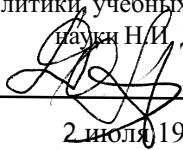


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

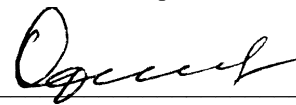
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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



2 июля 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М. Ореховский



8 июля 1999 г.

Регистрационный № 51-9904

КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Учреждение-разработчик:

Белорусский научно-исследовательский институт охраны материнства и детства МЗ

Авторы: д-р мед. наук, проф. Г.А. Шишко, канд. мед. наук Т.И. Корнилова, Л.И. Вязова, канд. техн. наук Л.В. Сафроненко, канд. мед. наук А.А. Кукулянский, канд. мед. наук А.Д. Соколовская

Рецензенты: канд. мед. наук А.А. Астапов, канд. мед. наук Л.И. Матуш

Представлены особенности становления кишечного микробиоценоза, клиническая характеристика, классификация и коррекция дисбактериоза кишечника у новорожденных и детей грудного возраста.

Предназначены для врачей-неонатологов, педиатров. Могут использоваться и для студентов педиатрических факультетов.

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

ВВЕДЕНИЕ

Организм человека с населяющей его микрофлорой представляет сложную экологическую систему, находящуюся в состоянии динамического равновесия.

Из многочисленных микроорганизмов, поступающих в пищеварительный тракт, лишь определенные виды находят там оптимальные условия для существования, образуя нормальный микробиоценоз.

Микрофлора кишечника играет существенную роль в колонизационной резистентности макроорганизма, участвует в метаболических процессах, синтезе витаминов, ферментов, незаменимых аминокислот, способствует усвоению минеральных и биологически активных веществ, стимулирует клеточный иммунитет, а также синтез секреторных и сывороточных иммуноглобулинов и неспецифических факторов защиты.

Несмотря на возможность саморегуляции, состав кишечной микрофлоры может быстро меняться под воздействием различных вредных факторов: загрязнение окружающей среды, сезонные колебания, воздействие ионизирующей радиации, нерациональное питание, антибиотикотерапия.

Для детей первых месяцев жизни предрасполагающую роль в развитии патологических сдвигов в кишечном микробиоценозе играют: внутриутробное инфицирование, соматический, гинекологический, акушерский, иммунологический статусы матери, характер вскармливания ребенка с первых часов жизни.

Изменения в составе микрофлоры могут быть незначительными, без клинической реализации, носить транзиторный характер и при устранении воздействия вредного фактора самопроизвольно нормализоваться. Это, вероятно, связано с повышенной функциональной активностью отдельных представителей микрофлоры и только при нарушении ее функциональной способности (антагонистической, метаболической, иммуноиндуцирующей) появляются те или иные клинические проявления. Таким образом, под дисбактериозом кишечника следует понимать не просто изменение количества различных представителей кишечной микрофлоры, но и нарушение их функции, сопровождающееся клинической симптоматикой. Дисбактериоз представляет собой сложный симптомокомплекс, который тягощает и усугубляет течение основного заболевания, а при ряде заболеваний является основным звеном в патогенезе.

ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

Основными представителями нормальной кишечной микрофлоры у детей грудного возраста являются бифидобактерии и лактобациллы. Лидирующее место принадлежит бифидофлоре (85–99%).

Начало работ по исследованию кишечной микрофлоры и ее клинического значения связано с именем И.И. Мечникова.

Бифидофлора является одним из естественных защитных факторов организма ребенка, поддерживающим нормальное количественное соотношение анаэробной и аэробной части аутофлоры кишечника. Механизм антагонистического действия бифидобактерий связан с тем, что они являются сильными кислотообразователями. Будучи гетероферментативными микроорганизмами, бифидобактерии в процессе жизнедеятельности продуцируют молочную кислоту, летучие уксусную и в небольшом количестве муравьиную кислоты. Создавая в

кишечнике кислую среду, они тем самым препятствуют как размножению патогенной, гнилостной и газообразующей микрофлоры, так и образованию ими индола, скатола, сероводорода и других веществ. Кислая среда способствует всасыванию витамина Д, железа, ионов кальция. Бифидобактерии оказывают ингибирующее действие в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и препятствуют их размножению в кишечнике. Обильная прослойка бифидофлоры на поверхности слизистой кишечника выполняет роль экрана, лимитирующего доступ возбудителям кишечных инфекций к месту их патогенного действия.

