

Дисбактериоз — одно из наиболее распространенных и труднолечимых заболеваний человека. К сожалению, решать эту проблему в ЛПУ, где нет своих эпидемиологов и гастроэнтерологов, часто приходится врачам других специальностей. Для того чтобы рассказать о новых подходах к его диагностике, мы взяли интервью у старшего научного сотрудника Московского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского, врача высшей категории, кандидата медицинских наук Алексея ВОЛЧЕЦКОГО.

— Желудочно-кишечный тракт человека населяет множество микроорганизмов, которые участвуют в переваривании и усвоении пищи, синтезируют ряд полезных для организма веществ, в том числе витаминов, а также противостоят проникновению болезнетворных бактерий в организм человека. Но иногда количественное и качественное соотношение разных видов микроорганизмов в кишечнике нарушается. Такое состояние называют дисбактериозом или дисбиозом. По сути это целый комплекс симптомов, возникающих при ряде болезней и патологических состояний. К факторам риска развития дисбактериоза можно отнести хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, частые респираторные заболевания, аллергические реакции, прием некоторых лекарственных препаратов (прежде всего антибиотиков), стрессовые ситуации и чрезмерные физические нагрузки. Немаловажную роль в развитии нарушений микрофлоры кишечника играет экологическая обстановка, окружающая человека: проживание в промышленных районах, близость крупных автомагистралей, пассивное вдыхание табачного дыма, неправильное или несбалансированное питание (несоответствующее потребностям организма).

— Алексей Леонидович, а как «заподозрить» дисбактериоз?

— Это возможно при наличии функциональных нарушений со стороны кишечника (метеоризм, неустойчивый стул), болей в жи-

Санитарная зона

## Этот страшный «зверь» дисбактериоз...

В глубинке решать проблему нарушения микрофлоры приходится врачам разных специальностей. Как не сплеховать?

воте, неприятного запаха изо рта, особенно по утрам, ухудшении аппетита. Нередко изменяется и характер стула: появляются патологические примеси (зелень, слизь, непереваренные комочки), изменяется запах. Если такие признаки наблюдаются, то пациенту нужно направить к врачу-специалисту, который укажет, какие анализы следует сдать.

Дисбактериоз кишечника наступает задолго до клинических проявлений и является предвестником отклонений в клинико-физиологическом статусе организма. Здесь необходимо вспомнить, какие основные функции присущи нормальной кишечной микрофлоре?

Прежде всего — защитная, предупреждает колонизацию кишечника патогенной и условно-патогенной микрофлорой. Затем ферментопродуцирующая — осуществляет гидролиз клетчатки, крахмала, белков, жиров, деконъюгацию желчных кислот и др. Третья функция — синтетическая — обеспечивает синтез витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, холестерина, мочевой кислоты, органических кислот и др. Ну и наконец, еще одна, не менее значимая функция — иммунизирующая, которая поддерживает синтез иммуноглобулинов, опосредует созревание и функционирование иммунокомпетентных органов.

Клинические проявления кишечного дисбиоза включают местные (кишечные) симптомы и синдромы, а также системные нарушения, обусловленные воздействием кишечной микрофлоры и ее токсинов

на внутреннюю среду человека, которые проявляются, соответственно, нарушением процессов всасывания, иммунологическими нарушениями, пищевыми аллергиями, аутоиммунными заболеваниями и др.

— И все-таки как же проявляется кишечный дисбиоз?

— Кишечные проявления полиморфны и могут включать три варианта. Первый, который связан с избыточной продукцией органических кислот, что приводит к задержке жидкости в просвете кишки. Клинические симптомы: боли в животе, метеоризм, осмотическая диарея, которая уменьшается или купируется после 24- или 48-часового голодания, потеря массы тела. Второй: снижение содержания и активности внутрипросветных и пристеночных ферментов. Клинические проявления: секреторная диарея, которая не купируется после 24-часового голодания, наличие воспаления и эрозий в слизистой оболочке. Третий механизм связан с моторными расстройствами кишечника (интенсивные боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм); спастическая дискинезия толстой кишки с развитием запоров с бобовидным калом и болями в животе.

