

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКТУЛОЗЫ И ЛИГНИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ВЛАГАЛИЩА



И.В. АНТОНЕНКО

к. мед. н., ассистент кафедры
акушерства и гинекологии
№1 ОНМедУ
ORCID: 0000-0002-9037-6524

Контакты:

Антоненко Инесса Владимировна
Одесский национальный
медицинский университет, кафедра
акушерства и гинекологии №1
65082, Одесса, Ольгиивская 4
тел.: +38 (095) 760 15 69
e-mail: giv080903@ukr.net

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в структуре гинекологических заболеваний стали преобладать заболевания, связанные с нарушением влагалищного микробиоценоза. К таким состояниям относятся бактериальный вагиноз (БВ), аэробный вагинит, вульвовагинальный кандидоз (ВВК).

По данным мировой статистики, в структуре заболеваний влагалища одно из первых мест занимает БВ, который выявляется у 80–87% женщин с патологическими выделениями и 37–40% беременных [7]. Большую обеспокоенность вызывают ассоциированные с БВ осложнения: привычное невынашивание беременности [13], самопроизвольные выкидыши, включая поздние (на 12–22 неделе) [2, 3], преждевременные роды [3, 20], преждевременный разрыв плодных оболочек [15, 19], внутриутробное инфицирование, хориоамниониты [2, 12]; острые воспалительные заболевания органов малого таза, в том числе послеродовые и постабортные эндометриты [3], неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения, повышение частоты заболеваний, передающихся половым путем – гонореи, хламидиоза, генитального герпеса, ВИЧ-инфекции [4, 20], повышение частоты развития неоплазий шейки матки (ШМ) [15, 20].

АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ И ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Научные исследования последних лет кардинально изменили представление о патогенетических механизмах развития БВ. Было установлено, что у 90% женщин с БВ выявлялись так называемые «бактериальные пласты» клеток, состоящие в основном из *Gardnerella vaginalis* [6]. Следует также отметить, что подавляющее большинство женщин, у которых в ходе обследования выявлялись «бактериальные пласты», предъявляли характерные жалобы на патологические выделения из половых путей с неприятным запахом, чаще всего усиливающиеся после половых контактов, до или после менструации, а также зуд, жжение, диспареунию. Следовательно, в качестве этиологического фактора развития БВ *G. vaginalis* выступает и проявляет свои патогенные свойства, только находясь в составе «бактериальных пластов» клеток. Возможно, именно формирование этих «пластов» и явля-

ется фактором, запускающим определенные патогенетические механизмы, приводящие к повышению вирулентности условно-патогенных микроорганизмов, неэффективности проводимой антибактериальной терапии, длительному рецидивирующему течению заболевания.

Не менее актуальной на сегодняшний день остается проблема ВВК, который, по данным разных исследователей, наблюдается у 30–45% женщин детородного возраста [1, 8, 10].

Заболевание может как протекать в виде бессимптомного кандидоносительства (у 20–50% женщин), так и приводить к развитию хронического рецидивирующего ВВК (обострение до 4-х раз в год у 8% женщин) [9].

Клинические проявления ВВК зависят от ряда факторов: общей иммунологической реактивности организма, сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, исходного состояния микробиоценоза влагалища женщины [4, 11].

К группе риска по возникновению ВВК относятся:

- ☞ пациентки с сахарным диабетом (СД), гипотиреозом, ожирением, железодефицитной анемией;
- ☞ пациентки, получающие длительную терапию антимикробными препаратами, гормонами, иммунодепрессантами;
- ☞ пациентки, получающие комбинированные оральные контрацептивы в течение длительного периода;
- ☞ беременные.

Таким образом, при определенных неблагоприятных условиях происходит сдвиг pH влагалищного содержимого в щелочную сторону, что неизбежно приводит к ингибированию роста лактобациллярной микробиоты. Вместе с тем сопутствующая недостаточность факторов местного иммунитета эпителия влагалища способствует инвазии грибковой микрофлоры в слизистую оболочку с последующим развитием воспалительного процесса.

Одной из ведущих причин развития дисбиотических процессов влагалища является нарушение функционирования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и в частности дисбиоз кишечника [2, 6].

В ЖКТ обитает около 800–1000 разных видов бактерий и более 7000 их различных

штаммов. Это бактериальное сообщество участвует во многих физиологических процессах, протекающих в организме человека, а также взаимодействует с клетками иммунной системы [16].

