

УДК 616-002.8/9:618.146-002(470.44)(045)

ПАЗАРИТОЗЫ У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИЦИТОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА САРАТОВА

Басова Т.А., Гладилин Г.П., Рогожина И.Е.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов, e-mail: Kotabas@yandex.ru

Одной из ведущих причин хронического течения цервицита является дисбактериоз влагалища и кишечника. Инициатором дисбактериоза кишечника могут выступать глистные и протозойные инвазии. Целью нашей работы стала оценка поражённости женщин репродуктивного возраста с клиникой цервицита лямблиозной инвазией, аскаридозом, токсокарозом, эхинококкозом, трихинеллёзом, описторхозом, установление взаимосвязи кишечных паразитозов с развитием хронического цервицита. Объектом исследования стали 123 женщины в возрасте 17–40 лет с хроническим течением цервицита длительностью заболевания более 6 месяцев и 106 женщин с подострым течением цервицита длительностью заболевания менее 2 месяцев. В работе представлена структура экстрагенитальной патологии и клинических маркёров кишечных инвазий у женщин с цервицитами, приведены результаты серологического и копроскопического исследований. Лямблиоз (39,8%) и аскаридоз (10,6%) могут являться потенциальными факторами риска хронических цервицитов у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: цервицит, лямблиоз, аскаридоз, копроскопический метод

PARASITOSSES IN WOMEN WITH CERVICITIS LIVING ON THE TERRITORY OF SARATOV CITY

Basova T.A., Gladilin G.P., Rogozhina I.E.

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: Kotabas@yandex.ru

One of the leading factors responsible for the chronic course of cervicitis is dysbacteriosis of the vagina and intestines. The initiators of intestinal dysbacteriosis may be helminthic and protozoal invasions. The aim of the study is to evaluate the morbidity of women of reproductive age having the clinical picture of cervicitis with lamblia, ascariasis, toxocarosis, echinococcosis, trichinellosis, opisthorchiasis, as well as to establish the relationship between intestinal parasitoses and chronic cervicitis development. The objects of the investigation were 123 women aged 17–40 with chronic course of cervicitis of more than 6 months duration and 106 women with subacute course of cervicitis and the duration of the disease for less than 2 months. The study presents the structure of extragenital pathology and clinical markers of intestinal invasions in women with cervicitis and the results of serologic and coproscopic investigations. Lamblia (39,8%) and ascariasis (10,6%) may be potential risk factors of clinical cervicitis in women of reproductive age.

Keywords: cervicitis, lamblia, ascariasis, coproscopic method

Высокая заболеваемость цервицитами у женщин репродуктивного возраста обусловлена несвоевременным обращением больных ввиду малосимптомности заболевания, широким спектром микробного этиофактора и несовершенством профилактических мер по предупреждению рецидивирования воспалительного процесса в гениталиях [1; 12]. Одной из ведущих причин хронического течения цервицитов являются дисбиотические нарушения во влагалище. На их развитие влияют патология желудочно-кишечного тракта и состояние микрофлоры кишечника [3; 8].

По мнению ряда исследователей, дисбактериоз влагалища и кишечника может быть инициирован наличием у пациентки глистно-протозойной инвазии [4; 6; 7]. Об этом свидетельствует высокая частота выявления серомаркёров лямблиоза (42,1–54,2%) и токсокароза (26,9%) у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий [4; 7]. Практический интерес гинекологов к проблеме кишечных паразитозов закономерно связан с необходимостью поиска новых причин развития хрониче-

ской гинекологической патологии инфекционного генеза и репродуктивных потерь. Но низкий уровень паразитарной настроженности врачей разных специальностей приводит к недооценке медико-социальной значимости паразитарных инфекций. Актуальность проблемы кишечных паразитозов заключается в широком их распространении [10], системном влиянии на организм и полиморфности клинических проявлений. При этом гастроэнтерологическая патология и дисбактериоз кишечника [2; 5; 11; 13; 15; 16], иммунные нарушения [4; 9; 14; 16] и длительная интоксикация [2; 5; 11; 13; 14], инициированные кишечными паразитами, вполне могут служить преморбидным фоном для развития хронической рецидивирующей воспалительной патологии генитального тракта. Диспепсические, астеноневротические расстройства, нарушение процессов ферментации и всасывания в кишечнике, аллергонастроенность, [2; 5; 11; 13; 14; 15] найдут своё отражение в снижении комплаентности и эффективности антибактериальной противовоспалительной

терапии. Поэтому своевременная и адекватная антипаразитарная терапия может оказаться оправданной профилактической мерой по предупреждению рецидивирования воспалительного процесса в гениталиях у данной категории пациенток.

