

Таблиця  
Результати діагностичних гістологічних досліджень

Захворювання	Залозисто-кістозна гіперплазія	Поліпоз
Пацієнтки	11/64,71%	6/35,29%
Пацієнтки з гіперпластичним процесом	17/30,36%	
Всього пацієнток	56/100%	

**Висновки.** Проведення постійного моніторингу стану ендометрія у хворих на рак молочних залоз із метастазами в регіонарні лімфатичні вузли, які отримують тамоксифен, є вкрай важливим фрагментом лікувально-діагностичного процесу в онкологічній клініці для запобігання ризику розвитку раку ендометрія.

#### ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ РАКУ ТА ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПІД ЧАС ОЦІНКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ КРОВОПЛИНУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ МЕТОДОМ КОЛЬОРОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ. ДОСВІД ОНКОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ

Іванов І.Ю.<sup>1</sup>, Церковнюк Р.Г.<sup>1</sup>, Сміюха О.А.<sup>1</sup>,  
Лозович В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Вінницький обласний клінічний онкологічний  
диспансер, м. Вінниця

<sup>2</sup>Могилів-Подільська окружна лікарня інтенсив-  
ного лікування, м. Могилів-Подільський

**Вступ.** Стандартом діагностики раку передміхурової залози (РПЗ) є проведення мультифокальної трансректальної біопсії передміхурової залози під контролем ультразвукового променя з подальшим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу. У щоденній роботі лікаря УЗД, при виявленні доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), оцінка особливостей кровоплину в передміхуровій залозі за допомогою методу кольорового дуплексного сканування допомагає диференціювати ДГПЗ та РПЗ та визначити тактику подальшого обстеження пацієнта.

**Мета.** Проведення оцінки особливостей кровоплину в передміхуровій залозі за допомогою методу кольорового дуплексного сканування при ДГПЗ та РПЗ з метою виявлення закономірностей, які можуть покращити диференційну діагностику.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 85 пацієнтів віком від 56 до 74 років на апараті Philips HD 11 за допомогою ректального датчика частотою 10 МГц. Оцінювалась гемодинаміка судин передміхурової залози та особливості васкуляризації. У 17 (20%) пацієнтів верифікований РПЗ, у 68 (80%) пацієнтів – ДГПЗ. Обстеження проводилось на базі відділення ультразвукової діагностики Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру.

**Результати.** При РПЗ визначено перевищення показників кількісних параметрів васкуляризації в пухлинному вогнищі, ніж у периферійній зоні перед-

міхурової залози. При РПЗ судини визначалися хаотично по всьому об'єму пухлинного вогнища, на відміну від розташування судин в основному в дорзальному відділі вогнища гіперплазії при ДГПЗ. Кількісні параметри васкуляризації пухлинного вогнища при РПЗ перевищували відповідні параметри вогнищ гіперплазії при ДГПЗ (щільність судинного сплетення або ЩСС – у 2, 14 раз). У периферійній зоні передміхурової залози ЩСС була значно нижчою (у 4, 6 раз), ніж у пухлинному вогнищі. ЩСС у вогнищі гіперплазії та в периферійній зоні передміхурової залози при ДГПЗ не відрізнялася.

**Висновки.** Використання методу кольорового дуплексного сканування під час оцінки особливостей кровоплину в передміхуровій залозі допомагає визначити диференційно-діагностичні маркери при захворюваннях на РПЗ та ДГПЗ. При РПЗ маємо хаотичне розташування судин по всьому об'єму пухлинного вогнища, а при ДГПЗ – переважно розташування судин у дорзальному відділі вогнища гіперплазії. Використання даної методики суттєво допомагає в диференційній діагностиці захворювань простати.

#### ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР- НОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Калашников В.И., Абдуллаев Р.Я., Сысун Л.А.  
Харьковская медицинская академия  
последипломного образования, г. Харьков

**Введение.** Вегетативная дисфункция (ВД) представляет хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием неспецифических сенестопатических, носящих характер вегетативного раздражения, жалоб и синдромов, отсутствием органических изменений со стороны сердечно-васкулярной системы. В силу преимущественно молодого возраста обследуемых пациентов с ВД вопросы реактивности церебрального кровотока как показателя дисфункции регуляторных механизмов головного мозга приобретают важное клиническое значение.

**Цель исследования.** Доплерографическое исследование показателей мозговой гемодинамики и цереброваскулярной реактивности у пациентов с различными вариантами вегетативных дисфункций.

**Дизайн исследования.** Было обследовано 88 пациентов молодого возраста (18-45 лет) с ВД, проявляющейся в виде: синдрома вазомоторной цефалгии (СВЦ, 48 пациентов) и синдрома вегетативных пароксизмов (СВП, 40 пациентов). Состояние мозговой гемодинамики и цереброваскулярной реактивности изучалось при помощи дуплексного сканера Ultima-PA (РАДМИР, Украина) и транскраниального доплеровского анализатора «Ангиодин» (БИОСС, Россия).

**Результаты и обсуждение.** У пациентов с СВП вазоспастические реакции проявлялись в задних мозговых (ЗМА), позвоночных (ПА) и основной (ОА). Наиболее достоверным явилось различие в показателях линейной скорости кровотока (ЛСК) по ПА (СВЦ — 45,6±3,1 см/с, СВП — 46,4±4,3 см/с, КГ — 36,4±4,2 см/с; p<0,05). Асимметрия ЛСК (25-30%) по магистральным интракраниальным сосудам встречалась у пациентов с СВЦ в передних мозговых (ПМА) — в 8,6% случаев, в средних мозговых (СМА) —

13,4%, в ЗМА — 14,6%, в ПА — 18,2%. У пациентов с СВП в 56,8% случаев была выявлена асимметрия ЛСК по СМА. У 27,9% пациентов отмечалась асимметрия ЛСК по ПА.

У испытуемых контрольной группы показатели ЦВР составили:  $KpCO_2 - 1,29 \pm 0,04$ ;  $KpO_2 - 0,41 \pm 0,05$ ,  $KpOH - 0,13 \pm 0,03$ ;  $KpAON - 1,15 \pm 0,04$ ; Значения  $KpCO_2$  превышали референтные значения в обеих клинических группах (СВЦ —  $1,31 \pm 0,05$ , СВП —  $1,35 \pm 0,04$ ). Реактивность на  $O_2$ -нагрузку была достоверно выше в группе с СВЦ ( $0,51 \pm 4,3$ ;  $p < 0,05$ ). Данные в группе с СВП существенно не отличались от нормативных. Гиперреактивность на  $O_2$  отражающая функциональное напряжение вазоконстрикторного механизма ауторегуляции, является характерной для данного варианта ВД. Ответ на ОН был существенно выше у пациентов с СВП ( $0,21 \pm 0,04$ ;  $p < 0,05$ ) Показатели реактивности на АОН существенно не отличались в обеих клинических группах.

**Выводы.** 1. Доплерографическое исследование мозговой гемодинамики с использованием функциональных нагрузок является высокоинформативным методом диагностики вегетативной дисфункции. 2. Вазоспастические реакции и асимметрия кровотока в церебральных артериях являются характерным паттерном гемодинамических нарушений при вегетативной дисфункции. 3. У пациентов с синдромом вазомоторной цефалгии выявляется гиперреактивность на гиперкапническую и гипервентиляционную нагрузки, у пациентов с синдромом вегетативных пароксизмов — на гиперкапническую и ортостатическую нагрузки.

### ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АУТОРЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ И МИГРЕНОЗНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ

Калашников В.И., Абдуллаев Р.Я., Сысун Л.А.  
Харьковская медицинская академия  
последипломного образования, г. Харьков

**Введение.** Эпилептические (ЭП) и мигренозные (МП) пароксизмы демонстрируют значительное сходство с позиции нейрофункциональной диагностики: эпилептиформная активность по данным ЭЭГ, вазоспастические реакции и нарушение цереброваскулярной реактивности по данным ультразвуковой доплерографии. Представляет интерес изучение особенностей церебральной гемодинамики и сосудистой реактивности у пациентов с сочетанием эпилептических и мигренозных пароксизмов.

**Цель исследования.** Изучение состояния церебральной гемодинамики и цереброваскулярной реактивности (ЦВР) у пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией.

**Дизайн исследования.** Было обследовано 35 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет (мужчин — 19, женщин — 16). Пациенты были распределены на 2 группы: 1-я группа — 20 пациентов с генерализованными припадками, 2-я группа — 15 пациентов с генерализованными припадками, у которых помимо эпилептических припадков наблюдались и мигренозные приступы (по типу мигрени без ауры — 9 пациентов, по типу мигрени с аурой — 6 пациентов). Состояние мозговой гемодинамики и цереброваскулярной реактивности изучалось при помощи транс-

краниального доплеровского аппарата «Ангиодин» производства фирмы «БИОСС» (Москва, Россия).

**Результаты и обсуждение.** У пациентов обеих групп линейная скорость кровотока (ЛСК) по внутренним сонным и задним мозговым артериям не отличалась от нормативных показателей, а показатели потока по основной и позвоночным артериям превышали аналогичные в контрольной группе. У пациентов 2-й группы выявлены вазоспастические реакции в средних и передних мозговых артериях, что, вероятно, связано с гемодинамической локализацией мигренозных приступов. Данные исследований состояния ЦВР свидетельствуют о снижении резервов сосудистой регуляции у пациентов обеих групп как по метаболическому, так и по нейрогенному контурам. Дисфункция метаболического звена регуляции связана с изменением реактивности мозговой ткани на вазоактивные вещества. Гипореактивность на ортостатическую нагрузку, управляемая нейрогенным контуром регуляции, связана с изменениями функционального состояния стволовых структур мозга, осуществляющих центральную регуляцию кровообращения. Межгрупповые отличия реактивности проявлялись в динамике ответа на гипервентиляционную нагрузку, отражающую степень напряжения вазоконстрикторного звена. Гиперконстрикторный ответ у пациентов 2-й группы по сравнению с демпингом реактивности у пациентов 1-й группы коррелирует с клиническими различиями между данными группами.

**Выводы.** 1. У пациентов с идиопатической генерализованной эпилепсией отмечалось снижение реактивности на гиперкапническую и ортостатическую нагрузки, связанные с нарушениями гуморально-метаболического и нейрогенного контуров регуляции мозгового кровотока. 2. Группа пациентов с сочетанием эпилептических и мигренозных пароксизмов характеризовалась наличием гиперреактивности на вентиляционную нагрузку, отражающую гиперконстрикторную реакцию.

### ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПАТО-АДРЕНАЛОВЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Калашников В.И., Абдуллаев Р.Я., Сысун Л.А.,  
Пономаренко С.А.

Харьковская медицинская академия  
последипломного образования, г. Харьков

**Введение.** Термин «синдром позвоночной артерии» (СПА) в определенной степени является собирательным понятием и объединяет комплекс церебральных, сосудистых, вегетативных синдромов, возникающих вследствие поражения симпатического сплетения ПА, деформации ее стенки или изменения просвета. Основными патогенетическими механизмами синдрома ПА являются компрессия ствола артерии, вегетативного сплетения и сужение просвета сосуда, способствующие снижению притока крови к задним отделам мозга с последующей недостаточностью мозгового кровообращения. Одним из клинических вариантов СПА является симпато-адреналовый пароксизм (САП).

**Цель исследования.** Изучение состояния цереброваскулярной реактивности (ЦВР) у пациен-