

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.¹, Квятковская Т.А.²

¹КУ «Днепропетровская ГКБ № 9 ДООС»

²ГУ «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 ≤ 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 ³	ООМ, см ³	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

ООМ – в 3,88 раза ($p < 0,001$), чем у больных этой группы с ООМ ≤ 30 мл. В группе больных с прерванным мочеиспусканием показатели УФГ были на том же уровне, что и в группе больных с обструктивным типом УФГ. Показатели УФМ у больных этой группы с ООМ ≤ 30 мл существенно не отличались от таковых у больных с ООМ ≤ 30 мл, так же, как и ОПЖ, вместе с тем ООМ был в 11 раз большим.

Выводы. Количественные показатели УФМ при хроническом простатите не находятся в прямой зависимости от объема предстательной железы и объема остаточной мочи. Только комплексное использование УЗИ и УФМ позволяет получить объективную картину состояния уродинамики нижних мочевых путей у больных с ХП. Выявленные выраженные изменения уродинамики у 26,5% больных с ХП требуют назначения в комплексной терапии альфа-адреноблокаторов.

ВРОЖДЕННАЯ β -КЛЕТОЧНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ГИПЕРИНСУЛИЗМОМ У НОВОРОЖДЕННОГО. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Клименко Т.М.**, *Закревский А.Н.**,
*Карапетян О.Ю.**, *Гриценко С.М.***,
*Сошко Т.В.***, *Закревская А.А.**

** Кафедра неонатологии Харьковской
медицинской академии*

последипломного образования

*** Харьковский городской перинатальный центр*

Вступление. Островковые опухоли поджелудочной железы — это прежде всего аденомы и реже — аденокарциномы. Около 60% всех эндокринных опухолей поджелудочной железы — инсулинсекретирующие. Инсулинома встречается редко — 1:1 000 000, в основном болеют люди в возрасте 26-55 лет, у новорожденных и детей раннего возраста диагностируется в исключительных случаях [1-3, 6, 7]. У новорожденных крайне сложно заподозрить гипогликемические состояния, обусловленное инсулиномой, так как не существует специфических симптомов, и клинические проявления могут встречаться при других заболеваниях периода новорожденности [1-3]. Выявление объемного образования в поджелудочной железе при проведении УЗИ и/или мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) свидетельствует о наличии инсулинпродуцирующей опухоли. В этом случае необходимо генетическое исследование и ПЭТ/КТ-сканирование, результаты которых позволяют дифференцировать фокальную и диффузную формы инсулиномы и определить тактику лечения [4-7].

Приводим собственное наблюдение пациента с инсулиномой.

Ребенок П., мальчик, родился в Харьковском городском перинатальном центре (ХГПЦ) от первой беременности. Беременность протекала на фоне кольпита, отеков беременных, признаков маточно-плацентарной инфекции (МПИ) по данным УЗИ в 19-20 нед. Ребенок родился в сроке 39 нед., роды самостоятельные, околоплодные воды светлые. Масса тела — 3700,0 г, рост — 54 см, ОГ — 35 см, ОГК — 34 см. По шкале Апгар — 8-9 баллов.

В возрасте 8 часов жизни отмечалось ухудшение

состояния за счет нарастания неврологической симптоматики в виде синдрома возбуждения ЦНС, судорог, дыхательной недостаточности, ребенок был переведен на ИВЛ. Гипогликемия (2,1 ммоль/л) скорректирована 10% раствором глюкозы. Состояние ребенка на фоне проводимой терапии улучшилось, однако судороги сохранялись на фоне противосудорожной терапии. Уровень гормонов (T_4 , ТТГ, инсулин, паратгормон) в крови в пределах нормы. Показатели гликемии колебались в пределах: натощак — 2,0-6,5 ммоль/л; через 2 часа после еды — 3,1-7,0 ммоль/л.

При рутинных ультразвуковых исследованиях патологии поджелудочной железы не было выявлено. Проведено целевое ультразвуковое сканирование на аппарате LOGIQ-е линейным датчиком 5-13 МГц у постели больного в состоянии физиологического сна с дозированной компрессией на брюшную стенку в режиме CrossXBeam. Структура поджелудочной железы неоднородная за счет гипоехогенной зоны 6х5х2 мм, расположенной по задней поверхности тела, вероятно, инсулинома.

В возрасте 3,5 месяцев ребенок был направлен в Hans Christian Andersen Children's Hospital. Обнаружена генетическая мутация отцовской АВСС8 Q923X. Единичный эпизод падения глюкозы крови до 1,0 мМ, инсулин 235 рМ (N 18-173 рМ). Уровень глюкозы без октреотида составлял 11,4 мг/кг/мин. Проведена $18F^*DOPA$ ПЭТ/СТ, выявлено очаговое поражение поджелудочной железы в зоне перехода тело-хвост.

В ходе операции подтверждено фокусное поражение поджелудочной железы, выявленное клинически и при проведении УЗИ в ХГПЦ и ПЭТ в Hans Christian Andersen Children's Hospital. Произведено удаление образования без дополнительной резекции поджелудочной железы. Уровень глюкозы в крови нормализовался сразу.

Заключение. Диагностика врожденной мальформации поджелудочной железы β -клеточной гиперплазии с гиперинсулизмом — инсулиномы у новорожденного является диагностически сложной задачей ввиду редкости встречаемости данной патологии, неспецифичности клинических проявлений. Комплексная оценка клинико-лабораторных данных и результатов дополнительных методов визуализации при тщательном соблюдении методик проведения позволила установить диагноз инсулиномы ребенку в возрасте 2 мес. в условиях ХГПЦ и своевременно принять меры для хирургического лечения в специализированной клинике. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы необходимо проводить с использованием современных технологий получения изображения высокого разрешения.

МОЖЛИВОСТІ ЗСУВНОХВИЛЬОВОЇ ЕЛАСТОГРАФІЇ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ПРОЦЕДУРИ ТЕРМОАБЛЯЦІЇ

*Кориченський О.М., Бабкіна Т.М., Медведєв В.Є.
Кафедра променевої діагностики НМАПО
ім. П.Л. Шупика, м. Київ*

Вступ. Термоабляція (ТА) широко застосовується для малоінвазивного лікування вогнищевих утворень у тканинах. Проблемою гіпертермічних методів ліку-