Дефицит бифидофлоры ведет к снижению общей сопротивляемости организма, нарушению процессов обмена веществ, подавлению нормальной перистальтики кишечника и сопровождается заселением кишечника условно-патогенной микрофлорой.

С элиминацией бифидобактерий наступает «биологическое расторможение» и преимущественное заселение кишечника условно-патогенными микроорганизмами, возникают условия для реализации их действия.

Немаловажное значение в обеспечении антимикробной защиты организма принадлежит также лактобациллам. Синтезируя бактериоцины и бактериоциноподобные факторы, они способны препятствовать развитию патогенных микроорганизмов. Ингибиторное действие лактобацилл главным образом сопряжено с молочной кислотой, а затем и с антибиотическими веществами, которые они продуцируют. В эксперименте доказано влияние лактобацилл на иммунную систему.

Аэробными составляющими нормальной микрофлоры дистального отдела пищеварительного тракта являются энтеробактерии. Типичные их представители — эшерихии, которые, наряду с энтерококками и рядом других микроорганизмов, принадлежат к остаточной части нормальной микрофлоры. Они вызывают постоянное антигенное раздражение системы иммунитета, в том числе местного, поддерживая ее в физиологически активном состоянии. Эта активация сопровождается секрецией иммуноглобулинов.

Достаточно разнообразно в микрофлоре пищеварительного тракта представлены также кокковые микроорганизмы (стрептококки, пептострептококки и другие).

Микробы кишечника, участвуя в разнообразных метаболических процессах, способствуют согласованной работе различных органов и систем макроорганизма.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Плод, находящийся в стерильных условиях, впервые встречается с микробами при прохождении через родовые пути матери. Эволюционно сложилась ситуация, при которой основными обитателями влагалища женщины являются лактобациллы. Во многих исследованиях выявлена идентичность условно-патогенной микрофлоры родовых путей матери и желудочно-кишечного тракта новорожденного.

Из огромного числа микроорганизмов, непрерывно поступающих в пищеварительный тракт, только определенные виды находят в кишечнике ребенка благоприятные условия для существования, создавая нормальный кишечный микробиоценоз (табл. 1).

Таблица 1

**Критерии нормальной кишечной микрофлоры у детей
первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании**

Микрофлора	Новорожденные дети		Дети первого года
	< 3 недель	> 3 недель	
<i>E. coli</i> с нормальной активностью	10^2 и >	10^4 и >	10^6-10^8
<i>E. coli</i> со сниженной биохимической активностью (лактозоотрицат)	Не более 10% от суммы всех <i>E. Coli</i>		
<i>E. coli</i> гемолизирующая	0	0	0
Микробы рода <i>Proteus</i>	0	0	0
Другие УП энтеробактерии и псевдомонады	$0-10^4$	$0-10^4$	$0-10^4$
<i>S. aureus</i>	0	0	0
Коагулазоотрицательные стафилококки (<i>S. epidermidis</i> , <i>S. saprophiticus</i>)	$0-10^4$	$0-10^4$	$0-10^4$
Дрожжи и дрожжеподобные грибы (<i>Candida</i> sp.)	$0-10^4$	$0-10^4$	$0-10^4$
Клостридии	0	0	$0-10^4$
Лактобациллы	$0-10^4$	$0-10^5$	10^5 и >
Бифидобактерии	10^6 и >	10^7 и >	10^8-10^{11}

Кишечник колонизируют последовательно кишечные палочки, энтерококки, клостридии. Клостридии быстро, в течение нескольких дней, исчезают из кишечника. Бифидобактерии и лактобациллы появляются приблизительно через сутки после рождения. Количество бифидобактерий к третьей неделе обычно достигает уровня 10^9 КОЕ/г.

