

УДК 618.13-002-085:616.992.282

НОВЫЙ ПРОБИОТИК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, ОСЛОЖНЕННЫХ КАНДИДОЗОМ

Т.С. Качалина¹, д. м. н., профессор, К.Я. Соколова², д. б. н., Н.Н. Еланкова^{1,3},

¹кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава»,

²лаборатория микробиоценозов и конструирования пробиотиков ФГУН ННИИЭМ им. акад. И.Н. Блохиной Роспотребнадзора,

³МЛПУ «Городская клиническая больница № 12», г. Н. Новгород

Сочетанные нарушения микробиоценозов вагинального и желудочно-кишечного тракта диктуют необходимость включения в комплексную терапию пациентам с ВЗОМТ, осложненных кандидозом, препаратов пробиотиков, обладающих иммуномодулирующим действием и антигрибковой активностью.

Ключевые слова: ВЗОМТ, кандидозный вульвовагинит, пробиотики.

The combined breaches in microbiocenosis of vaginal and gastrointestinal tracts dictates need of the cut-in in complex therapy of patients with VZOMT, complicated with candidosis, preparation of probiotics, possessing immunomodulating action and antimicrobial activity.

Key words: VZOMT, candidosis vulvovaginitis, probiotics.

В настоящее время пробиотики широко применяются в терапии различных видов как инфекционных, так и соматических заболеваний в качестве препаратов, повышающих естественную резистентность макроорганизма [1].

Кандидоз – яркий пример оппортунистической инфекции. Наряду с факторами агрессии и патогенности гриба большую роль играет и антифунгальная резистентность. Как правило, началом инфекционного кандидозного процесса является нарушение неспецифической и специфической резистентности организма как на местном, так и на общем уровне.

К факторам неспецифической резистентности хозяина традиционно относят адекватный физико-химический состав слизи, кислотно-ферментативный барьер, сбалансированность про-

цессов десквамации и регенерации эпителиальных клеток, нормальную микробиоту слизистых оболочек (лактобактерии, бифидобактерии, молочнокислые стрептококки) [2].

Кандидоз слизистых оболочек является одной из наиболее частых микотических инфекций у различных категорий пациенток с хронической и острой патологией урогенитального тракта [3].

Повышению частоты данной патологии слизистых способствует широко распространенная практика назначения антибактериальной терапии широкого спектра действия, которая создает условия для уничтожения естественных конкурентов грибов – бактерий, представителей нормальной микробиоты.

Увеличение числа больных кандидозом слизистых оболочек нескольких биотопов организма обусловлено также

нарастанием количества пациентов с иммунодефицитным состоянием различного генеза.

Анализ литературных данных свидетельствует, что кандиды не представляют серьезной угрозы иммунокомпетентному организму (человеку). Однако *Candida spp.* на фоне нарушений антимикробной резистентности могут привести к развитию системного кандидоза, чему часто предшествуют соответствующие поражения ЖКТ [4].

Известно, что диагноз кандидозного носительства и истинного кандидоза чрезвычайно труден, требует тщательного многостороннего и дорогостоящего обследования (микробиологического, иммунологического, гистологического и т. д.), которое нередко не проводится в широкой медицинской практике.

Изложенное выше, диктует необходимость больным, получающим антибактериальную терапию, использовать в комплексной терапии безвредные, физиологические по механизму действия средства, повышающие неспецифическую резистентность макроорганизма — ПРОБИОТИКИ.

Пробиотики рекомендуется назначать как на фоне приема антимикотика, так и после излечения кандидоза.

Целью пробиотикотерапии является восстановление микробиотоза и уменьшение токсического действия фунгицидных препаратов на организм человека [5].

Результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что при аллергопатологии — в том числе и кандидозной этиологии — пробиотики стимулируют иммунную систему и могут помочь в борьбе с аллергией. В то же время, данные об использовании пробиотиков при заболеваниях кишечника говорят об их возможном иммуносупрессивном действии на различные проявления аллергии. Возможные механизмы действия пробиотиков включают конкурентное микробное взаимодействие, продукцию антибактериальных метаболитов, изменение состояния слизистой кишечника и модуляцию иммунного ответа [6].

Используемый в данной работе пробиотик (LL-комплекс) изготовлен в лаборатории микробиотозов и конструирования пробиотиков Нижегородского НИИ эпидемиологии и микробиологии Роспотребнадзора из специально подобранных штаммов лактобактерий, обладающих выраженной антагонистической активностью по отношению не только к условно-патогенным микроорганизмам, но и дрожжеподобным грибам. Антагонистическая активность лактобактерий определялась методом отсроченного антагонизма по методике Лейцнера А.А.

(LL- комплекс) — бактериальный концентрат живых лактобактерий двух видов (*L. plantarum* и *L. fermentum*), образующих устойчивую систему, обладающую признаками высокого антагонизма по отношению к патогенным и условнопатогенным бактериям, в том числе к дрожжеподобным грибам. Характерной особенностью взаимодействия этих штаммов является синергизм по отношению к грибам вида *Candida albicans*, т. е. способность оказывать более выраженный анта-

гонистический эффект за счет взаимоусиливающего действия. Штаммы-продуценты выращены на специально сконструированной среде, являющейся основой препарата, не содержащей глюкозы и лактозы, которые обычно входят в питательные среды для культивирования молочнокислых бактерий, в ней также нет химических добавок, консервантов (высокомолекулярных растворенных белков, которые могли бы быть антигенами).

Как показали собственные исследования, из 65 свежеевыделенных из разных биотопов (кишечник, зев, влагалище) штаммов только *C. albicans* (60 штук) подавлялись лактобактериями, другие представители этого рода *C. glabrata* *C. crusei* (5 штук) были устойчивы.

