

ОЩУЩЕНИЕ КОМА В ГОРЛЕ — СИМПТОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА?

ФИРСОВА ЛЮДМИЛА ДМИТРИЕВНА, докт. мед. наук, зав. лабораторией клинической психологии ГБУЗ «Московский клинический научный центр» Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия, 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, 86, тел. +7 (916) 043-36-55, e-mail firsovald@gmail.com

ТУНИК НАТАЛЬЯ ВИТАЛЬЕВНА, аспирант ГБУЗ «Московский клинический научный центр» Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия, 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, 86

Реферат. Цель исследования — представить клиническое описание симптома кома в горле в сопоставлении с проявлениями заболеваний пищевода. **Материал и методы.** Клинико-инструментальное обследование по стандартам, дополненных манометрией пищевода и заполнением Опросника клинических проявлений кома в горле. **Результаты и их обсуждение.** На примере обследования 94 больных с ощущением кома в горле показано, что к его характерным особенностям можно отнести локализацию в верхней половине шеи, слабую интенсивность ощущения, в большинстве случаев усиливающуюся при глотании; эпизодичность появления без связи с какими-либо внешними факторами, отсутствие симптома в ночное время. Диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» поставлен в соответствии с Монреальскими критериями 83 (88,3%) больным. Данные манометрии свидетельствовали о дискинезии пищевода у 71 (75,5%) больного, при этом признаки эзофагоспазма присутствовали в 3 раза чаще, чем нарушения, свойственные неэффективной моторике пищевода (58,5 и 17,0% соответственно). Впервые показано, что ощущение кома в горле может быть единственным проявлением дискинезии пищевода в достаточно большом проценте случаев (38,0%). **Заключение.** Вышеуказанное свидетельствует о клинической ценности симптома в определении показаний для дальнейшего исследования (манометрия пищевода) и в зависимости от полученных результатов — направленности лечения.

Ключевые слова: ком в горле, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, манометрия пищевода, дискинезия пищевода, эзофагоспазм, неэффективная моторика пищевода.

Для ссылки: Фирсова Л.Д. Ощущение кома в горле — симптом заболеваний пищевода? / Л.Д. Фирсова, Н.В. Туник // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 5. — С. 49—53.

GLOBUS PHARYNGEUS — IS IT A SYMPTOM OF THE ESOPHAGEAL DISEASE?

FIRSOVA LIUDMILA D., D. Med. Sci., Head of the laboratory of clinical psychology of Moscow Clinical Research Center, Russia, 111123, Moscow, Entuziast road, 86, tel. +7 (916) 043-36-55, e-mail firsovald@gmail.com

TUNIK NATALIA V., postgraduate student of Moscow Clinical Research Center, Russia, 111123, Moscow, Entuziast road, 86

Abstract. Aim. To present clinical description of the symptom «lump in the throat» and its relevance to the esophageal diseases. **Material and methods.** Clinical and instrumental examination according to the Standards, complemented by esophageal manometry and filling in clinical questionnaires regarding the «lump in the throat». **Results and discussion.** Analysis of the medical examination results of 94 patients with a feeling of a «ump in the throat» showed that the characteristic features include localization in the upper half of the neck; mild sensation in most cases worsening with swallowing; episodic advent with no connection to any external factors; the absence of symptoms in the night time. Gastroesophageal reflux disease was diagnosed in 83 patients (88,3%) in accordance with the Montreal criteria. Manometry data has showed that 71 patients (75,5%) had esophagus dyskinesia; yet the symptoms of esophageal spasm have been present three times more often than malfunctioning inherent to ineffective esophageal motility (58,5 and 17,0% respectively). For the first time it was shown that the sensation of a lump in the throat may be the only manifestation of dyskinesia of the esophagus in majority of cases (38,0%). **Conclusion.** The study demonstrates the value of the clinical symptom in determining the statements for the further examination (esophageal manometry) and — depending on the results obtained — in determining the focus of the treatment.