— Как и чем можно подтвердить, что выявлен действительно дисбактериоз?

— Используем уже длительное время рутинным бактериологическим анализом (анализ кала на дисбактериоз). В стандартном исполнении он предусматривает в большинстве случаев определение в фекалиях количественного со-

держания бифидобактерий, лактобацилл, энтеробактерий (кишечная палочка и ее гемолитические варианты), протей, энтерококка, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, кандид.

При всех вариантах дисбиотических проявлений акцент делается, прежде всего, на снижение бифидобактерий и повышение числа условно патогенных видов и, кроме того, бактериологическое исследование кала не позволяет судить о микрофлоре тонкой кишки, изменение которой, особенно в связи с ее увеличением, играет важнейшую роль в патологии пищеварительного тракта. А между тем необходима точная идентификация количественного и качественного состава нормальной микрофлоры, не только начального отдела толстого кишечника, но и всего желудочно-кишечного тракта.

— В связи с этим как правильно диагностировать дисбактериоз?

— Для оценки состояния пищеварительной системы важно иметь полную информацию о физических параметрах кала, степени гидролиза поступающих в толстую кишку нутриентов, эффективности желчеотделения, всасывательной способности слизистой, скорости транзита. Нужны сведения о количестве метаболитов микрофлоры их соотношении и типе брожения (бродильный или гнилостный). Должен обязательно учитываться качественный и количественный состав микрофлоры — соотношение нормофлоры и условно-патогенных микроорганизмов.

Для объективной оценки функционального состояния пищеварительной системы и ее работоспособности в Консультативно-диагностическом центре МНИИЭМ им. Г.Н.Габричевского проводится комплексный анализ микрофлоры кишечника. По данному анализу исследуются все вышеперечисленные параметры пищеварительной системы. Определяются копросиндром, тип брожения, метаболическая активность микрофлоры, ее структура (анаэробно/аэробное равновесие, сахаролитическое/протеолитическое равновесие) и степень микробиологических нарушений в соответствии с отраслевым стандартом.

Уникальность данного анализа в том, что для оценки метаболической активности микрофлоры используются летучие жирные кислоты. Они являются не только маркерами, характеризующими изменения структуры микрофлоры на ранних стадиях дисбиоза, но и активными химическими соединениями, влияющими на физиологию пищеварения. Уксусная кислота является источником энергии для клеток организма, масляная кислота является энергосубстратом для клеток кишечного эпителия. При недостатке масляной кислоты может нарушаться непроницаемость кишечного эпителия для токсинов и более «тяжелых» ЛЖК. Повышенное количество пропионовой кислоты может влиять на моторику кишечника и провоцировать диарею. Комплексный анализ микрофлоры кишечника, наиболее полный и доступный для пациентов, дает представление о процессе «микробного пищеварения», возможных механизмах формирования микробиологических и функциональных нарушений в толстом кишечнике, способствует выбору адекватной комплексной терапии. Данный анализ необходим специалистам здравоохранения всех направлений, так как позволяет выявлять и устранять нарушения микрофлоры кишечника, а значит, восстанавливать и весь организм в целом.

Беседу вел  
Леонид ПЕРЕПЕЛТЧИКОВ,  
обозреватель «МГ».

### Продолжаем разговор

Этот материал — в продолжение темы, обсуждение которой «Медицинская газета» начала в минувшем году (см. № 59 от 15.08.2012 и № 68 от 14.09.2012). О том, как в Красноярском крае выстроена система раннего выявления онкопатологии и какое место в ней отводится скринингам, рассказал главный врач краевого клинического онкологического диспансера им. А.И.Крыжановского Андрей МОДЕСТОВ:

— В Красноярском крае ежегодно регистрируется около 9,5 тыс. новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО), из них у мужчин — 47,5% у женщин — 52,5%. В связи с этим проблема организации мероприятий по ранней диагностике ЗНО год от года становится только актуальнее.

