УДК 611.651+616-091+661-006.6

ПЕРВИННИЙ РАК МАТКОВОЇ ТРУБИ

М.М. Багрій, *І.В. Фазан, І.О. Халик, І.Д. Клюфінський, Н.Я. Варнава, О.І. Фазан
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
*Косівська центральна районна лікарня

ПЕРВИЧНЫЙ РАК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Н.Н. Багрий, *И.В. Фазан, И.А. Халык, И.Д. Клюфинский, Н.Я. Варнава, А.И. Фазан
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»
*Косовская центральная районная больница

PRIMARY CANCER OF THE FALLOPIAN TUBE

M.M. Bahriy, *I.V. Fazan, I.O. Khalyk, I.D. Kliufinsky, N.Ya. Varnava, O.I. Fazan
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
*Kosiv Central Raion Hospital

Резюме: Рак маткової труби продовжує залишатись найбільш рідкісною нозологічною формою в онкогінекології, з частотою від 0,3 до 1,9% усіх гінекологічних пухлин. Діагностика даної пухлини затруднена через малу вираженість клінічної картини. За даними різних авторів, частота встановлення діагнозу на передопераційному етапі коливається від 0 до 21%. Точність, навіть, інтраопераційної діагностики раку маткової труби не перевищує 50%.

У статті описаний рідкісний фатальний випадок первинного раку лівої маткової труби у жінки 68 років. За даними патологоанатомічного дослідження, відзначено збільшення діаметру лівої маткової труби до 2,0 см в ампулярній частині, серозна оболонка труби гладка. При її розрізі у просвіті візуалізуються безструктурні білого кольору маси, які повністю її заповнюють, стінка труби потовщена. Патогістологічно маткова труба обтурована пухлинним ростом, який представлений тубулярно-папілярними структурами, що вистелені епітелієм із поліморними ядрами, деякі з них із мітозами; у просвіті тубулярних структур помірна кількість слизу.

У лівому яєчнику виявлено осередкові розростання раку у вигляді солідно-альвеолярних комплексів клітин із некрозом у центральній частині в окремих із них. Права маткова труба та яєчник без ознак пухлинного росту.

Парієтальна очеревина місцями горбкувата зі щільними вузликами білого кольору, особливо у малому тазі, що патогістологічно представлено осередками аденокарциноми. У параметрії – множинні осередки тубулярного раку з наявністю у просвітах лімфатичних судин солідних метастатичних осередків.

Таким чином, у статті описаний рідкісний фатальний випадок первинного залозисто-папілярного раку лівої маткової труби з метастатичним ураженням лівого яєчника, канцероматозом очеревини – це зумовлювало клініку загальної слабкості, внаслідок ендогенної інтоксикації, біль і вздуття живота, закрепи. Виявлено також поодинокі інтраваскулярні метастази легень, двобічний фібринозно-ексудативний плеврит – клініка задишки; гострий тубулоінтерстиційний нефрит – клініка гострого пошкодження нирок із розвитком анурії.

Ключові слова: рак маткової труби, залозисто-папілярний рак, аденокарцинома.

Резюме: Рак маточной трубы продолжает оставаться наиболее редкой нозологической формой в онкогинекологии, с частотой от 0,3 до 1,9% всех гинекологических опухолей. Диагностика данной опухоли сложная из-за малой выраженность клинической картины. По данным разных авторов, частота постановки диагноза на предоперационном этапе колебается от 0 до 21%. Точность даже интраоперационной диагностики рака маточной трубы не превышает 50%.

В статье описан редкий роковой случай первичного рака левой маточной трубы у женщины 68 лет. По данным патологоанатомического исследования, отмечено увеличение диаметра левой маточной трубы до 2,0 см в ампулярной части, серозная оболочка трубы гладкая. При ее разрезе в просвете визуализируются бесструктурные белого цвета массы, полностью ее заполняющие, стенка трубы утолщена. Патогистологическая маточная труба обтурирована опухолевым ростом, который представлен канальцево-папиллярными структурами, выстланы эпителием с полиморфными ядрами, некоторые из них в стадии митоза; в просвете тубулярных структур умеренное количество слизи.

