

В. Василенко

Выступление за Круглым столом «Дисбактериоз кишечника – современное состояние проблемы»

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 08 декабря 2011.

Уважаемый Виктор Михайлович, уважаемые коллеги!

Позвольте обратить ваше внимание на некоторые практические аспекты.

1. Проблема преподавания.

Как преподаватель внутренних болезней взрослых задаюсь вопросом: чему учить будущих врачей? Вот как представлена проблема Д. в литературе, предназначенной для студентов.

Уважаемый ЭСМТ дает два значения: (1) изменение соотношений и состава микрофлоры организма и (2) совокупность изменений в **макроорганизме**, вызванных изменением микрофлоры.

Отраслевой стандарт рассматривает Д как **клинико-лабораторный синдром**.

Учебник микробиологии Воробьева 2003 г. утверждает, что Д считается **эндогенной инфекцией**, возникающей чаще всего в результате нарушения антибактериальными препаратами нормальной микрофлоры, другие возможные причины не перечисляются. С другой стороны, в учебнике микробиологии Гусева, 2003 ничего не говорится о Д.

Учебник инфекционных болезней 2003 г. вообще обходит стороной проблему Д.

Учебник детских болезней 2002 утверждает, что Д – понятие **микробиологическое**, а не клиническое; это не диагноз, а неблагоприятный фон.

Учебник клинической фармакологии 2006 г. сообщает, что Д. это – качественные и количественные изменения состава кишечной микрофлоры. При лечении которого, как я подсчитал, могут быть использованы ЛС восьми групп. Однако показания к лечению не уточняются.

Учебник внутренних болезней из серии «XXI век», которым именно мы широко пользуемся, не дает определения Д. кишечника. Просто указано в разделе «Хронический колит», что Д. имеет определенное значение в хронизации и прогрессировании колита и с ним при этой патологии нужно бороться **антибактериальными** средствами. Между прочим, в разделе «Энтеропатии» ошибочно к эубиотикам отнесены мексаформ, энетероседив и интетрикс.

Может ли в такой ситуации сложиться ясное представление о проблеме даже у вдумчивого студента? Как ему связать положение о Д. кишечника с современными положениями международной клинической медицины?

2. Соотносимость Д. с общепризнанными расстройствами пищеварительного тракта.

Отраслевой стандарт перечисляет следующие проявления Д. у взрослых: снижение аппетита, тошнота, рвота, металлический привкус во рту, боль в животе, отрыжка, аэрофагия, метеоризм, вздутие живота, чувство неполного опорожнения кишечника, императивные позывы, запор, понос и их чередование, изменение вида и консистенции стула. Помимо этого возможны общие симптомы, гиповитаминоз, аллергический синдром. Мы видим, что пищеварительная симптоматика представляет собой по преимуществу жалобы пациента, а не стойкие объективные находки.

Теперь давайте рассмотрим соответствующее Римским критериям III краткое определение неспецифического функционального расстройства кишечника.

Диагностические критерии неспецифического функционального расстройства кишечника
Нарушения функции кишечника, не имеющие органических причин и не отвечающие критериям других функциональных расстройств кишечника.
Под другими расстройствами понимают СРК, функциональные вздутие, запор и понос.
Функциональные расстройства кишечника диагностируются только на основании жалоб пациентов.

Помимо кишечных, типичны и общие, или внекишечные проявления.

Частые непищеварительные симптомы при СРК:

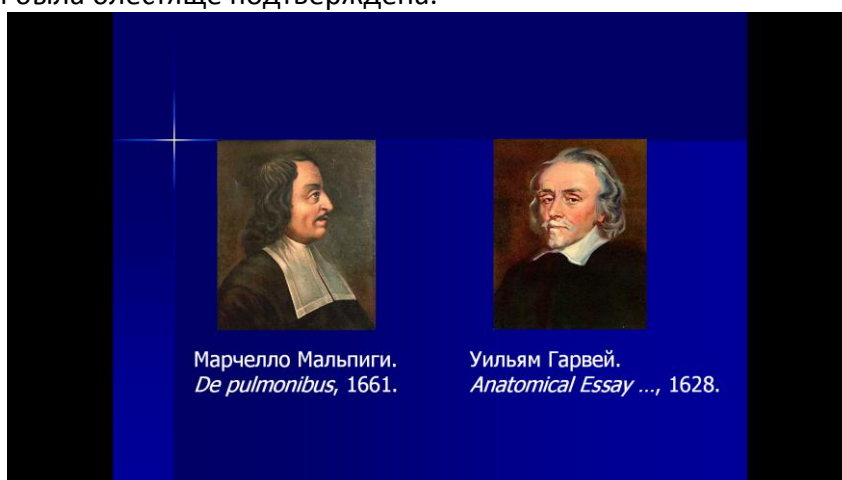
Горечь или привкус во рту
Тревога, стрессовое состояние
Усталость, депрессия
Головокружения, головные боли
Дизурия
Дисменорея.

