**Фломін Юрій Володимирович. Оптимізація лікувальної тактики при гострому ішемічному інсульті в каротидному басейні з урахуванням прогнозу 30-денних наслідків хвороби : дис... канд. мед. наук: 14.01.15 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Фломін Ю.В. Оптимізація лікувальної тактики при гострому ішемічному інсульті в каротидному басейні з урахуванням прогнозу 30-денних наслідків хвороби. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15 – нервові хвороби. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. - Київ, 2005.Дисертація присвячена вдосконаленню лікувальної тактики в стаціонарі зважаючи на прогноз хворих, що оцінюється на підґрунті впливу клінічних, та інструментально-лабораторних показників хворих на 30-денні клінічні наслідки при гострому ішемічному інсульті в каротидному басейні (ГІІКБ).Сучасними особливостями ГІІКБ є гострий початок вранці та вдень, велика частота порушень свідомості, артеріальної гіпертензії, серцевих аритмій, гіперглікемії, значне підвищення вмісту цитокінів у сироватці. Для фатальних ГІІКБ більш властиві тяжкі неврологічні розлади від початку, вища частота супутніх захворювань, серцевих аритмій та великих інфарктів мозку, гіпертермії в перші дні лікування й більш значне підвищення рівню глюкози та маркерів запалення в крові. Прямий кореляційний зв’язок з виживанням мали рівень свідомості, дисфагія, вміст фібриногену при надходженні та глюкози в перші 48 годин, кількість лейкоцитів, гіпертермія та соматичні ускладнення. Найбільш вагомими незалежними предикторами виживання були вік, розмір інфаркту, рівень свідомості, концентрація фібриногену та число лейкоцитів при госпіталізації, гіпертермія та соматичні ускладнення; функціонального виходу – розмір інфаркту, тяжкість ГІІКБ на початку, ШЗЕ, креатинин крові; клінічних погіршень – температура тіла, число лейкоцитів та соматичні ускладнення. Створені прості та точні прогностичні моделі сприяли кращій оцінці клінічної ситуації та обранню більш доцільної тактики лікування хворих. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведені теоретичні узагальнення та нове вирішення актуальної наукової задачі - оптимізувати лікувальну тактику при гострому ішемічному інсульті в каротидному басейні шляхом оцінки індивідуального 30-денного прогнозу за допомогою відповідних прогностичних засобів (моделей), які розроблені на підґрунті комплексного вивчення клініко-інструментальних і лабораторних характеристик хворих та ранніх клінічних наслідків хвороби.
2. Клінічні особливості більшості хворих на гострий ішемічний інсульт в каротидному басейні охоплювали гострий початок захворювання вранці чи вдень, різке обмеження продуктивного контакту, помірну артеріальну гіпертензію та пригнічення свідомості при госпіталізації. Майже в половини пацієнтів відзначені серцеві аритмії й гіпертермія в перші дні лікування. Лабораторні тести виявили помірне (7,83±3,7 ммоль/л) підвищення рівня глюкози у 2/3 досліджених хворих та значне збільшення вмісту прозапальних (фактор некрозу пухлин-, інтерлейкін 1-, інтерлейкін-6) та протизапального (інтерлейкін-4) цитокінів у периферичній крові. Вихідні концентрації прозапальних цитокінів мали достовірний помірний зв'язок як один з одним, так і з оцінкою за шкалою Оргогозо. Медіани концентрацій фактор некрозу пухлин- були достеменно вище у випадках інфаркту в правому каротидному басейні й кіркових вогнищ порівняно до інфарктів лівої гемісфери та глибоких ділянок півкуль мозку відповідно.
3. За результатами 30-денного спостереження, близько 60% хворих першої групи (які вижили) продемонстрували добрий (4-5 балів шкали наслідків хвороби Глазго) функціональний вихід. У 1/4 складу цієї групи відзначені клінічно значущі неврологічні погіршення (зменшення оцінки за шкалою Оргогозо 10 балів), яке виникло після періоду стабілізації або позитивної динаміки.
4. В другій групі (хворих з летальним кінцем) порівняно з першою був вищим середній вік (67,7±6,3 проти 63,9±7,4 років, р<0,001), частіше зустрічалися тяжкі вихідні неврологічні порушення (пригнічення свідомості 83,3% проти 38,4%, дисфагія 40,6% проти 8,3%; р<0,001) і гіпертермія протягом 72 годин з моменту госпіталізації (75,6% проти 7,0%, р<0,001), була нижчою оцінка за шкалою Оргогозо (22,7±20,1 проти 43,5±20,6 балів; р<0,001), більшою частота виявлення супутніх захворювань (цукровий діабет 25,7% проти 9,6%, ішемічна хвороба серця 95,6% проти 74,4%; р<0,001), великих інфарктів мозку під час магнітно-резонансної томографії (65,7% проти 18,6%, р<0,001), серцевих аритмій (56,1% проти 34,6%; р<0,05), підвищених рівнів метаболічних (глюкоза) і імунозапальних (фібриноген, число лейкоцитів, швидкість зсідання еритроцитів) показників периферичної крові (для всіх р<0,05).
5. Сильний прямий зв'язок з раннім летальним кінцем хворих, за даними кореляційного аналізу, мали ступінь порушення свідомості, наявність дисфагії, великий розмір інфаркту мозку, підвищені число лейкоцитів периферичної крові та концентрації фібриногену при госпіталізації, гіперглікемія, гіпертермія та/або поява важких соматичних ускладнень у перші дні лікування.
6. Найбільш значущими предикторами, за даними регресійного аналізу, для 30-денного виживаннябули такі показники**:** вік, розмір вогнища інфаркту мозку, рівень свідомості, рівень фібриногену і число лейкоцитів при госпіталізації, гіпертермія і ранні важкі соматичні ускладнення; для функціонального виходу**:** розмір вогнища інфаркту мозку, початкова тяжкість інсульту (за шкалою Оргогозо), швидкість зсідання еритроцитів і концентрація креатинину; для клінічних погіршень**:**підвищена(>37C)температура тіла в перші три доби в стаціонарі, вихідне число лейкоцитів крові й ранні тяжкі соматичні ускладнення.
7. Точність оцінки30-денного прогнозу за допомогою розроблених прогностичних моделей склала для ймовірності виживання - 96,5%, доброго функціонального виходу - 79,5% і клінічних погіршень - 78,2%.
8. Прогноз 30-денних наслідків гострого ішемічного інсульту в каротидному басейні за допомогою розроблених моделей дозволяє більш повно оцінити кожну клінічну ситуацію в доволі гетерогенній популяції хворих на ГІІКБ, що створює підґрунтя обрання оптимальних схем лікувальних заходів.
 |

 |