз ДК подтверждается путем посева фекалий на разные питательные среды с подсчетом количества анаэробных и аэробных представителей и отдельных штаммов.

Бактериологическими признаками ДК являются:

- снижение или исчезновение колоний бифидофлоры;
- снижение или повышение общего количества кишечной палочки;
- увеличение количества кишечной палочки с измененными ферментативными свойствами;
- уменьшение количества полноценной кишечной палочки;
- увеличение количества энтерококков;
- наличие условно-патогенной флоры.

Показания к исследованию микробного пейзажа кишечника:

- длительные дисфункции кишечника невыясненной этиологии;
- реконвалесценты после дизентерии при затяжном течении заболевания или бактериовыделении;
- инфекционные заболевания с кишечными расстройствами, вызванными длительным лечением антибиотиками, сульфаниламидами, гормонами, цитостатиками;
- частые респираторные вирусные инфекции и проявления аллергического диатеза;
- ослабленный соматический фон у недоношенных и новорожденных детей, получающих раннее искусственное вскармливание;
- гипоиммунные состояния;
- врожденные и приобретенные синдромы нарушенного мембранного пищеварения и всасывания;

Дисбактериоз кишечника у детей

- хронические расстройства питания;
- хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и гельминтозы.

Помимо основного бактериологического метода определения ДК по методу Эпштейн-Литвак, предлагаются дополнительные:

- биохимический экспресс-метод определения протеолитической активности супернатантов фекалий;
- высоковольтная хроматография на бумаге по обнаружению бета-аспартилглицина, бета-аспартиллизина, бета-аланина, 5-аминовалериановой и гамма-аминомасляной кислот и др.;
- ионная (определение биогенных аминов, желчных и карбоновых кислот, ароматических соединений) и газожидкостная хроматография (обнаружение в фекалиях летучих жирных кислот — уксусной, валериановой, капроновой, изомазляной и др.);
- микроскопия фекального мазка;
- определение антилизоцимной ДНК-азной и РНК-азной активности.

Косвенно о ДК можно судить по обнаружению лактозы в кале (в норме расщепляется кишечной палочкой), наличию тканевого белка в кале (поражение слизистой оболочки), повышению содержания иммуноглобулинов М и G в кале.

ЛЕЧЕНИЕ

Сформировавшиеся ДК трудно поддаются лечению, и для полного выздоровления, сопровождающегося нормализацией микрофлоры кишечника и восстановлением эубиоза, требуется длительное время. Учитывая, что число факторов, способствующих развитию ДК у детей, велико и спектр их возрастает, разработка эффективных методов профилактики и лечения указанной патологии является одной из важных проблем современной медицины.

Лечебные программы по восстановлению нарушенной микрофлоры должны строиться с учетом возможных факторов, приводящих к ее изменению. Имея в своем арсенале широкий спектр различных препаратов, для выбора конкретных лекарств врач должен проанализировать индивидуальные изменения в организме ребенка с учетом преморбидного фона, возраста, характера вскармливания, аллергических реакций, перенесенных кишечных инфекций, а также препаратов, используемых для терапии основного заболевания.

При изменении микрофлоры необходима *коррекция питания* с учетом моторики, секреторных изменений и ферментативной активности желудочно-кишечного тракта и дополнительным введением витаминно-минеральных комплексов. В настоящее время широкое распространение получает так называемое функциональное питание, при котором употребляются готовые пищевые продукты с добавками (биопрепараты, антиоксиданты, каротиноиды, ферменты и другие субстраты). Для детей раннего возраста широко применяются сладкие и кисломолочные смеси, обогащенные представителями микрофлоры: ацидофильная «Малютка», «Биолакт адаптированный», «Бифилин», «Бифидолакт», «Бифилайф», «Виталакт», «Тонус» и ряд других.

Большое значение для коррекции микрофлоры кишечника имеют *пищевые волокна* (пектины, лигнины, целлюлоза, гемицеллюлоза), являющиеся естественными энтеросорбентами и влияющие на состав микробиоценоза. Микробная флора использует пищевые волокна в качестве субстрата для жизнедеятельности. Однако следует помнить, что продукты их метаболизма могут оказывать как физиологическое, так и токсическое действие. Пищевые волокна в большом количестве содержатся в отрубях, морской капусте, яблоках, моркови, красной рябине и других овощах и фруктах. Поступая в толстую кишку, пищевые волокна подвергаются воздействию глюкозидаз. Глюкоза является субстратом для многих анаэробных бактерий. Велика роль и других образующихся метаболитов (молочная кислота, другие короткоцепочечные монокарбоновые кислоты), являющихся субстратом для восстановления кишечного эпителия. Пропионовая кислота регулирует микроциркуляцию толстой кишки через сосудистые сфинктеры, бутират участвует в пролиферации и дифференцировке эпителия кишечника. Пищевые волокна существенно снижают уровень эндогенного гистамина и других биологических аминов, которые реализуют аллергические проявления при болезнях пищеварительной системы.