Вместе с тем воздействие ряда патогенных факторов приводит к нарушению равновесия между организмом человека и кишечной микробиотой.

Наиболее значительное влияние на кишечную микробиоту оказывает применение противомикробных препаратов, которое проявляется снижением колонизационной устойчивости условно-патогенной микробиоты, что приводит к различным заболеваниям, способствует возникновению штаммов, устойчивых к антибиотикам [21, 22]. На состав кишечной микробиоты оказывают влияние факторы образа жизни и питания, радиация, нарушение перистальтики кишечника [16, 17].

В ряде исследований показана способность некоторых нейрохимических веществ (допамина, норэпинефрина) стимулировать рост условно-патогенных бактерий, таких как *Eshcherichia coli*, *Yersinia enterocolitica*, *Pseudomonas aeruginosa* [14, 18].

Следует отметить, что пищевые волокна играют важнейшую роль в функционировании ЖКТ. Дефицит пищевых волокон в рационе питания приводит к замедлению кишечной перистальтики, нарушению моторной функции кишечника. Недостаточное поступление растительных волокон с пищей является фактором риска развития многих заболеваний кишечника, в том числе дисбактериоза, желчнокаменной болезни, а также атеросклероза, СД, метаболического синдрома.

Пищевые волокна и лактулоза являются тем субстратом, на котором развиваются «полезные» бактерии кишечной микробиоты, использующие их в процессе своей жизнедеятельности. Таким образом, происходит стимуляция роста лактобацилл, стрептококков, а также замедление роста колиформных бактерий. Вместе с тем наблюдается влияние на метаболическую активность нормальной микрофлоры [17].

Вышеизложенные факты указывают на необходимость исследования состояния микробиоценоза ЖКТ – ключевого звена в формировании иммунологической реактивности организма в целом, источника лактобациллярной микрофлоры.

Учитывая актуальность проблемы дисбиотических процессов влагалища, высокую частоту рецидивов заболеваний, рост резистентности бактерий и грибков, остается актуальным поиск новых альтернативных методов лечения дисбиотических процессов влагалища.

Целью данного исследования стало изучение эффективности использования препарата Бионорм, содержащего лактулозу и лигнин, в комплексном лечении пациенток с дисбиотическими процессами влагалища.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 90 женщин в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 28,5 лет), обратившихся с целью лечения или профилактического осмотра в консультативное отделение университетской клиники ОНМедУ. В процессе обследования у 60 женщин были выявлены дисбиотические процессы влагалища (БВ или ВВК).

Критериями включения пациенток в исследование были:

- клинично-лабораторное подтверждение диагноза БВ или ВВК;
- возраст пациенток от 18 до 50 лет;
- информированное согласие на участие в исследовании;
- соблюдение всех врачебных назначений.

Критериями исключения были:

- беременность и лактация;
- повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость компонентов препаратов;
- острые или хронические (в стадии обострения) заболевания органов малого таза, в том числе заболевания, передающиеся половым путем.

Участницы исследования были разделены на три группы.

I группа (основная) – 30 пациенток, которые получали в комплексе лечения в течение 30 дней пробиотик, содержащий лакто- и бифидобактерии, а также препарат Бионорм.

II группа (группа сравнения) – 30 пациенток, получавших в комплексе лечения на протяжении 30 дней только пробиотик, содержащий лакто- и бифидобактерии.

III группа (контрольная) – 30 женщин, обратившихся в консультативное отделение клиники для профилактического осмотра.

Местное лечение обследованных пациенток проводилось с учетом выявленных возбудителей заболеваний. В случае БВ пациенток лечили клиндамицином в виде крема 2% 5,0 г, интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней. При подтверждении диагноза ВВК назначался кетоканазол 400 мг, 1 раз в сутки интравагинально в течение 7 дней.

Всем пациенткам, находившимся под наблюдением, были даны рекомендации по изменению режима и рациона питания:

- для оптимизации работы ЖКТ рекомендовался прием пищи 4–5 раз в сутки;
- увеличение в пищевом рационе продуктов, богатых клетчаткой (овощи, фрукты, бобовые, цельнозерновой хлеб, хлеб из муки грубого помола с отрубями, крупы – гречневая, ячневая, пшено);
- ограничение пищи, содержащей легкоусвояемые углеводы (сдоба, кондитерские изделия);
- введение в рацион кисломолочных продуктов для нормализации состава кишечной микробиоты.

