

М.И. Щекіна, поліклініка «Медси», г. Москва, Росія

Роль пробиотиків в корекції дисбіотических порушень

Внимание исследователей и практических врачей к проблеме нарушений микробиоценоза и методам ее коррекции возникло давно и не ослабевает многие десятилетия.

Историю начала изучения нарушений микрофлоры кишечника можно отнести к 1681 г., когда выдающийся ученый и изобретатель микроскопа А. Левенгук впервые обнаружил наличие бактерий в фекальных массах человека. Гораздо позднее, в 1850 г., Луи Пастер предположил важное значение кишечных бактерий в ферментативном процессе, а в 1886 г. Ф. Эшерих впервые описал кишечную палочку. Столь популярные сейчас бифидобактерии впервые были выделены в 1889 г. Х. Тиссером, а уже в 1900 г. он доказал, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, именно эти микроорганизмы являются основным компонентом кишечной микрофлоры. Он же первым рекомендовал назначение бифидобактерий младенцам, страдающим диарейным синдромом, поскольку предположил, что бифидобактерии заменяют гнилостные микроорганизмы, вызывающие болезнь.

Первый бифидосодержащий препарат был выпущен за рубежом в 1956 г., когда наши ученые только приступали к изучению проблемы дисбактериоза. В нашей стране первопроходчиком в изготовлении лекарственных средств для коррекции нарушений микрофлоры стал НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского. В 1972 г. был разработан бифидумбактерин сухой, содержащий живые бифидобактерии. В настоящее время исследователями идентифицированы уже более 30 видов бифидо- и 50 видов лактобактерий.

В современной зарубежной литературе понятие «дисбактериоз кишечника» не используется. В англоязычных изданиях можно встретить термин «синдром избыточного бактериального роста». Основное отличие этого понятия от ранее широко принятого в отечественной медицинской литературе «кишечного дисбактериоза» состоит в том, что оно подразумевает только изменения в составе микрофлоры тонкой кишки без учета количественного и качественного состава микрофлоры толстой кишки. В то же время из-за ограниченных диагностических возможностей отечественные медики довольствуются только оценкой микробиоциноза толстой кишки.

Согласно современным представлениям о кишечном дисбактериозе принято выделять «синдром микробной контаминации тонкой кишки», возникающий в результате некоторых анатомических и функциональных нарушений (резекция илеоцекального клапана, тонко-, толстокишечных свищей, нарушение пропульсивной моторики тонкой кишки), когда происходит поступление содержимого толстой кишки в тонкую. Этот процесс сопровождается увеличением общей обсемененности (выше 10^5 КОЕ/мл интерстициального содержимого) и заселением тонкой кишки микроорганизмами, характерными для микробного пейзажа толстой кишки (энтеробактериями, бактероидами, клостридиями).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра дисбактериоз не выделен как самостоятельная нозологическая форма. И только в Российском отраслевом стандарте «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 915000.11.0004-2003) под кишечным дисбактериозом понимают

клинико-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного и/или количественного состава микрофлоры кишечника с последующим развитием метаболических и иммунологических нарушений с возможным развитием желудочно-кишечных расстройств.

Медикаментозная терапия дисбиоза кишечника

При выборе тактики лечения того или иного пациента с дисбиозом кишечника врачу всегда следует помнить, что нарушения микробиоценоза вторичны. Поэтому применение разных лекарственных препаратов должно находиться в прямой зависимости от основной причины дисбактериоза. Если лечение будет основываться исключительно на бактериологическом исследовании кала и будет сведено исключительно к попытке корректировать микрофлору, то оно заранее обречено на неудачу. Терапия обязательно должна быть индивидуальной и комплексной, с учетом состояния моторно-двигательной функции кишечника, процессов пищеварения и всасывания, иммунной реактивности пациента.

Воздействие непосредственно на кишечную микрофлору можно представить в виде 3 последовательных этапов: подавления избыточной условно-патогенной микрофлоры; имплантации живых бактериальных препаратов с учетом возраста и состояния биоценоза; закрепления полученного на предыдущих этапах эффекта.

Первый этап: подавление избыточной микрофлоры

Антибиотики в настоящее время используют для коррекции микрофлоры кишечника строго по показаниям, к которым относятся микробная контаминация тонкой кишки, генерализованная форма дисбиоза, выраженный интоксикационный синдром, упорный диарейный синдром, тяжелый иммунодефицит; обострение и декомпенсация сопутствующей хронической патологии; отсутствие эффекта от лечения другими препаратами. Препараты назначают с учетом вида и чувствительности высеваемого возбудителя в средних терапевтических дозах курсом до 7-10 дней. При отсутствии возможности определить чувствительность микрофлоры к лекарственным препаратам рационально опираться на данные об эффективности антибиотиков по отношению к высеваемому возбудителю, полученные в конкретном географическом регионе. На фоне лечения антибиотиками обязателен постоянный мониторинг побочных эффектов.

До сих пор стоит вопрос о целесообразности совместного назначения антибиотиков широкого спектра и препаратов, содержащих живые бактерии (для коррекции имеющихся или профилактики возможных нарушений нормальной флоры). Большинство авторов считают данную тактику лечения нерациональной. Антибиотики, уничтожая патогенную и избыточную условно-патогенную микрофлору, негативно влияют на бифидо- и лактобактерии, нормальные кишечные палочки, энтерококки, вводимые в кишечник в составе лекарственных препаратов, а распад симбионтов усиливает интоксикацию и диарею, вызывает аллергические реакции.

