

Показатели аутоантител GAD 65 и IA-2 (МЕ/мл) у больных сахарным диабетом с кетоацидозом и без него

Показатели	№	М	Min	Max	Стандартное отклонение
IA-2, кетоацидоз –	12	365,96	59,8	555,7	219,05
GAD 65, кетоацидоз –	12	238,62	80,2	498,8	110,14
IA-2, кетоацидоз +	9	260,36	38,5	547,6	171,44
GAD 65, кетоацидоз +	9	296,45	73,1	533,2	185,84

У 10,9% (n=12) детей, несмотря на высокое содержание аутоантител GAD 65 и IA-2, кетоацидоза не было. Разница между этими показателями не имела статистической значимости ($p > 0,05$).

У детей без кетоацидоза, но с высокими показателями IA-2 (n=9) была выявлена обратная корреляция между содержанием IA-2 и уровнем HbA_{1c} в крови ($r = -0,79$, $p < 0,05$).

У детей с тяжёлым кетоацидозом (n=9), у которых уровень аутоантител IA-2 и GAD 65 был выше нормы, установлена прямая корреляция между концентрацией глюкозы в крови ($r = -0,67$, $p < 0,05$) и содержанием указанных антител ($r = -0,72$, $p < 0,05$).

У детей с высокими показателями IA-2 в крови (n=9) была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем этого аутоантитела и содержанием С-пептида ($r = +0,75$, $p < 0,05$).

ВЫВОД

Не установлено взаимосвязи между уровнями аутоантител IA-2 и GAD у детей с сахарным диабетом и кетоацидозом.

УДК 616.9: 616.36-002.1: 616.36-002.2

© 2017 Бушманова А.Д. и соавторы

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Анастасия Дмитриевна Бушманова^{1,2*}, Анастасия Александровна Сухорук^{1,2},
Надежда Всеволодовна Иванова², Елена Владимировна Эсауленко^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
г. Санкт-Петербург, Россия;

²Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,
г. Санкт-Петербург, Россия

Поступила 24.03.2017; принята в печать 28.04.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-521

Цель. Охарактеризовать клинические проявления вирусного гепатита А на фоне хронического вирусного гепатита В.

Методы. Исследование проведено за период 2012–2015 гг. в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина». Методом случайной выборки выполнен ретроспективный анализ 259 медицинских карт стационарного больного с диагнозом «гепатит А». Этиология заболевания подтверждена обнаружением маркеров к вирусам гепатитов А, В и С методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Этиологическая структура гепатита А-микст: сочетание гепатит А + хронический вирусный ге-

патит В — 74,0%, гепатит А + хронический вирусный гепатит В + хронический вирусный гепатит С — 11,0%, гепатит А + хронический вирусный гепатит С — 8,0%, гепатит А + хронический гепатит неустановленной этиологии — 7,0%. Выявлены возрастные различия в группах пациентов с гепатитом А: моно- и микст-инфекция (35,5±11,74 и 40,7±13,72 года соответственно; $p=0,026$). Гепатит А протекал в среднетяжёлой форме вне зависимости от инфицированности другими гепатотропными вирусами, однако тяжёлое течение болезни у 1 пациента с хроническим вирусным гепатитом В с исходом в цирроз печени закончилось летально. Клиническая картина гепатита А в виде моно- и микст-инфекции характеризовалась типичной симптоматикой. Изменения в биохимическом анализе крови при микст-инфекции отличались более высокой цитолитической активностью, гипоальбуминемией, меньшим снижением уровня мочевины.

Вывод. В этиологической структуре микст-гепатита доминировало сочетание вирусного гепатита А и хронического вирусного гепатита В; в большинстве случаев гепатит А протекал в среднетяжёлой форме, однако при суперинфицировании возможно более тяжёлое течение заболевания — вплоть до летального исхода.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит А, микст-инфекция, хронический вирусный гепатит В.

