

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*АГМИ, Мастер Терапии
Очилдиев Жасурбек Захиджан угли
Т.ф.д Доцент Жураева М.А*

Аннотация: В исследовании принимали участие пациенты в возрасте от 50 до 65 лет, среди которых женщины составили 20%. Больные ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II функционального класса (ФК) (NYHA) и ДБ кишечника 1 и 2 степени (n=45) получали стандартное лечение хронической ИБС, больные сопоставимой по полу, возрасту, ФК ХСН и характеру кишечного биоценоза группы (n=57) на фоне стандартного лечения дополнительно получали пробиотик линекс (комплекс антибиотикорезистентных молочнокислых бактерий) и пребиотик дюфалак (лактозу). Длительность наблюдения составляла 8 нед.

Обследование было проведено с помощью антропометрических, общеклинических, биохимических, иммуноферментных, ферментативных методов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, дисбиоз кишечника, динамика показателей клинического и лабораторного статуса.

ВВЕДЕНИЕ

Дисбиоз (ДБ) кишечника является этиологически полифакторным и весьма распространенным во всех географических регионах состоянием, требующим своевременной коррекции [1–4]. Лечение ДБ кишечника направлено не только на увеличение абсолютного количества его нормальной микрофлоры, а и на регуляцию ряда систем организма, на которые позитивно влияет микробиота здорового пищеварительного тракта (ПТ): на состояние липидного обмена, системы оксидативной стрессантиоксидантной защиты, факторов системного воспалительного ответа (СВО), клеточного и гуморального звеньев иммунной системы, системы фагоцитирующих клеток крови и других [4].

Лечение больных с ДБ кишечника включает выявление и исключение факторов риска, мероприятия по коррекции образа жизни (питания, физической активности), патогенетически обоснованное лечение основного заболевания, элиминацию условнопатогенных микроорганизмов и восстановление нормальной микрофлоры [3]. Сегодня большой интерес представляет группа пребиотиков – препаратов немикробного происхождения, оказывающих позитивные эффекты на

рост и метаболическую активность нормальной микрофлоры кишечника [2]. Пребиотики не перевариваются в ПТ, не всасываются в кишечнике, селективно стимулируют рост и метаболическую активность нормальной микрофлоры кишечника [2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 145 пациентов в возрасте от 50 до 65 лет, среди которых женщины составили только 20%. Обследованные были разделены на четыре группы.

Группа здоровых (группа 1; n=20) была создана для сравнительного исследования исходного клинико-метаболического статуса у включенных в исследование пациентов. В группу 2 (n=23) вошли больные ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II ФК (NYHA) без признаков ДБ кишечника. Больные ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, ХСН II функционального класса (ФК) и ДБ кишечника 1 и 2 степени (группа 3; n=45) получали стандартное лечение, представленное комбинацией ацетилсалициловой кислоты (100 мг), аторвастатина (20 мг), бетаадреноблокатора бисопролола (2,5–7,5 мг), ингибитора ангиотензинпревращающего фермента лизиноприла (10–40 мг), при необходимости

-антагониста кальция амлодипина (5–10 мг) и нитрата при приступах стенокардии. Больные ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, ХСН II ФК и ДБ кишечника 1 и 2 степени (группа 4; n=57) получали дополнительно к базисной терапии пробиотик (комплекс антибиотикорезистентных молочнокислых бактерий) по 2 капсулы 3 раза в сутки после еды и пребиотик (лактозу) 15–30 мл во время завтрака, что и позволило оценить влияние синбиотической терапии на клинико-метаболический и иммуновоспалительный статус больных ИБС с ДБ кишечника.

Все группы пациентов были сопоставимы по полу и возрасту. Исследование продолжалось в течение 8 нед. Диагноз ИБС документирован перенесенным инфарктом миокарда, диагноз ХСН устанавливали в соответствии с Европейскими рекомендациями по лечению сердечной недостаточности [2], диагноз ДБ кишечника 1 и 2 степени устанавливали в соответствии с классификацией И.Б. Куваевой и К.С. Ладодо.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Таблица 1

Степень динамики жалоб и данных опроса по шкалам тревожности и депрессии у больных ИБС после 8 нед терапии, %

Показатель	Больные ИБС группа 3, n=45	Больные ИБС группа 4, n=57
Боль	11,63	100,00
Привкус во рту	60,47	94,74
Метеоризм	58,14	100,00
Тошнота	88,37	92,88
Запоры	13,95	100,00
SHTreak	7,69	9,62
SHTlich	7,14	10,34
SHD	5,88	17,65

Динамику лечения оценивали после проведения статистического исследования с аналогом дисперсионного анализа критерием Краскела–Уоллиса, целью которого являлся ответ на вопрос «зависит ли динамика показателей от группы?» Зависимость динамики от группы была выявлена для большинства изучаемых параметров. Этот результат свидетельствовал о том, что назначение синбиотической терапии приводило к более выраженным эффектам, доказанным методами статистического анализа.