Мы видим, что клиника Д. кишечника и неспецифического кишечного расстройства во многом совпадает, можно даже настаивать на их идентичности.

Если прежде говорилось, что при функциональных расстройствах отсутствуют структурные и биохимические изменения в кишечнике, то Римский консенсус 2008 года говорит: весьма вероятно, что в ходе исследований такие нарушения обнаружатся. И что очень важно, в числе направлений дальнейших исследований рекомендовано, цитирую, изучить состояние и значение микрофлоры кишечника.

3. Исторические параллели

В 1628 году королевский врач Уильям Гарвей опубликовал 72-страничную работу "О движении сердца, в которой изложил теорию кровообращения. Многие ученые отнеслись к новой теории скептически. Это было разумно, так как в предложенной системе не хватало важного звена — капилляров. В год издания брошюры родился Марчелло Мальпиги, который *через 32 года* после публикации Гарвея обнаружил капилляры и теория была блестяще подтверждена.



Уильям Гарвей: *Anatomical Essay on the Motion of the Heart and Blood in Animals*, 1628. Марчелло Мальпиги. *De pulmonibus*, 1661.

Первое теоретическое обоснование понятия Д. для клиницистов, как мне представляется, принадлежит известному инфекционисту Александру Федоровичу Билибину. Оно было опубликовано в 1967 г. в авторитетном «Терапевтическом архиве» (Проблема дисбактериоза в клинике). Первая клиническая публикация по теме также состоялась в 1967 г. в журнале «Советская медицина», она посвящена дисбактериозу при хроническом колите и энтероколите. Времени уже прошло больше, чем потребовала для внедрения теория Гарвея во времена, когда эпоха Просвещения еще не наступила.

Сорок лет продолжают академические дискуссии и неакадемические споры о Д., однако за ними стоят здоровье, качество жизни и кошельки пациентов. Как помочь им в согласии с доказательной медициной? Себя я отношу к скептикам.



Александр Билибин: *Проблема дисбактериоза в клинике*, 1967. Национальный стандарт «Надлежащая клиническая практика», 2006.

В 2006 году в России впервые был введен Национальный стандарт «Надлежащая клиническая практика», национальная версия общеизвестного GCP. Надлежащая клиническая практика, по моему мнению, – не главное во врачевании, но она позволяет врачу понять, какие средства могут оказаться в определенном проценте случаев действенными *без участия психики пациента*.

4. Что можно сделать?

Как человек, ведущий клинические испытания, и как научный консультант отечественной контрактно-исследовательской организации предлагаю следующий шаг на пути решения проблемы.

Провести масштабное клиническое испытание эффективности нескольких лечебных средств, рекомендуемых для коррекции Д., по принципам GCP. Сейчас они относятся к категории С по шкале убедительности доказательств. В общем виде дизайн испытания представляется следующим.

Набор пациентов, соответствующих критериям неспецифического кишечного расстройства, не составляет труда. Испытуемой группе может быть назначен соответствующий препарат из числа перечисленных в Отраслевом стандарте по дисбактериозу. Могут быть взяты несколько групп и несколько препаратов. Одновременно с клиническим наблюдением с помощью, скажем, шкал интенсивности симптомов, у испытуемых проводятся анализы на Д. Результатом исследования, как

минимум, может быть регистрация нового показания к применению лечебного средства, что должно представлять интерес для производителя медикамента. С другой стороны, может быть выявлена связь улучшения симптоматики и динамики изменений микрофлоры. В последнем случае можно будет не только подтвердить современную концепцию Д., но и вписать ее в рамки общепринятых международных понятий гастроэнтерологии.

Спонсирование подобного предприятия можно было бы предложить заинтересованным производителям известных лекарственных средств. Например, ЗАО «Партнер», которое спонсировало разработку Отраслевого стандарта по дисбактериозу. Другой существенный аспект – возможная перерегистрация БАДов в медикаменты, например, нормофлоринов компании «Новое время». Мы как контрактно-исследовательская организация, готовы к сотрудничеству.

Прошу необходимость проведения клинических испытаний на принципах GCP внести в резолюцию нынешнего заседания.

Благодарю за внимание

Прошу принять участников Круглого стола в качестве предновогоднего сувенира мою книжку «Тайны пищеварения», в которую вложена визитная карточка контрактно-исследовательской организации CRO «IN VIVO».

Дисбактериоз кишечника – современное состояние проблемы. Круглый стол. Участвуют: Бондаренко В.М. (Москва), Василенко В.В. (Москва), Григорьева Г.А. (Москва), Мазанкова Л.Н.(Москва), Ткаченко Е.И. (Санкт-Петербург), Чернин В.В. (Тверь), Шапошникова Л.И. (Москва).