

Исламиди Д.К., Ковалев В.В.

Сравнительный анализ биотопа влагалища у женщин с предменструальным синдромом

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП Уральской Государственной Медицинской Академии
Росздрава, г. Екатеринбург

Islamidi D.K., Kovalev V.V.

Comparative analysis of ecological community vagina to women with premenstrual syndrome

Резюме

Целью данного исследования была сравнительная характеристика флоры влагалища у женщин с предменструальным синдромом основанная на изучения данных мазков на флору, инфекций, передаваемых половым путем, посева из цервикального канала.

Ключевые слова: предменструальный синдром, биоценоз влагалища

Summary

The aim of the study was to elicit vagina biocenosis change among the women with PMS and a control group with the help of studying the swab data for flora, STD and inoculation from the cervical canal.

Keywords: premenstrual syndrome, biocenosis of vagina

Введение

Предменструальный синдром (ПМС или синдром предменструального напряжения) – часто встречающаяся патология, патогенез и этиология которой до сих пор недостаточно ясна. Предменструальным синдромом принято называть патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нейропсихическими, вегетативно–сосудистыми и обменно – эндокринными нарушениями.

Эпидемиологические исследования показывают широкую распространенность предменструального синдрома. Ряд авторов (Манухин И.Б., 2001; В. П. Сметник 1999) считают его одним из наиболее распространенных нейроэндокринных синдромов, частота которого в среднем составляет 25 – 75%, а по данным других авторов (E. Freeman, 1995; j. H. Gold, 1997) – те или иные проявления отмечают до 95% женщин фертильного возраста.

Следует считать оправданным возросшее внимание к проблеме предменструального синдрома. Так, многие авторы связывают это с ростом частоты заболевания, особенно в развитых странах. Интерес к этой проблеме объясняется и социально-экономическими аспектами, так как в 3-5% случаев симптомы имеют выраженный характер и приводят к снижению работоспособности, качества жизни больных, уровень их семейной и социальной адаптации.

Частое появление признаков заболевания в периоды выраженных гормональных перестроек в организме (после прерывания беременности, лактации, родов), из-

менение течения заболевания при приеме гормональных контрацептивов - все это свидетельствует о большом значении половых гормонов в развитии заболевания. В связи с этим большую актуальность приобретает изучение соотношений гормональных параметров, изменение которых может характеризовать определенную направленность в нарушении эндокринной регуляции иммунологических реакций. Гормональный баланс существенным образом влияет на состояние иммунологической защиты. Это действие реализуется через специфические рецепторы, существование которых в лимфоидных клетках подтверждено прямыми радиохимическими методами. Все эти взаимоотношения сказываются на особенностях взаимных влияний инфекций и репродуктивных функций женского организма. Таким образом, объективная верификация взаимосвязей между гормональными и иммунными процессами является важной задачей современной гинекологии, решение которой определяет новые патогенетически ориентированные направления в лечении ПМС.

Цель исследования – дать сравнительную характеристику флоры влагалища у женщин с предменструальным синдромом.

Материалы и методы

На базе МУ «Клинико-диагностический центр» г. Екатеринбурга мы провели сравнительное проспективное когортное клинико-лабораторное исследование 93

женщин репродуктивного возраста (от 18 до 38 лет). Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия предменструального синдрома.

I группу (n = 59) составили женщины с предменструальным синдромом.

II группа (n = 34) женщины, у которых предменструальный синдром отсутствовал - контрольная группа.

Набор в группы проводился по принципу случай - контроль по наличию или отсутствию предменструального синдрома.

Данные опроса и физического обследования заносились в разработанную анкету, включающую следующие показатели: жалобы пациентки (т.е. симптомы, испытываемые ей перед менструацией), возраст появления симптомов, время исчезновения симптомов в зависимости от менструации, прогрессирование заболевания. Кроме того, характеристика основных симптомов ПМС проводилась на основании Дневника Регистрации Симптомы ПМС в течение двух последовательных менструальных циклов. Пациентки были сопоставимы по возрасту, социальному статусу, индексу массы тела.

Нами было проведено комплексное изучение микрофлоры урогенитального тракта путем исследования материала из цервикального канала и посева его на питательные среды (5% кровяно-дрожжевой агар, шоколадный агар, сабуро агар).

Посев отделяемого заднего свода влагалища проводили калиброванной петлей на пластинчатые питательные среды. Также оценивался нативный мазок, проводилась качественная и полуколичественная оценка бактериальных морфотипов, и проводилось бактериологическое исследование. Кроме того, проводилось микробиологическое исследование отделяемого влагалища, которое включало оценку микробиоценоза влагалища по данным микроскопии мазка.

Для проведения лабораторной диагностики применялись следующие микробиологические анализаторы: Bactec (Becton Dickinson, США), Crystal (Becton Dickinson, США), Walk Away (Dade Bering, США); хемилуминометр Lumat Bhrms, Германия.