В левом яичнике обнаружено очаговые разрастания рака в виде солидно-альвеолярных комплексов клеток с некрозом в центральной части в некоторых из них. Права маточная труба и яичник без признаков опухолевого роста.

Париетальная брюшина местами холмистая с плотными узелками белого цвета, особенно в малом тазу, что Патогистологически представлены ячейками аденокарциномы. В параметрии - множественные очаги тубулярного рака с наличием в просветах лимфатических сосудов солидных метастатических очагов.

Таким образом, в статье описан редкий роковой случай первичного железисто-папиллярного рака левой маточной трубы с метастатическим поражением левого яичника, канцероматозом брюшины - это приводило клинику общей слабости, вследствие эндогенной интоксикации, боль и вздутие живота, запоры. Выявлено также единичные интраваскулярного метастазы легких, двусторонний фибринозно-экссудативный плеврит - клиника одышки; острый тубулоинтерстициального нефрит - клиника острого повреждения почек с развитием анурии.

Ключевые слова: рак маточной трубы, железисто-папиллярный рак, аденокарцинома.

Abstract. Cancer of the uterine tube continues to be the rarest nosological form in oncogynecology, with a frequency of 0.3 to 1.9% of all gynecologic tumors. Diagnosing such tumors is rather complicated due to low expression of the clinical picture. According to different authors, the frequency of diagnosis at preoperative stage ranges from 0 to 21%. The accuracy even of intraoperative diagnosis of the uterine tube cancer does not exceed 50%.

This article describes a rare fatal case of primary cancer of the left fallopian tube in a 68 years old woman. According to postmortem studies there was noted an increase in the diameter of the left fallopian tube to 2.0 cm in the ampullar part, serosa membrane of the tube is smooth. When cut it in the lumen structureless white mass could be seen, which completely filled it, the wall of the tube was thickened. Pathohistologically uterine tube was full of tumor growth, comprising tubular-papillary structures that were lined with epithelium of polimorphic nuclei, some of them with mitosis; in the lumen of tubular structures there was moderate amount of mucus.

In the left ovary were found some cores of cancer proliferation as solid-alveolar cells complexes with necrosis in the central part in some of them. Right uterine tube and ovary were without any evidences of tumor growth.

Parietal peritoneum was somewhere undulated with thick bundles of white color, in the pelvis especially, that was pathohistologically represented by adenocarcinoma cells. In parametrium – there were multiple cores of tubular cancer with the presence of solid metastatic cells in the lumen of the lymphatic vessels.

Thus, the article describes a rare case of fatal primary mucinous-papillary cancer of the left fallopian tube with metastatic lesions of the left ovary, peritoneum carcinosis that caused general weakness; due to endogenous intoxication, there was abdominal pain and distention, constipation. There were also found solitary intravascular metastasis in lungs, bilateral pleural effusion caused shortness of breath; acute tubulointerstitial nephritis caused acute kidney injury with the development of anuria.

Keywords: cancer of the fallopian tube, mucinous-papillary cancer, adenocarcinoma.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. З моменту першого гістологічного опису карциноми маткової труби, представленого Orthmann в 1888 р., дана пухлина продовжує залишатись найбільш рідкісною нозологічною формою в онкогінекології, з частотою від 0,3 до 1,9% усіх гінекологічних пухлин. Рак маткової труби (РМТ) в 150 разів рідше діагностується порівняно з карциномою яєчника [2, 4]. За даними канцер-реєстру України у хворих, які лікувались у відділенні онкогінекології Інституту раку МОЗ України в 1986-2002 рр., частота первинного РМТ склала 0,05% серед усіх онкологічних захворювань жіночих статевих органів і 2,4% серед хворих раком придатків матки [1]. Карциноми маткових труб найбільш часто виявляють у жінок п'ятої та шостої декади життя [7].

