

Стратегия в коррекции нарушений микробиоценоза кишечника

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ И КОЛЛЕГИ, А ТАКЖЕ ВСЕ, КТО ИНТЕРЕСУЕТСЯ ВЕСЬМА АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ПОДДЕРЖАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ (МИКРОБИОТЫ)!

По данным Всемирной организации здравоохранения, до 95 % жителей земного шара страдают дисбактериозом кишечника. Практически ни одно заболевание не протекает без негативных последствий для кишечной микробиоты. Но самым распространенным губительным действием на кишечные микробы является использование антибиотиков. У относительно здорового человека с массой тела около 70–75 кг в толстой кишке находится около 2–2,5 кг живой биомассы микроорганизмов (нормобиоты), а количество видов достигает 1–1,5 тыс. (!).

И врач, и пациент должны понимать, что используемый антибиотик не выбирает точку приложения в организме и в конечном итоге будет подавлять все микробы, которые к нему чувствительны. Применение антибиотика при пневмонии, цистите, бронхите и т. д., как говорится, и лечит, и калечит. С одной стороны, помогает излечить основное заболевание, ради которого его назначили, а с другой – наносит огромный сопутствующий вред чувствительной микробиоте, и в первую очередь кишечной. При банальном использовании антибиотиков содержание полезных микроорганизмов может снижаться в кишечнике на 3–6 порядков, т. е. в тысячу–миллион раз!

Уже более 50 лет как в нашей стране, так и во всем мире для коррекции микрoэкологических нарушений в кишечнике (дисбактериоз, дисбиоз) основными средствами (95–97 %) служили препараты на основе живых микробов – пробиотики. В обычной лечебной практике, если врач при анализе кала на дисбактериоз выявлял снижение того или иного вида нормальной микрофлоры, то он в первую очередь назначал пациенту пробиотик на основе того вида нормофлоры, дефицит которого зафиксирован. Мало бифидобактерий, давайте «добавим» бифидобактерии в состав того препарата, который врачу больше нравится, и т. д.

В последние годы была пересмотрена стратегия по поддержанию и восстановлению кишечной микробиоты!

Группе российских ученых (около 50 научных работ, 2010–2016 гг.) удалось получить убедительные доказательства того, что использование традиционных препаратов на основе живых микробов (пробиотиков) является не самым эффективным и безопасным путем коррекции микрoэкологических нарушений в кишечнике.

Было установлено:

До толстой кишки (основной ареал обитания нормофлоры) в среднем доходит живой всего 1 из 1 000 000 (миллиона) принятых внутрь микробных клеток в составе пробиотика. Выживаемость живых клеток при транзите по желудочно-кишечному тракту составляет менее одной десятичной доли процента. И никакие кислотоустойчивые капсулы, применяемые в некоторых пробиотиках, не спасают ситуацию: выживает не 1, а 4–5 клеток.

У каждого человека в кишечнике находятся индивидуальные штаммы (аутоштаммы) лактобацилл, бифидобактерий, кишечной палочки и т. д. А пробиотики изготавливают на основе «универсальных» производственных штаммов микробов. Дошедшие живыми до толстой кишки про-

биотические клетки более чем в 70 % случаев вступают в антагонистические взаимоотношения с аутоштаммами микроорганизмов пациента, проще говоря, обладают бионесовместимостью.

Пробиотические микробы обладают лимфоцитотоксическим действием, т. к. иммунная система пациента способна определить, какие микроорганизмы (свои или чужие) поступают в желудочно-кишечный тракт. Пробиотические микроорганизмы являются чужеродными для индивидуальной микробиоты пациента.

Существовавший несколько десятилетий тезис о заместительном действии пробиотиков оказался мифом. Пробиотические клетки, дошедшие до толстой кишки в жизнеспособном состоянии, не приживаются в слизистой оболочке кишечника.

В пробиотиках основным действующим началом оказались не микробные клетки, как априори считалось ранее, а продукты их жизнедеятельности – экзометаболиты, а сами микробные клетки только тормозят процесс восстановления микробиоты при дисбактериозе.