С целью идентификации возбудителей урогенитальных инфекций вирусной и бактериальной природы (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *parvum*, *Mycoplasma hominis*, ЦМВ I и II типов и ВПГ I и II типов) был использован метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно - флуоресцентной детекцией продуктов амплификации по «конечной точке». Исследование проводилось на мультканальном автоматическом анализаторе «Ала - ¼» (BioSan, Латвия) с использованием диагностических наборов фирм «АмплиСэнс» ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора (г. Москва). В качестве клинического материала для ПЦР - диагностики были использованы соскобы эпителия цервикального канала.

Производилась оценка гуморальных факторов иммунитета - определялась концентрация иммуноглобулинов IgG, IgM, IgA в цервикальной слизи методом нефелометрии.

Все пациентки дали информированное согласие на использование данных исследований для научно-исследовательских целей.

Статистическая обработка данных была выполнена на персональном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel». Для математической обработки использовался статистический пакет STATISTICA for Windows. Для выявления достоверных различий между параметрами случайных величин применялись критерий Стьюдента, сравнение долей вариант (процентов) в различных группах наблюдений проводилось с использованием U-критерия (Урбах В. Ю., 1975).

Результаты и обсуждение

Все пациентки были сопоставимы по возрасту, ИМТ, имели регулярный нормоопнический менструальный цикл. Средний возраст пациенток в контрольной группе составил 27,09±0,7 лет, а в основной группе 28,69±0,6 лет (где p<0,05), ИМТ в контрольной группе составил 21,09±0,31, а в основной 22,34±0,35 (где p<0,05), возраст наступления менархе в контрольной группе составил 13,43±0,2, в основной 13,18±0,3 (где p<0,05), длительность менструального цикла составила в контрольной группе 29,16±0,62, в основной группе - 28,0±0,32 (где p<0,05).

Проведен анализ флоры по данным микроскопии мазка (Таблица 1). Было выявлено следующее: преобладающей флорой в основной и контрольной группах, были палочки, дрожжи встречались с одинаковой частотой в I и II группах, однако выявилось, что имеется достоверное отличие по наличию ключевых клеток - 4 случая, что составило 6,77% в группе ПМС, в то время как в контрольной группе ключевые клетки не выявлялись (где p<0,05).

При исследовании возбудителей урогенитальных инфекций вирусной и бактериальной природы в анализируемых группах при сопоставлении результатов статистически значимых различий не обнаружено. Так, частота встречаемости *Ureaplasma urealyticum* в группе ПМС

Таблица 1. Характеристика вагинальной микрофлоры основной и контрольной групп

показатель	Основная гр. n=59 M±m	%	Контр. гр. n=34 M±m	%	Достоверность различий, p
палочки	36	61.01	21	61.76	>0.05
Кокки	9	15.25	3	8.82	>0.05
смешанная	14	23.72	8	23.52	>0.05
дрожжи	6	10.16	3	8.82	>0.05
Ключевые клетки	4	6.77	0	0	<0.05

Таблица 2. Анализ заболеваемости ИППП обследуемых женщин

	Основная гр. (n=59)		Контр. гр (n=34)		P
	n	%	n	%	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2	3.4	0	0	<0.05
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	5	8.5	5	14.7	>0.05
<i>Ureaplasma parvum</i>	24	40.6	10	29.4	>0.05
<i>Mycoplasma</i>	6	10.2	3	8.8	>0.05
ЦМВ	2	3.4	0	0	<0.05
ВПГ	1	1.7	0	0	>0.05

Таблица 3. Структура биоценоза влагалища основной и контрольной групп

	Основная гр. (n = 59)		Контр. гр (n=34)		P
	n	%	n	%	
Нормоценоз	27	45.8	15	44.1	> 0.05
Промежуточное состояние	32	54.2	19	55.6	> 0.05
Умеренное лейкоцитов к-во	15	25.5	8	23.52	> 0.05
Большое лейкоцитов к-во	1	1.7	1	2.94	> 0.05
Бактериальный вагиноз	3	5.1	2	5.9	> 0.05
Кандидоз	11	18.6	3	9.4	> 0.05

составляет 5 случаев, что составило 8,5 %, в то время как в контрольной группе *Ureaplasma urealyticum* также была выявлена в 5 случаях, что составило 14,7%. *Ureaplasma parvum* была выявлена в 24 случаях в основной группе, что составило 40,6%, а в контрольной 10 – 31,2%.

При сопоставлении результатов статистических различий в основной и контрольных группах при обнаружении *Mycoplasma* замечено не было – 6 случаев в основной и 3 случая в контрольной, что составило 10,16 % -и 9,37% соответственно.

В анализируемых группах при сопоставлении результатов были установлены статистически достоверные результаты по обнаружению *Chlamydia trachomatis* в 3,39% случаев, что составило 2 случая в группе с ПМС, в то время как при исследовании в контрольной группе хламидии обнаружены не были.