Период становления биоценоза кишечника у новорожденных можно рассматривать как состояние транзиторного дисбиоза и ряд авторов выделяют три его фазы: 1) асептическая фаза (длится 10–20 ч) характеризуется стерильным меконием); 2) фаза заселения кишечного тракта кокками и другими микробами (первые 2–4 дня жизни), постоянная флора еще не сформирована; 3) стабилизации бифидобактерии становятся основой микробного пейзажа (5–10 день жизни). Эта фаза отодвигается у детей, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании.

При несоблюдении санитарных норм, неправильном вскармливании, дефектах ухода транзиторный дисбиоз пролонгируется и может стать основой для развития дисбактериоза кишечника с соответствующими клиническими проявлениями.

Важным регулирующим фактором для формирования нормальной микроэкологии кишечника является раннее начало естественного вскармливания. С материнским молоком и особенно с молозивом ребенок получает систему пассивной иммунной защиты, активную в отношении большинства патогенных и условно-патогенных бактерий.

Формированию оптимального микроэкологического статуса ребенка на естественном вскармливании способствуют биологически активные компоненты грудного молока: IgA, M, G, SIgA, лизоцим, лактоферрин, третий компонент комплемента, лактопероксидаза, антистафилококковый фактор, клеточные элементы — макрофаги, лейкоциты, Т- и В-лимфоциты, которые отсутствуют в детских питательных смесях. Ielliff (1978) объясняет превалирование бифидобактерий в кишечнике детей при естественном вскармливании высоким содержанием в женском молоке факторов роста, необходимых для развития бифидофлоры. По мнению Vestergs (1980), Grutt (1982), росту бифидобактерий способствуют незначительное содержание протеина и низкая буферная емкость молока в сочетании с высокой концентрацией лактозы. В материнском молоке содержится обилие бифидус-факторов, стимулирующих развитие бифидобактерий, обладающих выраженной антагонистической активностью по отношению к сопутствующей флоре.

Раннее прикладывание здорового ребенка к груди матери и создание условий, обеспечивающих только грудное вскармливание, исключает патологическую колонизацию микробами и способствует физиологическому формированию микробиоценоза пищеварительного тракта.

Формирование различных ферментативных систем у плода происходит разными темпами и обуславливает значительное своеобразие процессов пищеварения у новорожденных, особенно у недоношенных детей. Их кишечная микрофлора имеет различный характер в зависимости от степени доношенности, отягощения патологией и длительности получения антибиотиков. У детей, родившихся на 4–5 недель раньше срока с массой от 2000 до 2500 г и не имеющих отягощения организма патологией, характер микрофлоры кишечника укладывается в картину микрофлоры испражнений здоровых доношенных новорожденных или имеет от нее небольшие отклонения. У глубоко недоношенных детей, как правило, отягощенных патологией, характер микрофлоры кишечника резко меняется.

В настоящее время наблюдается значительные сдвиги в микрофлоре детей, вызванные такими неблагоприятными факторами, как экологическое неблагополучие, массовое бесконтрольное применение антибиотиков и химиотерапевтических препаратов, повышенный радиационный фон, нерациональность питания. В результате этих воздействий развивается сложный симптомокомплекс, представляющий длинную цепь нарушений жизненно важных процессов в организме ребенка — дисбактериоз.

В группу риска по развитию дисбактериоза кишечника относятся дети, имеющие перинатальные поражения центральной нервной системы, асфиксию при рождении, перенесшие инфекционно-воспалительные заболевания и получавшие в связи с этим антибактериальные препараты, а также недоношенные новорожденные и дети, находящиеся на искусственном вскармливании.

Патологические изменения в кишечном микробиоценозе находятся в прямой зависимости от элиминации бифидофлоры. Дефицит ее способствует заселению кишечника новорожденного ребенка условно-патогенной микрофлорой. В результате происходит угнетение иммунобиологических сил макроорганизма, нарушаются процессы пищеварения, всасывания, обмена, ухудшается усвоение железа, кальция, страдает витаминосинтезирующая функция микрофлоры кишечника. Наблюдается не только повышенное выделение ферментов с фекалиями, но и повышенный выброс иммуноглобулинов. Дисбактериоз сопровождается снижением общей иммунологической реактивности организма, бактерицидной активности сыворотки крови и лизоцима.