Одновременный прием тех или иных пробиотиков с антибиотиками, о чем постоянно твердят телевизионные рекламные ролики, на самом деле является абсурдным с научной точки зрения и необоснованным. Пробиотические клетки чувствительны к большинству антибиотиков даже в тех небольших концентрациях, которые создаются антибиотиками в крови, а в кишечнике концентрации антибиотиков создаются в десятки–сотни раз выше. Очевидно, что такая реклама вводит потребителя в заблуждение и, видимо, преследует только коммерческие цели.

Получены убедительные доказательства того, что чужеродные пробиотические микроорганизмы обладают биологически опасным потенциалом: при повышенных дозировках способны инициировать транслокацию кишечной микробиоты в брюшную полость и кровотоки экспериментальных животных, приводящей к их гибели от инфекционно-токсического шока. При этом культуры аутоштаммов кишечной микробиоты, вводимые в тех же дозах, патологических реакций не вызывали.

Извечный российский вопрос: что делать?

Ответ простой, и в настоящее время он находит полное понимание и согласие у специалистов в данной области – поддерживать и восстанавливать свою собственную индивидуальную микробиоту, ту, которая сформировалась у вас после рождения. Это значительно эффективнее и безопаснее, чем пытаться заселить кишечник «хорошими», но чужими штаммами микроорганизмов!

Самое важное, что этот вывод многократно доказан и научно обоснован.

Достигнуть этого можно только в следующих случаях:

– путем использования пребиотиков, т. е. препаратов, в составе которых отсутствуют живые микробы, но есть вещества, селективно стимулирующие размножение индивидуальной микробиоты пациента. Данный класс препаратов представлен на российском рынке. Наиболее эф-

фективными и изученными из них являются «Стимбифид» и «Рекицен-РД»;

– путем использования метабиотиков (метаболических пробиотиков), т. е. препаратов, содержащих продукты жизнедеятельности микроорганизмов нормальной микрофлоры – экзометаболитов. Данный класс современных препаратов находится на стадии разработки.

Пребиотики имеют неоспоримые преимущества перед препаратами, содержащими живые микробы (пробиотиками), а именно:

● высокая биодоступность, т. к. пребиотические вещества доходят до толстой кишки на 95–97 % в неизменном виде (у пробиотиков – менее 0,0001 %). На них, в отличие от пробиотиков, не влияют агрессивные факторы желудочно-кишечного тракта – кислотность, ферменты, желчь, перекисные соединения, иммуноглобулины и т. д.;

● в отличие от пробиотических микробов пребиотики не вступают в конфликт (антагонистические взаимоотношения) с собственной микрофлорой пациента, они, наоборот, служат эксклюзивной пищей для нее;

● после ферментации (утилизации) собственными штаммами нормофлоры пациента пребиотики создают благоприятные физиологические условия для ее дальнейшего существования в активном состоянии путем закисления внутриполостной среды (снижения pH);

● пребиотики, в отличие от пробиотиков, не только можно, но и нужно при необходимости принимать одновременно с антибиотиками. Во-первых, антибактериальные препараты не инактивируют пребиотики, т. к. в них нет живых клеток, а во-вторых, одновременный прием позволяет защитить кишечную микрофлору пациента от негативного сопутствующего воздействия антибиотиков, назначенных при инфекционной патологии других органов.

Этот очень важный вывод научно обоснован в экспериментальных работах группы российских ученых и получил подтверждение в клинической практике Учебно-научного медицинского центра УД Президента РФ.

И самое главное – пребиотики поддерживают и восстанавливают собственную кишечную микрофлору пациента, а не пытаются безрезультатно заселить слизистую кишечника «хорошими», но чужими для него штаммами микроорганизмов. Процесс восстановления индигенной (собственной) микрофлоры всегда протекает наиболее эффективно и безопасно, т. к. она является составной частью сформировавшегося микробиоценоза еще с рождения индивидуума и ей не нужно «проходить паспортный контроль» перед иммунной системой и организмом в целом.

С глубоким уважением, президент научного общества «Микробиота» Чичерин И. Ю.