Комплексное обследование пациенток включало анализ жалоб, анамнестических данных, гинекологический осмотр, рН-метрию влагалищного содержимого, кольпоскопию, онкоцитологию.

Проводилось бактериоскопическое и бактериологическое исследование (тест-система A.F. Genital system), использовался молекулярно-биологический метод для обнаружения специфических фрагментов ДНК возбудителя, полимеразная цепная реакция (тест-система «Амплиценс»).

При бактериоскопическом и бактериологическом исследовании оценивали состояние вагинального эпителия (принадлежность эпителиальных клеток к поверхностному, промежуточному и более глубоким слоям слизистой оболочки влагалища, выраженность лейкоцитарной реакции, видовой состав микробиоты).

БВ диагностировали в соответствии с критериями R. Amsel и соавт. и оценкой вагинального мазка. Диагноз ВВК подтверждали на основании обнаружения элементов дрожжеподобных грибов при бактериоскопическом исследовании и выделения чистых культур грибов *Candida* при бактериологическом исследовании (более 10³ КОЕ/мл).

Протоколом исследования были определены сроки клиничко-лабораторного и кольпоскопического обследования пациенток до начала и после окончания лечения (через 1 месяц).

Основными критериями эффективности лечения были отсутствие клинических симптомов, нормализация показателей бактериоскопического и культурального исследований (отсутствие роста культуры на питательной среде или снижение концентрации по сравнению с исходным уровнем).

Полученные результаты обрабатывали с помощью современных методов медицинской статистики с использованием программы Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении гинекологического анамнеза выяснилось, что большинство обследованных пациенток (60%) отмечали перенесенные в прошлом воспалительные заболевания внутренних женских половых органов (вагиниты, эндоцервициты, сальпингоофориты). По поводу этих заболеваний пациентки получали антибактериальное лечение в амбулаторных условиях.

Вместе с тем исследование сопутствующей экстрагенитальной патологии у обследованных пациенток выявило наличие высокого инфекционного индекса. Среди экстрагенитальных заболеваний преобладали хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей, заболевания ЖКТ, имели место частые вирусные респираторные заболевания, что может указывать на снижение общей резистентности организма, следствием чего является нарушение местных факторов защиты на уровне влагалищной микробиоты.

Подавляющее большинство пациенток (90%) предъявляли жалобы на патологические выделения из половых путей белого или серого цвета, неко-

торые отмечали желтовато-зеленоватый цвет выделений и их неприятный запах. Как правило, выделения усиливались в пред- и постменструальный периоды, а также после половых контактов. Зуд, чувство дискомфорта в области половых органов беспокоили 32 (53,3%) пациенток. Диспареуния, дизурические явления встречались реже – у 13 (21,6%) женщин.

При проведении рН-метрии влагалищного отделяемого у 49 (81,6%) пациенток было выявлено повышение рН более 4,5 (рис. 1).

В структуре гинекологических заболеваний у наблюдаемых пациенток преобладали заболевания ШМ. Эктопии ШМ были обнаружены у 11 (18,3%) пациенток, дисплазии ШМ диагностированы у 10 (16,7%).

Миома матки малых размеров выявлена у 2 (3,3%) женщин, полип эндометрия – у 2 (3,3%), первичное бесплодие – у 3 (5%).

При проведении бактериоскопического исследования до начала лечения у 26 (43,3%) пациенток с БВ наблюдалось отсутствие лейкоцитарной реакции, в то же время у 34 (56,7%)

пациенток с ВВК имело место большое количество лейкоцитов. Определялся смешанный характер микрофлоры, элементы дрожжеподобных грибов.

«Ключевые» клетки как характерный признак БВ были выявлены у 30 (50%) пациенток (табл.).

Сочетание БВ с ВВК имело место в 8,3% случаев.

Бактериологическое исследование у пациенток с дисбиотическими процессами влагалища выявило наличие различных комбинаций микроорганизмов: *Eshcherichia coli*, *Pseudomonas spp*, *Enterococcus faecalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida spp*. Вместе с тем наблюдались изменения качественного состава микробиоты влагалища – снижение или полное отсутствие морфотипов лактобактерий, замена их на ассоциации *Candida spp.*, *Gardnerella vaginalis* и анаэробные микроорганизмы, что свидетельствует о развитии глубоких дисбиотических нарушений микробиоты влагалища.

