**Гарус Андрій Анатолійович. Клініко-комп'ютерно-томограф- ічна характеристика гострого періоду черепно-мозкової травми. : Дис... канд. наук: 14.01.05 – 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Гарус А.А. "Клініко-комп’ютерно-томографічна характеристика гострого періоду черепно-мозкової травми". - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 - нейрохірургія. Інститут нейрохірургії імені академіка А.П.Ромоданова АМН України. - Київ, 2004.  У результаті проведеного дослідження 357 пацієнтів встановлено особливості клінічних та комп’ютерно-томографічних проявів гострого періоду різних клінічних форм ЧМТ. Отримані нові результати щодо співвідношення переважаючої клінічної симптоматики і характеру КТ-змін.  На основі особливостей клінічної картини та комп’ютерно-томографічних змін раннього етапу гострого періоду вперше запропоновано виділення найгострішого періоду в клінічному перебігу ЧМТ легкого, середнього та тяжкого ступенів.  Вперше описано клініко-комп’ютерно-томографічний симптом прихованої субарахноїдальної геморрагії, запропоноване наукове обґрунтування даного феномену.  Досліджено статистичний зв’язок між статтю і віком постраждалих, характеристиками механічної травми, клінічним перебігом захворювання та наявністю первинних і вторинних внутрішньочерепних КТ-змін. На основі отриманих результатів обґрунтовано і запропоновано нові алгоритми комп’ютерно-томографічного спостереження при курації потерпілих з ЧМТ різних ступенів тяжкості. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведені теоретичне узагальнення і нове рішення конкретної наукової задачі істотного значення в області нейрохірургії, що полягає у встановленні взаємозв'язку між клінічними проявами і даними комп'ютерно-томографічної діагностики в гострому періоді черепно-мозкової травми, виявленні їхніх особливостей і невідповідностей, теоретичному обґрунтуванні і пропозиції принципів курації потерпілих у ранній термін після травми з використанням комп'ютерно-томографічного спостереження. 2. Гострий період легкої, середньої тяжкості і тяжкої черепно-мозкової травми в 21% - 55% випадків відзначається певною невідповідністю клінічної картини і даних комп’ютерної томографії. Клінічна симптоматика, зокрема стан свідомості, не може бути надійним критерієм дійсної тяжкості травми. 3. Особливою невідповідністю та динамічністю даних клінічного і комп’ютерно-томографічного обстеження відрізняються найбільш ранні строки гострого періоду черепно-мозкової травми, що доцільно виділити як найгостріший період травми, для якого патофізіологічно характерні первинний максимум порушень функцій мозку та лабільні вторинні порушення з потенційним формуванням вторинних ("нових") ушкоджень головного мозку. 4. В залежності від тяжкості травми тривалість найгострішого періоду складає: для легкої черепно-мозкової травми – до 3 діб, середнього ступеню тяжкості – до 4-5 діб і тяжкої травми – від 10 до 21 доби. 5. Комп’ютерно-томографічне обстеження в гострому періоді черепно-мозкової травми дозволяє виявляти зміни з боку речовини мозку, лікворовмісної системи, епі- та субдуральних просторів, а також кісткові і екстракраніальні. Виявлені зміни слід диференціювати на пов’язані, можливо пов’язані і не пов’язані з травмою. 6. Для легкої черепно-мозкової травми найбільш характерними є комп’ютерно-томографічні зміни з боку лікворовмісної системи – звуження, загальне або локальне розширення підпавутинного простору, підвищення щільності вмісту різних його ділянок, розширення шлуночків мозку. Використання комп’ютерної томографії в гострому періоді легкої черепно-мозкової травми дозволяє діагностувати приховану субарахноїдальну геморрагію (яка не виявляється при люмбальній пункції), що має значення для диференційної діагностики між струсом головного мозку і забоєм легкого ступеню. 7. Для черепно-мозкової травми середнього і тяжкого ступенів найбільш характерними при комп’ютерній томографії є вогнищеві зміни. 8. Комп’ютерно-томографічне обстеження не може вважатися методом вибору для діагностики ушкоджень черепа, оскільки переломи кісток з його допомогою виявлялися лише в 63,5% веріфікованих випадків. 9. При наявності непрямих КТ-ознак ізоденсивної (підгострої) внутрішньочерепної гематоми цей метод обстеження доцільно доповнити проведенням МРТ. 10. Встановлено статистично достовірний корелятивний зв’язок між виникненням первинних внутрішньочерепних ушкоджень при черепно-мозковій травмі і такими факторами як вік постраждалих, область дії травмуючого фактору, наявність перелому черепа, субарахноїдального крововиливу. Для вторинних травматичних ушкоджень простежується також статистично достовірний корелятивний зв’язок з виявленням при первинній комп’ютерній томографії вогнищевих змін речовини мозку. 11. Повторне використання комп'ютерно-томографічної діагностики в гострому періоді черепно-мозкової травми дозволяє об'єктивно оцінювати динаміку посттравматичних змін, вчасно виявляти появу вторинних ушкоджень мозку і вносити відповідні корективи в лікувальну тактику. 12. Запропонований алгоритм комп'ютерно-томографічного дослідження в динаміці ґрунтується на таких статистично вагомих факторах як стан хворого при поступленні, особливості травмуючого фактора, зокрема, напрямок та місце удару, вік потерпілих, дані додаткових методів дослідження (краніографія, люмбальна пункція), клінічний перебіг травми, а також досліджених строках виникнення вірогідних вторинних ушкоджень мозку | |