На примере Красноярского края можно увидеть следующую тенденцию по выявлению рака молочной железы (РМЖ): число женщин, заболевших РМЖ, в течение последних 5 лет непрерывно растет, каждый год число случаев увеличивается примерно на 100 человек. Оснащение медицинских организаций маммографическими установками за 5 лет привело к росту выявляемости рака молочной железы на I-II стадиях с 52,4 до 67%. Запущенность рака молочной железы уменьшилась с 44,3 до 33% (по РФ — 35,8%).

С целью увеличения выявления опухолей на I-II стадиях в 2012 г. в рамках региональной составляющей программы модернизации здравоохранения Красноярского

## Удар по раку К вопросу о пользе скринингов

края реализуется онкологический скрининг населения. Учитывая тот факт, что эффективность лечения ЗНО напрямую зависит от стадии, в которой они выявлены, онкоскрининг является существенным фактором в увеличении продолжительности и качества жизни людей, перенесших это заболевание. Сумма средств, выделенная на реализацию проекта, составляет 37,5 млн руб.

Осмотру подлежат 150 тыс. граждан в возрасте старше 50 лет. В программе участвуют мужчины и женщины старше 50 лет. Большинство случаев новообразований диагностируется врачами амбулаторно-поликлинических учреждений и активно выявляется при профилактических осмотрах, однако эта группа населения, являющаяся в большинстве своем неработающей, не участвует в медосмотрах и различных профилактических мероприятиях. Для того чтобы охватить данный контингент, и было принято решение о создании программы, в комплекс которой вошли скрининг РМЖ, рака легкого, кожи, кишечника, предстательной железы, яичников и шейки матки. Это отличает Красноярский край даже от европейских стран, где реализуются монопрограммы: по скринингу, например, только

проведен комплексный осмотр и выполнен этот стандарт, медицинская организация может выставить на оплату законченный случай.

Для оценки эффективности проведения медицинских осмотров заведен ежемесячный мониторинг количества осмотренных пациен-



РМЖ, или только шейки матки, или только кишечника.

Для онкоскрининга были разработаны стандарты осмотра для мужчин и женщин и утверждены тарифы. С целью увеличения доступности медицинской помощи в силу территориальных особенностей края было принято решение о вовлечении в эту программу медицинских работников первичного звена — фельдшеров. То есть определенная часть разработанных стандартов можно выполнить на уровне фельдшерско-акушерского пункта или смотрового кабинета, другая же часть, лабораторно-инструментальная, проводится непосредственно в медицинских организациях. Когда

количества заподозренных и выявленных онкопатологий. Этот мониторинг связан с отделом канцер-регистра, который подтверждает факт установления ЗНО. Министерство здравоохранения Красноярского края издало приказ, в котором для каждой медицинской организации обозначено число пациентов, в течение года нуждающихся в медосмотре. Очный контроль исполнения этих объемов ведется и со стороны Красноярского краевого онкологического диспансера, и со стороны страховых медицинских организаций. Таким образом, полностью налажена система контроля над всеми медицинскими организациями в проведении медосмотров.

За период с апреля по сентябрь 2012 г. по стандартам было осмотрено более 49 тыс. человек, выявлено 3,3 тыс. человек с подозрением на злокачественное новообразование, из них пациентов с выявленными злокачественными новообразованиями — 426. Эффективность скрининга уже на его старте оказалась в 4 раза выше дополнительной диспансеризации работающих граждан. Учитывая этот факт, Министерство здравоохранения планирует закрепить практику проведения мероприятий по онкоскринингу ежегодно для стимулирования работы первичного звена по выявлению на ранних стадиях ЗНО.

По предварительным результатам работы за 9 месяцев 2012 г. процент выявления злокачественных новообразований по Красноярскому краю составил 41,5%, а по Красноярску — 43,2% (в 2011 г. — 33,9%). Рост выявляемости обусловлен повышением онкологической настороженности среди медработников первичного звена.

В результате проводимой работы смертность от злокачественных новообразований по Красноярскому краю за 6 месяцев 2012 г. снизилась с 164,5 на 100 тыс. населения до 158,8. При этом также отмечается снижение смертности и среди трудоспособного населения с 77,9 на 100 тыс. населения до 68,1.

НА СНИМКЕ: своевременное исследование может помочь избежать большой беды.

Фото  
Александра ХУДАСОВА.