**Дельва Ірина Іванівна. Морфогенетичні та топографічні особливості атеросклерозу середньої мозкової артерії і зв'язок геліометеофакторів з клінічними та морфологічними проявами церебрального атеросклерозу: Дис... канд. мед. наук: 14.03.02 / Українська медична стоматологічна академія. - Полтава, 2002. - 166арк. - Бібліогр.: арк. 141-166.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Дельва І.І. Морфогенетичні та топографічні особливості атеросклерозу середньої мозкової артерії і зв’язок геліометеофакторів з клінічними та морфологічними проявами церебрального атеросклерозу. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.02 – патологічна анатомія. – Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2002.  Дисертація присвячена вивченню особливостей атеросклеротичного процесу в середній мозковій артерії та виявленню зв’язків між змінами геліометеофакторів і клініко-морфологічними проявами церебрального атеросклерозу.  При цьому використовувалися макроскопічні, гістологічні, морфометричні та медико-статистичні методи дослідження. Вивчена вікова динаміка площі атеросклерозу середньої мозкової артерії, темп розвитку, переважний морфогенетичний тип та топографічна селективність патологічного процесу в різних групах спостереження. Виявлено, що розвиток атеросклерозу середньої мозкової артерії супроводжується деструкцією еластичних структур її стінки з появою в інтимі проеластичних волокон. Розкриті достовірні зв’язки між різкими змінами геліометеофакторів та клінічним перебігом ішемічних інсультів, площею ускладнених атеросклеротичних уражень середньої мозкової артерії. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що виявляється у розкритті морфогенетичних і топографічних особливостей атеросклеротичного процесу в середній мозковій артерії та у виявленні зв’язків між змінами геліометеофакторів та клініко-морфологічними проявами церебрального атеросклерозу.  2. Клінічні прояви атеросклерозу середньої мозкової артерії морфологічно обумовлені достовірно більшою питомою площею атеросклеротичних змін у відповідній судині (S=14,7±1,7% – 44,9±2,2%) та більш швидким темпом прогресування патологічного процесу у порівнянні з судинами осіб з доклінічним перебігом церебрального атеросклерозу (S=7,3±0,7% – 20,6±1,7%) та осіб контрольної групи (S=3,1±0,5% – 14,6±1,4%).  3. Стадія клінічних проявів атеросклерозу середньої мозкової артерії обумовлена переважно деструктивним морфогенетичним типом патологічного процесу (питома частка ускладнених уражень 0,34 – 0,61), доклінічна стадія – переважно фібропластичним типом (питома частка фіброзних бляшок 0,36 – 0,59), початкова стадія – переважно сорбційним типом (питома частка ліпоїдозу 0,84 – 1).  4. Атеросклеротичний процес в середній мозковій артерії розвивається переважно на початку судини, в місцях відходження дочірніх гілок і в кінцевих розгалуженнях основного стовбуру та з віком поширюється в дистальному напрямку.  5. Розвиток атеросклерозу середньої мозкової артерії супроводжується прогресуючою деструкцією внутрішньої еластичної мембрани у вигляді набухання, розщеплення та фрагментації.  6. При атеросклеротичному ураженні середньої мозкової артерії відбуваються компенсаторні зміни еластичного каркасу судинної стінки з послідовною появою в інтимі, по мірі прогресування патологічного процесу, елаунінових та оксіталанових волокон.  7. Різке підвищення сонячної активності, як і різке падіння атмосферного тиску, мають послідовний та дещо відстрочений зв’язок з клінічними проявами церебрального атеросклерозу: протягом перших 2-х діб після змін ГМФ достовірно збільшується захворюваність на ішемічні інсульти, а протягом 2-ї, 3-ї та 4-ї діб достовірно збільшується смертність від ішемічних інсультів.  8. При смерті від ішемічних інсультів на 3-тю та 4-ту доби після хромосферних спалахів достовірно збільшується площа ускладнених атеросклеротичних уражень середньої мозкової артерії у порівнянні з відповідними показниками при летальних випадках в геліофізично спокійні доби. Цей феномен спостерігається тільки на 7-му (S=19,1±0,8 проти S=16,6±0,8, p<0,05) та на 8-му (S=30,2±0,7 проти S=26,4±0,9, p<0,05) десятиріччях життя людини. | |