

ЛЕЧЕНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ

**Толипова Ноила
Кудратовна¹
Латипова Шахноза
Акбарбековна²**

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры
детских болезней в семейной медицины Ташкентской
медицинской академии¹*

*кандидат медицинских наук, старший преподаватель
кафедры детских болезней в семейной медицины
Ташкентской медицинской академии²*

Аннотация

В статье изложены вопросы диагностики, причины, симптомы, клиники дисбактериоза кишечника у детей, особенности питания и медикаментозного лечения.

Ключевые слова: дисбактериоз кишечника, диагностика, лечение, дети

Исследования кишечной микрофлоры у детей приобрели массовый и не всегда обоснованный характер. Диагноз «дисбактериоз кишечника» стал одним из наиболее популярных у педиатров (при отсутствии соответствующего шифра в МКБ 10). В зарубежной литературе чаще используются термины «нарушение бактериального гомеостаза», «дисбиоз» и «нарушение нормальной кишечной флоры». Какой бы термин использован не был, нарушения кишечной микрофлоры у детей являются вполне реальными и часто встречающимися, требующими пристального изучения и обсуждения. Эубиоз кишечника – оптимальное соотношение микроорганизмов, представителей нормальной кишечной флоры, которые находятся в дистальном отделе тонкой кишки (в незначительном количестве) и в толстой кишке (в преобладающем большинстве) [1, 4].

Дисбактериоз (дисбиоз) кишечника – изменение количественных соотношений и качественного состава его микрофлоры, характеризующееся уменьшением количества или исчезновением обычно присутствующих микроорганизмов с появлением и доминированием атипичных, редко встречающихся или несвойственных форм [2, 4].

Дисбактериоз (дисбиоз) кишечника не может употребляться в качестве основного диагноза, он всегда вторичен и не имеет специфических клинических эквивалентов. Именно поэтому более правильно говорить не о лечении, но о коррекции этого состояния. Дисбактериоз кишечника чаще и быстрее возникает у детей первого года жизни. Любая кишечная инфекция в этом возрасте в 100% случаев сопровождается дисбиозом. Дисбактериоз осложняет и затягивает течение основного заболевания. Он может быть для него как неблагоприятным фоновым

состоянием, так и осложнением. Микроорганизмы, в норме заселяющие толстую кишку, подразделяются на 3 группы: 1) главная (бифидобактерии и бактероиды); 2) сопутствующая (молочнокислые бактерии, штаммы полноценной кишечной палочки, фекальные энтерококки); 3) остаточная (кишечные палочки со сниженными ферментативными свойствами, кокковые формы, изредка грибы, протей и др.).

Дисбактериоз (дисбиоз) у детей характеризуется стойким нарушением микробиоценоза кишечника, изменением соотношения облигатной и факультативной микрофлоры кишечника в пользу последней. Проблема дисбактериоза у детей – наиболее актуальная в педиатрии, поскольку по данным современных исследований, нарушение биоценоза кишечника выявляется у 25-50% здоровых детей грудного возраста. Среди детей, больных соматическими и инфекционными заболеваниями (кишечными инфекциями, энтеритами, колитами, аллергическим дерматитом и др.), дисбактериоз кишечника различной степени тяжести обнаруживается практически в 100% случаев.

Рождение ребенка сопряжено с его переходом из стерильной внутриутробной среды в окружающий мир, заселенный многообразием различных микроорганизмов. Практически сразу организм новорожденного подвергается микробной колонизации. Основную часть облигатной микрофлоры ребенок получает от матери (во время продвижения по родовым путям, при грудном вскармливании), что является определяющим для его последующего здоровья. Иммуные факторы, присутствующие в молозиве и грудном молоке (секреторный IgA, лизоцим, лактоферрин, макрофаги, бифидус-фактор и др.), блокируют колонизацию кишечника условно-патогенной флорой. Поэтому для профилактики дисбактериоза у ребенка чрезвычайно важно его раннее прикладывание к груди матери (в первые 30 минут, но не позднее 2-х часов после рождения).

В течение первых 3-5 дней жизни микробный пейзаж кишечника становится более разнообразным, и в нем, наряду с полезными бактериями, в большом количестве поселяются условно-патогенные микроорганизмы. В результате этого на первой неделе у новорожденных детей развивается транзиторный дисбактериоз кишечника, проявляющийся срыгиваниями, неустойчивым водянистым стулом с примесью слизи, спастическими болями. Транзиторный дисбактериоз у детей обычно завершается на второй неделе жизни, по мере того, как бифидо- и лактобактерии вытесняют других представителей микробиоценоза кишечника. Однако при наличии отягощающих факторов нормальная микрофлора не формируется, и транзиторный дисбактериоз у детей переходит в истинный.