Діагностика даної пухлини затруднена через малу вираженість клінічної картини. За даними різних авторів, частота встановлення діагнозу на передопераційному етапі коливається від 0 до 21%. Точність, навіть, інтраопераційної діагностики РМТ не перевищує 50% [5].

Найбільш частим, але неспецифічним клінічним проявом карциноми маткової труби, є кровотеча або кров'янисті виділення з піхви. Ці клінічні симптоми наявні від третини до половини випадків. Також часто спостерігається абдомінальний біль, який може бути періодичним і колікоподібним, або тупим і постійним. Феномен «hydrops tubae profluens» («водянистого трубного витікання»), який характеризується періодичним колікоподібним болем, що полегшується після раптового вагінального виділення водянистої рідини, вважається патогномонічним для РМТ. Проте даний синдром реєструється менше, ніж у 10% пацієнток [2].

РМТ характеризуються, як правило, однобічним ураженням, при цьому право- або лівобічна локалізація зустрічається приблизно з однаковою частотою. Білатеральні пухлини спостерігаються у 3-12,5% випадків. Ампулярна частина труби втягується в процес у два рази частіше, ніж істмус. Часто труби виглядають набряклими, інколи по всій довжині, із закритим кінцем фімбрій і з накопиченням рідини або крові в порожнині, що зовнішньо надає подібність до гідросальпінгсу чи гематосальпінгсу. При наявності великої кількості рідини консистенція труб може бути м'якою, але з пальпованими щільними ділянками, особливо якщо наявна інвазія в стінку труби. Пухлина може бути видимою на серозній поверхні або може бути очевидна інфільтрація серозної оболонки або стінки тазу. Інколи трубні карциноми виглядають як локалізовані солідні або частково кистозні утворення, що уражають тільки одну частину труби. При розрізі просвіту труби, ураженою карциномою, зазвичай виявляють локалізовану або дифузну, м'яку, сіру або рожеву, рихлу пухлину, що займає поверхню слизової. Інколи наявні декілька пухлинних вузлів, в пухлині часті крововиливи та некрози. Зазвичай пухлина поширюється по стінці труби, але іноді вона вільно прилягає до слизової або розташовується в просвіті труби. В деяких випадках первинна карцинома маткової труби локалізується в ділянці фімбрій, пухлин цього типу налічують близько 8% [3].

Здатність пухлини до імплантаційного, лімфогенного та гематогенного поширення зумовлює її агресивну поведінку. Показники 5-річної виживаності коливаються від 30 до 57% [5, 6].

Матеріал і методи

Наведено фатальний випадок із приводу первинного раку лівої маткової труби (прозектор – Багрій М.М.). Проведено аналіз медичної карти стаціонарного хворого, результатів клініко-лабораторних досліджень, патологоанатомічного дослідження з детальним аналізом некропсійного матеріалу.

Результати та їх обговорення

Хвора Ф., 1946 р.н., перебувала протягом 5 год 40 хв у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАіТ) Косівської центральної районної лікарні (ЦРЛ). Доставлена 08.01.2014 каретою швидкої допомоги у ВАіТ ЦРЛ.

Анамнез хвороби: З 25.12.13 по 05.01.14 знаходилась на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Кутської міської лікарні з діагнозом: ІХС. Кардіосклероз атеросклеротичний дифузний, синусова брадикардія. Серцева недостатність ІІБ. Функціональний клас ІІІ. Асцит. Правобічний гідроторакс. Гіпертонічна хвороба ІІ ст., стадія ІІІ, ризик дуже високий. Хронічний некалькульозний холецистит у стадії загострення. ХХНІ ст., хронічний пієлонефрит у стадії загострення. Гідронефроз І ступеня.

Поступила у Кутську міську лікарню зі скаргами на виражене вздуття живота, нудоту, сухість у роті, закрепи, задишку при незначному фізичному навантаженні, головний біль, головокружіння, набряки на нижніх кінцівках. За даними пацієнтки, хворіє з 20.12.2013, коли, після вживання в їжу копченої ковбаси, виникли біль у животі, метеоризм, підвищення АТ до 180/100 мм рт.ст.

