

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО ВСЕГДА ЛИ МЫ ЕГО

VIII съезд
Научного общества
гастроэнтерологов России.
Москва, 4-7 марта, 2008 г.

6 марта 2008 г. в Большом зале Дома ученых РАН в рамках VIII съезда Научного общества гастроэнтерологов России состоялся симпозиум «Синдром избыточного бактериального роста: всегда ли мы его диагностируем и лечим?». Симпозиум состоялся при поддержке фирмы «Солвей Фарма». В работе симпозиума приняли участие более 200 врачей из многих регионов России. С научными докладами выступили профессор, заведующий отделением патологии желчевыводящих путей ЦНИИ гастроэнтерологии А.А Ильченко, профессор, академик РАЕН Э.П. Яковенко, профессор Е. А. Белоусова.



А.А. Ильченко,
д.м.н., профессор, заведующий отделением патологии
желчевыводящих путей ЦНИИ гастроэнтерологии

нимаемся консервативным лечением патологии билиарного тракта. По нашим данным, она выявлена у значительного большинства обследованных больных, практически у 92%. Если проанализировать уровень желчных кислот у пациентов с различными вариантами патологии, то здесь имеются достаточно широкие колебания, что и обеспечивает разные степени билиарной недостаточности.

Естественно, если мы корригируем билиарную недостаточность, мы повышаем и бактерицидное свойство желчи. Каким образом происходит коррекция? Здесь ничего нового не придумали, это естественное замещение дефицита желчных кислот. В наших исследованиях представлен анализ клинической симптоматики, представлено девять клинических симптомов, которые наиболее часто встречаются у больных с билиарной дисфункцией, и показано, что на фоне курса терапии происходит положительная динамика, но у трети больных сохраняются диспепсические расстройства, ко-

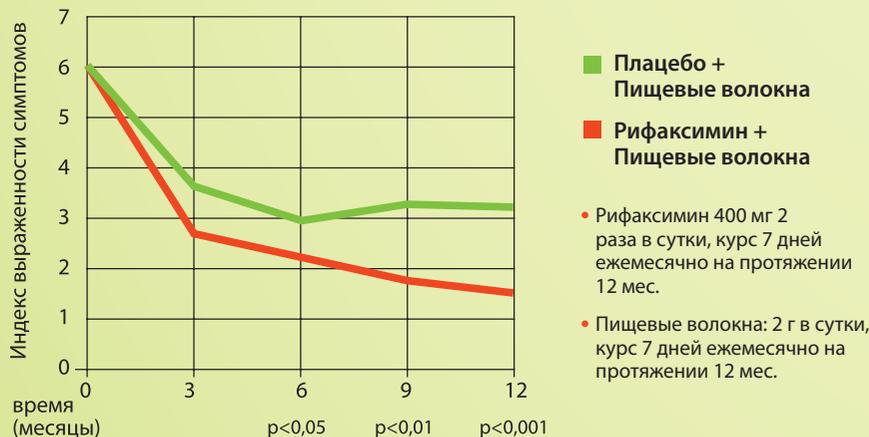
торые, видимо, имеют другой генез. Сегодня я могу представить вам новый препарат Альфа Нормикс (рифаксимин) с достаточно широким спектром действия, который влияет как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору, как грамположительную, так и грамотрицательную. Препарат практически не всасывается через слизистую оболочку кишечника, т.е. не обладает дезактивирующими действиями и, естественно, не оказывает каких-то побочных эффектов. Основным механизмом является ингибирование бактериальной РНК. Он практически не всасывается в кровь при оральном приеме внутрь, зато достигает высокого уровня концентрации в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. За счет этого он обладает превосходным профилем безопасности, оказывает селективное воздействие на органы ЖКТ. И хотя он только появился на нашем фармацевтическом рынке, видимо, это будет препарат выбора при лечении синдрома избыточного бактериального обсеменения.



О синдроме избыточного бактериального роста мы говорим в той ситуации, когда количество микробов в тонкой кишке превышает 10³-10⁴ на один грамм кишечного содержимого. Если отталкиваться от физиологической роли желчи, то одной из ее функций является способность подавлять рост кишечной микрофлоры в двенадцатиперстной кишке.

В настоящее время для характеристики количества и качества, поступающей желчи, ее вида существует термин билиарной недостаточности, который трактуется как уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник за один час после введения раздражителя. Выделяют три степени: легкая, средняя и тяжелая. В нашей клинике мы часто встречаемся с легкой и средней степенью билиарной недостаточности и за-

Рисунок 1. Снижение выраженности клинических симптомов избыточного бактериального роста на фоне терапии рифаксимином



БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА: ДИАГНОСТИРУЕМ И ЛЕЧИМ?

Повышенная кислотность и кислотозависимое заболевание – это проблема практически всей гастроэнтерологии. Какие мы имеем виды нарушения микрофлоры? Это, конечно, кишечные инфекции.

А вот дисбактериоз кишечника – это условно патогенная микрофлора. Но это тоже избыточный бактериальный рост. Как только начинается перевес бактерий, появляется избыток газа, нарушается химия кишечного содержимого, раздувается кишечник, появляются боль, нарушения стула, понос, запор. Но это не собственное клиническое проявление болезни, а проявление именно избыточного бактериального роста. Дисбактериоз – это синдром какого-то заболевания. Поэтому лечение основного заболевания – это и есть идеология лечения. Оно должно присутствовать, но дальше мы должны восстановить кишечную микрофлору. Как восстанавливать нормальную микрофлору? В зависимости от диспепсии. В 90% случаев развивается бродильная диспепсия. Особенно у женщин. Поскольку они борются с избыточным весом и насыщение получают от растительной пищи. Но она не физиологична для человека. Мы едим растительную клетчатку, но для чего? В основном для того, чтобы у человека был ежедневный стул. Если у человека есть бродильная диспепсия – на семь дней он должен стать плотоядным, то есть резко ограничить растительные продукты.