Основные причинные факторы дисбактериоза кишечника: - грубые нарушения вскармливания (позднее прикладывание новорожденного к груди матери, ранний перевод на искусственное вскармливание); - нерациональное применение антибиотиков, особенно широкого спектра действия; - острые и хронические желудочно-кишечные заболевания инфекционной и неинфекционной природы; - лечение иммунодепрессантами, цитостатиками, лучевая терапия; - несанированные очаги хронической инфекции и частые интеркуррентные заболевания.

Всех представителей кишечной микрофлоры в гастроэнтерологии принято разделять на 4 группы: облигатную, факультативную (условно-патогенную), транзиторную и патогенную флору. Транзиторная флора, не является типичной для организма человека, и носит временный, случайный характер. Представителями патогенной кишечной флоры являются возбудители

инфекционных заболеваний (дизентерии, сальмонеллеза и др.), в норме не присутствующие в кишечнике.

Облигатная флора (бифидобактерии, лактобактерии, кишечная палочка) регулирует иммунитет; участвует в процессе пищеварения, обмене веществ, синтезе витаминов и ферментов; стимулирует моторику ЖКТ. Факультативная флора (золотистый и эпидермальный стафилококк, энтеробактер, протей, клебсиелла, клостридии, дрожжевых грибы рода кандиды) в норме составляет не более 0,6% от общего количества микроорганизмов и при нормальном состоянии иммунной системы не вызывает заболеваний. Однако при снижении резистентности организма, изменении видового и количественного соотношения облигатной и факультативной микрофлоры у детей развивается дисбактериоз.

Причины, приводящие к дисбактериозу у детей, многообразны и начинают действовать уже во внутриутробном периоде или вскоре после рождения ребенка. Нарушение бактериального гомеостаза кишечника может быть связано с осложненным течением беременности и родов, поздним прикладыванием к груди, недоношенностью ребенка, наличием бактериального вагиноза у матери.

Развитие дисбактериоза у детей грудного возраста может быть обусловлено плохим питанием кормящей матери, возникновением у нее мастита, ранним переводом ребенка на искусственное вскармливание, частыми ОРВИ, диатезом.

У детей раннего, дошкольного и школьного возраста факторами развития дисбактериоза выступают нерациональное питание с преобладанием в рационе ребенка избытка углеводов и животного белка, загрязнение окружающей среды, длительное лечение антибактериальными и гормональными препаратами, стрессы. Изменению микробного равновесия ЖКТ способствуют кишечные инфекции, заболевания органов пищеварения (лактазная недостаточность, гастрит, панкреатит, энтероколит, запор), паразитарные инвазии (аскаридоз, лямблиоз), наличие несанированных очагов хронической инфекции (кариеса, тонзиллита), заболевания, протекающие со снижением иммунитета (сахарный диабет, онкопатология, цирроз печени, ВИЧ и др.).

Симптомы дисбактериоза у детей

У новорожденных и грудных детей дисбактериоз сопровождается срыгиваниями, рвотой, метеоризмом, урчанием и спазмами по ходу кишечника. Ребенок недостаточно набирает массу тела, беспокойно ведет себя, плохо спит. Стул у ребенка с дисбактериозом обычно жидкий или кашицеобразный, обильный, пенистый с примесью комочков или слизи, необычного цвета (белого, зеленоватого), с гнилостным или кислым запахом.

При синдроме мальабсорбции развивается диарея, стеаторея, гипотрофия, полигиповитаминоз. Эндогенная интоксикация при дисбактериозе у детей сопровождается полидефицитной анемией, задержкой физического развития, снижением аппетита. Процессы брожения и гниения в кишечнике вызывают аутоаллергизацию и развитие дермоинтестинального синдрома (крапивницы, атопического дерматита). Проявлениями астеноневротического синдрома служат раздражительность, слабость, нарушение сна.

В более старшем возрасте дисбактериоз у детей может протекать с запорами, поносами или их чередованием; кишечными коликами, отрыжкой, неприятным запахом изо рта, чувством

распирания желудка после еды. Вторичными внекишечными проявлениями дисбактериоза у детей, связанными с гиповитаминозом, нарушением обмена веществ, снижением иммунитета могут стать заеды в уголках рта, стоматит, фурункулез, угревая сыпь, ломкость волос и ногтей и др.