Целью нашей работы стала оценка пораженности лямблиозной и некоторыми кишечными инвазиями женщин с подострыми и хроническими цервицитами, оценка их взаимосвязи с развитием хронического цервицита.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования стали 123 женщины в возрасте 17–40 лет с хроническим цервицитом длительностью заболевания более 6 месяцев. Группу сравнения составили 106 женщин с подострым течением цервицита, характеризующегося более выраженной симптоматикой и длительностью заболевания менее 2 месяцев. Средний возраст пациенток исследуемых групп составил 26,1 года, при этом 60,7% из них находились в возрастном пике репродуктивного периода (21–29 лет). Группу контроля составили 57 здоровых женщин. Во всех группах согласно отраслевым стандартам (Приказ МЗ РФ от 5.11.1998 г. №323) проведено общезыщальное, гинекологическое и микробиологическое обследование. Для выявления лямблиоза и ряда наиболее распространённых глистных инвазий нами были применены овоскопический и серологический методы. Для выявления цист лямблий применяли стандартный метод формалин-эфирного обогащения согласно методическим указаниям МЗ РФ 4.2.735–99. Фекалии исследовались на базе лаборатории клинической микробиологии и вирусологии МУЗ ГКБ №8 г. Саратова трёхкратно с интервалом 3–7 дней, из каждой порции исследовали 2 нативных препарата и 2 окрашенных раствором Люголя. Серологическая диагностика токсокароза, эхинококкоза, трихинеллёза, описторхоза, и лямблиоза проводилась методом иммуноферментного анализа на тест-системах ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск): «Тиаскар-стрип», «Эхинококк-IgG-стрип», «Тиагри-стрип», «Тиаоп-стрип», «Описторх-IgM-стрип», «Описторх-IgG-стрип», «ВекторТоксо-IgG-стрип (ФСП 42-0117-0280 00)», «ВектоТоксо-IgM-стрип». Определение специфических суммарных антител к лямблиям (IgA, G, M) производили методом ИФА на тест-системах «Лямблия-АТ-стрип» (Новосибирск).

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с применением пакетов прикладных программ Microsoft Excel – AVERAGE.xls. на персональном компьютере. Различия между изучаемыми параметрами признавались достоверными при $p < 0,05$. Основные обозначения статистических параметров в тексте и в таблицах представлены следующим образом: n – число наблюдений в выборке, абс. – абсолютное число определяемого параметра, $P(\%)$ – процентная доля определяемого параметра из общей выборки, m_p – средняя квадратичная ошибка частоты признака в выборке.

Результаты исследования и их обсуждение

Соматическая заболеваемость среди пациенток с хроническим цервицитом со-

ставляла 44,7%. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), представленная хроническими гастритами, холециститами, панкреатитами, энтероколитами, в структуре экстрагенитальной патологии (ЭГП) заняла лидирующую позицию (26,9%; $p < 0,001$). Эндокринная патология в структуре ЭГП составила 20,4%, нейроциркуляторная дистония (НЦД) – 11,8%, кожные и аллергические заболевания – 9,7%, патология верхних дыхательных путей и патология мочевыделительной системы (МВС) – 9,7 и 8,6% соответственно. Соматическая заболеваемость в группе сравнения составила 38,7%. Первое место в структуре ЭГП заняла эндокринная патология (30%), второе – патология МВС (23,3%) и третье – патология верхних дыхательных путей (16,7%). Кожные и аллергические заболевания в структуре ЭГП составили 10%. В контрольной группе ЭГП выявлено не было. Таким образом, преобладание гастроэнтерологической патологии у женщин основной группы позволило нам отнести её к факторам риска развития хронического цервицита.