Измененная микрофлора кишечника оказывает самое непосредственное влияние на состояние стенки кишечника, о чем свидетельствует наличие тканевого белка в кале у детей первых месяцев жизни. Это является результатом нарушения динамического равновесия между микрофлорой и слизистой оболочкой кишечника и связано с изменением ферментативной активности микрофлоры, ее состава и локализации. Нарушается кишечный барьер и появляется возможность формирования входных ворот для инфекции в кишечнике ребенка уже в периоде новорожденности.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА

Дисбактериоз кишечника чаще и быстрее возникает у детей первого года жизни. В этом возрасте любая кишечная инфекция в 100% случаев сопровождается дисбактериозом, осложняет и затягивает течение основного заболевания.

Диагностика дисбактериозов основана на применении микробиологических, биохимических и клинических методов исследования. Однако в повседневной практике она обычно сводится к определению количественного и качественного состава микрофлоры кишечника классическим способом (посев многократных разведений фекалий на соответствующие питательные среды с последующим выращиванием и идентификацией бактерий).

Клиника дисбактериоза кишечника довольно разнообразна: от незначительных функциональных нарушений, протекающих по типу диспепсии, запоров, кишечных колик, до тяжелых нарушений в состоянии здоровья ребенка.

Клинические проявления дисбактериоза делятся на общие и местные. К наиболее характерным местным симптомам относятся расстройства стула, метеоризм и боли в животе. Пальпаторно часто выявляется болезненность по ходу толстого кишечника. Общими проявлениями являются ухудшение состояния, снижение темпов нарастания массы тела, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, анемия, синдром нарушенного кишечного всасывания.

Клиническими симптомами дисбактериоза кишечника у новорожденного ребенка является снижение аппетита, уплощение кривой массы тела, развитие гипотрофии, появление срыгивания, ухудшение общего состояния, умеренные симптомы интоксикации, метеоризм и кишечный синдром.

У детей первых месяцев жизни дисбактериоз кишечника чаще протекает по типу диспепсии. Стул становится обильным, жидким, диспепсическим или кашицей, иногда пенистым, с белыми комочками, кислым запахом, патологическими примесями.

У недоношенных детей самыми частыми клиническими симптомами кишечного дисбактериоза являются: остановка прибавки веса, срыгивания, метеоризм.

При возникновении синдрома нарушенного кишечного всасывания в клинической картине доминирует диарея с гнилостным брожением, стеаторея, метеоризм, вздутие кишечника, снижение массы тела, симптомы полигиповитаминоза. Может развиваться токсико-дистрофическое состояние.

Существует несколько классификаций дисбактериоза.

В клинической практике чаще используется классификация И.Н. Блохиной (1981), согласно которой выделяют 3 степени дисбактериоза кишечника:

I степень — компенсированный дисбактериоз. Анаэробная флора преобладает над аэробной. Бифидо- и лактобактерии выделяются в разведениях 10^9 – 10^{10} или одна из этих форм в разведении 10^7 – 10^8 . Условно-патогенные бактерии (не более двух видов) высеваются в разведениях 10^2 – 10^4 . Как правило, клинических проявлений нет или они минимальны.

II степень — субкомпенсированный дисбактериоз. Наблюдается угнетение анаэробных бактерий, сумма их примерно равна содержанию аэробов. Условно-патогенные микробы выделяются в ассоциациях, в разведениях 10^6 – 10^7 , полноценные кишечные палочки заменяются их атипичными вариантами (лактозонегативные, гемолизирующие). Такое состояние можно отнести к пограничным, а пациента к группе риска. Клинические проявления от минимальных до разной степени выраженности.

III степень — декомпенсированный дисбактериоз. Преобладает аэробная флора, иногда вплоть до полного отсутствия бифидо- и лактобактерий. Особенно часто встречаются патогенный стафилококк, протей, дрожжеподобные грибы рода *Candida*, клебсиеллы, реже — синегнойная палочка, клостридии и другие. Общей особенностью всех этих бактерий 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, при этом усиливаются токсические и другие патогенные свойства указанных бактерий.

Показателем дисбактериоза кишечника является прежде всего резкое снижение количества бифидобактерий, повышенное содержание гемолизирующей микрофлоры, протей, патогенных кокков, дрожжевых и дрожжеподобных грибов.