Генерализованный дисбактериоз обычно развивается у детей с иммунодефицитным состоянием и протекает по типу кандидамикоза с явлениями молочницы, глоссита, хейлита, поражением гладкой кожи, вульвита или баланопостита, висцерального кандидоза.

Установлению диагноза дисбактериоза предшествует обследование ребенка педиатром и детским гастроэнтерологом, проведение лабораторных анализов и дополнительных инструментальных исследований. С помощью физикального обследования детей оценивается состояние кожи и слизистых; пальпация живота выявляет болезненность по ходу кишечника.

У детей раннего возраста наблюдаются срыгивание, рвота, снижение темпов нарастания массы тела, беспокойство, нарушения сна. Стул может быть обильным, жидким или кашицеобразным, пенистым, с белыми комочками, зеленоватым с кислым или гнилостным запахом. Боль в животе носит приступообразный характер, появляется через 2-3 часа после еды, сопровождается вздутием живота, урчанием, позывами на дефекацию. При нарушениях кишечного всасывания в клинической картине доминирует диарея с гнилостным брожением, стеаторея, метеоризм, снижение массы тела, симптомы полигиповитаминоза, может развиваться интолерантность ко многим пищевым ингредиентам и токсико-дистрофическое состояние. В патологический процесс вовлекается гепатобилиарная система и поджелудочная железа, возникает дефицит ферментов и желчных кислот. Все это усугубляет мальабсорбцию и замыкает порочный круг обменных процессов в организме. Накапливаются макромолекулы не полностью переваренной пищи, которые становятся аллергенами и вызывают дермоинтестинальный синдром (вариант алергодерматоза).

Лабораторная диагностика обычно включает бактериологическое или биохимическое исследование кала на дисбактериоз. Микробиологическими критериями дисбактериоза у детей служат уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, снижение или увеличение числа нормальных кишечных палочек, а также появление их измененных штаммов, обнаружение грамотрицательных палочек, увеличение количества кокков, грибов, клостридий. Биохимический анализ основан на определении уровня метаболитов летучих жирных кислот (пропионовой, уксусной, масляной), продуцируемых микроорганизмами, живущими в ЖКТ.

Для выяснения причины дисбактериоза у детей могут назначаться УЗИ органов брюшной полости, гастроскопия, биохимические пробы печени, анализ кала на лямблии и яйца гельминтов. Исследование копрограммы позволяет выявить степень нарушения расщепления и всасывания пищи.

При подозрении на дисбактериоз у детей важно исключить неспецифический язвенный колит, ОКИ, синдром мальабсорбции.

Лечение дисбактериоза у детей

Терапия дисбактериоза у детей начинается с подбора индивидуальной диетотерапии. В рацион детей, находящихся на смешанном вскармливании, вводятся кисломолочные продукты. В питании детей старшего возраста ограничиваются сахара, углеводы, животные белки; для

восстановления нормальной кишечной микрофлоры рекомендуются молочнокислые продукты, обогащенные биокультурами, пищевые волокна.

При дисбактериозе кишечника у детей назначаются пробиотики – препараты, содержащие монокультуры или комбинации полезных бактерий; пребиотики, способствующие росту и размножению микробов нормальной флоры кишечника; симбиотики - комбинированные препараты.

С целью селективной деконтаминации кишечника при дисбактериозе у детей применяются бактериофаги, лизирующие патогенные бактерии, а при неэффективности – антибиотики (макролиды, цефалоспорины). Лечение кандидозного дисбактериоза у детей проводится противогрибковыми препаратами (нистатин, флуконазол).

В случае выраженных нарушений пищеварения назначаются ферменты, при интоксикации показан прием сорбентов. Часто болеющим детям рекомендуется иммуномодулирующая терапия адаптогенами, витаминотерапия.

Выделяют несколько групп пробиотиков: 1. Бифидосодержащие препараты (бифидум-бактерин, бификол, бифилонг, бифилиз, бифидум-бактеринфорте). 2. Препараты лактобактерий (лактобактерин, аципол, ацилакт, эуфлорин (нормофлорин)). 3. Сочетания бифидо-лактобактерий и иногда других микроорганизмов (линекс, примадофилус для детей, примадофилус бифидус). 4. Препараты кишечной палочки (колибактерин сухой) и комбинации кишечной палочки и других бактерий (бификол). 5. Биопрепараты с антагонистической активностью (энтерожермина, бактисубтил, споробактерин, биоспорин, бактиспорин, энтерол). 6. Пробиотики метаболитного типа – препараты, созданные на основе компонентов микробных клеток или продуктов их жизнедеятельности.