Key words: lump in the throat, gastro-esophageal reflux disease, esophagus manometry, esophageal dyskinesia, esophageal spasm, ineffective esophageal motility.

For reference: Firsova LD, Tunik NV. Globus pharyngeus — is it a symptom of the esophageal disease? The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (5): 49—53.

Введение. Ком в горле (ощущение инородного тела, сжатия или полноты в области шеи) — симптом, часто встречающийся в повседневной врачебной практике. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что больные обращаются за медицинской помощью к разным специалистам (в первую очередь, к оториноларингологу, реже — неврологу или эндокринологу), однако при обследовании в данном направлении причина возникновения симптома становится ясной далеко не всегда. Это подтверждается и теоретическими взглядами последних лет — счи-

тается, что этиология симптома не ограничивается локальными изменениями в области шеи [1, 2]. В частности, предполагается наличие связи патологии ротоглотки и пищевода как анатомически и функционально связанных органов. Это предположение находит подтверждение в исследовании связи симптома с желудочно-пищеводным рефлюксом, в результате чего симптом отнесен рядом авторов к внепищеводным проявлениям гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [3—6]. Однако это мнение не является абсолютно признанным, поскольку терапия ингибиторами

протонной помпы во многих случаях оказывается неэффективной [7, 8].

Клиническими наблюдениями было отмечено частое сочетание кома в горле и проявлений дискинезии пищевода [9, 10]; в последующем данными манометрии показано, что чаще всего нарушения имеют характер неэффективной моторики [11, 12], значительно реже — эзофагоспазма [10]. В то же время в ряде работ не отмечено признаков моторных нарушений пищевода [13] у больных с комом в горле. Таким образом, результаты данного исследовательского направления также остаются противоречивыми.

Поскольку в научной литературе нет единого мнения относительно этиологии ощущения кома в горле, исследования в данном направлении являются актуальными и практически значимыми. Неправильная интерпретация причин возникновения симптома и механизмов его развития может привести к ошибочной тактике лечения больных.

Цель исследования — представить клиническое описание симптома кома в горле в сопоставлении с проявлениями заболеваний пищевода.

Материал и методы. Обследовано 94 больных [61 женщина и 33 мужчины; средний возраст — (50,0±13,8) года] в период их пребывания на стационарном лечении в отделении патологии верхних отделов пищеварительного тракта Московского клинического научного центра Департамента здравоохранения г. Москвы. Критерий включения — наличие жалоб ощущения кома в горле, информированное согласие на проведение обследования. Критерий исключения — отсутствие хронических заболеваний глотки, наличие противопоказаний для проведения манометрии пищевода. Обследование больных соответствовало требованиям стандартов; дополнительно заполнялся специально разработанный Опросник клинических проявлений кома в горле, проводилась манометрия пищевода с использованием аппарата «Гастроманограф» (фирма «Исток-Система», Россия). При трактовке результатов к моторным нарушениям относили эзофагоспазм и неэффективную моторику пищевода. Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ставился согласно рекомендациям Монреальского консенсуса (2006) при наличии, как минимум, одного из трех критериев — характерных клинических симптомов для данного заболевания, изменений слизистой оболочки пищевода при эндоскопическом исследовании и данных суточной рН-метрии, подтверждающих рефлюкс содержимого желудка. Для систематизации и анализа результатов была создана электронная база данных. Их статистическую обработку проводили с помощью пакета программ Microsoft Office Excel и Statistica 8.0. Использовался F-критерий Фишера; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Приобретенный опыт позволил выделить ряд вопросов, характеризующих ощущение кома в горле с клинической точки зрения, и объединить их в *таблицу*. Результаты анализа полученных данных позволили дать всестороннее описание симптома.