За час лікування у Кутській міській лікарні стан хворої з 25.12.13 по 04.01.14 покращився: задишка зменшилась, значно зменшились набряки на ногах, передній стінці живота; залишались скарги на в'ялість, відсутність апетиту, неприємний присмак у роті, задишку при фізичному навантаженні. Стан хворої різко погіршився 04.01.2014 о 19^{30}, коли наросла задишка, зменшилась кількість сечі. Не дивлячись на проведене лікування, стан хворої погіршувався. 05.01.2014 о 15^{00} хвору скеровано у реанімаційне відділення Косівської ЦРЛ.

Результати лабораторних обстежень у Кутській міській лікарні: біохімічний аналіз крові: сечовина – 7,0 ммоль/л, креатинін – 105 мкмоль/л, решта – відповідають даним у ЦРЛ; загальний аналіз сечі: епітелій плоский – густо у п.з., лейкоцити – 50-60 у п.з., еритроцити – 0-1 в п.з.

Об'єктивно у ЦРЛ: стан хворої тяжкий, продуктивному контакту не доступна, скарги сформулювати не може. Шкірні покриви бліді. Дихання ослаблене у нижніх відділах. Живіт пальпаторно м'який, дещо піддутий. Перистальтика вислуховується. Діурез по катетеру відсутній.

Результати клінічно-лабораторних досліджень:

- загальний аналіз крові (08.01.2014): ШОЕ – 40 мм/год, лейкоцити – $11,4x10^9$/л (паличкоядерні-5, сегментоядерні-84, лімфоцити-10, моноцити-1), еритроцити – $3,0x10^{12}$/л, гемоглобін – 100 г/л, кольоровий показник – 1,0;
- біохімічний аналіз крові (08.01.2014): загальний білок – 69,8 г/л, білірубін загальний – 10,2 ммоль/л, сечовина – 50,2 ммоль/л, креатинін – 1530,0 мкмоль/л, АлАТ – 0,619, АсАТ – 0,774, цукор – 5,7 ммоль/л;
- загальний аналіз сечі (08.01.2014): сеча мутна, pH – 6,0, білок – 0,132 г/л, питова вага – 1019, лейкоцити – 40-50 в п.з., еритроцити – 10-15 в п.з., епітелій – 0-1-2 в п.з;
- УЗД органів черевної порожнини (08.01.2014): по фланках, внизу живота, між петлями кишечника візуалізується значна кількість вільної рідини; у шлунку – значна кількість залишкового вмісту; у правому плевральному синусі вільна рідина – 5,1 см, у лівому – до 3,8 см (у лежачому положенні);
- рентгенографічне дослідження органів грудної клітки:

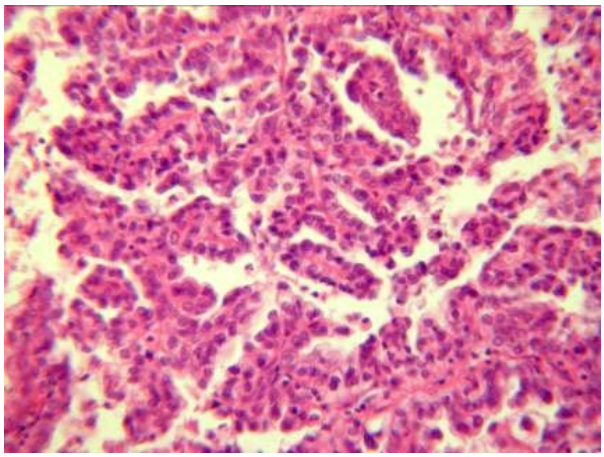

Рис. 1. Залозисто-папілярний рак лівої маткової труби. Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.: ок.10, об.20