Далее. Есть показания для назначе-

ния антибактериальных препаратов. Первое, что вы должны понять, – есть или нет транслокация кишечных бактерий. От этого зависят ваши действия. Если есть транслокация, вы должны дать всасывающиеся препараты, которые простерилизуют билиарную систему, мочевые пути. Если транслокации нет, значит, нужны кишечные антисептики, которые не всасываются, и подавляют рост микрофлоры в тонкой и толстой кишке. Новый антибиотик Альфа Нормик (рифаксимин) – невсасывающийся препарат. У него широкий спектр действия, он влияет на аэробы и анаэробы, действует на анальную кишечную микрофлору. По своей сути он является эубиотиоком. Назначается от 200 до 400 мг, т.е. по 1-2 таблетки два раза в день. Продолжительность лечения при острых кишечных инфекциях – 3 дня, при лечении дисбактериоза – от 5 до 7 дней. Одновременно с рифаксимином на 2-4-ой неделе назначают пробиотики, т.е. препараты, которые поддерживают рост нормальной микрофлоры в этой ситуации. При нормальном стуле и запоре препаратом выбора является Дюфалак, доза индивидуальная. При поносах – другие препараты. После антибактериальной терапии переходим на прием пробиотика. Выбор пробиотика – это целая система. Можно назначать комбинированные препараты, в состав которых входят и анаэробы, и аэробы. Одновременно назначаются кишечные абсорбенты для снижения



Э.П. Яковенко,
д.м.н., профессор, академик РАЕН, РГМУ

агрессивности кишечного содержимого. Ферменты назначают не с первого дня, потому что они разрушатся микрофлорой, если есть избыточный бактериальный рост. И следующее – не жалейте витаминов. В обязательном порядке – парентеральное введение витаминов В₁, В₆, никотиновой кислоты. Вы получаете улучшение трофических процессов всех органов и тканей. И если такое лечение добавить к лечению основного заболевания, эффект будет очень хороший. 

Рисунок 2. Снижение выраженности симптомов, связанных с газообразованием, на фоне терапии рифаксимином



СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Е.А. Белоусова,

д.м.н., профессор, руководитель курса гастроэнтерологии при кафедре терапии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

Заболевание поджелудочной железы всегда сопровождается тремя состояниями: нарушением процессов переваривания и всасывания, развитием синдрома избыточного бактериального роста и, как следствие этого, нарушением эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

Дефицит панкреатических ферментов, недостаточность амилазы, приводит к вытеснению неперевариваемых нутриентов в просвет толстой кишки. Здесь развиваются брожение и гниение, что создает фон для развития микробной колонизации тонкой кишки вследствие нарушения переваривания. То есть

имеет место синдром избыточного бактериального роста. Далее, в результате действия микробных токсинов повреждаются мембранные ферменты тонкой кишки, нарушается пищеварение, и это приводит к обратной реакции: усиливается нарушение переваривания и всасывания и, соответственно, усиливается микробная контаминация. При терапии заболевания поджелудочной железы с синдромом избыточного бактериального роста прежде всего назначаются ферменты. Если мы имеем дело с выраженной экскреторной недостаточностью поджелудочной железы, то здесь должна быть адекватная, высокая доза ферментных препаратов.

Мне представляется, что наиболее эффективным и безболезненным для деконтаминации тонкой кишки является использование микробных метаболитов, таких как Хилак-форте. Ниша их действия, в основном, тонкая кишка, они улучшают ее трофику, осмолярность и рН. Также необходимо назначение таких препаратов, как Бактисубтил, Споробактерин или Энтерол, которые являются транзитной формой для человеческого организма, но метаболизируются точно так же, как нормальная микрофлора.

При хроническом панкреатите в 40% случаев развивается синдром избыточного бактериального роста. И это те пациенты, которым обязательно нужно назначать адекватные дозы ферментов. Вот данные исследования о применении высоких доз ферментов: от 100 до 150 тыс. единиц в сутки, т.е. примерно 50 тыс. единиц на прием. У большей части пациентов, по данным водородного теста, синдром избыточного бактериального роста исчез. У меньшей части пациентов он сохранялся, но исчезли явления

метеоризма. И у определенного количества пациентов имелось клиническое улучшение, но синдром избыточного бактериального роста, по данным водородного теста, сохранялся.

Причиной этого, вероятно, явилось то, что ферменты могут разрушаться бактериальными токсинами. Поэтому именно здесь находится точка приложения для антибактериальной терапии и, в частности, для терапии Альфа Нормиксом. То что он эффективен в отношении и анаэробной, и аэробной флоры – очень большое преимущество. Он практически не вызывает бактериальной резистентности, поэтому может использоваться повторными курсами. Мы не имеем достаточного опыта применения этого препарата, но, по данным литературы, препарат мне очень импонирует. 



СЕЛЕКТИВНЫЙ КИШЕЧНЫЙ АНТИБИОТИК ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ



- Острые желудочно-кишечные инфекции
- Синдром избыточного бактериального роста
- Печеночная энцефалопатия
- Воспалительные заболевания кишечника
- Профилактика инфекционных осложнений при колоректальных хирургических вмешательствах