Клинические особенности симптома кома в горле

Характеристика симптома		Количество больных**	
		Абс. число	%
Локализация*	Верхняя половина шеи	71	75,5
	Нижняя половина шеи	23	24,5
Интенсивность*	Умеренная	75	90,4
	Значительная	9	9,6
Длительность ощущения*	Преходящее	66	70,2
	Постоянное	28	29,8
Наличие симптома ночью*	Есть	2	2,1
	Нет	92	97,9
Индивидуальное («красочное») описание ощущения	Есть	52	55,3
	Нет	42	44,7
Изменение интенсивности при глотании*	Есть	64	68,1
	Нет	30	31,9
Связь с эмоциями	Есть	49	52,1
	Нет	45	47,9
Связь с горизонтальным положением тела или наклонами туловища*	Есть	26	27,7
	Нет	68	72,3
Индивидуальный способ купирования симптома	Есть	43	45,7
	Нет	51	54,3

Примечание: *обозначены достоверные различия по критерию Фишера при $p < 0,05$; **количество больных — $n = 94$.

В качестве значимых особенностей проявления симптома следует указать следующее:

- ощущение кома достоверно чаще ($p < 0,05$) локализовалось в верхней половине шеи (75,5%), по сравнению с нижней (24,5%) — за границу указанных областей принимали уровень щитовидного хряща;

- при оценке интенсивности большинство пациентов обозначали ее как умеренно выраженное ощущение, лишь у 9,6% пациентов ком в горле имел значительную интенсивность ($p < 0,05$);

- чаще всего (70,2%) симптом был непостоянным и возникал с различной степенью периодичности; примерно каждый четвертый больной (29,8%) характеризовал это ощущение как постоянное в течение всего дня ($p < 0,05$); только двое больных отметили наличие симптома не только днем, но и при пробуждении в ночное время;

- при описании характера симптома примерно половина больных (42; 44,7%) обозначали ощущение как «ком» или «комок». У второй половины больных (52; 55,3%) отмечалось разнообразие восприятия данного ощущения: чаще всего это было ощущение «инородного тела» (26; 50%), несколько реже — «сдавливание области шеи» (20; 38,5%), относительно редко — ощущение присутствия в горле слизи (2; 3,8%), пленки (2; 3,8%) или воспаленной слизистой оболочки (2; 3,8%);

- большинство больных (68,1%) отмечали изменение интенсивности ощущения при глотании ($p < 0,05$);

- связь появления симптома с отрицательными эмоциями присутствовала у половины больных (52,1%), с изменением положения тела (наклонами

туловища или переходом в горизонтальное положение) — у 27,7% ($p < 0,05$);

- примерно каждый второй больной (47,9%) научился купировать данный симптом. Среди способов купирования было как лекарственное воздействие (прием антацидов — 13 больных, корвалола — 3 больных, анальгина — 2 больных), так и нелекарственные методы (произвольные глотательные движения — 13 больных, рассасывание леденцов — 2 больных, отвлечение внимания каким-либо занятием — 7 больных, прием алкоголя — 5 больных).

Ком в горле чаще встречался как составная часть комплекса жалоб по сравнению с его присутствием в виде единственного симптома (90,4 и 9,6%). В подавляющем большинстве случаев на первый план выходили клинические проявления ГЭРБ или дискинезии пищевода.

Клинические симптомы ГЭРБ (изжога и отрыжка воздухом) имели место при поступлении у 73 (77,6%) больных. После изучения данных анамнеза и результатов проведенного обследования диагноз ГЭРБ в соответствии с Монреальскими критериями был поставлен 83 (88,3%) из 94 больных. В сопоставлении с данными эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) из 83 больных диагноз ГЭРБ в эндоскопически негативной стадии присутствовала у 50 (60,2%) больных, ГЭРБ в стадии неэрозивного эзофагита — у 33 (39,8%) больных.

