

Клинико-иммунологическое обоснование терапии больных с острым воспалением придатков матки// Вопр. гин. акуш. и перитонал. – 2004. – Т.3. №1. – С.41-45.

12. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Каграманова Ж.А.*, Патогенетическое обоснование иммунокоригирующей терапии больных воспалением придатков матки// Вопр. гин., акуш. и перитонал. – 2005. – Т.4, №2. – С.34-37.

13. *Фримель Г.* Иммунологические методы. – М., - 1987.

14. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика. Практическое руководство РАСХИ. – М.: Изд-во НИЦ ССХ РАМН, 2004. – С. 126.

15. *Mulduyn N., Paner S.F., Selam B., Ariki A.* Expression and regulation of interleukin-8 in human fallopian tubal cells//Am.J.Obstetn Gynecol. – 2003. – Vol. 188. N 3. – P. 651-656.

16. *Shorr A., Misk S., Jackson W. et al.* Economic implications of an evidence-based sepsis protocol: can you improve outcomes and lower cost// Crit. Care Med. – 2006. Vol. 34. – P. 1257-1262.

THE MECHANISM OF FORMATION OF SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE AT INFLAMMATORY DISEASES OF PELVIS MINOR

P.M. NURMAGOMEDOV, Z.A. MAGOMEDOV, M.M. MAGOMEDOV

Dagestan Medical Academy, Makhachkala

The article highlights the results of examination of 356 patients hospitalized in gynecologic branch during the period of 2000-2010 concerning inflammatory diseases of pelvis minor, the features of formation of the syndrome of systemic inflammatory reaction and its interrelation with a disease outcome studied.

Key words: inflammatory diseases of pelvis minor, system inflammatory response, inflammation mediators.

УДК 611.651

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

А.С. ГАСАНОВА, Э.М. АЛИЕВА, Н.Э. АХУНДОВА*

Статья посвящена проведённому исследованию с целью определения биохимических, гормональных проявлений инсулинорезистентности у больных с синдромом поликистозных яичников.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, инсулинорезистентность, глюкозотолерантный тест.

Одной из частых причин хронической ановуляции и эндокринного фактора бесплодия является синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Несмотря на многообразие научных исследований, патогенез этого синдрома не достаточно ясен. В тоже время установлено, что СПКЯ характеризуется увеличением пульсирующей секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ), соответственно, уменьшением продукции фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) [1,2,4,5] Повышение секреции ЛГ приводит к увеличению продукции андрогенов тека-клетками и увеличению конверсии 17- β в клетках гранулёзы с последующим формированием кистозной атрезии фолликулов, гиперплазией тека-клеток и стромы яичников [3,4]. Международная Консультативная Рабочая группа в Роттердаме [6] определила СПКЯ как синдром овариальной дисфункции при наличии 2 из 3 критериев СПКЯ:

- олигоменорея либо аменорея;
- гиперандрогенизм: гирсутизм, акне, алопеция, либо гиперандрогенемия (повышение уровня общего или свободного тестостерона);
- кистозноизменённые яичники (по данным ультразвукового исследования);

При этом по данным ESHRE/ASRM ключевой проблемой этого синдрома является ановуляция, частота которой составляла 75%.

Последние годы в патогенезе СПКЯ существенное значение отводится наличию инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. Предположительно патогенетические механизмы инсулинорезистентности обусловлены нарушениями на рецепторном и пострецепторном уровне трансдукции инсулинового сигнала в клетку. Гиперинсулинемию следует рассматривать как компенса-

торную реакцию в ответ на тканевую резистентность к действию инсулина, приводящая к увеличению продукции андрогенов в яичниках и, соответственно, развитию СПКЯ. Известно, что инсулин и инсулиноподобный фактор роста-1 усиливают ЛГ-зависимый синтез овариальных и адренальных андрогенов [2,4,5].