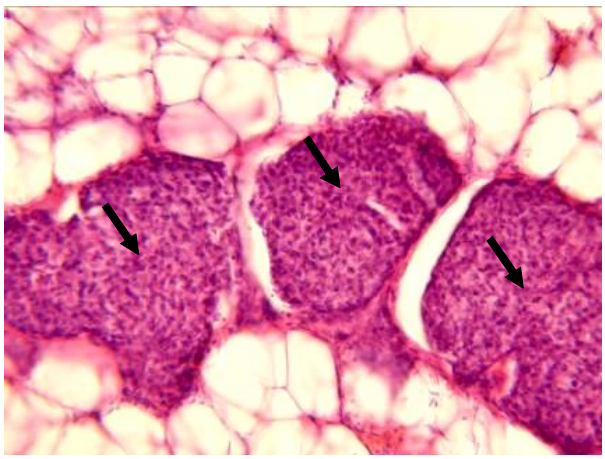

Рис. 2. Інтраваскулярні метастази в параметрії раку лівої маткової труби. Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.: ок.10, об.20

05.01.2014 – двобічний гідроторакс, справа – на рівні III ребра, зліва – V міжребер'я. 08.01.2014 – зменшення гідротораксу в синусах.

Динаміка у ВАіТ без покращення.

За даними патологоанатомічного дослідження, у плевральних порожнинах по 1000,0 мл злегка тьмяної рідини. Парієтальна та вісцеральна плевра сіро-синюшна; парієтальна гладка, без нашарувань; вісцеральна – місцями поодинокі нитчасті нашарування білуватого кольору.

Парієтальна очеревина місцями горбкувата зі щільними вузликами білого кольору, особливо у малому тазу; очеревина блискуча. У черевній порожнині – прозора рідина жовтуватого кольору у кількості 1,5 л. Патологічних зрощень немає. Петлі кишечника розміщені вільно.

При огляді органів малого тазу відзначено збільшення діаметру лівої маткової труби до 2,0 см в ампулярній частині. Серозна оболонка труби гладка. При її розрізі у просвіті візуалізуються безструктурні білого кольору маси, які повністю її заповнюють. Стінка труби потовщена. Права маткова труба не потовщена. Яєчники макроскопічно не змінені. У нижньому сегменті матки візуалізується поліп довжиною 1,0 см. Шийка матки та цервікальний канал без патологічних змін.

Слизова оболонка тонкої та товстої кишки рожева. У брижовому відділі тонкої кишки на всьому протязі візуалізуються білого кольору ущільнення розміром до 1,0 см, місцями з центральним втягненням.

Нирки: ниркові артерії прохідні, капсула знімається без утруднень. Поверхня гладка, з залишками ембріональної часточкової будови, білувато-сіра з ділянками червонуватої судинної сітки, розміром 11×6×4 см кожна. На розрізі – білувато-сірі, шари диференціюються чітко. Пальпаторно тканина нирок помірно щільна. У нирковій мисці – злегка мутноватий вміст. Слизова оболонка ниркової миски рожева, незначно повнокрівна.

Селезінка розміром 11×6,5×4,5 см; пальпаторно помірно щільна; капсула зморшкувата, із множинними міліарними ущільненнями білого кольору. На розрізі тканина темно-вишнева, зішкріб помірний.

Результати некропсійного дослідження

Ліва маткова труба – стінка потовщена й обтурована пухлинним ростом, який представлений тубулярно-папілярними структурами, що вистелені епітелієм із поліморфними ядрами, деякі з них із мітозами. У просвіті тубулярних структур помірна кількість слизу (рис. 1).

Лівий яєчник – білі тіла, осередкові розростання раку у вигляді солідно-альвеолярних комплексів клітин із некрозом у центральній частині в окремих із них. Ракові комплекси зі світлою цитоплазмою, поліморфними ядрами, без візуалізації ядерець.

Правий яєчник – білі тіла, права маткова труба – без ознак пухлинного росту.

Ендометрій – атрофічний, залозисто-фіброзний поліп. Міометрій – без патологічних змін. Параметрій – множинні осередки тубулярного раку з наявністю у просвітах лімфатичних судин солідних метастатичних осередків (рис. 2). Цервікальний канал, шийка матки – без пухлинного росту.