Наличие дискинезии пищевода при целенаправленном расспросе при поступлении можно было предположить у 52 (55,3%) больных. Все больные отмечали дискомфорт или болевые ощущения за грудиной слабой или умеренной интенсивности, в 36 (38,3%) случаях больные жаловались на затруднения при прохождении пищи по пищеводу. У 40 (42,6%) больных клинические проявления дискинезии пищевода присутствовали одновременно с ГЭРБ (рис. 1).



Рис. 1. Жалобы, характерные для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и дискинезии пищевода, у больных с комом в горле

Полученные данные о наличии моторных нарушений увеличили число больных с диагнозом «дискинезия пищевода» до 71 (75,5%) больного. При этом признаки эзофагоспазма в результатах манометрии присутствовали в 3 раза чаще, чем признаки неэффективной моторики пищевода (58,5 и 17,0% соответственно; $p < 0,05$) (рис. 2). С учетом манометрических признаков эзофагоспазма изменения чаще характеризовались как сегментарный эзофагоспазм по сравнению с диффузным (56,4 и 43,6% соответственно).

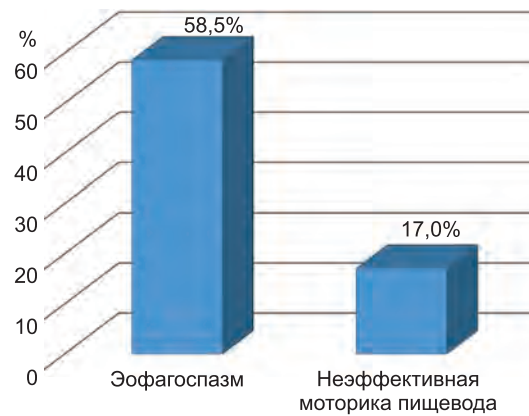


Рис. 2. Частота нарушений моторной функции пищевода у больных с комом в горле по данным манометрии

Ретроспективный анализ клинической картины заболевания у больных с эзофагоспазмом, подтвержденным данными манометрии пищевода (55 больных), показал, что его симптомы присутствовали только у 37 больных. У каждого третьего больного с эзофагоспазмом (18; 32,7%) характерных для эзофагоспазма жалоб не было, что дает основания считать, что ощущение кома в горле было единственным проявлением заболевания. Из 16 больных с неэффективной моторикой пищевода по данным манометрии ее типичные клинические проявления присутствовали у 7 (43,7%) больных и не были проявлены у 9 (56,3%) больных. Таким образом, в целом у 27 (38,0%) из 71 больного с моторными нарушениями по данным манометрии ком в горле был единственным клиническим проявлением дискинезии пищевода.

Подводя итог, следует сказать, что по результатам обследования (оценка жалоб и данных анамнеза, ЭГДС, манометрия пищевода) два заболевания (ГЭРБ и дискинезия пищевода) одновременно были выявлены у 65 (69,1%) больных.

Анализ полученных результатов позволил прийти к заключению, что симптом кома в горле имеет достаточно четко очерченную картину. К его характерным особенностям можно отнести локализацию в верхней половине шеи, слабую интенсивность ощущения, в большинстве случаев усиливающуюся при глотании; эпизодичность появления без связи с какими-либо внешними факторами, отсутствие симптома в ночное время. Подобное детальное описание симптома с определением достоверности различий внутри группы в литературе отсутствует.

Клинические наблюдения свидетельствуют о возрастании частоты встречаемости симптома в гастроэнтерологической практике. Сам факт выявления заболевания пищевода у абсолютного большинства больных (94,7%) не означает принадлежности симптома к данной патологии, так как объясняется особенностью выборки (пациенты отделения патологии верхних отделов пищеварительного тракта). Более значимо то обстоятельство, что у большого процента больных (69,1%) диагностированы одновременно и ГЭРБ, и дискинезия пищевода. Такое сочетание свидетельствует о значительной степени патологических изменений данного органа. Данный

факт в литературе ранее не обсуждался и нуждается в дальнейшем уточнении.