Несмотря на многообразие исследований патогенетических механизмов развития СПКЯ, практически ограничены научные сведения об основном назначении метформина- орального бигуанида- антидиабетического препарата, увеличивающего чувствительность к инсулину, снижающий уровень инсулина, общего и свободного тестостерона, снижающий аппетит и массу тела больных с СПКЯ, что способствует спонтанному восстановлению овуляторного менструального цикла [2,4,7]. Является важным определение клинико-лабораторных критериев инсулинорезистентности. Исходя из вышеизложенного, определена цель настоящего исследования.

Цель исследования – определение биохимических, гормональных проявлений инсулинорезистентности у больных с синдромом поликистозных яичников.

Материалы и методы исследования. Исходя из поставленной цели, было обследовано 65 больных с клиническими, гормональными, функциональными и биохимическими проявлениями СПКЯ.

На основании результатов исследования: определения уровня инсулина (натощак), глюкозы (натощак), проведения глюкозотолерантного теста, исследования показателей ФСГ, ЛГ гормонов, а также параметров эстрадиола (Э2), дегидроэпандростендиона (ДЭАС), свободного и общего тестостерона (Т), исследования интегрированного параметра – отношения ЛГ/ФСГ – была выделена основная группа больных с СПКЯ, инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией (n=35). Сравнительную группу были включены женщины с СПКЯ и нормальными параметрами углеводного обмена (n=30).

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого обследования больных с СПКЯ (n=65) было установлено, что средний возраст женщин составил 27,31 $\pm$ 1,02 (18-46) лет.

Исследование антропометрических показателей определило существенное преобладание массы больных основной группы: 96,2 $\pm$ 0,67кг. В сравнительной группе данный показатель составил 76,6 $\pm$ 1,34 кг (P<0,05).

Изучение перенесённых заболеваний, включая детские инфекции, выявили отсутствие значимых различий в особенностях заболеваний и в частоте их встречаемости от практически здоровых женщин.

Исследование особенностей становления менструальной функции у женщин с СПКЯ определило начало менструаций с 13,46 $\pm$ 0,13 лет (11-15), становление менструального цикла через 7,84 $\pm$ 0,42 (6-13) месяцев. Длительность менструального цикла в периоде полового созревания варьировала в довольно широких пределах: от 20 до 90 дней.

После начала половой жизни у этих женщин сохранялась нерегулярность менструального цикла по типу опсоменорреи. Длительность менструального цикла составила 43,98 $\pm$ 1,49 (30-75) дней. Длительность менструации была в пределах 4,34 $\pm$ 0,11 дней.

Следует отметить, что у всех обследованных больных выраженным клиническим проявлением СПКЯ явилось избыточное оволосение. Средний показатель гирсутизма составил 18,9 $\pm$ 4,2 баллов.

Таким образом у всех женщин с СПКЯ отмечалось избыточная масса тела, гирсутизм, нарушение менструального цикла, длительная продолжительность его становления до начала половой жизни, и в динамике репродуктивного периода, проявляющееся преимущественно, опсоменорреей.

У всех обследуемых больных отмечалось наличие, преимущественно, эндокринного фактора бесплодия. Длительность бесплодия составила 4,31 $\pm$ 0,54 лет. При этом у 49 (75,4%) больных диагностировано первичное бесплодие, у 16 (24,6%) – вторичное бесплодие.

С целью определения состояния углеводного обмена у всех обследуемых больных были определены параметры инсулина, глюкозы (натощак), глюкозотолерантного теста (ГТТ). Результаты исследования углеводного обмена у больных с СПКЯ представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, у больных с СПКЯ инсулинорезистентность проявляется гиперинсулинемией, гипергликемией (повышением уровня глюкозы натощак) и высокими параметрами

* Каф. акушер. и гинек. III Азербайджанского Медицинского Университета

глюкозотолерантного теста ($P < 0,05$). Следует отметить, что параметры глюкозы (натощак) не отличались от физиологических параметров.

Таким образом у больных с СПКЯ диагностически значимым для определения инсулинорезистентности является определение инсулина (натощак) и проведение ГТТ.