Парієтальна очеревина (черевна порожнина) – множинні осередки аденокарциноми. Парієтальна очеревина (малий таз) – масивні розростання раку.

Серце – судини мікроциркуляторного русла міокарда звичайного кровонаповнення, незначно виражений періваскулярний склероз.

Легені – судини повнокрівні. На плеврі фібринозні нашарування з лейкоцитарною інфільтрацією у товщі. Просвіти альвеол нерівномірні. Поодинокі інтраваскулярні лімфогенні метастази легень.

Печінка – гепатоцити з ознаками незначно вираженої дрібно- та середньокраплинної вакуольної дистрофії, найбільш ймовірно, жирової. Незначно виражена макрофагальна інфільтрація портальних трактів.

Підшлункова залоза – повнокрів'я, незначний внутрішньочасточковий склероз. В окремих полях зору у товщі сполучнотканинних волокон візуалізуються поодинокі лейкоцити. Міжчасточковий ліпоматоз.

Тонка кишка – у серозній оболонці множинні осередки ракових комплексів.

Селезінка – повнокрів'я червоної пульпи.

Лімфатичний вузол – метастаз залозистого раку.

Нирки – в інтерстиції візуалізується вогнищева незначно та помірно виражена лейкоцитарна інфільтрація з перевагою лімфоцитів. Осередково у просвіті ниркових канальців візуалізуються групи нейтрофільних лейкоцитів. Ниркова миска – дифузна лейкоцитарна інфільтрація.

За нашими даними та даними літератури, РМТ є рідкісною пухлиною, яка морфологічно подібна до карциноми яєчника, з можливістю до імплантаційного, лімфогенного та гематогенного поширення. В даний час визначення первинної карциноми маткової труби проводиться на основі критеріїв, запропонованих C.Y. Hu в 1950 р.:

1) пухлина при макроскопічному дослідженні локалізується в матковій трубі;

2) при мікроскопічному дослідженні повинна бути повністю уражена слизова оболонка та пухлина повинна мати папілярний рисунок будови;

3) якщо стінка труби уражена на великому протязі, по-

винен визначатися перехід між неураженим і ураженим трубним епітелієм;

4) більша частина пухлини знаходиться в матковій трубі, а не в яєчнику або матці [2].

Таким чином, у статті описаний рідкісний фатальний випадок первинного залозисто-папілярного раку лівої маткової труби з метастатичним ураженням лівого яєчника, канцероматозом очеревини – це зумовлювало клініку загальної слабкості, внаслідок ендогенної інтоксикації, біль і здуття живота, закрепи. Виявлено також поодинокі інтраваскулярні метастази легень, двобічний фібринозно-ексудативний плеврит – клініка задишки; гострий тубулоінтерстиційний нефрит – клініка гострого пошкодження нирок із розвитком анурії.

Література

1. Красиленко Д.Н. Рак маточной трубы, ассоциированный с другими злокачественными опухолями / Д.Н. Красиленко, Н.Ф. Лигирда, Л.И. Воробьева // Здоровье женщины. – 2003. – №3 (15). – С. 91-93.

2. Папуниди М.Д. Рак маточной трубы. Особенности диагностики и лечения (обзор литературы) / М.Д. Папуниди, Е.А. Ульрих // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – №4 (40). – С. 67-70.

3. Carcinoma of the fallopian tube: a clinicopathological study of 105 cases with observations on staging and prognostic factors / I. Alvarado-Cabrero, R. Young, E. Vamvakas [et al.] // Gynecol. Oncol. – 1999. – Vol. 72(3). – P. 367-379.

4. Hellstrцm A.C. Primary fallopian tube cancer: a review of the literature / A.C. Hellstrцm // Med. Oncol. – 1998. – Vol.15 (1). – P. 6-14.