Хорошо зарекомендовали себя *кислотообразующие препараты*, не содержащие живых бактерий, но содержащие стерильный концентрат продуктов обмена веществ бактерий: хилак форте или нормазе. Препараты высокоэффективны при наличии запоров и аллергического компонента. Их назначают вместе с бифидумбактерином.

Для улучшения расщепления и всасывания пищевых ингредиентов используются *пищеварительные ферменты* (панкреатин, ораза, фестал, мезим форте, энзистал, креон), предотвращающие гнилостные процессы. В последнее время с хорошим эффектом применяются комбинированные препараты вобензим, флагензим. Курс использования этой группы препаратов, как правило, не превышает 3–4 недель.

Применение *энтеросорбентов* особенно важно в условиях возрастания полирезистентности микробов к антибиотикам. Сорбенты обладают высокой сорбирующей активностью по отношению к экзо- и эндотоксинам, метаболитам бактерий, желчным кислотам, а также к самим бактериям и вирусам. Применяются сорбенты на основе гранулированных активированных углей: «Карболен», «Микросорб П», активированный уголь, энтеросорбент СКН, «Карболонг», «Полифепан», билигнин и другие. Природный энтеросорбент смекта способствует улучшению свойств слизи желудочно-кишечного тракта, повышению резистентности слизистой оболочки, имеет цитопротективное действие. С хорошим терапевтическим эффектом применяются новые сорбенты — СУМСИ и «Альгисорб», они быстро выводят различные метаболиты, нормализуют показатели микрофлоры. Энтеросорбенты чаще назначают при декомпенсированном ДК коротким курсом (до 7 дней).

Широкое распространение получили *пробиотики* — бактериальные препараты на основе живых микроорганизмов, представителей нормальной микрофлоры (табл. 2).

*Препараты, регулирующие равновесие
кишечной микрофлоры*

Препарат	Возраст ребенка			Способ применения, курс лечения
	3 мес.– 1год	1–3 года	старше 3 лет	
Бифидумбактерин сухой	5 доз	5 доз	5 доз	внутри 2–3 раза в день от 4 недель до 4 мес.
Лактобактерин сухой	3 дозы	3–5 доз	5–10 доз	внутри 2–3 раза в день от 2 недель до 2 мес.
Колибактерин	–	–	6–9 доз	внутри 2 раза в день в течение 2–3 недель
Бификол сухой	2 дозы	3–4 дозы	5–6 доз	внутри 2 раза в день в течение 2–3 недель
Линекс	1 капсула	1–2 капсулы	2 капсулы	внутри 3 раза в день в течение 5–7 дней
Бактисубтил (флонивин БС)	1 капсула	1 капсула	1–2 капсулы	внутри 3–4 раза в день в течение 2–4 недель
Хилак форте	5–10 капель	10–20 капель	15–20 капель	внутри 2–3 раза в день в течение 2 недель
Ацилакт	5 доз	5 доз	5 доз	внутри 2 раза в день в течение 3–4 недель
Бифидумбактерин форте	2,5 дозы	5–15 доз	15–25 доз	внутри в 3–4 приема в течение 2–4 недель
Аципол	5 доз	5 доз	5 доз	внутри 2–3 раза в день в течение 10–15 дней
Бифилин	5 доз	5 доз	5 доз	внутри 2 раза в день в течение 2–3 недель
Бифацид	5 доз	5 доз	5 доз	внутри 2 раза в день от 2 недель до 2 мес.

Препарат	Возраст ребенка			Способ применения, курс лечения
	3 мес.– 1год	1–3 года	старше 3 лет	
Бифиформ	1 капсула	1 капсула	1 капсула	внутри 2–3 раза в день в течение 7 дней
Тревис	1/2 капсулы	1 капсула	1 капсула	внутри 3 раза в день в течение 5–7 дней
Биофруктолакт	1 табл.	1 табл.	1 табл.	внутри 2–3 раза в день в течение 5–7 дней
Нутролин–В	1 капсула	1–2 капсулы	1–2 капсулы	внутри 2 раза в день в течение 2 недель
Бактиспорин	1/2 дозы	1 доза	1 доза	внутри 2 раза в день в течение 7–10 дней
Биоспорин	1 доза	1–2 дозы	1–2 дозы	внутри 2 раза в день в течение 2–3 недель
Энтерол	1 капсула	1 капсула	1 капсула	внутри 2 раза в день в течение 7–10 дней
Бактериофаг стафилококковый	5–10 мл	10–15 мл	20–25 мл	в клизме 2 раза в день, 2–3 курса по 5 дней
Бактериофаг колипротейный	10 мл	15–20 мл	25–30 мл	в клизме 2 раза в день, 2–3 курса по 3 дня
Бактериофаг синегнойный	5–10 мл	10–15 мл	20–30 мл	в клизме 2 раза в день, 2–3 курса по 5 дней
Бактериофаг комбинированный	5 мл	5–10 мл	10 мл	в клизме 2 раза в день в течение 10–15 дней
Интестифаг	5 мл	5 мл	–	в клизме 2 раза в день, 3 курса по 3 дня

Для бифидумбактерина, лактобактерина, кисломолочного бифидумбактерина характерна способность выживать в кислой среде, эффективно прикрепляться к эпителиоцитам, осуществлять колонизацию слизистой, продуцировать антимикробные субстанции, стимулировать иммунную систему, предупреждать избыточный рост и размножение патогенных микроорганизмов, восстанавливать нормальную микрофлору.