CHARACTERISTICS OF HEPATITIS A ON THE BACKGROUND OF CHRONIC HEPATITIS B

A.D. Bushmanova^{1,2}, A.A. Sukhoruk^{1,2}, N.V. Ivanova², E.V. Esaulenko^{1,2}

¹*Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia;*

²*Pasteur Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Saint-Petersburg, Russia*

Aim. To characterize clinical presentation of hepatitis A on the background of chronic hepatitis B.

Methods. The study was conducted in 2012–2015 in Saint Petersburg Clinical infectious diseases hospital n.a. S.P. Botkin. Retrospective analysis of 259 medical records of in-patients diagnosed with hepatitis A was conducted on random samples. Etiology of the disease was confirmed with ELISA test for serological markers of hepatitis A, B and C.

Results. Etiological structure of hepatitis A-mixed: combination of hepatitis A + chronic hepatitis B — 74.0%, hepatitis A + chronic hepatitis B + chronic hepatitis C — 11.0%, hepatitis A + chronic hepatitis C — 8.0%, hepatitis A + chronic hepatitis of unknown etiology — 7.0%. Age differences in the groups of patients with hepatitis A were revealed: mono- and mixed infections (35.5±11.74 and 40.7±13.72 years, respectively; $p=0.026$). Hepatitis A had moderate course regardless of infection with other hepatotropic viruses but in 1 patient with chronic hepatitis B resulting in cirrhosis severe course of the disease lead to death. Clinical presentation of hepatitis A as mono- and mixed infection was characterized by typical symptoms. Changes in blood chemistry in mixed infection were characterized by higher cytolytic activity, hypoalbuminemia, lesser decrease of urea level.

Conclusion. In the etiological structure of mixed hepatitis combination of hepatitis A and chronic hepatitis B was predominant; in most cases hepatitis A had moderate course but in superinfection more severe course of the disease can be observed — up to lethal outcome.

Keywords: acute hepatitis A, mixed infection, chronic hepatitis B.

Гепатит А (ГА) — один из наиболее распространённых вирусных гепатитов, занимает ведущее место в общей структуре острых заболеваний печени. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире регистрируют 1,5 млн случаев ГА [1], но возможно, что истинная заболеваемость в несколько раз превышает официальные данные, что обусловлено диагностикой только манифестных форм заболевания [2].

Инфицирование вирусом ГА (ВГА), в отличие от вирусов гепатитов В (ВГВ) и С (ВГС), не приводит к хронизации патологического процесса в печени и редко становится причиной инвалидизации, требующей реабилитационных мер [3]. Развитие фульминантного гепатита, требующего трансплантации печени, — крайне редкое явление, как и летальный исход заболевания — на его долю приходится 0,39% в структуре летальности от острых вирусных гепатитов [4, 5].

В последние годы в России отмечен рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами, прежде всего В и С, вследствие чего участились случаи гепатитов смешанной этиологии, отличающихся по клиническому течению и исходу от моноинфекции, вызванной ВГА [5]. В настоящее время официальную регистрацию микст-вирусных

гепатитов не проводят. Однако в литературе опубликованы данные, полученные в исследованиях отечественных и зарубежных исследователей о частоте ко- и суперинфицирования ВГА у пациентов с хроническими заболеваниями печени [6, 7].

ГА на фоне хронической ВГВ-инфекции протекает гораздо тяжелее и чаще провоцирует летальный исход [7, 8]. Кроме того, суперинфицирование ВГА пациентов с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) приводит к пролонгации течения заболевания, реконвалесценции со стойкими остаточными явлениями, развитию рецидивов и осложнений [9].

ГА — управляемая инфекция, но вакцинацию в рамках национального календаря профилактических прививок осуществляют только по эпидемическим показаниям [10]. Возможность использования вакцинации против ГА пациентов с хроническими формами вирусных гепатитов и другими заболеваниями печени может значительно улучшить их выживаемость и предотвратить у них летальные исходы [11, 12].