Допустимым может быть сочетанное применение бактерийсодержащих препаратов и антибиотиков при условии, что микробы, входящие в состав пробиотиков, резистентны к данным антибактериальным средствам.

Для кишечных антисептиков характерны широкий спектр действия, менее выраженное влияние на полезную микрофлору, медленное развитие резистентности, поэтому возможны повторные курсы одних и тех же лекарств, что имеет немаловажное значение.

Перед выбором препарата также оптимальным является определение чувствительности высеваемых условно-патогенных бактерий. В случае невозможности выполнения посева кала на дисбиоз, но при наличии предрасполагающих к его развитию факторов и клинических проявлений целесообразно применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия. Курс лечения в среднем составляет 7-14 дней.

Из растительных антисептиков при дисбактериозе кишечника используется хлорофиллипт. Данный препарат назначают при отсутствии чувствительности стафилококковой флоры к другим противомикробным средствам для санации носителей стафилококка. Его можно принимать с любого возраста, но следует помнить о частых аллергических реакциях.

Второй этап – имплантация живых бактериальных препаратов с учетом возраста и состояния биоценоза

При выборе препаратов обязательно следует учитывать взаимосвязь микробов в естественном биоценозе кишечника. Бифидобактерии обеспечивают условия для роста и метаболической деятельности лактобактерий. Лактобактерии способствуют росту бифидофлоры, а также росту и развитию полноценной кишечной палочки. Такое взаимное благотворное воздействие различных представителей микробной флоры друг на друга называется мутуализмом. Поэтому не рекомендуется при снижении колифлоры на 1-2 порядка сразу начинать лечение с применения колибактина и других содержащих кишечную палочку пробиотиков, так как нормальная кишечная палочка может восстанавливаться при лечении бифидо- и лактопрепаратами.

Следовательно, имплантация представителей нормальной кишечной микрофлоры должна быть последовательной. В случае дефицита всех основных представителей нормального микробиоценоза (бифидо-, лактобактерий, нормальной кишечной палочки) сначала назначают препараты, содержащие бифидобактерии. С 3-5-го дня присоединяют препараты, в состав которых входят лактобактерии. Другим оправданным вариантом лечения является назначение комбинированных пробиотиков, содержащих штаммы и бифидо-, и лактофлоры. И лишь затем, если после адекватной имплантации бифидо- и лактобактерий не произошло нормализации уровня кишечной палочки, вводят препараты, содержащие колимикробиоту. Иногда уменьшение числа нормальной кишечной палочки обусловлено наличием в организме очагов хронической инфекции, тогда кишечная палочка самостоятельно восстанавливается при их устранении. По некоторым данным, использование в качестве лечебного средства препаратов, содержащих кишечную палочку, может способствовать развитию воспаления в различных органах

(верхних дыхательных путей, органов мочеотделения). Бифидо- и лактосодержащие средства являются безопасными, так как данные микробы не относятся к условно-патогенной микрофлоре.

Для большинства пробиотиков свойственен отсроченный эффект их лечебной активности (20-30 дней и более), к тому же зачастую он носит временный характер, и после прекращения поддерживающей терапии искусственно введенные штаммы быстро исчезают из кишечника и замещаются случайной микрофлорой.

С целью оптимизации лечения пробиотиками некоторые авторы предлагают увеличить суточную дозу бифидосодержащих препаратов. Однако лечение мегадозами, заключающееся в повышении доз лакто-, бифидобактерий в 1,5-3 раза курсом в течение 2 нед, таит опасность сенсбилизации, так как лабораторные штаммы бактерий, особенно при повышенных дозах сухих бактеринов, часто являются потенциальными аллергенами, а также провоцируют диарею у лиц с субкомпенсированной лактазной недостаточностью.

Кроме пробиотиков, для получения более стойкого клинико-бактериологического эффекта рекомендуют использование пребиотиков – веществ (лекарственных препаратов, продуктов питания), стимулирующих рост и развитие нормальной микрофлоры. Целесообразным является назначение поликомпонентных комбинированных препаратов, состоящих из нескольких видов бактерий и ингредиентов, способствующих их росту, размножению и метаболической активности (Бифиформ).

Третий этап: закрепление полученного эффекта

Длительность терапии пробиотиками определяется индивидуально и длится от 3-5 нед до 6 мес и более (в тяжелых случаях). Закрепление полученного на предыдущих этапах эффекта проводится у больных с тяжелым, плохо поддающимся коррекции дисбактериозом. Для этого целесообразно продолжить лечение пробиотиками, которые назначаются ежедневно в поддерживающей дозе, составляющей половину от лечебной дозы, или их рекомендуют принимать в лечебной дозе, но через 1-2 дня. Вместе с пробиотиками можно назначить пребиотики, иммуномодулирующие препараты. Лечение медикаментозными средствами дополняется фитотерапией и проводится под контролем посева кала, копрограммы, иммунограммы.

Длительность третьего этапа в каждом конкретном случае определяется индивидуально. Она зависит от особенностей течения основного заболевания, степени тяжести дисбактериоза и его компенсации.

Оценка эффективности лечения определяется по следующим критериям, таким как:

- клиническое улучшение (при эффективном лечении наступает через 10 дней);
- бактериологическое улучшение (при эффективном лечении наступает через 1 мес).

Кроме этого, при положительной динамике в копрограмме отмечается исчезновение йодофильной флоры и внеклеточного крахмала.

Статья печатается в сокращении.

Список литературы находится в редакции.

Гастроэнтерология 2009, №2.