В ряде препаратов имеется сочетание микроорганизмов: бификол (бифидо- и колибактерии), бифиформ (бифидобактерии и энтерококки), бифоцит (бифидо- и лактобактерии), линекс (три штамма лактобактерий). Имеются также комплексные препараты: бифидумбактерин форте (с косточковым сорбентом), бифилиз (с лизоцимом), нутролин В (с витаминами группы В), кипацид (с иммуноглобулином). В настоящее время появляются рекомбинантные препараты (субалин).

Широкое применение бактериальных препаратов, содержащих аэробные спорообразующие бактерии (бактисубтил, споробактерин и др.), малообоснованно и, по мнению Ю.Г. Мухиной (1999), требует строгого подхода к их назначению.

В настоящее время при неэффективности коммерческих бактериальных препаратов в силу слабой их приживаемости в кишечнике больного могут использоваться аутоштаммы бифидо- и лактобактерий. Особенно рекомендуется данная группа препаратов больным, длительно получающим цитостатики, глюкокортикоиды, антибиотики.

При субкомпенсированном и декомпенсированном ДК необходимо назначать препараты, обладающие селективной антибактериальной активностью. Различные фаги часто бывают эффективны в лечении дисбактериозов. В настоящее время используют стафилококковый, клебсиеллезный, пиобактериофаг, интестибактериофаг, синегнойный и другие фаги.

Антибактериальные средства назначают при субкомпенсированном и декомпенсированном ДК, когда отсутствует эффект от бактериофагов. Применение антибиотиков должно быть резко ограничено в связи с их низкой клинической эффективностью, лекарственной устойчивостью, наличием побочных реакций в виде токсичности, удлинения бактериовыделения, подавления иммунитета и др. Антибиотики показаны лишь при декомпенсированном ДК, вызванном условно-патогенными энтеробактериями (клебсиелла, протей и др.), и в связи с опасностью генерализации процесса. Из антибактериальных препаратов используют фуразолидон, эрцефурил, хлорофилипт, метронидазол, невидгамон, бисептол, нифуроксазид, сиралиден, интетрикс, флюконазол (дифлюкан), низорал.

В комплексную терапию дополнительно могут включаться иммуномодулирующие средства, витамины, стабилизаторы клеточных мембран, микроэлементы.

Результат лечения зависит от эффективности терапии основного заболевания, адекватности выбора комплекса терапии и от особенностей организма ребенка.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика ДК должна начинаться еще до рождения ребенка. Основным источником контаминации микробной флоры для новорожденного ребенка является мать. Различные инфекционно-воспалительные заболевания беременной, острые и хронические бактериальные поражения слизистых наружных гениталий приводят к нарушению биоциноза влагалища и способствуют патогенной микробной контаминации новорожденного уже интранатально. Поэтому беременным женщинам с указанной выше патологией необходимо своевременно проводить санацию очагов инфекции.

В дальнейшем профилактика ДК должна осуществляться непосредственно в родильном доме. Суть данной профилактики — комплекс следующих мероприятий: проведение бережного родоразрешения, раннее прикладывание к груди матери, помещение новорожденного в палату совместного пребывания матери и ребенка, профилактика и лечение гипогалактии, а также рациональное и строго обоснованное проведение антибиотикотерапии у матери и ребенка.

Одним из способов профилактики ДК у детей из группы риска является введение ребенку через несколько часов после рождения бифидумбактерина. Это наиболее физиологичный и естественный метод профилактики. С целью профилактики ДК у детей младшего и старшего возраста рекомендуется включать в рацион продукты с большим содержанием клетчатки (овсяные хлопья, отруби, овощные салаты с добавлением растительного масла), пектиносодержащие ягоды и фрукты и соки из них (яблоки, клюква, брусника, земляника, черника, смородина, абрикосы, грейпфруты), кисломолочные продукты, содержащиебиотики (бифилин).

Дисбактериоз кишечника у детей

Помимо рационального питания, в основе профилактики ДК лежат соблюдение правил личной гигиены, общеукрепляющие мероприятия, назначение антибактериальных препаратов лишь по строгим показаниям. Применение антибиотиков следует сочетать с витаминами (тиамин, рибофлавин, пиридоксин, витамин К, аскорбиновая и никотиновая кислоты), благоприятно влияющими на функциональное состояние кишечника и его микрофлору, а также с ферментными препаратами, что предупреждает возникновение кишечного дисбактериоза.