Результат нашего исследования не совпал с наблюдениями иностранных авторов [10, 11, 12] о преобладании иностранных авторов [10, 11, 12] о преобладании неэффективной моторики пищевода по сравнению с эзофагоспазмом по данным манометрии. Полученные данные свидетельствуют об обратном соотношении частоты данных видов нарушений, причем с трехкратным повышением частоты эзофагоспазма по сравнению с неэффективной моторикой (58,5 и 17,0% соответственно; $p < 0,05$).

Впервые показано, что ощущение кома в горле может быть единственным проявлением дискинезии пищевода в достаточно большом проценте случаев (38,0%). Это свидетельствует о клинической ценности симптома в определении показаний для дальнейшего обследования (манометрия пищевода) и, в зависимости от полученных результатов, направленности лечения.

С другой стороны, при наличии данного симптома моторная функция пищевода по данным манометрии может оказаться нормальной. Это 24,5% больных в проведенном исследовании; полученный результат совпадает с мнением иностранных авторов [13].

С учетом наличия большого числа вопросов, ответы на которые в научной литературе не сформулированы, исследование в данном направлении является актуальным и теоретически значимым. Применение современных методов диагностики взаимосвязи симптома с другими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта может явиться базой для разработки современных методов лечения.

Выводы:

1. Ком в горле чаще встречался в комплексе жалоб, характерных для заболеваний пищевода, по сравнению с его присутствием в качестве единственного симптома (90,4 и 9,6%).

2. Среди обследованных больных в 88,3% случаев была выявлена гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, в 75,5% — дискинезия пищевода, в 69,1% случаев от общего числа больных отмечено сочетание этих заболеваний.

3. При манометрии пищевода признаки эзофагоспазма отмечены чаще по сравнению с неэффективной моторикой пищевода (58,5 и 17,0%; $p < 0,05$).

4. У каждого третьего больного (38,0%) ком в горле был единственным клиническим проявлением дискинезии пищевода.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Berke, G.S. Educational and research horizons in laryngology / G.S. Berke // The Laryngoscope. — 2008. — Vol. 118, № 1. — P.181—184.

2. Combined Dual Channel Impedance/pH-metry in Patients With Suspected Laryngopharyngeal Reflux / B.E. Lee, G.H. Kim, D.Y. Ryu [et al.] // J. Neurogastroenterol Motil. — 2010. — Vol. 16. — P.157—165.
3. Poelmans, J.A. Chronic middle ear disease and gastroesophageal reflux disease: a causal relation? / J.A. Poelmans // Otol. Neurotol. — 2001. — Vol. 22. — P.447—450.
4. Reflux-associated diseases of the otorhinolaryngology tract / F. Rosanowski, T. Rabenstein, E.G. Hahn, U. Eysholdt // Laringorhinootologie. — 2001. — Vol. 80, № 8. — P.487—496.
5. Jaspersen, D. Extraesophageal manifestation in GERD / D. Jaspersen // Minerva Gastroenterol. Dietol. — 2006. — Vol. 52, № 3. — P.269—274.
6. Postma, G.N. Ambulatory pH monitoring methodology / G.N. Postma // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. — 2000. — Vol. 109. — P.10—14.
7. Vaezi, M.F. Atypical Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease / M.F. Vaezi // Medscape. — 2005. — Vol. 27. — P.25.
8. Night-Time and Daytime Atypical Manifestations of Gastro-Oesophageal Reflux Disease: Frequency, Severity and Impact on Health-Related Quality of Life / B.B. Dean, D. Aguilar, L.F. Johnson // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2008. — Vol. 27, № 4. — P.327—337.
9. Eslick, G.D. Dysphagia: Epidemiology, Risk Factors and Impact on Quality of Life — A Population-based Study / G.D. Eslick, N.J. Talley // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2008. — Vol. 27, № 10. — P.971—979.
10. Esophageal motor dysfunction plays a key role in GERD with globus sensation — analysis of factors promoting resistance to PPI therapy / H. Tsutsui, N. Manabe, M. Uno [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 47, № 8/9. — P.893—899.
11. Globus sensation: pharyngoesophageal function, psychometric and psychiatric findings, and follow-up in 88 patients / G. Moser, T.A. Wenzel-Abatzi, M. Stelzener [et al.] // Arch. Intern. Med. — 1998. — Vol. 158, № 12. — P.1365—1373.
12. Is ineffective esophageal motility associated with gastropharyngeal reflux disease? / Kyung Yup Kim, Gwang Ha Kim, Dong Uk Kim [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14, № 39. — P.6030—6035.
13. Hyperdynamic upper esophageal sphincter pressure: a manometric observation in patients reporting globus sensation / M.A. Kwiatek, F. Mirza, P.J. Kahrilas, J.E. Pandolfino // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104. — P.289—298.

