

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИТОЗАНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ И ВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

*В.М. Червинец**, *И.И. Стольникова**, *Ю.В. Червинец**, *А.И. Албулов***

*ГОУ ВПО Медицинская академия, г. Тверь, E-mail: chervinets@mail.ru

**ЗАО «Биопрогресс», Всероссийский научно-исследовательский
и технологический институт биологической промышленности РАСХН,
г. Щёлково, E-mail: bioprog@shelkovo.comcor.ru

THE EXPERIENCE OF USING CHITOSAN IN WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS AND VAGINAL CANDIDOSIS FOR CORRECTION OF VAGINA MICROFLORA

*V.M. Chervinets**, *I.I. Stol'nikova**, *Yu.V. Chervinets**, *A.I. Albulov***

*State Medical Academy, Tver, E-mail: chervinets@mail.ru

**«Bioprogress», All-Russia Research and Technological Institute of Biological Industry,
Russian Academy of Agricultural Sciences, Schyolkovo,
E-mail: bioprog@shelkovo.comcor.ru

ABSTRACT

The frequency of infectious diseases of vagina is increasing recently. For example, bacterial vaginosis and vaginal candidosis were diagnosed from 12 to 42% of women with inflammation processes of vagina. Chitosan and fitochitodez therapy of women with bacterial vaginosis and vaginal candidosis brings about an adequate clinical and microbiological effect with a clearly seen tendency to improvement all characteristics. A favorable clinical effect (absence of clinical symptoms and complications – nausea, vomiting, diarrhea, abdominal pain, rash etc.) is explained by antimicrobial, antiphlogistic, absorbent and immunological potential of these drugs and depends on the duration of a therapeutic course. Microbiological examination shows positive changes in vagina's microflora. Microbiocenosis of women with bacterial vaginosis and vaginal candidosis after chitosan and fitochitodez therapy becomes normal: the concentration of Lactobacillus is 10^8 and more and spectrum of nonpathogenic microflora is insignificant. It is observed $0-10^2$ microorganisms of genes: Bacteroides, Prevotella, Porphyromonas, Peptococcus, Peptostreptococcus, Staphylococcus, Enterococcus; without yeast-like Candida.

В последние годы отмечается увеличение частоты инфекционных заболеваний влагалища, в том числе и бактериального вагиноза (БВ), и вагинального кандидоза (ВК), частота которых колеблется от 12 до 42% случаев в структуре воспалительных заболеваний гениталий женщины. В этиотропной терапии БВ и ВК используются препараты, активные в отношении анаэробов и грибов рода *Candida*. Однако, несмотря на высокую эффективность этих препаратов, довольно часто возникают нежелательные реакции (тошнота, рвота, диарея, боли в животе, металлический привкус во рту, кожные высыпания), что резко снижает комплаентность терапии. Нежелательно и системное применение этих препаратов во время беременности из-за невозможности исключить их отрицательное действие на плод.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности кислоторастворимого хитозана и фитохитодеза в комплексной терапии бактериального вагиноза, и вагинального кандидоза.

Материал и методы. Под наблюдением находились 76 пациенток гинекологического и акушерского профиля в возрасте от 18 до 43 лет с жалобами на выделения из половых путей. Изучение микробиоценоза влагалища включало определение видового и количественного состава микрофлоры влагалищного содержимого современными бактериологическими методами.

Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я группа (36 женщин) лечилась традиционными методами, т. е. препаратами, активными в отношении анаэробов (метронидо-

зол, клиндамицин) в течение 7–10 дней; 2-я группа (40 женщин) лечилась путем аппликации вагинальными тампонами с 2%-ным раствором кислоторастворимого хитозана и фитохитодез-02 (хитозан с экстрактом мяты, подорожника, ромашки, тысячелистника, БАД; ЗАО «Биопрогресс») по 2 табл. 2 раза в день на протяжении 14 дней. Хитозан с фитодобавками обладает антимикробным, противовоспалительным, сорбционным, иммуномодулирующим действием. Микробиологическое исследование отделяемого влагалища производили до начала лечения, после прохождения курса терапии и через месяц после лечения.