Таким образом, микст-ГА, несмотря на свою актуальность и потенциально большую опасность для здоровья пациентов, по сравнению с моно-гепатитами в настоящее

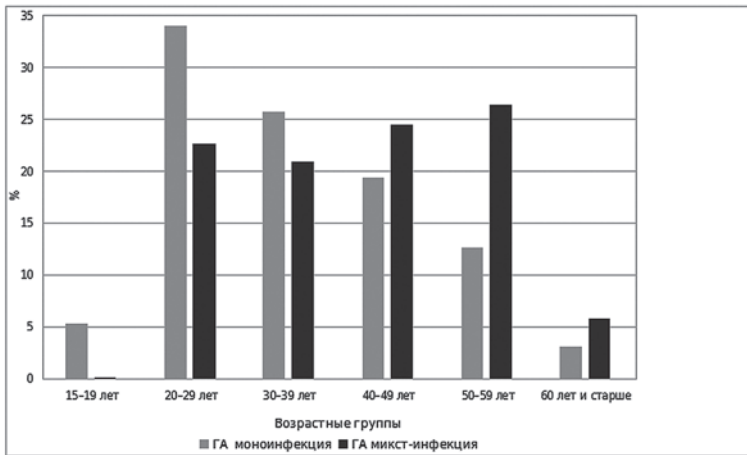


Рис. 1. Возрастная структура пациентов с гепатитом А (ГА) и ГА-микст

время остаётся недостаточно изученным и требующим разработки дополнительных мероприятий по снижению заболеваемости.

Цель исследования — охарактеризовать клинические проявления ГА на фоне ХВГВ.

Исследование проведено в период 2012–2015 гг. в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина». Методом случайной выборки осуществлён ретроспективный анализ 259 медицинских карт стационарного больного с диагнозом ГА.

Во всех случаях диагноз был установлен на основании общепринятых клинико-эпидемиологических критериев, подтверждённых результатами биохимического и серологического исследований.

Этиологию заболевания определяли по результатам серологического исследования сывороток крови на наличие антител к ВГА — иммуноглобулинов класса М (тест-система Вектогеп А-IgM, Россия) — с помощью иммуноферментного анализа. Для подтверждения инфицирования другими гепатотропными вирусами во всех образцах крови методом иммуноферментного анализа определяли маркеры ВГВ и ВГС (тест-системы ДС-ИФА-НВ_sAg, ДС-ИФА-АНТИ-НВ_sAg, ВектоНВ_sAg-антитела, МилаЛаб-ИФА-АНТИ-НСV; Россия).

Форму тяжести заболевания оценивали на основании общепринятых критериев с учётом степени выраженности синдрома интоксикации, уровня гипербилирубинемии и интенсивности желтухи [13].

Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионных пакетов программ MS Excel 2016 и SPSS Statistica 20.0. Описательная статистика количественных признаков представле-

на средними величинами и стандартными отклонениями, а также медианами и 25-м и 75-м перцентилями [Me (Q₁; Q₃)]. Для оценки достоверности сравниваемых величин в независимых выборках использовали непараметрический критерий Манна–Уитни и критерий χ^2 . Статистически значимыми результаты считали при уровне значимости $p < 0,05$.

Исследование получило одобрение локального этического комитета ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (протокол заседания №6/1 от 22.06.2016).

По нашим результатам, доля ГА-микст среди пациентов с ГА составила 20,5%. ГА-микст встречался в сочетании с ХВГВ, хроническим вирусным гепатитом С и хроническим гепатитом неустановленной этиологии. В этиологической структуре доминировало сочетание ГА + ХВГВ — 74,0%. Сочетания остальных микст-инфекций составило: ГА + ХВГВ + хронический вирусный гепатит С — 11,0%, ГА + хронический вирусный гепатит С — 8,0%, ГА + хронический гепатит неустановленной этиологии — 7,0%.

Из данных эпидемиологического анамнеза известно отсутствие вакцинации против ГА у всех пациентов.

Анализ гендерной структуры пациентов с ГА и ГА-микст выявил преобладание доли женщин над мужчинами в обеих группах (ГА — 66,0 и 53,4% соответственно; ГА-микст — 53,4 и 34,0% соответственно).

