

# Причины неудач в лечении дисбиоза кишечника

6-7 апреля в г. Киеве состоялась XIX Национальная школа гастроэнтерологов, гепатологов Украины «Современные научные и практические достижения в гастроэнтерологии с позиций доказательной медицины». В рамках этого научного симпозиума прозвучали доклады, посвященные важнейшим вопросам практической гастроэнтерологии.



Заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Наталья Вячеславовна Харченко обратила внимание аудитории на методы преодоления неудач в лечении дисбиоза кишечника.

— Кишечная микрофлора человека представляет собой отдельный метаболически активный орган. Дисбиоз сегодня рассматривается как вторичный синдром, сопровождающий другие болезни и связанный с изменением нормальных условий обитания кишечной микрофлоры, поэтому основу эффективного лечения данного состояния составляет правильно установленный диагноз основной патологии. Симптомы дисбиоза неспецифичны: постпрандиальный дискомфорт, вздутие, чувство тяжести, урчание, усиленное газообразование, нарушения стула.

Как правило, перечисленные проявления удается устранить при корректной терапии основного заболевания и модификации образа жизни и питания пациента. Но как действовать врачу, если пациент закончил курс лечения по поводу основного заболевания, а симптомы дисбиоза сохраняются? Во-первых, необходимо обратить внимание на факторы, поддерживающие дисбиоз (глистная инвазия, пищевая непереносимость и др.). Во-вторых, следует уделять внимание восстановлению слизистой оболочки кишечника с помощью противовоспалительных препаратов. Большое значение имеет улучшение питания собственной микрофлоры с применением пребиотиков, ферментируемых пищевых волокон. Не последняя роль принадлежит нормализации моторики кишечника: в случае нетяжелого дисбиоза этот подход способствует полному самовосстановлению кишечной микрофлоры. Возможно в лечении эффективным будет применение препаратов бактериофагов.

Важная (но не ведущая!) роль в лечении дисбиоза принадлежит пробиотикам. Назначать их следует дифференцированно, одни и те же штаммы не могут быть рекомендованы по любому поводу. Нужно четко понимать, в каких клинических ситуациях те или иные штаммы пробиотиков предпочтительны, в то время как другие, напротив, нежелательны.

Характер питания играет ключевую роль в восстановлении слизистой оболочки кишечника, терапии основного заболевания и коррекции дисбиоза. Для

адекватного питания энтероцитов важно достаточное поступление глутамина (некрепкие, качественные бульоны); витаминов А, Е, С; фосфолипидов (соя, желтки); кальция (твердые сыры); бутирата и др. Микрофлора также должна получать необходимое количество питательного субстрата, поэтому в рацион нужно включить достаточное количество клетчатки. При нетяжелой форме дисбиоза одна лишь коррекция питания пациента может привести к нормализации микрофлоры кишечника. Такие вредные привычки, как курение, переедание, а также употребление в пищу продуктов низкого качества могут усугублять течение дисбиоза и препятствовать успешному лечению.

Что касается медикаментозных средств коррекции дисбиоза, следует придерживаться такого алгоритма:

- коррекция кислотообразующей функции желудка, желчевыделительной функции, внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы;
- дегельминтизация (при подтверждении глистной инвазии);
- выявление пищевой непереносимости;
- нормализация моторики кишечника;
- устранение патогенной флоры;
- применение пробиотиков.

Назначение препаратов с позиций доказательной медицины — обязательное условие эффективного лечения!

Пищевые волокна представляют собой питательный субстрат для микрофлоры, поэтому пребиотики являются необходимым компонентом в комплексном лечении дисбиоза. Если у пациента возникает побочная реакция на пребиотик, не следует спешить с отменой препарата, необходимо пересмотреть его дозу. Что касается пробиотиков, то к назначению этих лекарств необходимо подходить дифференцированно, отдельные штаммы имеют свою клиническую нишу, в которой могут быть полезны. Пробиотические штаммы способны играть положительную роль в одних клинических ситуациях и усугублять другие.

Дегельминтизацию проводят при подтвержденном диагнозе аскаридоза, энтеробиоза, трихоцефалеза, некатороза, анкилостомоза и др. Параллельно с дегельминтизацией рационально рекомендовать фитоконплексы с антиоксидантными свойствами, которые способствуют уменьшению интоксикации и восстановлению слизистой кишечника.

Для устранения патогенной флоры применяют рифаксимин — неабсорбируемый (абсорбция <0,4%) антибиотик с доказанным *in vitro* антимикробным эффектом против аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий. Рифаксимин рекомендован для лечения печеночной



Р.С. UA/9360/01/01 от 18.03.2014

энцефалопатии, синдрома раздраженного кишечника без запоров, диареи путешественников, а также эффективно используется в лечении воспалительных заболеваний кишечника и дивертикулеза. Назначение рифаксимины у пациентов с дисбиозом позволяет подавить рост патогенной флоры, тем самым способствуя восстановлению нормальной микрофлоры.

В дополнение к антибактериальному действию рифаксимины свойственны и нетрадиционные эффекты. Он способствует изменению бактериальной вирулентности, угнетает адгезию бактерий к слизистой оболочке кишечника, имеет самостоятельную противовоспалительную активность. При заболеваниях печени и желудочно-кишечного тракта рифаксимин оказывает благоприятное влияние на кишечную микрофлору без изменения общего бактериального состава и индивидуального разнообразия. В исследованиях было показано, что рифаксимин проявляет свойства зубиотика с благоприятным оригинальным антибиотикоподобным модулирующим влиянием на микрофлору.

В настоящее время имеется обширная доказательная база относительно эффектов данного препарата. В ряду последних работ — выполненный L. Gatta и соавт. (2017) метаанализ 32 исследований (n=1331), посвященный эффективности и безопасности рифаксимины у пациентов с синдромом избыточного бактериального роста (СИБР). В данной работе подтвержден дозозависимый эффект рифаксимины при СИБР — с повышением дозы препарата увеличивается и частота эрадикации патогенной флоры. Оптимальная доза препарата — 1200 мг в день в течение 10 дней, при этом в среднем частота эрадикации при СИБР составила 70,8%.

Таким образом, для успешной коррекции дисбиоза необходимо правильно установить его причину и вид. Результативное лечение дисбиоза требует нормализации среды обитания бактерий, адекватного питания энтероцитов и микрофлоры, назначения препаратов с доказанной эффективностью.

Подготовила Мария Маковецкая



## ОБЪЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ТЕБЯ!

- Если ты хочешь сделать свою жизнь интереснее, созидательнее, наполнить ее событиями и новым качеством...
- Если ты любишь общаться с людьми, с удовольствием пишешь на разные темы...
- Если ты врач или скоро им станешь, это объявление для тебя!

«Медицина газета «Здоров'я України»

предлагает творческим, грамотным и ответственным людям с медицинским образованием, опытом работы в медицинской прессе (желательно) и умением логически мыслить работу в штате с возможностью время от времени ездить в командировки.

Всех желающих попробовать свои силы просим обращаться по телефону: 067-9996587 или отправить резюме по электронному адресу: [elvira\\_sabadash@inbox.ru](mailto:elvira_sabadash@inbox.ru)

Мы ждем всех, кто хочет стать частью команды, ищет интересную работу с гибким графиком и приятным вознаграждением.