В результате проведенного лечения отсутствие патологических выделений из половых путей было отмечено у 28 (93,3%) пациенток I группы исследова-

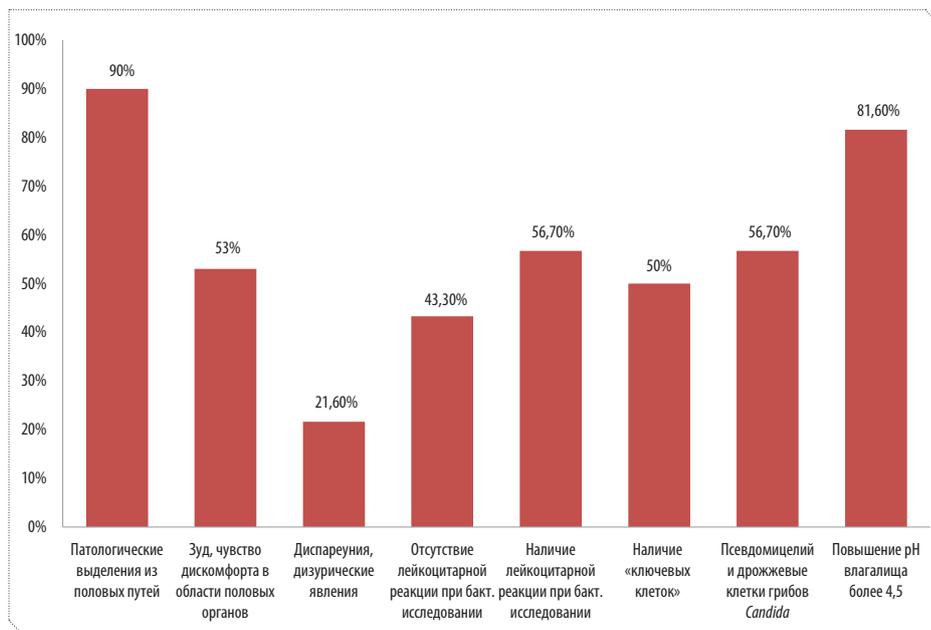


Рисунок 1. Клиничко-лабораторные критерии у обследованных пациенток с дисбиотическими процессами влагалища

Критерии	I и II группы (n = 60)	Контрольная группа (n = 30)
рН влагалища > 4,5	49 (81,6)	5 (16,7)
Ключевые клетки	30 (50)	3 (10)
Псевдомонцилий и дрожжевые клетки грибов <i>Candida</i>	34 (56,7)	5 (16,7)

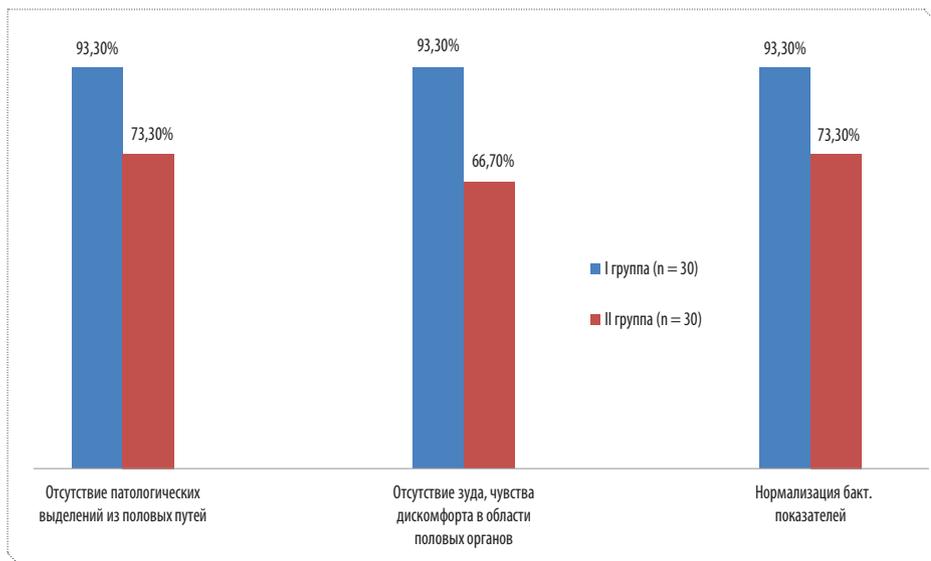


Рисунок 2. Динамика клинико-лабораторных критериев у пациенток I и II групп

ния, получавших в комплексе лечения препарат Бионорм и пробиотик, содержащий лакто- и бифидобактерии, и только у 22 (73,3%) женщин II группы, получавших лишь один упомянутый пробиотик.

