

Селективная деконтаминация ЖКТ с применением пробиотиков у больных в хирургическом стационаре ЦИТО.

Савостьянова О.В., Лыкова Е.А.

ГУН Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.И. Приорова, Российская академия
постдипломного образования МЗ РФ, г. Москва, Россия

Материалы международной конференции «Пробиотики, пребиотики, синбиотики и функциональные продукты питания. Современное состояние и перспективы». - М., 2004. - С.77

Цель: обосновать эффективность использования пробиотика и разработать схему его применения у травматолого-ортопедических больных.

Методы: в исследовании приняло участие 49 пациентов основной группы: 22- из ОРИТ с политравмой, 27- из отделения костной патологии (ОКП) с костными опухолями (12 человек), с коксартрозом (12 человек), с воспалением в области эндопротеза (3 человека). Каждый пациент обследовался минимум 2-3 раза на дисбактериоз кишечника. Больные получали пробиотик по 1 пакету 3 раза в день курсами 2 дня до операции, 2-3 дня после операции (профилактический курс). При лечебном курсе длительность приема препарата составила 7 дней до- и 7-10 дней после операции. При выраженной диарее пробиотик назначался по 2 пакета каждые три часа (6 пакетов в сутки), с переходом на обычный режим. Сравнение проводилось с назначением бифилиза 32 больным по 1 флакону 3 раза в день, в т.ч. при выраженном дисбактериозе в сочетании с энтеролом в той же дозе.

Результаты: При первичном обследовании у троих пациентов ОКП выявили дисбактериоз III-IV степени, характеризующийся резким увеличением условнопатогенных бактерий (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* lac-, *Pseudomonas aeruginosa*) и снижением бифидобактерий. Этим лицам было проведено лечение пробиотиком в течение 7 дней до операции. Из оставшихся 21 больных, получавших пробиотик как профилактику, по результатам анализа на дисбактериоз 5 (23,8%) пришлось назначить лечебный курс в постоперационном периоде. Это объясняется массивным оперативным вмешательством, тяжестью состояния, длительностью антибиотикотерапии. Из 27 обследованных больных в постоперационном периоде не было зарегистрировано случаев уроинфекции, пневмонии, сепсиса, нагноение раны отмечалось у 5 (18,5%), дисбактериоз у 5 (18,5%).

Из 22 пациентов ОРИТ профилактику пробиотиком получили 6 больных (5 успешно), остальные – лечение. Такие курсы связаны с переводом из других ЛПУ и колонизацией госпитальной микрофлорой на фоне длительного предшествующего лечения антибиотиками с развитием декомпенсированного дисбактериоза кишечника. Из 16 больных ОРИТ, получавших пробиотик в качестве лечения послеоперационные осложнения имели 11 (68,7%), из них 2 случая (18,2%) – уроинфекции, 2 (18,2%) - пневмонии, 4 (36,4%) – сепсиса, 3 (27,3%) – раневой инфекции, 9 (81,8%) – дисбактериоза с диареей.

При лечебном курсе пробиотика в ОРИТ и ОКП (как и бифилиза в сочетании с энтеролом) диарея купировалась на 2-3 сутки, улучшение в микробиоценозе кишечника наступало на 7-10 сутки, его нормализация – к концу 2-ой недели (при бифилизе, соответственно, - на 10-12 день и 2-3 неделю).

Вывод: По результатам коррекции микробиоценоза кишечника пробиотик более эффективен, чем бифилиз и соответствует совместному применению бифилиза с энтеролом. Препарат можно рекомендовать с лечебно-профилактической целью, но для профилактики пробиотик эффективен только у пациентов с нормобиоценозом и компенсированным дисбактериозом не получавшим антибиотики, химио- и лучевую терапию, со «свежей» травмой.