Таблица 1

Показатели углеводного обмена при СПКЯ (М+Se)

Исследуемые параметры	Больные с СПКЯ (n=65), группы обследуемых		Физиологические показатели	P
	Основн.	Сравнит.		
	1	2		
Инсулин, uU/ml	25,23 ± 2,19 (18-34)	9,05 ± 1,11 (2-11)	3-17	P1-2 <0,05
Глюкоза (натощак), Mmol/l	6,05 ± 0,08 (5,7-6,14)	5,5 ± 0,03 (3,9-5,18)	6,1	P1-2 <0,05
Глюкозотолерантный тест (ГТТ), Mmol/l	8,65 ± 0,18 (8-10,1)	6,41 ± 0,16 (4,1-7,6)	7,8	P1-2 <0,05

Примечание: P – достоверность признака

Результаты исследования состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы у больных с СПКЯ представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, инсулинорезистентность у больных с СПКЯ проявляется достоверно низким уровнем ФСГ, высокими параметрами ЛГ, соотношением ЛГ/ФСГ, Э2 и свободного Т ($P < 0,05$).

Таблица 2

Параметры гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы у больных с СПКЯ (М+Se)

Исследуемые параметры	Больные с СПКЯ (n=65), группы обследуемых		Физиологические показатели	P
	Основн.	Сравнит.		
	1	2		
ФСГ, mIU/ml	6,38 ± 0,80 (2-12)	8,26 ± 0,59 (2,0-15,9)	3,09-7,90	P1-2 <0,05
ЛГ, Miu/ml	23,1 ± 1,7 (15,0-29,5)	11,65 ± 1,1 (1,5-24,4)	1-18	P1-2 <0,05
ЛГ/ФСГ	3,62 ± 0,11 (2,2-12,5)	1,41 ± 0,13 (0,3-2,1)	-	P1-2 <0,05
ДЭАС, pg/ml	2,3 ± 0,44 (0,11-4,4)	2,28 ± 0,28 (0,73-4,2)	0,40-2,17	P1-2 >0,05
Эстрадиол, pg/ml	184,38 ± 24,7 (120-403)	85,4 ± 5,23 (24-150)	39-189	P1-2 <0,05
Т (свободный), pg/ml	4,81 ± 0,84 (1,1-8,4)	0,78 ± 0,15 (0,1-1,5)	<4,1	P1-2 <0,05
Т (общий), pg/ml	1,42 ± 0,41 (0,28-6,9)	1,01 ± 0,17 (0,22-2,0)	0,05-0,73	P1-2 >0,05

Таким образом диагностическими критериями инсулинорезистентности при СПКЯ являются гиперинсулинемия, высокие показатели глюкозо-толерантного теста, ЛГ, соотношения ЛГ/ФСГ, эстрадиола и низкий уровень свободного тестостерона и ФСГ.

Литература

1. Алиева Э.А. Синдром поликистозных яичников у женщин репродуктивного возраста. Дис. ... д.м.н., М., 1991, 311с.
2. Чернуха Г.Е. Современные представления о синдроме поликистозных яичников. Consilium Medicum, 2002., 4, №8 стр. 16-19.
3. Особенности течения бесплодия при гиперандрогении, Гинекология, 2001, Т. 3, №2
4. Palomba S., Fabbro A., Russo T. Ovulation Induction in Anovulatory Patients with Polycystic Ovary Syndrome. Current Drug Therapy, 2006, vol. 1, P. 23-29.
5. Zawdaki J.K., Dunaif A. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: Towards a rational approach. In: Dunaif A., Givens J.R. eds. Polycystic Ovary Syndrome, Boston: Blackwell, 1992, P. 377-384.
6. The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risk related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum. Reprod., 2004/vol. 19, P. 41 – 47.
7. Pasquali R., Gambineri A. Role of changes in dietary habits in polycystic ovary syndrome. Reprod. Biomed. Online, 2004, N8, P. 431-439.

THE DIAGNOSTIC FEATURES OF INSULIN-RESISTANCE AT THE SYNDROME OF POLYCYSTOUS OVARIES

A.S.GASANOVA, E.M.ALIEV, N.E. AKHUNDOVA

III Azerbaijan Medical University, Chair of Obstetrics and Gynecology

The article presents the research with the object of detecting biochemical, hormonal displays of insulin-resistance at patients with

the syndrome of polycystous ovaries.

