

2009. – №1. – P.195-200. (in Russian)

9. Handbook for chemists, engineers, doctors. Ed. 7th, Lane. and ext. In three volumes. Volume I. The organic materials / Ed. N.V. Lazarev, E.N. Levina. – Leningrad: Chemistry, 1976. – P.9-82. (in Russian)

10. Toxicological Chemistry. Metabolism and toxicants analysis: Textbook / Ed. N.I. Kaletina. – Moscow: GEOTAR-Media, 2008 – P.722-753. (in Russian)

11. *Tretyakov S.V. Shpagina L.A.* Cardiovascular system under the action of aromatic hydrocarbons. – Novosibirsk: Novosibirsk State Medical University, 2013. – 346 p. (in Russian)

12. *Ellenhorn M.J.* Hydrocarbon products // Medical

Toxicology: Diagnosis and treatment of poisoning in humans: in 2 volumes. V.2. – Moscow: Medicine, 2003. – P.468-497. (in Russian)

13. *Danel V., Barriot P.* Les intoxication aiguës en réanimation – 2<sup>ème</sup> édition. – Paris: Arnette, 1999. – P.301-316.

14. *Gummin D.D., Hryhorczuk D.O.* Hydrocarbons // Goldfrank's toxicologic emergencies / Ed. L. R. Goldfrank. – 7<sup>th</sup> ed. – New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002. – P.1303-1322.

15. *Testud F.* Hydrocarbure pétroliers // Pathologie Toxique Professionnelle et Environnementale. – Paris: Edition ESKA, 2008. – P.351-365.

#### Информация об авторах:

Зобнин Юрий Васильевич – доцент кафедры внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии ИГМУ, к.м.н., доцент, 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, тел. 8 (3952) 328382, e-mail: zobnine@mail.ru; Седов Сергей Константинович – заведующий кафедрой внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии ИГМУ, главный специалист-профпатолог города Иркутска, к.м.н., доцент, e-mail: sedovsk@yandex.ru; Шляхецкая Наталья Александровна – зав. отделом комиссионных и комплексных экспертиз Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, 664011, г. Иркутск, Бульвар Гагарина, 4, тел. 8 (3952) 202135; Пискарева Татьяна Валерьевна – государственный судебно-медицинский эксперт отдела комиссионных и комплексных экспертиз Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

#### Information About the Authors:

Zobnin Yuri V. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine with a course of professional pathology and military-field therapy ISMU 664003, Irkutsk, 1, Krasnogo Vosstaniya St., ISMU, tel. 8 (3952) 328382, e-mail: zobnine@mail.ru; Sedov Sergey K. – Head of the Department of Internal Medicine with a course of professional pathology and military-field therapy ISMU, chief specialist-pathologist Irkutsk, MD, PhD; Shlyahetskaya Natalia A. – Head of the Department fees and complex examination of the Irkutsk Regional Bureau of Forensic Medicine, 664022, Irkutsk, 4, Gagarina Boulevard, tel. 8 (3952) 202135; Piskareva Tatiana V. – State forensic expert of the commission and complex examination of the Irkutsk Regional Bureau of Forensic Medicine.

© МАРЧЕНКОВА М.С., КАЛЯГИН А.Н., БЕЛИНСКАЯ Е.И., АНТИПОВА О.В., СТОЙКО А.С., ЧЕРНЫХ С.Ю., БЫТЫГОВА М.Я., СУНГОРКИНА Л.Б., ВИТВИЦКАЯ К.Б. – 2016

УДК: 616/13-002192-031/14-02:616.36-002-022.6]-036.1

### УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО

*Марина Сергеевна Марченкова<sup>1</sup>, Алексей Николаевич Калягин<sup>1,2</sup>, Екатерина Игоревна Белинская<sup>1,2</sup>,  
Ольга Валентиновна Антипова<sup>1</sup>, Анна Сергеевна Стойко<sup>1</sup>, Светлана Юрьевна Черных<sup>1</sup>,  
Марем Яхьяевна Батыгова<sup>1</sup>, Лариса Борисовна Сунгоркина<sup>1</sup>, Ксения Борисовна Витвицкая<sup>1</sup>*

(<sup>1</sup>Иркутская городская клиническая больница №1, гл. врач – Л.А. Павлюк, ревматологический центр, зав. – О.В. Антипова; <sup>2</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов)

**Резюме.** Узелковый полиартериит представляет собою редкую нозологическую форму, относящуюся к категории системных васкулитов. Заболевание проявляется поражением сосудов среднего калибра. У некоторых из больных установлена ассоциативная связь этого заболевания с носительством вируса гепатита В. В работе представлено клиническое наблюдение классического варианта узелкового полиартериита у больного мужчины 53-летнего возраста, характеризующийся лихорадкой, похуданием, миалгиями, парестезиями и поражением яичка, но отсутствием HBV-инфекции.