Отсутствие жалоб на зуд и дискомфорт в области наружных половых органов после лечения отметили 28 (93,3%) пациенток I группы и только 20 (66,7%) участниц II группы. При этом отсутствие диспареунии и дизурических явлений после лечения отмечали пациентки обеих групп.

Бактериоскопическое исследование по окончании лечения показало, что в анализах выделений 28 (93,3%) больных, получавших Бионорм и пробиотик с лакто- и бифидобактериями, отсутст-

вовали признаки воспалительной реакции, выявлялись грамположительные палочки морфотипа лактобактерий (у 6 из них – в сочетании с грамположительными кокками), отсутствовали «ключевые» клетки и дрожжевые грибы.

Бактериологический анализ выявил достоверное снижение степени колонизации условно-патогенными микроорганизмами у 28 (93,3%) пациенток основной группы.

Анализ результатов лечения пациенток II группы показал, что нормализация бактериологических показателей была достигнута у 22 (73,3%) пациенток, а у 8 (26,6%) показатели ухудшились в результате снижения содержания морфотипов лактобактерий влагалищной микробиоты (рис. 2).

ВЫВОДЫ

1. Учитывая значительный рост числа заболеваний, связанных с нарушением влагалищного микробиоценоза, а также склонность к их длительному рецидивирующему течению, необходимо комплексное углубленное обследование пациенток с обязательным культуральным бактериологическим исследованием, использованием молекулярно-биологических методов диагностики.

2. Комбинированное применение в комплексе лечебных мероприятий препарата Бионорм, обладающего пребиотическими свойствами, а также пробиотика, содержащего лакто- и бифидобактерии, является высокоэффективным и перспективным методом лечения дисбиотических процессов влагалища.

3. Для повышения эффективности проводимой терапии целесообразно своевременное выявление и лечение сопутствующих заболеваний ЖКТ, эндокринной системы (СД, гипотиреоз). Важная роль отводится рекомендациям по изменению режима и рациона питания пациенток.

4. Эффективность предложенной схемы лечения подтверждается тем, что, будучи дополнительным источником пищевых волокон, препарат Бионорм создает оптимальные условия для улучшения моторной функции ЖКТ, способствует нормализации кишечной и влагалищной микробиоты.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Волосач, О.В.

Лечение кандидоза: возможности и перспективы (обзор литературы) / О.В. Волосач // Журнал Гродненского государственного университета. – 2014. – №2. – С. 19–23. Volosach, O.V.

“Treatment of candidiasis: opportunities and perspectives (literature review).” Journal of Grodno State University 2 (2014): 19–23.

2. Воронова, Ю.В.

Дисбиоз влагалища: современные аспекты диагностики и лечения / Ю.В. Воронова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №2. – С. 127–131. Voronova, Y.V.

“Vaginal dysbiosis: modern aspects of diagnosis and treatment.” Far Eastern Medical Journal 2 (2014): 127–31.

3. Гродницкая, Е.Э.

Микробиоценоз влагалища и пути его коррекции у женщин с невынашиванием беременности и преждевременными родами в анамнезе / Е.Э. Гродницкая, О.А. Латышкевич // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – №14 (1). – С. 81–83. Grodnitskaya, E.E., Latyshkevich, O.A.

“Microbiocenosis vagina and ways of its correction in women with miscarriage and premature birth history.” Russian herald of obstetrician-gynecologist 14.1 (2014): 81–3.

4. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Под ред.

О.В. Макарова, В.А. Алешкина, Т.Н. Савченко. М.: МЕДпресс-информ. – 2007. – с. 177–189. Infections in obstetrics and gynecology, Ed. by O.V. Makarov, V.A. Aleshkin, T.N. Savchenko. Moscow. MEDpress-inform (2007); p. 177–89.

5. Кира, Е.Ф.

