

## Ответ на письмо С.М. Захаренко «Микроэкология человека – непознанная реальность»

А.Н. Маянский

Нижегородская государственная медицинская академия, Россия

### Reply on the Letter of S.M. Zakharenko «Human Micro-Ecology – Unknown Reality»

A.N. Mayanski

Nizhni Novgorod State Medical Academy, Russia

В о - п е р в ы х, замечу, что статья “Дисбактериоз: иллюзии и реальность”, появившаяся в журнале “Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия”, – сильно сокращенный вариант рассуждений по данному поводу, опубликованных в других источниках (см. Маянский А.Н. Микробиология для врачей: очерки патогенетической микробиологии. Н. Новгород: Изд-во НГМА; 1999; Нижегородский мед журн 1999; 3; Педиатрия 2000; 4). В них можно найти расширенный комментарий к ряду позиций, изложенных С.М. Захаренко, в частности по поводу гомеостатических функций нормальной микрофлоры и патогенетическом отражении их нарушений.

В о - в т о р ы х, мои публикации не следует рассматривать

как негативное отношение к проблемам микроэкологии человека, а тем более как отрицание их актуальности. Это реакция на гиперболизацию данного сюжета, породившую одно из проявлений грубого утилитаризма в современной (прежде всего в отечественной) медицине.

Согласен, что требуется спокойный нетенденциозный анализ клинических аспектов проблемы, в которой за несколько десятилетий накопилось немало псевдоаксиом, навязываемых врачам со студенческой скамьи. Более того, попытка поколебать их часто воспринимается болезненно, как покушение на нечто святое.

Относительно терминологии: *дисбактериоз* или *дисбиоз*? Ясно, что нормальная микрофлора представлена не только бактериями (я бы не стал сюда относить бактериофаги, которые всегда сопутствуют определенным видам и даже клонам бактерий), и понятие “дисбиоз” вполне логично. Это не требует доказательств, но и не меняет сути дела.

Подавляющее большинство состава нормофлоры представлено бактериями, и интригующий обывателей анализ на “дисбакте-

риоз” предполагает определение единственного небактериального компонента – грибов рода *Candida*.

Формально любую экзогенную инфекцию можно рассматривать как “дисбактериоз/дисбиоз”, так как всякое экзогенное заражение сопровождается формированием количественно и/или качественно новых микробиоценозов, то есть изменением микрофлоры. Впрочем, это уже диалектика, которая выходит за рамки укоренившейся концепции о дисбиотических состояниях.

Принципиальный вопрос: надо ли диагностировать дисбактериоз? Опираясь на факты, я считаю, что принятый сегодня в нашей стране микробиологический диагноз “дисбактериоз” не несет ожидаемой от него информации. С.М. Захаренко говорит о дополнительных критериях, которые позволяют или позволяют “оценить характер нарушения микрофлоры различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)”. Теоретически это выглядит разумно, если не увлекаться декларациями. Иначе получится “игра в методики” все с тем же расплывчатым и неконструктивным диагнозом.

Контактный адрес:  
Маянский Андрей Николаевич  
603605, Нижний Новгород,  
пл. Минина и Пожарского, 10/1  
Нижегородская государственная  
медицинская академия,  
кафедра микробиологии  
и иммунологии.  
Эл. почта: mayansky@sinn.ru

Много, например, рассуждений ведется о дисбактериозе тонкой кишки. Но фактически единственным реальным его проявлением служит избыточное заселение бактериями тощей кишки, когда опережающая деконъюгация желчных кислот ведет к развитию одного из патогенетических вариантов синдрома мальабсорбции. Из-за трудности забора материала для бактериологического анализа об этом предложено судить по косвенным признакам, в частности по присутствию в моче бактериальных метаболитов.

Кстати, в подобных случаях эубиотики (или пробиотики, как их теперь чаще называют) принесут скорее вред, чем пользу (Григорьев П. и др. Мед газ 1999; 26: 8-9), то есть картина не вписывается в “классический дисбактериоз” и способы его коррекции. Здесь требуются антибактериальные препараты, снижающие контаминацию тонкой кишки.