Возраст пациентов, госпитализированных с диагнозом ГА, был в пределах 15–72 лет. Средний возраст пациентов с ГА составил $35,5 \pm 11,7$ года, с ГА-микст —

Таблица 1

Распределение пациентов с ГА и ГА + ХГВ в соответствии со степенью тяжести заболевания

Степень тяжести	ГА (n=206), %	ГА + ХГВ (n=39), %	χ^2	p
Лёгкая	36	18	8,219	<0,01
Средняя	47	54	0,98	>0,05
Тяжёлая	17	28	3,47	>0,05

Примечание: ГА — гепатит А; ХГВ — хронический гепатит В; p — статистическая значимость различий между группами.

40,7±13,7 года (p=0,026). При анализе возрастной структуры ГА и ГА-микст следует отметить, что при микст-инфекции болеют представители более старших возрастных групп — 40–49 лет (24,5%) и 50–59 лет (26,4%), в отличие от моноинфекции, где преобладают пациенты в возрасте 20–29 лет (34,0%) и 30–39 лет (25,7%; рис. 1).

Учитывая преобладание доли ГА + ХВГВ в общей структуре микст-гепатитов, далее приведён анализ результатов клинико-лабораторного обследования данной подгруппы в сравнении с моноинфекцией ГА.

По результатам, полученным в ходе нашего исследования, выявлено, что ГА вне зависимости от моно- или микст-инфекции в основном протекает в форме средней степени тяжести (табл. 1).

Однако сравнительный анализ двух вариантов ГА показал, что для моноинфекции более характерно лёгкое течение заболевания, чем для микст-инфекции с ХВГВ (36,0 и 18,0% соответственно; $\chi^2=8,219$, p <0,01). Тяжёлая форма заболевания чаще развивалась у пациентов с ГА + ХВГВ. У 1 пациента с циррозом печени в исходе ХВГВ ГА закончился летально.

Клиническая картина ГА и ГА + ХВГВ характеризовалась типичной симптоматикой. Выявлена большая частота развития кожного зуда у пациентов с ГА (p=0,0028). Частота других клинических симптомов

(слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота, артралгии, лихорадка) у пациентов с ГА и ГА + ХВГВ не различалась (p >0,05).

Синдром цитолиза оценивали по активности основного маркера — аланинаминотрансферазы (АЛТ). Медиана активности АЛТ в обеих группах была одинаковой и составила 1739 ед./л (1038; 2774). Дальнейший анализ выраженности синдрома цитолиза мы проводили с учётом медианного уровня АЛТ (табл. 2).

В группе пациентов с цитолитической активностью выше медианного значения уровень активности АЛТ при ГА + ХВГВ был статистически значимо выше в сравнении с подгруппой с ВГА при лёгкой (p=0,02) и тяжёлой (p=0,04) формах, не различаясь при средней (p=0,06).

В группе пациентов с цитолитической активностью ниже медианного значения уровень активности АЛТ при ГА + ХВГВ был статистически значимо выше в сравнении с подгруппой с ВГА только при тяжёлой форме (p=0,03).

Сравнительный анализ других биохимических показателей пациентов с ГА в сравнении с ГА + ХВГВ выявил некоторые различия: менее выраженную гипоальбуминемию [Ме 53,65 г/л (25; 75% = 51,50; 58,10) и 55,2 г/л (25; 75% = 52,70; 57,10) соответственно; p=0,054], умеренное снижение концентрации мочевины [Ме 2,40 ммоль/л (25; 75% = 1,39; 3,40) и 3,07 ммоль/л (25; 75% = 2,52; 3,90) соответственно; p=0,003].