**Ключевые слова:** узелковый полиартериит; системный васкулит; вирусный гепатит В; узловатая эритема; эпидидимит; миалгии.

### POLYARTERITIS NODOSIS: PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND MANAGEMENT OF THE PATIENT

*M.S. Marchenkova<sup>1</sup>, A.N. Kalyagin<sup>1,2</sup>, E.I. Belinskaya<sup>1,2</sup>, O.V. Antipova<sup>1</sup>, A.S. Stoyko<sup>1</sup>,  
S.Yu. Chernykh<sup>1</sup>, M.Yu. Batygova<sup>1</sup>, L.B. Sungorkina<sup>1</sup>, K.B. Vitvitskaya<sup>1</sup>*

(<sup>1</sup>Irkutsk Municipal Clinical Hospital No. 1; <sup>2</sup>Irkutsk State Medical University, Russia)

**Summary.** Nodular poly-arteriitis is a rare nosological form, referred to the category of systemic vasculitis. The disease manifests itself in the defeat of the vessels of medium caliber. Some of the patients associate this disease with the carrier of the hepatitis B virus. The paper presents a clinical observation of the classic variant of nodular polyarteritis in a 53-year-old male patient characterized by fever, weight loss, myalgia, parasthesia and testicular failure, but no HBV infection.

**Key words:** polyarteritis nodosis; systemic vasculitis; viral hepatitis B; erythema nodosum; epididymitis; myalgia.

Системные васкулиты (СВ) представляют собою гетерогенную группу заболеваний, основным морфологическим признаком которых является воспаление стенки сосуда, а клинические манифестации зависят от типа, калибра, локализации пораженных сосудов и активности системного воспаления [6]. Долгое время использовалась номенклатура СВ, предложенная в Чапел-Хилл в 1994 году [2,10]. Стоит отметить, что СВ относятся к категории одних из наиболее тяжёлых патологических

состояний, характеризующихся высокой вероятностью летальности и нарушения трудовой функции [1,8,9].

В 2012 году произошёл пересмотр номенклатуры СВ (табл. 1) [7,11].

Одним из наиболее тяжёлых представителей СВ является узелковый полиартериит. В соответствии с современным определением, узелковый полиартериит – это некротизирующий васкулит средних или мелких артерий без гломерулонефрита или поражения арте-

Номенклатура СВ (Чапел-Хилл, 2012)

<b>Васкулит крупных сосудов</b> Артериит Такаюсу Гигантоклеточный артериит <b>Васкулит сосудов среднего калибра</b> Узелковый полиартериит Болезнь Кавасаки <b>Васкулит мелких сосудов</b> АНЦА-ассоциированный васкулит Микроскопический полиангиит Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Черга-Страусс) Иммунокомплексный васкулит мелких сосудов Анти-БМК-ассоциированная болезнь Криоглобулинемический васкулит IgA васкулит (Шенлейна-Геноха) Гипокомплементный уртикарный васкулит (анти-C1q-ассоциированный васкулит) <b>Васкулит с вариабельным поражением сосудов</b> Болезнь Бехчета Синдром Когана	<b>Васкулит сосудов отдельных органов</b> Кожный лейкоцитокластический васкулит Кожный артериит Первичный васкулит ЦНС Изолированный аортит Другие <b>Васкулит, ассоциированный с системными заболеваниями</b> Волчаночный васкулит Ревматоидный васкулит Васкулит при саркоидозе Васкулит при других системных заболеваниях <b>Васкулит с вероятно установленной этиологией</b> HCV-ассоциированный криоглобулинемический васкулит HBV-ассоциированный узелковый полиартериит Сифилитический аортит Лекарственный иммунокомплексный васкулит Лекарственный АНЦА-ассоциированный васкулит Васкулит, ассоциированный со злокачественными новообразованиями Васкулит при других состояниях
---	--

Таблица 1 мы в стадии обратного развития, в анализе крови – увеличение СОЭ до 61 мм/ч, умеренная анемия (Hb 107 г/л), тромбоцитоз –  $523 \times 10^9$ /л, лейкоцитоз –  $12,5 \times 10^9$ /л, в анализе мочи небольшая протеинурия (белок – 0,088 г/л), также выявлено повышение трансаминаз (АсТ 91 ед/л, АлТ – 87,8 Ед/л), диспротеинемия (гипер-у-

риол, капилляров или венул; не ассоциирован с АНЦА [7-11]. Максимум заболеваемости этой патологией приходится на возраст 46-50 лет, мужчины заболевают в 1,5 чаще, чем женщины [6].