Результаты. У всех пациенток при ПЦР-диагностике было исключено наличие трихомоноза, гонореи, генитального хламидиоза, микоплазмоза и уреаплазмоза. У больных с бактериальным вагинозом снижено количество лактобацилл ($<10^5$) и повышено содержание анаэробных и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов родов *Bacteroides*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Staphylococcus*, *Enterococcus*, дрожжеподобных грибов рода *Candida*. В монокультуре микроорганизмы встречались редко, в основном в ассоциации 3–6 микроорганизмов.

После лечения микробиоценоз приближался к норме, однако в 1-й группе отмечен дефицит лактобацилл, а во 2-й группе их количество составляло 10^8 и более. Спектр и количество условно-патогенной микрофлоры был незначительным, порядка 5–7% и 0– 10^2 соответственно.

Через месяц после лечения в 1-й группе отмечены осложнения в виде тошноты, рвоты, диареи, боли в животе, металлического привкуса во рту, кожных высыпаний у 5–18% обследованных. Микробиологическое исследование показало снижение количества лактобацилл и увеличение содержания условно-патогенной микрофлоры, преимущественно анаэробной, и дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Во 2-й группе осложнений практически не регистрировалось, микробиоценоз соответствовал норме, т.е. преимущественно выделялись лактобациллы в количестве 10^8 и более, дрожжеподобные грибы рода *Candida* не выделялись.

Таким образом, применение БАД кислоторастворимого хитозана и фитохитодеза в гинекологической практике имеет преимущество перед традиционными методами лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Албулов А.И., Червинцев В.М. // Материалы Междунар. науч.-практич. конф., посвящ. 35-летию Всероссийского Научно-Исследовательского и Технологического Института Биологической Промышленности. Щелково, 2005. С. 438–444.
2. Бондаренко В.М., Рыбальченко О.В., Вербницкая Н.Б. и др. // Материалы Восьмой Междунар. науч.-практич. конф. Современные перспективы в исследовании хитина и хитозана. Москва, 2006. С. 175–179.
3. Гамзазаде А.И., Насибов С.М., Лукин О.В. // Материалы Восьмой Междунар. конф. Современные перспективы в исследовании хитина и хитозана. Москва, 2006. С. 183–186.
4. Кица Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение): Автореф. Дис....д-ра мед. наук. СПб., 1995.
5. Колуканов И.Е., Чайка Н.А. // Научный обзор. Санкт-Петербург, 2004.
6. Муравьева В.В. Микробиологическая диагностика бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис...канд. биол. наук.—М., 1997.
7. Никонов А.П., Анкирская А.С., Нисилевич В.Ф. // Акушерство и гинекология. 1993. № 3. С. 20–23.
8. Савельева Г.М., Антонова Л.В. // Акушерство и гинекология. 1990. № 1. С. 67–75.
9. Gibbs R.S. // Amer. J. Obstet. Gynec. 1993. V. 169. № 2, suppl. 2. P. 460–462.
10. Holst E., Goffeng A.R., Anderch B. // J. Clin. Microbiol. 1994. V. 32. № 1. P. 176–186.
11. Larson P.G. // J. Obstet. Gynec. 1994. V. 14. № 1. P. 52–55.
12. Mead P.B. // Amer. J. Obstet. Gynec. 1993. V. 169. № 2, suppl. 2. P. 446–449.
13. Overman B.A. // J. Nurse. Midwifery. 1993. V. 38. № 3. P. 146–151.
14. Soper D.E. // Amer. J. Obstet. Gynec. 1993. V. 169. № 2, suppl. 2. P. 467–479.
15. Schmitt C., Sobel J.D., Meriwether C. // Obstet. And Gynec. 1992. V. 79. № 8. P. 1020–1023.
16. Watt D. H., Krohn M. A., Hillier S. L., Eschenbach D.A. // Obstet. and Gynec. 1990. V. 75. № 1. P. 52–58.