Для уточнения спектра клинических маркёров кишечных инвазий у пациенток всех групп были учтены и систематизированы все жалобы экстрагенитального характера. По частоте выявления цефалгического ($15,4 \pm 3,3\%$) синдрома и психоастенических расстройств, представленных раздражительностью и эмоциональной лабильностью ($15,4 \pm 3,3\%$), сонливостью и повышенной утомляемостью ($22,8 \pm 3,8\%$), группа с хроническими цервицитами достоверно ($p < 0,05$) отличалась от группы сравнения и контрольной группы. Диспепсические расстройства в основной группе были представлены запорами ($8,2 \pm 2,5\%$), неустойчивым стулом ($3,3 \pm 1,6\%$) и метеоризмом ($4,9 \pm 1,9\%$; $p < 0,05$). Абдоминальный болевой синдром имел место у $17,1 \pm 3,4\%$ пациенток. Психоастенические нарушения и диспепсические расстройства в группе с подострыми цервицитами имели наименьший удельный вес: раздражительность и эмоциональная лабильность – $3,8 \pm 1,9\%$, повышенная утомляемость и сонливость – $3,8 \pm 1,9\%$, запоры – $3,8 \pm 1,9\%$. Жалобы на эпизодические абдоминальные боли предъявляли $8,5 \pm 2,7\%$ пациенток. Наличие статистически значимых показателей заболеваемости гастроэнтерологической патологией, психоастенических расстройств и цефалгического синдрома у женщин с хроническим цервицитом послужило поводом для обследования на лямблиоз и глистные инвазии.

По данным серологического исследования, частота определения специфических ан-

тител к *Lambliа intestinalis* в группе с хроническими цервицитами составила $26 \pm 4,0\%$, в группе сравнения – $17,9 \pm 3,7\%$, в контрольной группе – $19,3 \pm 5,2\%$ (таблица). Поскольку лямблии обладают невысокой иммуногенной активностью, а экспрессия специфических

антител обусловлена не столько массивностью и длительностью лямблиозной инвазии, сколько состоянием иммунной системы [9], то и результаты нашего исследования по определению антител к *L. intestinalis* имели ориентировочный характер.

Частота выявления специфических антител к *L. intestinalis* и цист простейших у женщин репродуктивного возраста с цервицитом

	Ig A, G, M к <i>L. intestinalis</i>		Цисты лямблий	
	абс.	$P \pm m_p \%$	абс.	$P \pm m_p \%$
Контрольная группа ($n = 57$)	11	$19,3 \pm 5,2$	4	$7,0 \pm 3,4$
Основная группа ($n = 123$)	32	$26,0 \pm 4,0$	49	$39,8 \pm 4,4$ (p_2^{**})
Группа сравнения ($n = 106$)	19	$17,9 \pm 3,7$	22	$20,7 \pm 3,9$ (p_3^*)

Примечания:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$;

p_2 – различия достоверны между основной группой и группой сравнения;

p_3 – различия достоверны между группой сравнения и контрольной группой.

Копроскопическое исследование позволило выявить статистически достоверное различие показателей инфицированности лямблиями пациенток с хроническим ($39,8 \pm 4,4\%$; $p_2 < 0,01$) и подострым ($20,7 \pm 3,9\%$; $p_3 < 0,05$) цервицитом. Также методом копроскопии в $10,6\%$ ($p < 0,05$) случаев хронического цервицита были обнаружены яйца аскарид, чего не наблюдалось в группах сравнения. Доказанный факт детерминирующего влияния лямблиозной инфекции и аскаридоза на развитие дисбактериоза кишечника [5; 16], основного источника аутоинфекции репродуктивного тракта, позволил нам считать наличие данных инвазий фактором риска развития хронического цервицита у женщин репродуктивного возраста.

Для оценки взаимосвязи между наиболее распространёнными в популяции гельминтозами и развитием хронического цервицита у женщин всех групп была изучена частота обнаружения специфических антител класса G к *Toxocara canis*, *Echinococcus granulosus*, *Trichinella spiralis*, антител класса G, M к *Opistorchis felinus*. В основной группе была установлена самая низкая частота обнаружения IgG к *T. canis* ($6,5 \pm 2,2\%$; $p < 0,05$). Показатель контрольной группы ($17,5 \pm 5,0\%$) превысил показатели группы сравнения и основной группы в 2–2,7 раза. Антитела к токсокарам у всех серопозитивных женщин регистрировались в низких титрах (1/100–1/200), что могло свидетельствовать как о носительстве личинок токсокар, так и о наличии аскарид (в связи с серологическим перекрёстом антител к другим представителям семейства *Ascaridae*). Наибольшая частота выявления серомаркёров токсокароза в контрольной группе, воз-

можно, отражает степень напряжённости и состоятельности гуморального иммунитета у здоровых женщин по сравнению с другими пациентками. Поэтому определение данного серологического маркера в гинекологической практике, по нашему мнению, не будет иметь клинической значимости.