На сегодня выделяется 2 клинические формы заболевания: 1) ассоциированная с носительством вируса гепатита В (HBV), 2) не ассоциированное с носительством данного вируса. Факт носительства отражается в диагнозе.

Клиническая картина заболевания зависит от локализации поражённых сосудов. Это могут быть локальные формы с поражением кожи, а могут быть полиорганные поражения. Наиболее яркие клинические признаки вошли в диагностические критерии заболевания (табл. 2). Это лихорадка, полинейропатии, боли в яичках, мышцах, похудание, а также повышение АД и повышение уровня креатинина, возникающие в результате поражения почечных сосудов, а не самих почек.

Не смотря на то, что данное заболевание широко известно, имеются трудности диагностики и определения тактики ведения данной категории пациентов в клинической практике [3,4,5].

Больной Ж., 53-х лет, поступил с жалобами на повышение температуры тела до  $38^\circ\text{C}$ , боли в нижних конечностях, парастезии в стопах, подкожные уплотнения на голени, похудание, общую слабость, недомогание. Из анамнеза установлено, что болен в течение 2 месяцев. Дебют острый с лихорадки до  $38,6^\circ\text{C}$ , через 2-3 дня – появились боли в мышцах голени, затем – подкожные уплотнения с гиперемией на голени. В связи с этим обратился к терапевту и хирургу по месту жительства, получал антибактериальную терапию с предварительным диагнозом: «Узловатая эритема». Через 2 недели – появились боли в яичках с обеих сторон, по УЗИ выявлен двусторонний эпидидимит, антибактериальная терапия пролонгирована, но эффекта не принесла. С диагнозом: «Инфекционная узловатая эритема» был госпитализирован в стационар терапевтического профиля, где исключена онкопатология (проведены МСКТ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография легких, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, ЭхоКГ), в анализах крови отмечено увеличение СОЭ до 67 мм/ч, анемия (Hb 114 г/л), выявлено повышение трансаминаз (АлТ до 182-115 ед/л, АсТ – 134-85 ед/л), повышение уровня креатинина ( $131-126$  мкмоль/л). Вновь назначенная антибиотикотерапия эффекта не принесла, сохранялись лихорадка до  $38^\circ\text{C}$ , боли в нижних конечностях, парастезии в стопах, а явления узловатой эритемы были практически купированы.

После осмотра ревматологом был госпитализирован в ревматологическое отделение с подозрением на узелковый полиартериит. На момент госпитализации сохранялась лихорадка до  $38^\circ\text{C}$ , явления дистальной полинейропатии, на голени – явления узловатой эрите-

матоза, гипер- $\alpha 1$ -и  $\alpha 2$ -глобулинемия, гипоальбуминемия), снижение концентрации сывороточного железа, СРБ – 131 мг/л, ревматоидный фактор, криоглобулины – отрицательны, отр, АЦЦП – 0,5 ед/л (отрицательны), АНЦА – 0,1 (отрицательны), другие аутоиммунные маркеры (антитела к н-ДНК, антиядерные антитела, антитела к фосфолипидам, фракции компонента) – отрицательны, маркеры вирусных гепатитов В и С, антитела к ВИЧ-инфекции – отрицательны. Неврологом диагностирована дистальная полинейропатия, на УЗИ органов брюшной полости и почек – выявлена гепатомегалия, на УЗИ яичек – признаки двустороннего эпидидимита.

Диагноз больного был обсужден на ревматологическом консилиуме. Учитывая системность (лихорадка, поражение периферической нервной системы, узловатая эритема нижних конечностей, гепатомегалия, двусторонний неинфекционный эпидидимит) выставлен диагноз: «Узелковый полиартериит: классический вариант, подострое течение, активность 2 степени, лихорадка, похудание, миалгии в мышцах голени, двусторонний эпидидимит, дистальная полинейропатия нижних конечностей, в анамнезе узловатая эритема нижних конечностей, гепатопатия. Железодефицитная анемия лёгкой степени» (табл. 2).