При исследовании возбудителей вирусной природы ЦМВ и ВПГ статистически достоверных отличий не обнаружено. Выявлены ЦМВ и ВПГ только в основной группе - 2 случая и 1 случай соответственно, что составило 3,33% и 1,65%. В контрольной группе возбудителей обнаружено не было (Таблица 2).

При изучении микрофлоры урогенитального тракта путем исследования материала из цервикального ка-

нала и посева его на питательные среды было выявлено, что нормальная флора в цервикальном канале встречается одинаково часто в основной группе и в контрольной (45.8% и 44.1% соответственно).

Промежуточное состояние (выявление умеренного и большого количества лейкоцитов) было также одинаковым: в 15 случаях выявлено умеренное количество лейкоцитов в группе ПМС, что составило 25.5%, а большое количество было выявлено в 1 случае, что составило 1.7%. в то время как обнаружение умеренного количества лейкоцитов в посевах из цервикального канала было в 8 случаях, что составило 23.5%, а большое количество лейкоцитов так же 1 случай, что составило 2.9%. При исследовании частоты встречаемости дрожжевого вульвовагинита и бактериального вагиноза в контрольной и основных группах статистически значимых различий обнаружено не было (Таблица 3).

При исследовании слизи цервикального канала иммуноглобулинов класса М, А, G были установлено следующее: достоверные различия выявились только при исследовании Ig A (данный иммуноглобулин секретируется на поверхности эпителия и присутствует на поверхности слизистых оболочек влагалища и цервикального канала, усиливает защитные свойства слизистых) (Таблица 4).

Таблица 4. Сравнительный анализ местных защитных факторов обследуемых женщин

Показатель, г/л	ПМС	Контр.гр.	P
Ig A	0,292	0,197	< 0.05
Ig G	1,244	1,276	> 0.05
Ig M	0,220	0,196	> 0.05

Выводы

Анализируя представленный материал в целом, хотелось бы подчеркнуть ряд наиболее важных позиций: 1. Преобладающей флорой в исследуемых группах являются палочки, однако достоверно чаще в основной группе встречаются ключевые клетки, что указывает на наличие дисбиоза влагалища. Данный факт может свидетельствовать об изменении местных защитных факторов.

2. Заслуживает внимания тот факт, что одинаково часто при исследовании ИППП в обеих группах встречалась условно-патогенная флора.

3. Следует отметить, что исследование посева из цервикального канала не выявило достоверных различий в исследуемых группах.

4. Имеется изменение местного иммунитета, что проявилось достоверным повышением уровня IgA, что свидетельствует о напряжении местных защитных факторов. ■

Исламиди Д. К. - ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП Уральской Государственной Медицинской Академии Росздрава, г. Екатеринбург;
Ковалев В. В. - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП Уральской Государственной Медицинской Академии Росздрава, директор ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург;
 Автор, ответственный за переписку - Исламиди Д. К.
 Г. Екатеринбург, ул. Медицинский переулок 4;
 e – mail: dishader@yandex.ru, м. б. 8 922 208 40 77

Литература:

1. Прилепская В. Н., Межевитинова Е. А. «Предменструальный синдром», Гинекологическая эндокринология. Москва «МЕДпресс-информ» 2008 г., стр. 210.
2. Скорнякова М. Н. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. Руководство для врачей. Екатеринбург 2000 г.
3. Сметвик В. П. Предменструальный синдром. Ж. «Лечащий врач» 2003 г. №7.
4. Межевитинова Е. А. «Предменструальный синдром», Поликлиническая гинекология. Москва «МЕДпресс-информ» 2004 г., стр. 292.
5. Клявикя, диагностика, лечение ПМС. Методические рекомендации МЗ СССР – Главное управление охраны материнства и детства. Москва 1990 г., стр. 16.
6. Кузнецова М. Н. Предменструальный синдром / Гинекологическая эндокринология. – М.: Медицина, 1980. – С.368 – 396.
7. Урбах В. Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. – М.: Медицина, 1975–224с.
8. Жаитов Р. М. Иммунология. – «ГЭОТАР – Медиа», 2006. – С.249 – 255.
9. Stewart A. A rational approach to treating the premenstrual syndrome. Seal, Kent: National Association of Premenstrual Syndrome, 1989.
10. Dennerstein L, Morse C, Gotts G et al. Treatment of premenstrual syndrome. A double-blind trial of dydrogesterone. J Affect Disord 1986; 11: 199–205.
11. Wiklund I, Dimenas E, Wahl M. Factors of importance when evaluating quality of life in clinical trials. Control Clin Trials 1990; 11: 169–79.
12. Wyatt K. Premenstrual Syndrome // Clin. Evid. – 2003 – №9. – P. 2125 – 2144.