В группе женщин с подострым течением цервицита имело место 2 случая ($1,9 \pm 1,3\%$) выявления IgG к *E. granulosus*, чего не наблюдалось в других группах. Ни у кого из женщин сравниваемых групп не были обнаружены антитела к трихинеллам и описторхам. Данная статистика, скорее, говорит о характере обследуемого контингента, не относящегося к выходцам из эндемичных очагов по данным паразитозам.

Выводы

1. Наличие у пациенток с цервицитом хронической гастроэнтерологической патологии, психоастенических расстройств и цефалгического синдрома является поводом для паразитологического обследования.

2. Лямблиоз и аскаридоз могут являться потенциальными факторами риска хронических цервицитов у женщин репродуктивного возраста. Поэтому своевременное выявление и лечение данных инвазий можно считать одной из профилактических мер по предупреждению хронизации воспалительного процесса в гениталиях.

Список литературы

1. Аполихина И.А. Бактериальный вагиноз: что нового? / И.А. Аполихина, С.З. Муслимова // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 6. – С. 36–37.
2. Белобородова Э.И. Поражение толстой кишки при хроническом описторхозе / Э.И. Белобородова, Р.В. Репникова // Медицинская паразитология. – 2004. – № 3. – С. 32–35.

3. Бондаренко В.М. Дисбактериозы кишечника у взрослых / В.М. Бондаренко, Н.М. Грачёва, Т.В. Мацулевич. – М.: КМК Scientific Press, 2003. – 224 с.
4. Гасанова Т.А. Токсокароз: распространённость и влияние на репродуктивное здоровье // Медицинская паразитология. – 2003. – № 4. – С. 11–15.
5. Декхан-Ходжаева Н.А. Лямблиоз. Патогенез, клиника и лечение / Н.А. Декхан-Ходжаева – М., Ташкент. – 1970. – 220 с.
6. Долецкая Д.В. Серологические маркёры глистно-протозойной инвазии при дисбиозах влагалища у женщин с ожирением / Д.В. Долецкая, Т.Ю. Бандурина // Питание и здоровье: материалы IX Всероссийского Конгресса диетологов и нутрициологов. – М., 2007. – С. 33.
7. Значение трихомониаза и лямблиоза в развитии воспалительных заболеваний органов малого таза / Т.А. Гасанова [и др.] // Медицинская паразитология. – 2005. – № 4. – С. 22–26.
8. Иммунорегуляция в системе микрофлора – кишечный тракт / С.С. Хромова [и др.] // Аллергология и иммунология. – 2004. – Т. 5, № 2. – С. 265–271.
9. Ириков О.А. Оценка информативности методов лабораторной диагностики лямблиозной инфекции // Медицинская паразитология. – 2008. – № 3. – С. 22–25.
10. Онищенко Г.Г. О мерах по усилению профилактики паразитарных болезней в России // Медицинская паразитология. – 2003. – № 3. – С. 3–7.
11. Распространённость и клинико-лабораторная характеристика лямблиозной инвазии в Пермском регионе / Н.Б. Мерзлова, Н.А. Романенко, Л.В. Бабурина, В.Н. Фукалова // Медицинская паразитология. – 2004. – № 2. – С. 24–27.
12. Савичева А.М. Этиологическая диагностика и терапия репродуктивно значимых инфекций // Трудный пациент. – 2007. – Т. 5, № 1. – С. 1–7.
13. Тойгомбаева В.С. Кишечные паразитарные заболевания населения республики Кыргызстан // Медицинская паразитология. – 2009. – № 2. – С. 31–33.
14. Токсокароз в Тульской области / З.А. Ошевская [и др.] // Медицинская паразитология. – 2003. – № 1 – С. 30–33.
15. Трихинеллез в Херсонской области / А.А. Коваль [и др.] // Медицинская паразитология. – 2008. – № 2. – С. 15–17.
16. Турьянов А.Х. Новый подход к диагностике и оценке эффективности дегельминтизации при аскаридозе / А.Х. Турьянов, Д.А. Валишин, Е.Р. Валинурова // Медицинская паразитология. – 2008. – № 1. – С. 43–46.

Рецензенты:

Луцевич И.Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой гигиены медико-профилактического факультета ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского», г. Саратов;
Архангельский С.М., д.м.н., главный врач ГУЗ «Перинатальный центр города Саратова», г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 12.04.2011.