

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

С.С. Паунова, профессор, заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, д. м. н.

С наступлением осенних холодов ежегодно происходит закономерный рост заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРЗ) среди всех возрастных групп населения России [1]. Особенно подвержены ОРЗ дети и подростки, что связано с их нахождением в детских и школьных коллективах, где создаются идеальные условия для распространения респираторных инфекций. Влажный холодный климат и возрастающий осенью и зимой поток пассажиров общественного транспорта также повышают вероятность заражения.

Лихорадка, катаральные явления, плохое самочувствие больного, возраст ребенка ставят перед педиатром непростой вопрос, касающийся необходимости назначения антибиотиков и выбора фармакологических групп препаратов.

Большинство современных антибиотиков негативно влияют на биоценоз кишечника и могут стать причиной дисбактериоза, проявляющегося схваткообразными болями в животе, водянистым стулом с появлением патологических примесей в виде слизи, зелени и крови [2, 3].

Микрофлора кишечника представляет собой уникальную, хорошо сбалансированную, но очень хрупкую «экосистему». В настоящее время ее приравнивают к самостоятельному органу человека весом около 2 кг и численностью порядка 10^{14} (100 млрд) клеток микроорганизмов. Это число в 10 раз превышает число собственных клеток организма-хозяина, то есть человеческих [4].

Многочисленный микробиоценоз кишечника человека представлен более 500 видами микроорганизмов, причем в различных отделах желудочно-кишечного тракта количество их колеблется от 10^3 до 10^{12} КОЕ/мл.


Нормальная микрофлора выполняет важные функции – защитную, обменную, иммуномодулирующую, участвует в поддержании гомеостаза. Нарушение любой из этих функций сопровождается изменением метаболизма, возникновением дефицита микронутриентов, снижением иммунного статуса [5].

Поэтому необходимым условием проведения антибактериальной терапии любого назначения является восстановление и/или поддержание нормального биоценоза кишечника с использованием лекарственных средств биологического происхождения, способных регулировать равновесие микрофлоры кишечника. С этой целью применяют пробиотики – препараты живых микроорганизмов (представителей индигенной микрофлоры кишечника), которые обладают

способностью целенаправленно регулировать кишечную микроэкологию и восстанавливать нормальный биоценоз. Использование пробиотиков является одним из перспективных методов профилактики и лечения ААД благодаря их влиянию на организм человека [6].

Согласно современным представлениям, пробиотики – это живые микроорганизмы, применение которых оказывает положительный эффект на организм человека [7]. В педиатрической практике широкое распространение получил **Линекс**[®] – комплексный препарат, состоящий из живых лиофилизированных бактерий *B. infantis v. liberorum*, *L. acidophilus* и *Enterococcus faecium*, устойчивых к антибиотикам и химиотерапевтическим средствам [8].

Входящие в состав **Линекс**[®] живые бифидобактерии, лактобациллы и энтерококки (выделенные из кишечника здорового человека) поддерживают и регулируют физиологическое равновесие кишечной микрофлоры во всех отделах кишечника. Препарат выпускается в капсулах. В 1 капсуле содержится $1,2 \times 10^7$ живых кислomолочных бактерий (бифидо- и лактофлора). При его приеме создаются неблагоприятные условия для развития патогенной и условно-патогенной кишечной микрофлоры за счет продукции бактериями уксусной, молочной и пропионовой кислот, что снижает рН кишечного содержимого. Прием препарата: взрослым – по 2 капсулы 3 раза в день, детям до 2 лет – по 1 капсуле 3 раза в день, детям от 2 до 12 лет – по 1–2 капсулы 3 раза в день после еды. Бактерии **Линекс**[®] обладают кислотоустойчивостью [9]. Курс лечения зависит от причины и степени выраженности дисбактериоза, а также индивидуальных особенностей организма; в любом случае заместительная терапия должна быть продолжительной. Штаммы микроорганизмов, входящих в состав **Линекс**[®], резистентны к действию большинства антибиотиков [10]. Именно поэтому препарат следует назначать с первого дня антибиотикотерапии. Пробиотики, действуя на уровне кишечника, создают благоприятные условия для развития и существования собственной нормальной микрофлоры организма. Как пра-

вило, микроорганизмы, входящие в состав пробиотиков, выполняют функцию временного заполнения эконоши микрофлоры, которую со временем занимают восстановленные колонии штаммов, изначально населяющих слизистую оболочку кишечника. В зависимости от степени выраженности дисбактериоза улучшение качественного и количественного состава собственной микрофлоры происходит в различные временные промежутки. В связи с этим терапия пробиотиками должна носить достаточно длительный курсовой характер, желательно не менее 3 недель. 

Список литературы:

1. <http://rospotrebнадзор.ru>
2. Bartlett J.G. Antibiotic-associated diarrhea. N. Engl. J. Med., 2002; 346: 334–9.
3. Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А. Антибиотик-ассоциированная диарея. Фарматека, 2007; 13: 89–90.)
4. Осипов Г.А., Парфенов А.И. Богомолов П.О. Рос. журн. гастроэнтерол, гепатол., колопроктол., 2001: 54–69.
5. de Vos W.M., de Vos E.A. Role of the intestinal microbiome in health and disease: from correlation to causation (Notre Rev., 2012 Aug; 70 suppl. 1: S45–56).
6. Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Свиницкая В.И., Кучерова В.В., Дмитриева Ю.А. Практика 12/01/09.
7. Горелов А.В., Усенко Д.В., Елезова Л.И. и др. Использование пробиотических продуктов в лечении кишечных инфекций у детей // Вопросы современной педиатрии, 2005, 2 (4), 47–52.
8. Щербаков П.Л. и др. Антибиотик-ассоциированная диарея у детей – особенности коррекции микрофлоры // Вопросы практической педиатрии, 2010, т. 5, № 5.
9. Дронова Ю.М. Пробиотики: роль в современной медицине и аспекты клинического применения // Медицинский вестник, № 15 (442), 25 апреля 2008 г.
10. Гриневиц В.Б., Захаренко С.М., Осипов Г.А. Принципы коррекции дисбиозов кишечника // Лечащий врач, август 2008 г., № 6.