Наглядно оценить различия динамик в группах лечения позволили сформированные коробчатые диаграммы. После 81недельного лечения у больных всех трех групп уменьшились жалобы на слабость, одышку при ходьбе, утомляемость, сердцебиение. В группе 2 в 1,4 раза увеличилось количество пациентов без приступов стенокардии, в группе 3 динамика показателя была несколько меньше – количество больных без приступов стенокардии увеличилось в 1,2 раза ($p>0,05$), а в группе 4 (больные, получавшие синбиотическую терапию) количество больных без приступов стенокардии увеличилось в 2,7 раза. Во всех группах вмешательства после лечения не оказалось ни одного пациента, с частотой приступов стенокардии 3–4 раза в неделю.

Позитивная динамика количества приступов стенокардии в неделю во 2й, 3й и 4й группах составила соответственно 24,2%, 22,1% и 42,0% ($p<0,05$ при сравнении групп 3 и 4). Поскольку целью исследования являлась оценка эффективности синбиотической терапии, наибольший интерес представляло сравнение динамики изучаемых параметров в группах 3 (больные ИБС с ДБ кишечника, получавшие стандартную терапию) и 4 (больные ИБС с ДБ

кишечника, получавшие стандартную терапию плюс синбиотическую терапию).

У больных групп 3 и 4 снижались цифры САД соответственно на 17,7% и 21,9% ($p>0,05$) и ДАД – на 15,0% и 21,1% ($p>0,05$). Фракция выброса левого желудочка сердца имела тенденцию к увеличению ($p>0,05$). Увеличение Тбм составило в группах 3 и 4 соответственно 6,8% и 11,7% ($p>0,05$) – степень динамики Тбм в группе 4 превышала динамику в группе 3 в 1,7 раза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Включение в схему стандартной терапии больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ДБ кишечника 1 и 2 степени комбинации пробиотиков (комплекса антибиотикорезистентных молочнокислых бактерий) и пребиотиков (лактолозы) в течение 8 нед по сравнению с эффектами стандартного лечения сопровождается в 2,3 раза большим увеличением количества больных без приступов стенокардии, в 1,7 раз большим увеличением дистанции Тбм, полным исчезновением жалоб на боль в животе, метеоризм и запоры, более выраженным снижением жалоб на привкус во рту и тошноту и бо́льшей позитивной динамикой психологического статуса при опросах по шкалам Спилбергера–Ханина и шкале Бека.

2. Использование комбинации пробиотиков (комплекса антибиотикорезистентных молочнокислых бактерий) и пребиотиков (лактолозы) на фоне стандартной терапии больных ИБС с ДБ кишечника 1 и 2 степени в течение 8 нед по сравнению с эффектами стандартного лечения приводит к статистически значимо большим увеличениям содержания в кишечнике бифидо, лактобактерий и кишечной палочки с нормальной функциональной активностью при одновременном снижении содержания кишечной палочки со сниженной функциональной активностью, стафилококков, условно патогенных энтеробактерий и грибов рода *Candida*.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ellis CL, Bokulich NA, Kalanetra KM, Mirmiran M, Elumalai J, Naapanen L, et al. Probiotic administration in congenital heart disease: a pilot study. *J Perinatol: Off J Calif Perinat Assoc.* 2013; 33(9): 691–7.
2. Белоусова Е.А. Возможности лактолозы в коррекции нарушений кишечной микрофлоры / Е.А. Белоусова, Н.А. Морозова // *Фарматека.* – 2018. – № 1.
3. Щербова З.Р. Немедикаментозные методы коррекции дисбиоза кишечника в компенсации нарушения липидного обмена: Дис. канд. мед.наук З.Р. Щербова – М., 2014.
4. Бондаренко В.М. Стабилизирующее действие метаболитного пробиотика хилак форте на нормальную микрофлору кишечника / В.М. Бондаренко // *Фарматека.* – 2015. – № 1. – С. 36–43.