Сравнительный анализ эффективности и безопасности параллельного или последовательного сочетания метронидазола с молочной кислотой и двухэтапного метода метронидазол плюс антибиотик. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование / Е.Ф. Кира, О.Г. Пекарев, О.Л. Молчанов и др. // Акушерство и гинекология. – 2016. – №9. – С. 87–92. Kira, E.F., Pekarev, O.G., Molchanov, O.L., et al. “A comparative analysis of the efficacy and safety of a parallel or sequential combination of metronidazole with lactic acid and a two-stage metronidazole plus an antibiotic. Multicenter randomized controlled trial.” Obstetrics and gynecology 9 (2016): 87–92.

6. Красиков, Н.В.

Микробиоценоз влагалища: клинические аспекты, пути коррекции и профилактики нарушений / Н.В. Красиков, Ю.А. Филяева, Г.Ф. Тотчиев // Акушерство и гинекология. – 2016. – №11. – С. 57–61. Krasikov, N.V., Filyaeva, Y.V., Totchiev, G.F.

“Vaginal microbiocenosis: clinical aspects, ways of correction and prevention of disorders.” Obstetrics and Gynecology 11 (2016): 57–61.

7. Подгорная, А.В.

Бактериальное и антимикробное звенья неспецифического иммунитета влагалища при рецидивирующем бактериальном вагинозе у беременных женщин / А.В. Подгорная, М. Ходжаев // Акушерство и гинекология. – 2016. – №12. – С. 66–68. Podgornaya, A.V., Khodzhaev, M.

“Bacterial and antimicrobial links of non-specific vaginal immunity with recurrent bacterial vaginosis in pregnant women.” Obstetrics and Gynecology 12 (2016): 66–8.

8. Сенчук, А.А.

Нові можливості у лікуванні вегетуючих форм дріжджів Candida у хворих зі змішаним вульвовагінітом / А.А. Сенчук, Г.О. Доскач, Д.А. Мартинова // Здоров'я жінки. – 2012. – №8 (74). – С. 1–4. Senchuk, A.A., Doskach, G.O., Martynova, D.A.

“New possibilities in the treatment of vegetative forms of Candida yeast in patients with mixed vulvovaginitis.” Woman Health 8.74 (2012): 1–4.

9. Соловьева, А.В.

Вульвовагинальный кандидоз: как избежать рецидивов / А.В. Соловьева, Н.Д. Плаксина, Г.А. Сильвестрова // Жіночий лікар. – 2014. – №2(25). – С. 49–54. Solovyeva, A.V., Plakhsina, N.D., Silvestrova, G.A. “Vulvovaginal candidiasis: how to avoid relapses.” Female doctor 2.25 (2014): 49–54.

10. Татарчук, Т.Ф.

Противоречивая терапия хронического ВВК: реалии и перспективы / Т.Ф. Татарчук, Л.В. Калугина // Репродуктивная эндокринология. – 2017. – №1(33). – С. 48–54.

Tatarchuk, T.F., Kalugina, L.V.

“Anti-relapse therapy of chronic VVC: realities and perspectives.” Reproductive endocrinology 1.33 (2017): 48–54.

11. Татарчук, Т.Ф.

Хронический вульвовагинальный кандидоз: новый взгляд на старую проблему / Т.Ф. Татарчук, Л.В. Калугина, И.М. Шакало // Репродуктивная эндокринология. – 2015. – №2(22). – С. 69–75.

Tatarchuk, T.F., Kalugina, L.V., Shakalo, I.M.

“Chronic vulvovaginal candidiasis: a new look at the old problem.” Reproductive endocrinology 2.22 (2015): 69–75.

12. Уварова, Е.В.

Эффективность терапии бактериального вагиноза у женщин вне беременности (результаты многоцентрового исследования) / Е.В. Уварова, А.С. Анкирская, Ю.П. Григоренко, З.Х. Кумыкова // Акушерство и гинекология. – 2010. – №1. – С. 52–56.

Uvarova, E.V., Ankirskaya, A.S., Grigorenko, Y.P., Kумыkova, Z.H.

“The effectiveness of treatment of bacterial vaginosis in non-pregnant women (results of a multicenter study).” Obstetrics and Gynecology 1 (2010): 52–6.

13. Africa, C.W.J., Nel, J., Stemmet, M.

“Anaerobes and bacterial vaginosis in pregnancy: virulence factors contributing to vaginal colonisation.” Int J Environ Res Public Health 11.7 (2014): 6979–7000. DOI: 10.3390/ijerph110706979.

14. Brugere, J.G., Mihajlovski, A., Missaoui, M., Peyret, P.

“Tools for stools: the challenge of assessing human intestinal microbiota using molecular diagnostics.” Expert Rev Mol Diagn 9 (2009): 353–65.