Key words: syndrome of polycystous ovaries, insulin-resistance, the glucose-tolerance test.

УДК 616.316.1-002

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У МУЖЧИН ПРИ МОНО- И МИКСТИНФИЦИРОВАНИИ

А.А. ЗИКЕЕВА*, Т.В. БИБИЧЕВА**, Т.П. ИСАЕНКО**, Л.В. СИЛИНА**, М.И. ЛУКАШОВ***

В ходе исследования проведено изучение особенностей клинических проявлений и особенностей иммунного статуса у мужчин с проявлениями папилломавирусной инфекции аногенитальной области при моноинфицировании и в сочетании с урогенитальным трихомониазом. Выявлено, что клинические проявления и изменения иммунного статуса носят более выраженный характер в группе пациентов с микстинфекцией. Обосновано применение иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии данных инфекций. **Ключевые слова:** мужчины, папилломавирусная инфекция аногенитальной области, урогенитальный трихомониаз, клиническая картина, иммунный статус.

Среди инфекций, передаваемых половым путём, широкое распространение получила папилломавирусная инфекция (ПВИ), возбудителем которой является вирус папилломы человека (ВПЧ). Наиболее типичным проявлением папилломавирусной инфекции являются остроконечные кондиломы аногенитальной области или аногенитальные бородавки (АБ), которые по частоте возникновения занимают третье место среди инфекций, передаваемых половым путём [1,5,7].

Заболеваемость АБ в Российской Федерации в 2005 г. составила 32,1 случаев на 100 000 населения, а в 2009 г. – уже 34,7 случаев на 100 000 населения.

Важно отметить, что ПВИ половых органов наиболее часто встречается в возрастной группе 20-25 лет, то есть пик заболевания приходится на периоды расцвета репродуктивной функции и высокой половой активности как женщин, так и мужчин [4,7].

Актуальность проблемы диагностики и лечения заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека, связана не только с тем, что ПВИ является сексуально-трансмиссивным заболеванием, но и с тем, что ВПЧ могут вызывать предраковые поражения гениталий и плоскоклеточный рак у женщин и мужчин. Однако в силу гормональных различий вероятность развития опухолей у мужчин все же гораздо ниже, чем у женщин. Тем не менее, ПВИ мужчин вызывает инфекции и последующие заболевания шейки матки и других органов у женщин. Поэтому интерес ученых в настоящее время сфокусирован на роли мужчин в передаче ПВИ женщинам и ее роли в возникновении цервикального рака [2,3,6].

Известно, что ПВИ нередко ассоциирована с возбудителями ИППП и условно-патогенными микроорганизмами. Не выявленные и не леченные ИППП у больных и их половых партнеров являются предрасполагающими факторами рецидивирования аногенитальных бородавок [4,5]. В результате влияния ИППП происходят нарушения в иммунной системе, формируются стойкие воспалительные изменения со стороны мочеполовой сферы, возникают значительные трудности в проведении терапевтических мероприятий [1,4].

Поэтому своевременное выявление и лечение сопутствующих урогенитальных инфекций у больных ПВИ и их половых партнеров уменьшает риск рецидивов АБ, повышает эффективность лечения.

Цель исследования – сравнительное изучение особенностей течения и клинической картины манифестных проявлений аногенитальной ПВИ у мужчин при моноинфицировании ВПЧ и на фоне сопутствующих урогенитальных инфекций.

Материалы и методы исследования. На базе ФГ ЛПУ «Поликлиника ФНЦ России» (г. Москва) в период с 2008 по 2010 гг. было обследовано 160 мужчин с манифестными проявлениями ПВИ.

Всем пациентам было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. При физикальном обследовании

* ФГ ЛПУ «Поликлиника ФНЦ России», г. Москва

** Кафедра дерматовенерологии Курского государственного медицинского университета

*** Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер, e-mail: angelina-doctor@mail.ru