5. Pectasides D. Fallopian Tube Carcinoma: Review / D. Pectasides, E. Pectasides, T. Economopoulos // Oncologist. – 2006. – Vol. 11. – P. 902-912.

6. Primary fallopian tube carcinoma: the Queensland experience / A. Obermair, K. Taylor, M. Janda [et al.] // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2001. – Vol. 11. – P. 69-72.

7. Riska A. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953-1997 / A. Riska, A. Leminen, E. Pukkala // Int. J. Cancer. – 2003. – Vol. 104. – P. 643-645.

Одержано 12.01.2015 року.

УДК: 618.8 - 009.83

ЦЕРЕБРАЛЬНА АНГІОДИСТОНІЯ ІЗ СИНКОПАЛЬНИМИ СТАНАМИ

І.М.Гайова

ДВНЗ ”Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ, Україна

ukrgayova@mail.ru

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ АНГИОДИСТОНИЯ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

И.М.Гайова

ГВУЗ ”Ивано – Франковский национальный медицинский університет”, г. Ивано – Франковск, Украина

ukrgayova@mail.ru

CEREBRAL ANGIODYSTONIA WITH SYNCOPES

I.M. Gayova

Ivano – Frankivsk National Medical University, Ivano – Frankivsk, Ukraine.

ukrgayova@mail.ru

Резюме. 20-річний пацієнт втратив свідомість вдруге у своєму житті. Після першого випадку, 3 роки тому, лікувався в ОКДЛ із діагнозом: ”Церебральна ангіодистонія із синкопальними станами”. Цього разу виявлено гепато-лієнальний синдром, що спочатку був розцінений як наслідок хронічної інтоксикації. Заключний клінічний діагноз – диспластичне серце.

Ключеві слова: синкопальні стани, гепато-лієнальний синдром, диспластичне серце.

Резюме. 20-летний пациент потерял сознание второй раз в жизни. После первого случая, 3года назад, лечился ся в ОКДБ с диагнозом: ”Церебральная ангиодистония с синкопальными состояниями”. В этот раз у него был обнаружен гепато-лиенальный синдром, который сначала был расценен как следствие хронической интоксикации. Заключительный клинический диагноз: диспластическое сердце.

Ключевые слова: синкопальные состояния, гепато-лиенальный синдром, диспластическое сердце.

Abstract. The 20-year-old patient lost his consciousness for the second time in his life. After the first case, 3 years ago, he was treated at the regional pediatric hospital with diagnosis “Cerebral angiodystonia with syncopes”. In this case the hepatosplenic syndrome was detected that initially was estimated as the sign of chronic intoxication. The final diagnosis of dysplastic heart was made.

Keywords: syncopes, hepatosplenic syndrome, dysplastic heart.

Пацієнт Д.В., 1995 року народження, історія хвороби №2448/15, був доставлений бригадою ”Швидкої допомоги” в терапевтичне відділення №2, ЦМКЛ №2, 19.02.15, виписаний 02.03.15.

Скарги при поступленні: слабкість, нудота після рантової, короткочасної втрати свідомості. *Анамнез хвороби:* напередодні, 18.02.15, повечерявши, випив 500 мл пива. 19.02.15, після сніданку (чай з цукром) присів на лавці, на подвір’ї свого ВНЗ. Згодом відчув поколювання кінчиків пальців рук та губ. Втратив свідомість, прийшов до тями у машині ”Швидкої,” відчував слабкість, нудоту. Подібний приступ трапився 3 роки тому, тоді напередодні увечері теж пив пиво, після того, як повернувся до свідомості, блював. Лікувався в ОКДЛ, був виписаний з діагнозом ”Церебральна ангіодистонія із синкопальними станами”. *Анамнез життя:* туберкульоз, гепатит, алергічні реакції заперечує. Тютюнопаління: палить протягом 3 років, 1 – 2 цигарки на добу. Вживання алкоголю: почав вживати пиво 3 роки тому, згодом почав вживати горілку, 150 мл на місяць. При *об’єктивному огляді:* нормостенічний тип конституції,