Вспомним и антибиотико-зависимые диареи, этиология которых до недавних пор “расплывалась” в концепции дисбактериоза. Прорывом в этом “топтании на месте” явилось утверждение специфических клостридиальных (*C. difficile*) поражений толстой кишки, клинический спектр которых варьирует от переходящей диареи до тяжелейшего псевдомембранозного колита.

Безусловно, *C. difficile*-ассоциированная диарея – это результат дисбиотического ослабления колонизационной резистентности кишечника, индуцированного антибиотиками. Но ведь фактически – это инфекция, которая объясняется экологопатогенетической спецификой возбудителя (продукция цитотоксинов). Признание данного факта служит ориентиром для прицельной (этиотропной) антибиотикотерапии, в то время как ортодок-

сальные пробиотики не приносят значительной пользы.

Соглашаясь с тем, что “проведение единственного исследования испражнений приводит к излишнему упрощению и неправильному применению микробиологического понятия “дисбактериоз” в клинической практике”, С.М. Захаренко тем не менее не решается отвергнуть такой анализ, так как любая антимикробная терапия (по крайней мере так я понял тезис о “селективной деконтаминации как главного компонента терапии”) без этого будет “слепой”. Так ли это?

Поводом для исследования на дисбактериоз всегда служат клинические показания, и рекомендации по бактериологическому анализу кала или какие-то дополнительные слежения за естественными микробиоценозами необязательны для контроля за стандартной антимикробной терапией.

Вполне согласен с тем, что “дисбиотические нарушения всегда связаны с процессами, происходящими не только в кишечнике, но и в других органах и системах организма”. Фактически этим признается вторичный характер дисбактериоза. Об этом подробно изложено в моих публикациях (выделен специальный раздел “Дисбактериоз как индикатор здоровья”).

Отсюда следует и другой принципиальный вывод, который я целиком разделяю с С.М. Захаренко, о том, что “коррекция их (дисбиотических нарушений. – А.М.) должна проводиться с учетом характера и степени нарушения функции всех органов и систем (то есть с учетом основного заболевания)”.

Какие бы нарушения состава микрофлоры не диагностировались у больного, в ней всегда остаются зачатки “нормальной микрофлоры”, из которых при

подходящих условиях может сформироваться нормальный микробиоценоз. На мой взгляд, в данной ситуации это оправдывает принцип (парадокс?): лечить организм, а уже потом микрофлору.

Словом, дисбактериоз – понятие микробиологическое, и требуется серьезно подумать, прежде чем проецировать его на клинику. В подавляющем большинстве случаев это вряд ли необходимо.

Действительно, “коллекция” современных препаратов, предлагаемых для восстановления нормофлоры, непрерывно растет, хотя за броскими коммерческими названиями нередко скрываются одинаковые или близкие субстраты. Наиболее общая идея по-прежнему сводится к искусственному заселению кишечника “полезными” бактериями, вытеснению потенциально болезнетворных штаммов и восстановлению нормального микробиоценоза (эубиоза).

Кроме живых бактерий (теперь и грибов), с этой целью рекомендованы добавки к питанию, стимулирующие рост “благородных” бактерий, и ферменты бактериальной природы. Несмотря на очевидную логику, механизм действия пробиотиков/эубиотиков остается неясным. Вызывает, в частности, удивление, что хвалебным отзывам об эффективности препаратов, приготовленных на основе живых бифидобактерий, предшествовал не меньший восторг от применения кишечной палочки (мутафлор N. Nissle и колибактерин Л.Г. Перетца), хотя по количественному содержанию в нормальной микрофлоре энтеробактерии значительно уступают анаэробам. То же самое можно сказать о лактобактерине, который высоко ценили еще И.И. Мечников и его последователи.

В последнее время отечественными рекламодателями агрессивно насаждается как средство против дисбактериоза энтерол (живые клетки дрожжеподобного гриба *Saccharomyces boulardii*). Это явно коммерчес-

кая акция, ибо данный препарат лишь иногда рекомендуется для комплексного лечения клостридиальных (*C. difficile*) диарей.

Формально “практические врачи имеют широкие возможности для воздействия на экосистему

ЖКТ” (цитата С.М. Захаренко). Но всегда ли речь идет о разных механизмах действия? Обсуждение этого и других вопросов выходит за рамки настоящего комментария (вновь отсылаю читателя к своим более подробным публикациям).