Подходы к оценке дисбактериоза, степени его выраженности должны быть дифференцированы, основанными на результатах клинико-лабораторного и микробиологического обследования больного.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Лечение дисбактериоза кишечника должно быть комплексным, дифференцированным, с учетом степени тяжести и состояния организма ребенка в целом.

В основе лечения лежит сформулированный еще в начале нынешнего столетия И.И. Мечниковым метод заместительной бактериотерапии с использованием микробов и продуктов их жизнедеятельности.

Для нормализации кишечного микробиоценоза предложены, широко апробированы и внедрены в производство сухие бактериальные препараты из коли-, лакто- и бифидобактерий (бифидумбактерин, лактобактерин, колибактерин, бификол). Эти препараты проще стандартизируются, длительно сохраняются, хорошо транспортируются, однако имеют более высокую стоимость и неудобны для применения детям грудного возраста. Поэтому для детей первого года жизни молочные препараты имеют неоспоримые преимущества, так как они физиологичны, значительно дешевле сухих и могут быть использованы в качестве продуктов питания. Такие продукты характеризуются высокими диетическими свойствами, поскольку содержат ряд биологически активных соединений — свободных аминокислот, летучих жирных кислот, ферментов, антибиотических веществ, микро- и макроэлементов и т.д. Белки в кисломолочных продуктах находятся в легкоусвояемой форме, многие минеральные соли — в растворенном виде, бифидо- и лактобактерии — в активном состоянии. Экономические аспекты, а также возможность производства в больших объемах определяют значение бифидо- и лактосодержащих молочных продуктов как массового средства профилактики желудочно-кишечных заболеваний. Необходимость обеспечения такими препаратами больших контингентов детей и взрослых делает очень актуальной разработку как новых биологических препаратов, так и продуктов лечебно-профилактического действия с использованием этих бактерий.

В последнее десятилетие зарубежные исследователи проявляют пристальное внимание к разработке лечебных и диетических средств, содержащих необходимые человеку микроорганизмы. Созданы и широко используются препараты и продукты питания: ортобактер, инфлорен, бифидиген, лиобифидус, ацикур, риболак, лактобацилл, омнифлора, биолактиль, примадафиллос, линекс и другие.

В странах ближнего зарубежья в практическом здравоохранении используются кисломолочные продукты лечебного питания, приготовленные на основе молочнокислых палочек и бифидобактерии. К ним относятся национальные продукты «Виталакт» (Украина), «Нарине», «Мацони» (Закавказье), «Балдырган» (Казахстан), «Биолакт» (Киргизия), «Молочнокислый лактобактерин», «Молочнокислый бифидумбактерин», ацидофильная «Малютка», «Бифилакт», «Бифидок» (Россия).

В Республике Беларусь также активно ведутся научные поиски в этом направлении, результатом которых явилась разработка и внедрение в практическое здравоохранение новых отечественных лечебно-профилактических кисломолочных продуктов «Бифидобакт» и «Бифитат». Они вырабатываются из обезжиренного или нормализованного коровьего молока, а также сухих адаптированных молочных смесей «Малютка» и «Мальш», подвергнутых высокотемпературной обработке и сквашенных закваской, приготовленной на специально подобранных штаммах бифидо- и лактобактерий из коллекции БелНИКТИММП.

Существенным преимуществом продуктов «Бифидобакт» и «Бифитат» является устойчивость к антибиотикам, что выгодно отличает их от существующих аналогов и позволяет использовать на фоне проводимой антибиотикотерапии. Рекомендуемые дозировки этих продуктов для коррекции дисбактериоза кишечника представлены в табл. 2.

Таблица 2

Дозировка продуктов для коррекции дисбактериоза

Возраст	Разовый объем, мл	Число приемов	Суточный объем, мл
0–3 мес.	10–60	3–5	30–300
4–6 мес.	50–80	3–5	150–400
7–12 мес.	70–150	3–4	210–600
1–3 г.	150–200	2	300–400
4–6 лет	200	2	400
7 лет и старше	250	2	500

Выбор бактериосодержащих препаратов сопряжен с величиной рН фекалий. Если этот показатель составляет 7,0 и выше, то необходимо применять лактосодержащие препараты (через 30 мин после еды), независимо от количества лактобактерий у пациента. Бифидосодержащие препараты и продукты питания назначаются за 20–30 мин до приема пищи. Длительность применения определяется характером и степенью выраженности дисбиотических нарушений и составляет в среднем 3–4 недели.