Цель данной работы — изучить эффективность нового жидкого пробиотика (LL-комплекс) при лечении острых воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), осложненных кандидозом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациенток с ВЗОМТ и наличием грибов рода *Candida* в фекалиях и влагалищном секрете.

У всех женщин был поставлен диагноз аднексита в стадии обострения, у 5 из них процесс был осложнен пельвиоперитонитом.

Пациенткам проводились общеклинические лабораторные, ультразвуковые, микробиологические методы исследования, ПЦР-диагностика отделяемого из цервикального канала, изучение иммунного статуса по оценке цитокинового балланса в динамике.

Изучался также психо-эмоциональный статус: тревожность по шкалам Спилбергера-Ханина, уровень депрессии по шкале Готтланда.

Все обследованные женщины были разделены на две группы — в первую группу вошли 12 пациенток, которым в комплексную терапию наряду с антибиотиками и антимикотиками был включен физиологический препарат нормофлоры, обладающий как противомикробным, так и мягким иммуномодулирующим действием (LL-комплекс).

Вторая (контрольная) группа, состоящая из 18 пациенток, получала традиционную противовоспалительную терапию с антимикотиком.

Возраст женщин варьировал от 17 до 48 лет, средний возраст 27,4 года.

Оценка гинекологического анамнеза больных показала, что все пациентки имели обострение длительно текущего хронического воспаления гениталий.

В основной группе возраст менархе составил 13,3 года, в контрольной — 12,9 года. Нарушения менструального цикла отмечались у 27,2% женщин первой группы и у 27,2% второй группы. Репродуктивная функция реализована в первой группе у 45,4%, во второй — у 47% пациенток.

Клинико-лабораторную эффективность лечения оценивали по срокам нахождения в стационаре, купированию болевого синдрома, температурной кривой.

Результаты исследований. Анализ температурной реакции выявил скорейшую нормализацию показателей в основной группе (в среднем на 2 дня ранее) по сравнению с контрольной.

Болевой синдром купировался в основной группе в среднем на 4-ый день, в контрольной на 6-ой.

Длительность госпитализации в обеих группах не отличалась и в среднем составила 23 дня, несмотря на более тяжелую клиническую картину больных основной группы.

У всех больных наряду с общепринятым клиническим обследованием была изучена микрофлора влагалища и кишечника. До и после проведенной антибиотикотерапии у всех больных наряду с общепринятым клиническим обследованием была изучена микрофлора влагалища и кишечника.

Анализ полученных бактериологических исследований выявил значительные улучшения микрофлоры влагалища у 91,6% женщин основной группы: исчезли кандиды у 11 из 12 пациенток, за исключением одной, у которой высевались *C. glabrata*. Микрофлора кишечника улучшилась у 66,7%, в 8,3% дизбактериоз II степени перешел в III степень, по-видимому под воздействием массивной антибактериальной терапии исчезли бифидобактерии и количество дрожжеподобных грибов возросло до 10 КОЕ/г, остальные 25% без изменений. В контрольной группе резко ухудшилось состояние микробного пейзажа влагалища в 66,7%, кишечника в 46,7% случаев. Положительная динамика в состоянии микрофлоры влагалища отмечена в 23,4%, кишечника в 26,6% случаев.

Как показали наши исследования, уровень эндогенной интоксикации опосредованно сказывается на состоянии психо-эмоционального статуса.

На фоне терапии LL-комплексом в 43% случаев снизился уровень депрессии и в среднем составил 8 баллов, что, согласно шкале Готтланда, расценивается как отсутствие депрессии.

В контрольной группе положительная динамика менее выражена и составила лишь 14,2%, средний балл 9,7.

Динамика показателей личностной тревожности в основной группе была значительно выше и составила 13,7%, в контрольной 7,5%. Динамика показателей ситуационной тревожности в обеих группах оказалась одинаковой и составила 7%.

Применение в комплексной терапии ВЗОМТ, осложненных кандидозом, жидкого пробиотика (LL-комплекс) значительно улучшило состояние психо-эмоциональной сферы: снижаются уровни общей личностной и ситуационной тревожности, наблюдается уменьшение степени депрессии.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования доказывают целесообразность включения нового пробиотика (LL-комплекс) в комплексное лечение больных с ВЗОМТ, осложненных кандидозом, так как у пациенток наблюдается нормализация состояния микробиота влагалища и ЖКТ, более быстрое купирование клинических проявлений, значительное улучшение психо-эмоциональной сферы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Шендеров Б.А. Пробиотики и функциональное питание. Их значение для сохранения и воспитания здорового человека. Москва, 2002.
2. Горбунов В.А., Титов Л.П., Ермаков Т.С., Молочко В.А. Этиология поверхностных кандидозов и резистентность их возбудителей. Под. ред. Серова Ю.В. Успехи медицинской микологии. Москва, 2003.
3. Шевяков М.А., Авалуев Е.Б. Кандидозный дисбиоз как особая форма дисбиоза кишечника. Под. ред. Ткаченко Е.И., Суворов А.И. Санкт-Петербург, 2007.
4. Пашкявичус А.Ю. Исследование видового состава дрожжей и дрожжеподобных грибов – возбудителей микозов. Под. ред. Сергеева Ю.В. Успехи медицинской микологии. Москва, 2003.
5. Янковский Д.С. Состав и функции микробиоценозов различных биотопов человека. Здоровье женщины 2003; 4: 145.
6. Маланичева Т.Г., Хаертдинова Л.А., Денисова С.Н. Новые возможности диетотерапии при атопическом дерматите, осложненном вторичной грибковой инфекцией у детей первых трех лет жизни. Методические рекомендации. Казань, 2006.