Таблица 2

Диагностические критерии узелкового полиартериита (ACR, 1989) [6]

1. Похудание более чем на 4кг не связанное с диетой.
2. Болезненность в яичках, не связанная с инфекцией, травмой.
3. Миалгии, болезненность в нижних конечностях.
4. Полинейропатии.
5. Диастолическое давление более 90 мм рт.ст.
6. Повышение креатинина более 133 мкмоль/л (в дебюте болезни).
7. Биопсия – некротизирующий васкулит.

Было назначено лечение – преднизолоном в дозе 30мг/сут. сроком на 2 месяца, немного позднее к лечению присоединён метотрексат в дозе 10 мг/неделю, в/м, а также фолиевая кислота в дозе 5 мг/неделю, препараты железа, липоевая кислота 600 мг/сут. В связи с тем, что поражение придатка яичка урологами было расценено как гнойный процесс, проведена операция эпидидимэктомия справа.

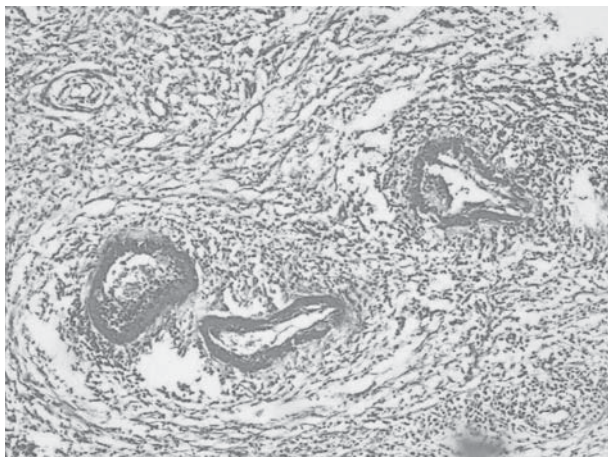
По данным патоморфологического исследования выявлено: придаток яичка с картиной хронического эпидидимита с явлениями васкулита с полиморфными морфологическими проявлениями в виде фибриноидных некротических стенок мелких артерий с нейтрофильной инфильтрацией, формированием микроаневризм в части сосудов, тромбозом просвета; часть мелких артерий с утолщением стенки за счет склероза, стиранием границы между сосудом и интерстицием, периваскулярной лимфоцитарной инфильтрацией, периваскулярным

склерозом с сужением просвета сосуда; единичные сосуды с полной облитерацией просвета (рис. 1).

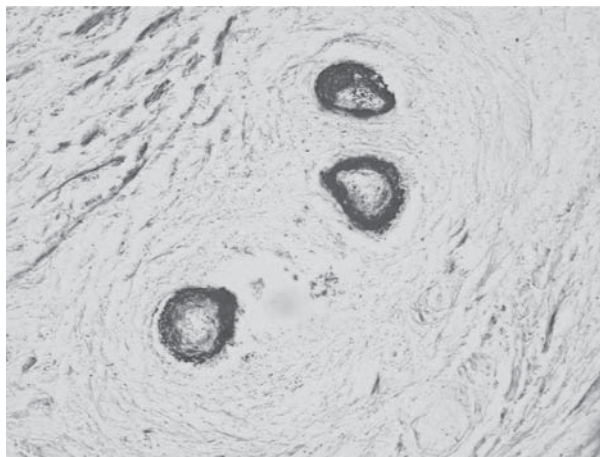
На фоне терапии был осмотрен повторно через 1 месяц. Отмечена значительная положительная динамика – купирована узловатая эритема, лихорадка, уменьшились проявления дистальной полинейропатии, прибавил в массу тела 9 кг. В динамике в анализах крови сохраняется повышение трансаминаз (АлТ до 91,3 ед/л, АсТ до 70,7 ед/л), лабораторной активности нет, анемии нет. К лечению добавлены гепатопротекторы, прегабалин 250мг x 2 раза в день на 2 месяца.

Осмотрен в динамике через 6 месяцев после выписки из ревматологического отделения. Отмечается устойчивая позитивная динамика состояния больного. Доза преднизолона уменьшена до 20 мг/сут. (по схеме), в связи с приёмом гепатопротекторов несколько снизились трансаминазы (АсТ – 64 ед/л, АлТ – 79 ед/л), лабораторной активности нет, анемии нет.