Однако применение только бактериальных препаратов для коррекции дисбиоза кишечника не является панацеей и может существовать в качестве монотерапии лишь в случаях компенсированного дисбактериоза или как способ профилактики его у детей из групп риска. Это обусловлено тем, что очень разнообразны причины развития дисбактериозов, их характер, степень выраженности, клинические проявления, иммунный статус, условия для развития различных инфекционных процессов.

В комплексном лечении кишечного дисбактериоза используется также энтеросорбция, так как большинство условно-патогенных бактерий в результате пролиферации способствует развитию интоксикации в организме ребенка. Хорошо зарекомендовали себя в качестве эффективных энтеросорбентов полифепан, лактулоза, пектин, сорбогель, энтеросорб.

С целью селективной деконтаминации кишечника применяются биологические препараты — бактериофаги (колипротейный, стафилококковый, синегнойной палочки и другие). Они являются вирусами микробов, безвредны для человеческого организма, физиологичны по своему характеру, обладают высокой специфичностью в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, не подавляют нормальную флору. Избирательность их действия значительно выше, чем антибиотиков и химиотерапевтических средств.

В последнее время исследователи вновь стали склоняться к возможности использования антибактериальной терапии для успешного лечения выраженных дисбиотических нарушений кишечного микробиоценоза с учетом чувствительности к ним условно-патогенной микрофлоры.

Залогом успешной терапии кишечного дисбактериоза является также коррекция моторно-секреторной функции желудочно-кишечного тракта с помощью ферментных, желчегонных и спазмолитических препаратов.

Обязательным компонентом комплексного лечения является витаминотерапия (витамины Д, Е, С, группы В, никотиновая кислота), а также (при наличии тканевого белка в фекалиях) стимуляция регенеративных процессов в кишечнике.

Диета при дисбактериозе кишечника должна соответствовать возрасту, содержать необходимое количество белков, жиров, углеводов. Самым оптимальным продуктом питания для детей грудного возраста, особенно первых месяцев жизни, является грудное молоко. Естественное вскармливание не только способствует созданию и поддержанию нормального микробиоценоза кишечника, но и определяет здоровье ребенка в будущем.

Учитывая то, что дисбактериоз кишечника развивается у детей с измененной реактивностью и приводит ко многим нарушениям, необходимо в комплексной терапии использовать препараты, мобилизующие защитные силы организма.

Важным условием эффективности коррекции кишечной микроэкологии является функциональное питание, связанное с употреблением кисломолочных продуктов (особенно содержащих бифидо- и лактобактерии), овощных и фруктовых пюре из моркови, яблок, свеклы, тыквы, фруктовых киселей с использованием кукурузного или картофельного крахмала, слизистых овсяных, рисовых супов и каш.

Таким образом, общую схему лечения кишечного дисбактериоза можно представить в следующем виде.

Стандартный курс длится 4 недели и состоит из базисной терапии, энтеросорбции, антибактериальной и заместительной терапии.

Базисный курс (1–28 день) включает поливитамины, желчегонные препараты, ферменты, средства, стимулирующие регенеративные процессы в кишечнике и препараты, повышающие общую резистентность макроорганизма. Базисный курс терапии назначается строго индивидуально, основываясь на результатах лабораторного обследования (копрограмма, реакция на тканевой белок, рН фекалий), данных анамнеза и объективного клинического осмотра. Энтеросорбция (1–14 день) при необходимости может сочетаться с антибактериальной терапией или селективной деконтаминацией (1–7 день). Коррекция состава микрофлоры кишечника проводится с использованием бактериосодержащих препаратов (8–28 день).

Спустя месяц после окончания стандартного курса терапии обязательным является проведение контрольного микробиологического исследования состава кишечной микрофлоры. По его результатам можно с высокой степенью достоверности судить о приживлении вводимых бактерий и, следовательно, об эффективности проведенного лечения дисбактериоза кишечника.