Частота микст-гепатитов в нашем регионе составила 20,5%, что мало отличается от показателей в других регионах мира (17,8%) [6, 7]. Госпитализированные пациенты с моноинфекцией ГА преимущественно относятся к возрастной группе 20–29 лет, что подтверждается данными о заболеваемости ГА в России и мире [2, 6]. ГА вне зависимости от моно- и микст-инфекции протекает в средне-тяжёлой форме, что характерно для клиничес-

Таблица 2

Значение активности АЛТ в зависимости от уровня медианного значения у пациентов с ГА и ГА + ХВГ с учётом степени тяжести заболевания

Степень тяжести	Цитолитическая активность АЛТ, ед./л (Ме (Q1; Q3))					
	ниже медианного значения			выше медианного значения		
	ГА	ГА + ХВГ	p	ГА	ГА + ХВГ	p
Лёгкая	900 (490; 1279)	902 (593; 1254)	0,93	2326 (1989; 2698)	3178 (2996; 3178)	0,02
Средняя	1233 (729; 1424)	1060 (502; 1615)	0,73	3176 (2374; 4854)	2384 (2125; 3368)	0,06
Тяжёлая	1082 (666; 1432)	1559 (1212; 1680)	0,03	2719 (2154; 3417)	3693 (3128; 4693)	0,04

Примечание: АЛТ — аланинаминотрансфераза; ГА — гепатит А; ХВГ — хронический гепатит В; Ме (Q1; Q3) — медиана (25-й и 75-й процентиля); p — статистическая значимость различий между группами.

кого течения этого заболевания [9, 14].

Данные эпидемиологического анамнеза, собранные у госпитализированных пациентов, указывают на отсутствие вакцинации от ГА в 100% случаев. Следует отметить, что пациенты с хроническими вирусными гепатитами (ХВГВ и хроническим вирусным гепатитом С), особенно употребляющие психоактивные вещества, составляют группу риска по развитию тяжёлых форм ГА с возможностью летальных исходов [15].

Исходя из нашего исследования, частота тяжёлого течения ГА + ХВГВ почти в 2 раза выше, чем при моноинфицировании ВГА (28 и 17% соответственно). Вакцинация против ГА включена в национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям [10]. Расширение возможностей национального календаря профилактических прививок с внедрением плановой вакцинации позволит не только значительно снизить заболеваемость, но и уменьшить количество тяжёлых форм ГА на фоне хронических вирусных гепатитов с развитием осложнений и летальных исходов [11, 12, 16].

ВЫВОДЫ

1. Частота микст-гепатитов составила 20,5%, в этиологической структуре которых доминировало сочетание вирусного гепатита А и хронического вирусного гепатита В — 74%.

2. В большинстве случаев вирусный гепатит А протекает в среднетяжёлой форме. У пациентов с хроническими заболеваниями печени возможно и более тяжёлое течение заболевания — вплоть до летального исхода.

3. Реализация программ широкомасштабной плановой иммунизации населения может снизить заболеваемость и обеспечить значительный прогресс в борьбе с данной инфекцией.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. *Genatam A*. Информационный бюллетень, июнь 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/ru (дата обращения: 07.03.2017). [WHO. *Hepatitis A*. Newsletter, June 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/ru (access date: 07.03.2017). (In Russ.)]

2. *Вирусные гепатиты в Российской Федерации*. Аналитический обзор. 10-й выпуск. Под ред. В.И. Покровского, А.А. Тотоляна. СПб: ФБУН НИИЭМ им. Пастера. 2016; 152 с. [Virusnye gepatity v Rossiyskoy

Federatsii. Analiticheskiy obzor. 10-y vypusk. (Viral hepatitis in the Russian Federation. Analytical review. 10-th issue.) Ed. by V.I. Pokrovskiy, A.A. Totolyan. Saint Petersburg: FBUN NIEM imeni Pasteura. 2016; 152 p. (In Russ.)]

3. Скрипченко Н.В., Пронина Е.В., Лепихина Т.Г. и др. Медицинская реабилитация детей-реконвалесценто-инфекционных заболеваний в свете представлений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. *Педиатр*. 2015; (6): 41–47. [Skrichenko N.V., Pronina E.V., Lepikhina T.G. et al. Medical rehabilitation of children reconvalescent from infectious diseases according to the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Pediatr*. 2015; (6): 41–47. (In Russ.)]

4. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А. Трансплантация печени в детском возрасте и у взрослых. *Педиатр*. 2015; (6): 98–103. [Esaulenko E.V., Sukhoruk A.A. Liver transplantation in children and adults. *Pediatr*. 2015; (6): 98–103. (In Russ.)]

5. Максимов С.Л., Кравченко А.В., Кожевникова Г.М., Максимова Р.Ф. Особенности течения и исходы гепатита А у инфицированных HCV и ВИЧ. *Эпидемиол. и инфекц. бол.* 2003; (6): 21–24. [Maksimov S.L., Kravchenko A.V., Kozhevnikova G.M., Maksimova R.F. The specific features of hepatitis A and its outcomes in HCV- and HIV-infected individuals. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 2003; (6): 21–24. (In Russ.)]

6. Fu J., Guo D., Gao D. et al. Clinical analysis of patients suffering from chronic hepatitis B superinfected with other hepadnaviruses. *Med. Virol*. 2016; 88 (6): 1003–1009. DOI: 10.1002/jmv.24417.

7. Ahmadi A., Vasmehjani D., Javeshghani R. Hepatitis A infection in patients with chronic viral liver disease: a cross-sectional study in Jahrom, Iran. *Epidemiol. Infection*. 2015; 143 (3): 534–539. DOI: 10.1017/S0950268814000806.

8. Новак К.Е. Клинико-морфологическая характеристика субкомпенсированного и декомпенсированного цирроза печени вирусной этиологии. *Педиатр*. 2011; (2): 47–52. [Novak K.E. Clinical and morphological characteristics of subcompensated and decompensated liver cirrhosis of viral etiology. *Pediatr*. 2011; (2): 47–52. (In Russ.)]

9. Shin S.R., Moh I.H., Jung S.W. et al. Does chronic hepatitis B infection affect the clinical course of acute hepatitis A? *J. Med. Virol*. 2013; 85 (1): 43–48. DOI: 10.1002/jmv.23433.

10. Приказ Минздрава России от 21.03.2014 №125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям». http://rospotrebnadzor.ru/deyatelnost/epidemiological-surveillance/?ELEMENT_ID=5575 (дата обращения: 07.03.2017). [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation issued at 03.21.14 №125n «On approval of the National Immunization Schedule and Calendar of preventive vaccinations for the epidemic indications». http://rospotrebnadzor.ru/deyatelnost/epidemiological-surveillance/?ELEMENT_ID=5575 (access date: 07.03.2017). (In Russ.)]

11. Van O., Meeren D., Crasta P. et al. A retrospective pooled analysis assessing the effect of age on the immunogenicity of Havrix™ in healthy adults. *Hum. Vaccines & Immunotherap*. 2015; 11 (7): 1729–1734. DOI: 10.1080/21645515.2015.1045167.

12. Соболевская О.Л., Корочкина О.В. Профилактика гепатитов А и В у больных хроническими вирусными гепатитами В, С, В + С. *Эпидемиол. и вакцинпроф.* 2010; (3): 44–47. [Sobolevskaya O.L.,

Korochkina O.V. Prevention of hepatitis A and B patients with chronic viral hepatitis B, C, B + C. *Epidemiologija i vakcinoprofilaktika*. 2010; (3): 44–47. (In Russ.)]

13. *Инфекционные болезни*. Национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009; 1040 с. [*Infekcionnyye bolezni*. Nacional'noe rukovodstvo. (Infectious diseases. National guide.) Ed. by N.D. Yushchuk, Yu.Ya. Vengerov. Moscow: GEOTAR-Media. 2009; 1040 p. (In Russ.)]

14. Эсауленко Е.В., Горчакова О.В., Чернов М.Ю. Клиническое течение гепатита А в периоды различной интенсивности эпидемического процесса. *Медлайн-экспресс*. 2004; (10): 42–44. [Esaulenko E.V., Gorchakova O.V., Chernov M.Yu. Clinical course

of hepatitis A in periods of different intensity of the epidemic process. *Medlayn-ekspress*. 2004; (10): 42–44. (In Russ.)]