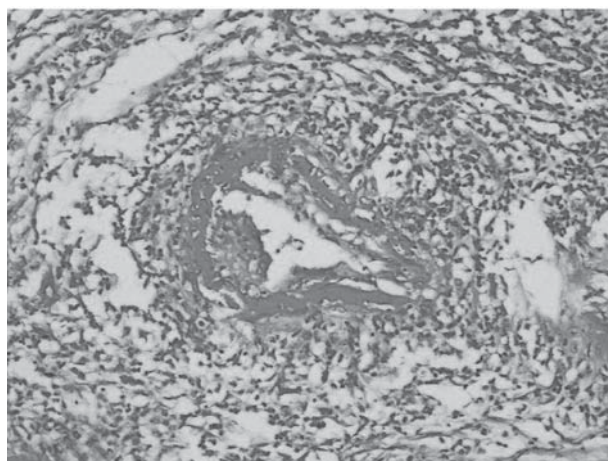
Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует классический вариант СВ с поражением кровеносных сосудов среднего калибра.



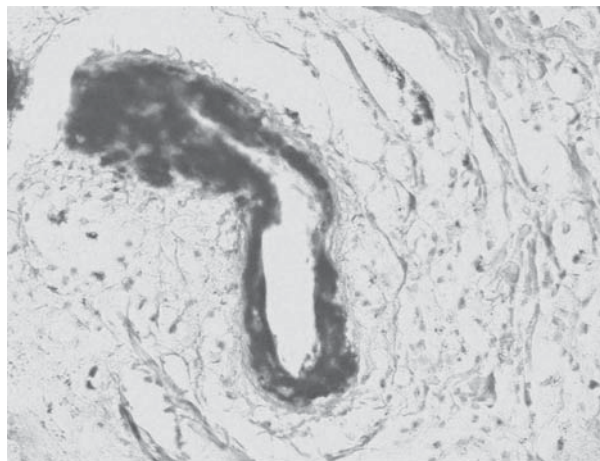
а) фибриноидный некроз стенок мелких артерий с формированием микроаневризм. Гематоксилин-эозин, ув. x100



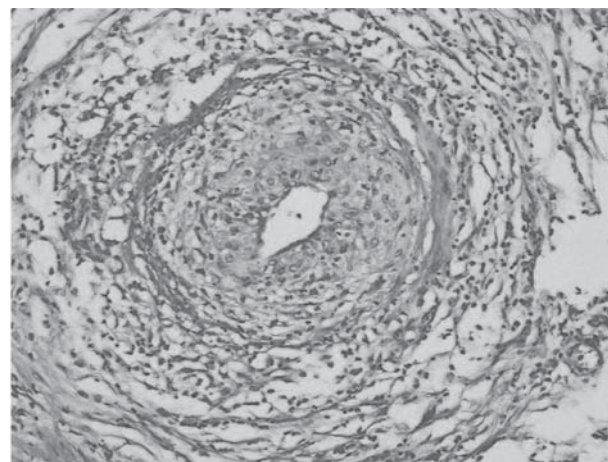
б) фибриноидные некрозы стенок мелких артерий. Окраска на фибрин, ув. x100



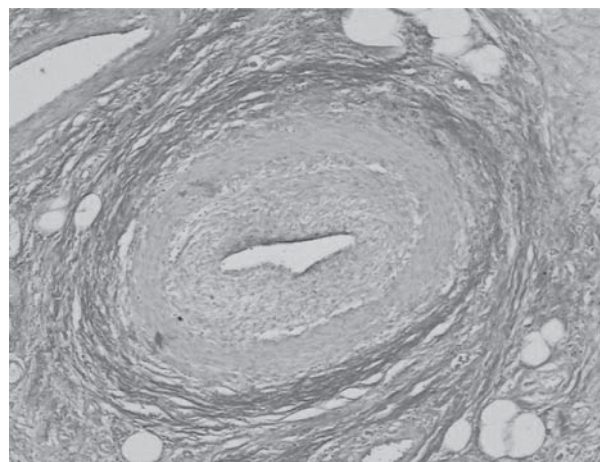
в) фибриноидный некроз стенки мелкой артерии с формированием микроаневризм. Гематоксилин-эозин, ув. x200