Включаясь в обмен веществ, они регулируют функции слизистых организма (хилак-форте, гастрофарм, биофлор). Пробиотики применяются на протяжении от 2 до 4 недель. При включении лекарственных средств этой группы в лечебный комплекс необходимо в каждом конкретном случае с высокой профессиональной ответственностью подходить к анализу состава препарата, состоянию здоровья пациента и выбору возрастной дозы (согласно инструкции). Кроме пробиотиков, для коррекции дисбактериоза кишечника используются и пребиотики.

Пребиотики – это неперевариваемые ингредиенты, которые приносят пользу организму благодаря стимуляции избирательного роста или активности некоторых микробов – представителей нормальной микрофлоры. К ним относятся: лактулоза (дюфалак, нормазе), олигосахариды (фрукто-, и галактоолигосахариды), полисахариды (инулин, пектин, пищевые волокна). Гастроинтестинальная сорбция – один из современных методов усовершенствования коррекции дисбактериоза кишечника. Используются различные энтеросорбенты, которые адсорбируют болезнетворные микробы, продукты их жизнедеятельности, поглощают аллергены. К ним относятся: активированный уголь, гидрогель метилкремниевой кислоты (энтеросгель), диосмектит (смекта), полифепан, альгинатол, натальсид. Их достоинство – в высокой степени безопасности, отсутствии осложнений и противопоказаний.

Улучшение моторно-секреторной функции пищеварительного тракта при дисбактериозе кишечника достигается препаратами, уменьшающими метеоризм и улучшающими функциональное состояние желудка и поджелудочной железы (креон, панзинорм, панцитрат). Ферментотерапия (в возрастных дозах) длится от 2 до 3 недель. При метеоризме назначают

укропную воду, отвар ромашки, активированный уголь, симетикон. При дисбактериозе также могут назначаться по показаниям: иммуномодулирующие препараты (в течение 2–3 недель в возрастных дозах), адаптогены, витамины, фитотерапия.

Профилактика

Залогом формирования нормальной микрофлоры кишечника у ребенка является забота о своем здоровье будущей мамы: планирование беременности, сбалансированное питание во время беременности, лечение бактериального вагиноза, соблюдение режима дня и отдыха, исключение нервных потрясений.

Самыми первыми мерами по профилактике дисбактериоза должно быть раннее прикладывание ребенка к груди в родзале и сохранение грудного вскармливания детей на протяжении не менее полугода, постепенное введение прикормов. Необходимо лечение хронических заболеваний органов пищеварения, предупреждение кишечных инфекций. Для недопущения развития дисбактериоза антибиотикотерапия у детей должна проводиться под прикрытием пробиотиков или пребиотиков.

Профилактика дисбактериоза кишечника включает раннее прикладывание ребенка к груди матери (в течение получаса после родов), профилактическое назначение пробиотиков беременным и новорожденным из групп риска, использование препаратов, не угнетающих колонизационную резистентность (цефалоспорины, макролиды) при необходимости проведения антибиотикотерапии, применение антибиотикорезистентных пробиотиков или пребиотиков, кисломолочных продуктов или специальных биологически активных добавок, содержащих лизоцим и бифидобактерин, на фоне антибиотикотерапии у детей.

Литература

1. Постникова, Е.А. Изучение качественного и количественного состава микрофлоры кишечника у клинически здоровых детей в раннем возрасте / Е.А. Постникова [и др.] // Журнал микробиологии. – 2004. – № 1. – С. 67–69.
2. Щербаков, П.Л. Микроэкология кишечника у детей и ее нарушения / П.Л. Щербаков [и др.] // Фарматека. – 2007. – № 4. – С. 28–34.
3. Agostoni, C. Probiotic bacteria in dietetic products for infants : a commentary by the ESPGHAN AN Committee on Nutrition / C. Agostoni. [et. al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2004. – № 38. – P. 365–374.
4. Баранов А.А., Щербаков П.Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // Вопросы современной педиатрии. 2002. Т. 11. № 1. С. 12–17.
5. Копанев Ю.А., Соколов А.Л. Дисбактериоз кишечника: микробиологические, иммунологические, клинические аспекты микробиологических нарушений у детей. М., 2002.
6. Самсыгина Г.А. Особенности становления биоценоза кишечника и кишечный дисбактериоз // Лечащий врач. 2003. № 5. С. 52–57.
7. Султанова О.Д. Состояние микроэкологии кишечника у часто и длительно болеющих детей: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 2005.
8. Урсова Н.И., Римарчук Г.В. Современные представления о дисбиозах кишечника у детей // Consilium Medicum. 2001. Т. 3. № 8. С. 25–28.