15. Calleri, L., Porcelli, A., Gallelo, D., et al.

“Bacterial vaginosis and premature membranes rupture: an open study, Preliminary data.” Minerva Ginecol 49.1–2 (1997): 19–23.

16. Jernberg, C., Löfmark, S., Edlund, C., Jansson, J.R.

“Long-term effects of antibiotics on human intestinal microbiota.” Gastroenterology 3.61 (2016): 2–11.

17. Duncan, S.H., Loble, G.E., Holtrop, G., et al.

“Human colonic microbiota associated with diet, obesity and weight loss.” Int J Obes (Lond) 32 (2008): 1720–4.

18. Hamady, M., Knight, R.

“Microbial community profiling for human microbiome projects: tools, techniques, and challenges.” Genome Res 19 (2009): 1141–52.

19. Hay, P.E., Morgan, D.J., Ison, C.A., et al.

“A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy.” Br J Obstet Gynaecol 101.12 (1994): 1048–53.

20. Hillier, S.L., Nugent, R.P., Eschnbach, D.A., et al.

“Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birthweight infant. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group.” N Engl J Med 333.26 (1995): 1737–42.

21. Jakobsson, H.E., Jernberg, C., Andersson, A.F., et al.

“Short-term antibiotic treatment has differing long-term impacts on the human throat and gut microbiome.” PLoS ONE 5 (2010): e9836.

22. Sommer, M.O., Dantas, G., Church, G.M.

“Functional characterization of the antibiotic resistance reservoir in the human microflora.” Science 325 (2009): 1128–31. □

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКТУЛОЗЫ И ЛИГНИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ДИСБИОТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ВЛАГАЛИЩА

И.В. Антоненко, к. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ОНМедУ

В последние годы в структуре гинекологических заболеваний стали преобладать болезни, связанные с нарушением влагалищного микробиоценоза. Одной из ведущих причин развития дисбиотических процессов во влагалище является нарушение функционирования желудочно-кишечного тракта, и в частности состояния дисбиоза кишечника. Учитывая многофакторность проблемы дисбиотических процессов во влагалище, высокую частоту рецидивов заболеваний, остается актуальным поиск новых альтернативных методов их лечения.

Целью настоящего исследования стало изучение эффективности использования препарата Бионорм, содержащего лактулозу и лигнин, в комплексном лечении пациенток с дисбиотическими процессами во влагалище. Под наблюдением находилось 90 женщин репродуктивного возраста, которые были разделены на 3 группы. I группа (основная) – 30 пациенток, которые получали в комплексе лечения пробиотик, содержащий лакто- и бифидобактерии, а также препарат Бионорм в течение 30 дней. II группа (группа сравнения) – 30 пациенток, получавших в комплексе лечения только пробиотик, содержащий лакто- и бифидобактерии, на протяжении 30 дней. III группа (контрольная) – 30 женщин, обратившихся с целью профилактического осмотра.

Бактериоскопическое исследование, проведенное по окончании лечения, показало, что в анализах выделений у 93,3% больных, получавших Бионорм и пробиотик с лакто- и бифидобактериями, отсутствовали признаки воспалительной реакции, выявлялись грамположительные палочки морфотипа лактобактерий, отсутствовали «ключевые клетки» и дрожжевые грибы. Бактериологический анализ выявил достоверное снижение степени колонизации условно-патогенными микроорганизмами у 93,3% пациенток основной группы. Анализ результатов лечения пациенток II группы показал, что нормализация бактериологических показателей была достигнута у 73,3% пациенток, а у 26,6% показатели ухудшились в результате снижения содержания морфотипов лактобактерий во влагалищной микрофлоре.

Таким образом, комбинированное применение в комплексе лечебных мероприятий препарата Бионорм, обладающего пребиотическими свойствами, а также пробиотика, содержащего лакто- и бифидобактерии, является высокоэффективным и перспективным методом лечения дисбиотических процессов во влагалище.