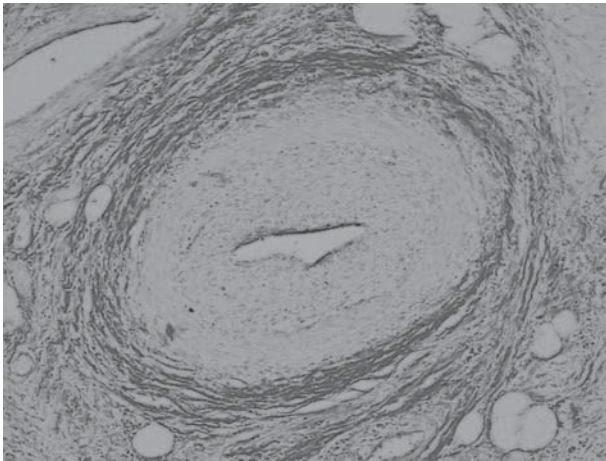
г) фибриноидный некроза стенки артерии с микроаневризмой. Окраска на фибрин, ув. x200



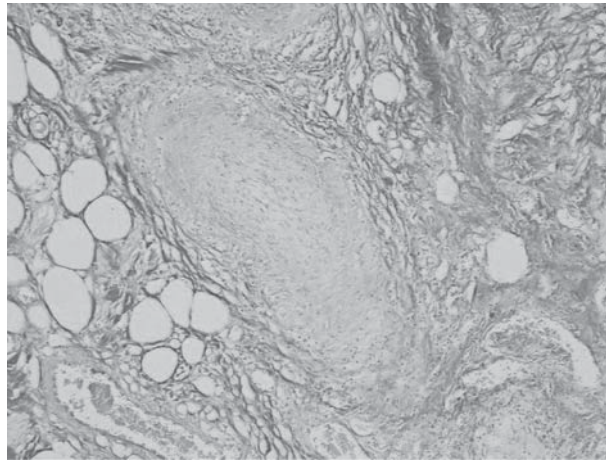
д) утолщение стенки артерии за счет склероза, лимфолейкоцитарная инфильтрация стенки. Сужение просвета сосуда. Гематоксилин-эозин, ув. x100



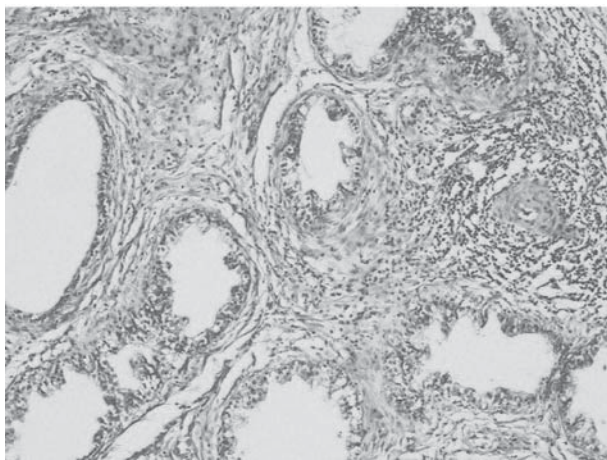
е) утолщение стенки артерии в виде муфты, периартериальный склероз. Пикро-фуксин, ув. x100



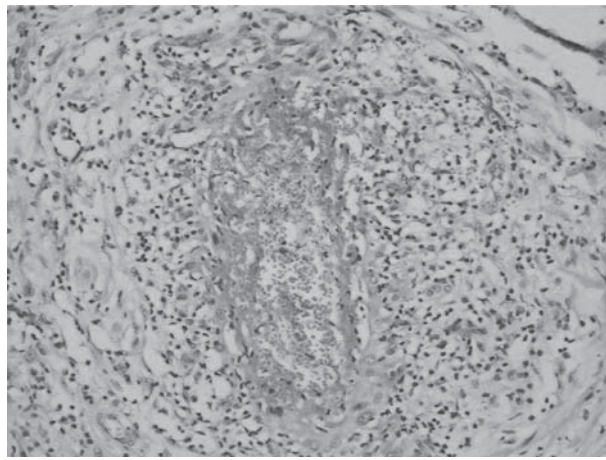
ж) утолщение стенки артерии в виде муфты, периартериальный склероз с сужением просвета сосуда. Гематоксилин-эозин, x100



з) облитерация просвета мелкой артерии, периваскулярный склероз. Пикро-фуксин, ув. x100



и) Придачок яичка со склерозом, хроническим воспалением в интерстиции; сосуд со склерозом стенки, периваскулярной хронической воспалительной инфильтрацией. гематоксилин-эозин, ув. x100



к) некроз стенки артерии с нейтрофильной ее инфильтрацией. Гематоксилин-эозин, ув. x200

Рис. 1. Гистологическое исследование больного Ж., 53 лет.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