15. Цыкин Д.Б., Ланцова Н.А., Щерба Ю.В. и др. Изменения внутренних органов при нарко- и токсикоманиях. *Рос. мед. ж.* 1991; (3): 78–80. [Tsykin D.B., Lantsova N.A., Shcherba Yu.V. et al. Changes in internal organs in drugs and substance abuse. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 1991; (3): 78–80. (In Russ.)]

16. Zhang X., Ke W., Junqiang Xie J., Zhao Z. Comparison of effects of hepatitis E or A viral superinfection in patients with chronic hepatitis B. *Hepatology*. 2010; 4 (3): 615–620. DOI: 10.1007/s12072-010-9204-4.

УДК 618.134: 616.14-007.64: 616-073.75: 616.28-073.43

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТАЗОВОГО КОНГЕСТИВНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ

Светлана Владимировна Везезгова*, Евгения Борисовна Троиц

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Поступила 08.02.2017; принята в печать 21.03.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-526

Цель. Оценка флебографических изменений и эффективности эмболизации гонадных вен у пациенток с тазовым конгестивным синдромом и сопутствующей генитальной патологией.

Методы. В исследование была включена 61 пациентка с варикозным расширением вен малого таза, диагностированным на основании ультразвукового исследования и дуплексного сканирования вен с обязательным применением пробы Вальсальвы. Средний возраст пациенток составил 34,11±0,98 года. Пациентки были разделены на группы по наличию или отсутствию сопутствующей генитальной патологии: группа А — 16 пациенток с расширением тазовых вен без сопутствующей генитальной патологии; группа В — 20 пациенток с варикозным расширением тазовых вен и эндометриозом; группа С — 25 пациенток с варикозным расширением тазовых вен и другой генитальной патологией. Всем была проведена процедура селективной эмболизации вен малого таза по комбинированной методике, с применением эндоспиралей и склерозантов. По данным флебограмм уточняли варианты анатомического строения венозной системы у пациенток трёх групп. Эффективность метода была оценена по изменению интенсивности тазового болевого синдрома в соответствии с визуальной аналоговой шкалой до и после эмболизации.

Результаты. Билатеральное варикозное расширение вен малого таза во всех группах — наиболее распространённый вариант, диагностированный при флебографии. В группах А и С улучшение отметили 87,5 и 84% пациенток соответственно. В группе В 35% пациенток отметили улучшение, тогда как у 65% сохранялся болевой синдром после эмболизации. Однако даже при сохранении болевого синдрома снижение его интенсивности отметили ещё 35% пациенток, но в 6 (30%) случаях затем потребовалось хирургическое лечение с выполнением оргоаноносящих операций.

Вывод. Флебографическая картина при тазовом конгестивном синдроме у женщин характеризуется выраженным застоем крови в венозной системе малого таза с наличием рефлюксов и несостоятельным клапаным аппаратом; эндоваскулярный метод подтвердил свою высокую эффективность в устранении тазового болевого синдрома, осложнений в нашем исследовании не было.

Ключевые слова: варикозное расширение вен малого таза, тазовый конгестивный синдром, флебография, эмболизация гонадных вен.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PELVIC CONGESTION SYNDROME IN WOMEN WITH INTERVENTIONAL RADIOLOGY METHODS

S.V. Vezegova, E.B. Troik

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

Aim. Evaluation of the results of venography and efficacy of gonadal veins embolization in female patients with pelvic congestive syndrome and concomitant genital pathology.

Methods. The study included 61 patients with pelvic varicosities diagnosed on the basis of ultrasound and Doppler studies of the veins with obligatory use of Valsalva test. The average age of the patients was 34.11±0.98 years. Patients were divided into groups according to the presence or absence of concomitant genital pathology: group A — 16 patients with pelvic varicose veins without concomitant genital pathology; group B — 20 patients with pelvic varicose veins and endometriosis; group C — 25 patients with pelvic varicose veins and other genital pathology. All patients underwent selective pelvic vein embolization by the combined method with the use of coils and sclerosants. The variants of anatomical structure of venous system in patients from three groups were clarified according to the results of venography.