Ключевые слова: дисбиотические процессы во влагалище, лечение, Бионорм.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАКТУЛОЗИ І ЛІГНІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК ІЗ ДИСБІОТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ПІХВИ

І.В. Антоненко, к. мед. н., ассистент кафедры акушерства та гінекології №1 ОНМедУ

В останні роки в структурі гінекологічних захворювань стали переважати хвороби, пов'язані з порушенням вагінального микробиоценозу. Однією з провідних причин розвитку дисбіотичних процесів піхви є порушення функціонування шлунково-кишкового тракту, і зокрема стан дисбіозу кишечника. З огляду на багатфакторність проблеми дисбіотичних процесів піхви, високу частоту рецидивів захворювань, залишається актуальним пошук нових альтернативних методів їх лікування.

Метою цього дослідження стало вивчення ефективності використання препарату Біонорм, що містить лактулозу і лігнін, у комплексному лікуванні пацієнток із дисбіотичними процесами піхви. Під наглядом перебувало 90 жінок репродуктивного віку, які були розділені на 3 групи. I група (основна) – 30 пацієнток, які отримували в комплексі лікування пробиотик, що містить лакто- і бифидобактерії, а також препарат Біонорм протягом 30 днів. II група (група порівняння) – 30 пацієнток, які отримували в комплексі лікування тільки пробиотик, що містить лакто- і бифидобактерії, протягом 30 днів. III група (контрольна) – 30 жінок, які звернулися з метою профілактичного огляду.

Бактеріоскопічне дослідження, проведене після закінчення лікування, показало, що в аналізах виділень у 93,3% хворих, які отримували Біонорм і пробиотик з лакто- і бифидобактеріями, були відсутні ознаки запальної реакції, виявлялися грампозитивні палички морфотипу лактобактерій, були відсутні «ключові клітини» і дріжджові гриби. Бактеріологічний аналіз виявив достовірне зниження ступеня колонізації умовно-патогенними мікроорганізмами у 93,3% пацієнток основної групи. Аналіз результатів лікування пацієнток II групи показав, що нормалізації бактеріологічних показників було досягнуто у 73,3% пацієнток, а в 26,6% показники погіршилися в результаті зниження вмісту морфотипів лактобактерій вагінальної мікробіоти.

Таким чином, комбіноване застосування в комплексі лікувальних заходів препарату Біонорм, що володіє пребіотичними властивостями, а також пробиотика, який містить лакто- і бифидобактерії, є високоєфективним і перспективним методом лікування дисбіотичних процесів піхви.

Ключові слова: дисбіотичні процеси піхви, лікування, Біонорм.

THE USE OF LACTULOSE AND LIGNIN IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSBIOTIC VAGINAL PROCESSES

I.V. Antonenko, PhD, assistant at Obstetrics and Gynecology Department, Odesa National Medical University

In recent years, diseases associated with vaginal microbiocenosis disorder have become prevalent in the structure of gynecological diseases. One of the leading causes of the development of vaginal dysbiotic processes is the disruption of the functioning of the gastrointestinal tract, and in particular the state of intestinal dysbiosis. Considering the multifactoriality of the problem of the vaginal dysbiotic processes, the high incidence of recurrence of diseases, it remains urgent to search for new alternative methods for its treatment.

The purpose of this work was to study the effectiveness of the use of drug Bionorm, containing lactulose and lignin, in the complex treatment of patients with dysbiotic vaginal processes. 90 women of reproductive age were divided into 3 groups. I group (main) – 30 patients who received a probiotic containing lacto- and bifidobacteria in the treatment complex, as well as Bionorm for 30 days. II group (comparison group) – 30 patients who received in the treatment complex only a probiotic containing lacto- and bifidobacteria for 30 days. III group (control) – 30 women who applied for the purpose of preventive examination.

A bacterioscopic study performed at the end of the treatment showed that 93.3% of the patients receiving Bionorm and the probiotic with lactobacillus and bifidobacteria had no signs of inflammation in the analysis of the secretions, gram-positive sticks of the lactobacillus morphotype were detected, there were no “key cells” and yeast mushrooms. Bacteriological analysis revealed a significant decrease in the degree of colonization by conditionally pathogenic microorganisms in 93.3% of patients of the main group. Analysis of the results of treatment of group II patients showed that the normalization of bacteriological parameters was achieved in 73.3% of patients, and in 26.6% the indices worsened as a result of a decrease in the content of lactobacillus morphotypes of vaginal microbiota.

Thus, the combined use of the Bionorm product with prebiotic properties, as well as the probiotic containing lacto- and bifidobacteria, is a highly effective and promising method for treating the vaginal dysbiotic processes.

Keywords: vaginal dysbiotic processes, treatment, Bionorm.