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

**Работа поступила в редакцию:** 09.11.2016 г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Болдарева Н.С., Злобина Т.И., Антипова О.В. и др. Поражение легких при гранулематозе Вегенера // Современные проблемы ревматологии. – 2005. – Вып. 2. – С.119-122.
2. Гринштейн Ю.И. Современные аспекты классификации, диагностики и лечения системных некротизирующих васкулитов // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 1997. – №3. – С.50-53.
3. Жиляев Е.В., Дичева Д.Т., Гуленченко Ю.С. и др. Опыт первичной диагностики рецидивирующего узелкового полиартериита (клиническое наблюдение) // Терапевт. – 2013. – №5. – С.48-56.
4. Логвиненко С.И., Ефремова О.А., Придачина Л.С. и др. Узелковый полиартериит (болезнь Куссмауля-Мейера) – трудный диагноз в практике врача-терапевта // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2014. – Т. 26. №11. – С.258-261.
5. Мухин Н.А., Розина Т.П., Новиков П.И. и др. Узелковый полиартериит, ассоциированный с вирусом гепатита в (кли-

- нический разбор) // Клиническая медицина. – 2015. – Т. 93. №6. – С.5-13.
6. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. – Ярославль: Верхняя Волга, 1999. – 615 с.
7. Новиков П.И., Семенкова Е.Н., Моисеев С.В. Современная номенклатура системных васкулитов // Клиническая фармакология и терапия. – 2013. – №1. – С.70-74.
8. Храмова Н.А., Протасов К.В., Антоненко Н.Б. Васкулит Churg-Straussa – наблюдение из клинической практики // Современные проблемы ревматологии. – 2012. – Вып. 4. – С.106-112.
9. Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии // Современные проблемы ревматологии. – 2002. – Вып. 1. – С.60-63.
10. Jennette J.C., Falk R.J., Andrassy K., et al. Nomenclature of systemic vasculitides: the proposal of an international consensus conference // Arthritis Rheum. – 1994. – Vol. 37. – P.187-192.
11. Jennette J.C., Falk R.J., Bacon P.A., et al. 2012 Revised international Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides // Arthritis Rheum. – 2013. – Vol. 65. – P.1-11.

## REFERENCES

1. Boldareva N.S., Zlobina T.I., Antipova O.V., et al. Lesions of lungs with Wegener's granulomatosis // *Sovremennye problemy revmatologii.* – 2005. – Is. 2. – P.119-122. (in Russian)
2. Grinstein Yu.I. Up-to-date aspects of classification, diagnosis and treatment of systemic necrotizing vasculitides // *Sibirskij Medicinskij Zhurnal (Irkutsk).* – 1997. – №3. – P.50-53. (in Russian)
3. Zhilyaev E.V., Dicheva D.T., Gulenchenko Yu.S., et al. The experience of primary diagnostics of recurrent nodular periarteritis (clinical observation) // *Terapevt.* – 2013. – №5. – P.48-56. (in Russian)
4. Logvinenko S.I., Efremova O.A., Pridachina L.S., et al. Polyarteritis nodosa (Kussmaul-Maier disease) – the difficult diagnosis in the practice of practitioner // *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Medicina. Farmacija.* – 2014. – Vol. 26. №11. – P.258-261. (in Russian)
5. Mukhin N.A., Rozina T.P., Novikov P.I., et al. Nodular polyarteritis associated with hepatitis B virus (a case study) // *Klinicheskaya Meditsina.* – 2015. – Vol. 93. №6. – P.5-13. (in Russian)
6. Nasonov E.L., Baranov A.A., Shilkina N.P. Vasculitis and vasculopathy. – Jaroslavl: Verkhnyaya Volga, 1999. – 615 p. (in Russian)
7. Novikov P.I., Semenkova E.N., Moiseev S.V. Modern nomenclature of systemic vasculitis // *Klinicheskaja farmakologija I terapija.* – 2013. – №1. – P.70-74. (in Russian)
8. Khramtsova N.A., Protasov K.V., Antonenko N.B. Vasculitis Churg-Straussa – observation from clinical practice // *Sovremennye problemy revmatologii.* – 2012. – Is. 4. – P.106-112. (in Russian)
9. Shilkina N.P. Vasculitis and vasculopathy // *Sovremennye problemy revmatologii.* – 2002. – Is. 1. – P.60-63. (in Russian)
10. Jennette J.C., Falk R.J., Andassy K., et al. Nomenclature of systemic vasculitides: the proposal of an international consensus conference // *Arthritis Rheum.* – 1994. – Vol. 37. – P.187-192.
11. Jennette J.C., Falk R.J., Bacon P.A., et al. 2012 Revised international Chapel Hill consensus conference nomenclature of vasculitides // *Arthritis Rheum.* – 2013. – Vol. 65. – P.1-11.