REFERENCES

1. Gerald S Berke. Educational and research horizons in laryngology. The Laryngoscope. 2008; 118 (1): 181-184. DOI: 10.1097/MLG.0b013e318149e6ce
2. Lee BE, Kim GH, Ryu DY, Kim DU, Cheong JH, Lee DG, Song GA. Combined Dual Channel Impedance/pH-metry in Patients With Suspected Laryngopharyngeal Reflux. J Neurogastroenterol Motil. 2010; 16: 157-165. DOI:10.5056/jnm.2010.16.2.157.
3. Poelmans JA. Chronic middle ear disease and gastroesophageal reflux disease: a causal relation? Otol Neurotol. 2001; 22: 447-450. PubMed PMID: 11449097.
4. Rosanovski F. Reflux-associated diseases of the otorhinolaryngology tract. Laringorhinootologie. 2001; 80 (8): 487-496. DOI: DOI: 10.1055/s-2001-16430.
5. Jaspersen D. Extraesophageal manifestation in GERD. Minerva Gastroenterol Dietol. 2006; 52 (3): 269-274. PubMed PMID: 16971871.

6. Postma GN. Ambulatory pH monitoring methodology. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2000; 109: 10-14. PubMed PMID: 11051424.
7. Vaezi MF. Atypical Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. *Medscape.* 2005; 27: 25. PubMed PMID: 16614647; PubMed Central PMCID: PMC1681743.
8. Dean BB, Aguilar D, Johnson LF, Mcguigan JE, Orr WC, Fass R, Yan N, Morgenstern D, Dubois RW. Night-Time and Daytime Atypical Manifestations of Gastro-Oesophageal Reflux Disease: Frequency, Severity and Impact on Health-Related Quality of Life. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008; 27 (4): 327-337. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2007.03574.x.
9. Eslick Guy D, Talley NJ. Dysphagia: Epidemiology, Risk Factors and Impact on Quality of Life — A Population-based Study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008; 27 (10): 971-979. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2008.03664.x.
10. Tsutsui H, Manabe N, Uno M, Imamura H, Kamada T, Kusunoki H, Shiotani A, Hata J, Harada T, Haruma K. Esophageal motor dysfunction plays a key role in GERD with globus sensation — analysis of factors promoting resistance to PPI therapy. *Scand J Gastroenterol.* 2012; 47 (8-9): 893-899. DOI: 10.3109/00365521.2012.685756.
11. Moser G, Wenzel-Abatzi TA, Stelzeneder M, Wenzel T, Weber U, Wiesnagrotzki S, Schneider C, Schima W, Stacher-Janotta G, Vacariu-Granser GV, Pokieser P, Bergmann H, Stacher G. Globus sensation: pharyngoesophageal function, psychometric and psychiatric findings, and follow-up in 88 patients. *Arch Intern Med.* 1998; 158 (12): 1365-1373. PubMed PMID: 9645832.
12. Kyung Yup Kim, Gwang Ha Kim, Dong Uk Kim, Soo Geun Wang, Byung Joo Lee, Jin Choon Lee, Do Youn Park, Geun Am Song. Is ineffective esophageal motility associated with gastropharyngeal reflux disease? *World J Gastroenterol.* 2008; 14 (39): 6030-6035. PubMed PMID: 18932282; PubMed Central PMCID: PMC2760193.
13. Kwiatek MA, Mirza F, Kahrilas PJ, Pandolfino JE. Hyperdynamic upper esophageal sphincter pressure: a manometric observation in patients reporting globus sensation. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104: 289-298. DOI: 10.1038/ajg.2008.150.

