

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 состояние 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-

тов с симпато-адреналовыми пароксизмами, обусловленными синдромом позвоночной артерии.

**Дизайн исследования.** Было исследовано 65 пациентов молодого возраста (18-35 лет), в т.ч. женщин — 37, мужчин — 28, с клинической картиной СПА на фоне нестабильности шейного отдела позвоночника. Всем пациентам проводилась транскраниальная доплерография («Ангиодин» производства фирмы «БИОСС» (Россия)) с применением функциональных нагрузок с ротацией, сгибанием и разгибанием головы (по авторской методике). Исследовались показатели линейной скорости кровотока (ЛСК) в передних (ПМА), средних (СМА), задних (ЗМА) мозговых, позвоночных (ПА) и основной (ОА) артериях. Состояние ЦВР оценивалось с помощью коэффициентов реактивности на гиперкапническую ( $KpCO_2$ ), гипервентиляционную ( $KpO_2$ ), ортостатическую ( $KpOH$ ), антиортостатическую ( $KpAOH$ ) функциональные нагрузки.

**Результаты и обсуждение.** У пациентов обеих групп ЛСК по ВСА, ЗМА, ПМА, СМА не отличалась от нормативных показателей, а показатели потока по ОА и ПА превышали аналогичные в контрольной группе. При исследовании реактивности на  $CO_2$  отмечались легкая гиперреактивности в группе САП. Также у пациентов с САП выявлялась гиперреактивность на орто- и антиортостатические пробы. Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о первостепенном значении дисрегуляции различных гомеостатических систем в патогенезе САП. Данные изменения касаются нарушений различных контуров цереброваскулярной реактивности (нейрогенного и метаболического), связанных с изменением реактивности мозговой ткани на вазоактивные вещества, а также изменением функционального состояния стволовых структур мозга

**Выводы.** 1. Гиперкинетические сосудистые реакции являются характерным доплерографическим паттерном у пациентов с САП на фоне синдрома позвоночной артерии. 2. Нарушения ЦВР у пациентов с САП проявлялись в виде гиперреактивности на гиперкапническую, а также орто- и антиортостатические нагрузки. 3. Оценка показателей ЦВР при помощи метода ТКД является необходимым компонентом комплексного обследования пациентов с САП.

## РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ И УРОФЛОУМЕТРИИ В КОМПЛЕКСНОМ ИССЛЕДОВАНИИ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Квятковский Е.А.<sup>1</sup>, Квятковская Т.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КУ «Днепропетровская ГКБ № 9 ДООС»

<sup>2</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины», г. Днепр

**Вступление.** Частота хронического простатита (ХП) в мужской популяции составляет 5-16%. Наряду с данными УЗИ, объективная оценка уродинамических расстройств при ХП является важным фактором в выработке лечебной тактики.

**Цель.** Выяснение значимости данных ультразвукового исследования при обследовании больных с ХП в сопоставлении с данными урофлоуметрии.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 154 больных ХП, средний возраст — 48,9±3,5 года. Исследования предстательной железы, мочевого пузыря, объема предстательной железы (ОПЖ) и объема остаточной мочи (ООМ) выполнены с помощью ультразвукового аппарата HONDA HS-2000. Исследования потока мочи при мочеиспускании проведены с помощью отечественного урофлоуметра «Поток-К».

**Результаты.** В результате проведенного исследования установлено, что у 42,9% больных ХП значения ОПЖ, ООМ и параметров урофлоуграмм (УФГ) не отличались от общепринятой нормы (табл.). Невыраженные изменения параметров УФГ (у больных с прерывистым, стремительным и предобструктивным мочеиспусканием) без изменений ОПЖ и ООМ выявлены у 30,5% больных. Выраженные изменения параметров УФГ (у больных с обструктивным и прерванным типом мочеиспускания) выявлены у 26,6% больных. В группе больных с обструктивным типом УФГ ОПЖ не отличался от нормы, максимальная и средняя объемная скорость потока мочи ( $Q_{max}$  и  $Q_{ave}$ ) были снижены в 2 и более раза и увеличено время мочеиспускания (Т) ( $p<0,05$ ). У больных этой группы с ООМ  $\leq 30$  мл средний ОПЖ был больше в 1,35 раза ( $p<0,01$ ), а

**Таблица.** Объем предстательной железы (ОПЖ), объем остаточной мочи (ООМ) и результаты урофлоуметрии у больных простатитом с различными типами урофлоуграмм (УФГ)

Тип УФГ, количество больных	Возраст больных	ОПЖ, см <sup>3</sup>	ООМ, см <sup>3</sup>	$Q_{max}$ , мл/с	$Q_{ave}$ , мл/с	Т, с
Нормальный N=66, 42,9%	48,2±1,8 года	16,95±0,68 (8,7-28)	8,79±0,88 (0-25,8)	25,17± 0,91	14,66±0,53	8,83±0,67
Прерывистый N=19, 12,3%	46,9±3,1 года	16,42±1,13 (9-27)	9,64±1,36 (0-21)	23,89±2,10	11,36±0,84	23,43±1,91
Стремительный N=14, 9,1%	31,2±2,5 года	15,53±1,55 (8,5-28)	8,14±1,49 (0-20)	41,25± 1,83	25,88±1,14	8,45±0,62
Предобструктивный N=14, 9,1%	52,5±4,6 года	18,59±1,58 (12-28)	15,96±2,87 (0-23)	16,21±1,92	8,41±0,57	24,67±1,48
Обструктивный (ООМ≤30 мл) N=13, 8,4%	51,9±3,7 года	15,61±1,50 (8,9-21,3)	13,83±2,22 (0-29)	13,37±1,20	5,92±0,49	46,22±5,98
Обструктивный (ООМ>30 мл) N=8, 5,2%	58,1±3,3 года	21,14±1,22 (14-24)	53,71±5,58 (33,7-80)	10,58± 1,63	4,74±0,82	52,63±7,33
Прерванный (ООМ≤30 мл) N=13, 8,5%	58,2±3,6 (25-70)	21,14±1,65 (12-28)	6,08±1,19 (0-18)	14,40±2,04	6,95±0,99	29,94±4,21
Прерванный (ООМ>30 мл)	55,9±5,1 (37-70)	21,30±2,09 (14,1-27)	66,71±10,91 (33-100)	15,25±2,48	7,81±1,20	32,81±3,47