### Информация об авторах:

Калягин Алексей Николаевич – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, профессор, д.м.н., 664046, Иркутск, а/я 62, e-mail: akalagin@mail.ru; Марченкова Марина Сергеевна – врач-ревматолог, e-mail: treskva.marina@mail.ru; Белинская Екатерина Игоревна – ассистент кафедры патологической анатомии, к.м.н., e-mail: ekaterinaib@yandex.ru; Антипова Ольга Валентиновна – заведующая ревматологическим центром, заслуженный врач РФ, e-mail: antipova.olga-irk@yandex.ru; Черных Светлана Юрьевна – врач-ревматолог, e-mail: sveta1977irk@mail.ru; Стойко Анна Сергеевна – врач-ревматолог, e-mail: anna.stoyko@mail.ru; Батыгова Маре́м Яхьяевна – врач-ревматолог; Сунгоркина Лариса Борисовна – врач-ревматолог; Витвицкая Ксения Борисовна – врач-ревматолог.

### Information About the Authors:

Kalyagin Alexey – MD, PhD, DSc (Medicine), Head of the Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Professor, 664046, Russia, Irkutsk, PO Box 62, e-mail: akalagin@mail.ru; Marchenkova Marina – rheumatologist, e-mail: treskva.marina@mail.ru; Belinskaya Ekaterina – MD, PhD (Medicine), assistant of the Department of Pathological Anatomy, e-mail: ekaterinaib@yandex.ru; Antipova Olga – head of the rheumatological center, Honored Doctor of the Russian Federation, e-mail: antipova.olga-irk@yandex.ru; Chernykh Svetlana – rheumatologist, e-mail: sveta1977irk@mail.ru; Stoiko Anna – rheumatologist, e-mail: anna.stoyko@mail.ru; Batygova Marém – rheumatologist; Sungorkina Larisa – rheumatologist; Vitvitskaya K.B. – rheumatologist.

© ИБАДОВА Ш.Т. – 2016  
УДК 615.849:618.1

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ЖЕНЩИН

Шалале Тельман гызы Ибадова

(Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, ректор – д.м.н., проф. Н.А. Касумов, кафедра лучевой диагностики, зав. – Ф.Ч. Насирова)

**Резюме.** Цель исследования: изучение гинекологических заболеваний у женщин с хроническими тазовыми болями методом УЗИ. Объектом исследования были 213 женщин репродуктивного возраста, имеющие гинекологические заболевания и страдающие от хронических тазовых болей. Возраст женщин составил 36,1±0,7 (18-58) лет. Установлено, что наиболее частыми причинами тазовых болей были миома матки (46,0%), воспаление придатков (38,5%). Боли в 57,7% сочетались с гинекологическими кровотечениями и в 78,9% – с нарушениями менструального цикла. Наибольшие размеры матки по УЗИ определялись при миоме матки и эндометриозе, а наибольшие размеры яичников – при воспалении придатков. Стоит отметить, что в большинстве случаев у больных определялось воспаление правого яичника и наиболее важным размером, позволяющим производить идентификацию патологии, была длина, а не ширина яичника.

**Ключевые слова:** тазовые боли; качество жизни; ультразвуковое исследование.

## EVALUATION OF RESULTS OF ULTRASONIC STUDIES OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME IN GYNECOLOGICAL DISEASES IN WOMEN

S.T. Ibadova

(Azerbaijan State Institute of improvement of Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan)

**Summary.** The purpose of the study - the study of gynecological diseases in women with chronic pelvic pain by means of ultrasonography. The object of the study were 213 women of reproductive age with gynecological diseases and suffering from chronic pelvic pain. The age of the women was 36,1±0,7 (18-58) years. It was found that the most frequent causes of pelvic pain were myoma of the uterus (46,0%), inflammation of the appendages (38,5%). Pain in 57,7% combined with gynecological bleeding and in 78,9% – with violations of the menstrual cycle. The largest size of the uterus for ultrasound was determined with uterine myomas and endometriosis, and the largest size of the ovaries – with inflammation of the appendages. It should be noted that in most cases, the patients were diagnosed with inflammation of the right ovary and the most important size, allowing to identify the pathology, was the length, not the width of the ovary.