© Ю.С. Шишкова, В.Ф. Долгушина, Е.Д. Графова, О.Л. Колесников, А.Д. Липская, С.А. Завьялова, Н.П. Евстигнеева, П.Г. Аминова, 2016

УДК 618.215-008.87

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(5).53-56

БИОПЛЕНКООБРАЗОВАНИЕ У ЛАКТОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ШИШКОВА ЮЛИЯ СЕРГЕЕВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической вирусологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

ДОЛГУШИНА ВАЛЕНТИНА ФЕДОРОВНА, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

ГРАФОВА ЕЛЕНА ДМИТРИЕВНА, очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64, e-mail: AJLENA@yandex.ru

КОЛЕСНИКОВ ОЛЕГ ЛЕОНИДОВИЧ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой биологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

ЛИПСКАЯ АНАСТАСИЯ ДМИТРИЕВНА, старший лаборант кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической вирусологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

ЗАВЬЯЛОВА СВЕТЛАНА АЛЕКСАНДРОВНА, зав. женской консультацией МБУЗ ГКП №5, Россия, 454041, Челябинск, Комсомольский пр., 36а

ЕВСТИГНЕЕВА НАТАЛЬЯ ПЕТРОВНА, докт. мед. наук, зав. научного экспериментально-лабораторного отдела ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава Свердловской области, Екатеринбург, 620076, ул. Щербакова, 8

АМИНЕВА ПОЛИНА ГЕННАДЬЕВНА, младший научный сотрудник научного экспериментально-лабораторного отдела ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава Свердловской области, Екатеринбург, ул. Щербакова, 8

Реферат. Цель исследования — изучить биологические особенности лактобактерий, выделенных из нижнего отдела генитального тракта беременных женщин. **Материал и методы.** Из генитального тракта 35 пациенток в I триместре беременности было выделено 35 штаммов лактобактерий, у которых определяли видовую принадлежность с использованием масс-спектрометрии и оценили био пленкообразующую способность. Полученные штаммы были ранжированы на 3 группы в соответствии с выявленной патологией нижних отделов гениталий (1-я группа — нормоценоз, 2-я группа — дисбиоценоз влагалища, 3-я группа — воспалительные изменения). **Результаты и их обсуждение.** В результате проведенного исследования определили, что количество лактобактерий в вагинальном отделяемом женщин исследуемых 2-й и 3-й групп (при дисбиоценозе и воспалении) достоверно снижалось по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. В 1-й группе лактобактерии определялись в титре $10^{5,48 \pm 0,10}$ КОЕ/мл и в половине случаев были представлены видом *L. acidophilus*, реже встречались *L. plantarum*. При дисбиоценозе влагалища доминировали *L. acidophilus* и *L. delbrueckii* в равных количествах, единично зафиксированы *L. salivarius*. В группе с воспалительными изменениями нижнего отдела гениталий видовой состав лактофлоры был представлен в половине случаев *L. acidophilus*, а в 30% случаев — *L. delbrueckii*, реже *L. curvatus*. При исследовании био пленкообразующей способности лактобактерий выявлено повышение матриксинтезирующей функции изучаемых штаммов в исследуемых 2-й и 3-й группах. **Заключение.** Установлено, что при воспалительном и дисбиотическом процессах нижнего отдела гениталий