**Флорікян Вартануш Аршавірівна. Порушення венозного кровообігу у хворих з віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми та їх диференційована корекція : Дис... канд. наук: 14.01.15 – 2007**

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

|  |
| --- |
| Флорікян В.А. Порушення венозного кровообігу у хворих з віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми та їх диференційована корекція. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.15 - нервові хвороби. Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. - Харків 20007 р.На підґрунті обстеження й лікування 122 хворих з посттравматичною церебральною венозною патологією різного ступеня важкості визначені особливості патогенезу трьох форм єдиного процесу венозної патології головного мозку: початкових проявів, потім венозної дистонії, а з погіршенням венозного відтоку, гіпоксії - венозної енцефалопатії. Розроблено алгоритм діагностики з використанням КТ, МРТ, УЗДГ, ехокардіографії. Обґрунтовані нові підходи до лікування цих хворих - комплексної, патогенетично спрямованої медикаментозної терапії із застосуванням венотонічних препаратів і магнітофорезу з 10% розчином брому, що значно поліпшують артеріальний і венозний компоненти мозкового кровообігу й показники кардіо-респіраторних систем.На підґрунті використання основних показників центральної гемодинаміки й параметрів серцевої діяльності, визначених неінвазивними методами, розроблені основи науково-обґрунтованого встановлення трудового прогнозу, фізичної працездатності, класифікація орієнтовних висновків лікарсько-трудової експертизи. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведено теоретичне обґрунтування й розроблені нові клініко-патофізіологічні аспекти формування порушень церебрального венозного кровообігу в осіб з ВНЗЧМТ. Розроблені алгоритми діагностики, диференційованої терапії й визначені критерії трудового прогнозу.
2. У осіб з ВНЗЧМТ патогенез післятравматичних венозних порушень перебігає з розвитком трьох стадій єдиного процесу. Перша стадія - початкових проявів недостатності кровообігу з виникненням у мозкових структурах в основному функціональних порушень. Друга стадія - венозної дистонії, перехідна, при якій поряд з характерними суб'єктивними й об'єктивними неврологічними симптомами при нейровізуалізації виявляються в мозковій тканині дрібновогнищеві органічні процеси. Третя стадія - венозна енцефалопатія з переважно розповсюдженою морфологічною вогнищевою мікросимптоматикою й дистрофічними процесами в головному мозку з розвитком пароксизмальних станів (31,9 %), синкопальних розладів (11,4 %), вестибулярних пароксизмів (7,4 %).
3. У хворих з початковими проявами виявлене підвищення ЛШК у базальній вені Розенталя на 27,8 % порівняно з контрольною групою, визначається ретроградний кровотік в очних венах (13,11+1,81 см/с). ЛШК у прямому синусі збільшувалася на 26,8 %. За мірою прогресування венозних порушень дані показники погіршуються.
4. На початкових стадіях розвитку інтракраніальної венозної патології спостерігається незначне компенсаторне підвищення артеріального кровообігу: ВСА - на 6,8 %, СМА - на 5,8 %, ЗМА - на 2,6 %, ОА - на 3,1 %. При подальшому прогресуванні порушень венозного відтоку з порожнини черепу спостерігається компенсаторне зниження артеріальної гемоциркуляції, що проявляється в зменшенні всіх показників артеріальної ЛШК порівняно з контрольною групою: ВСА - на 12,1 %, СМА - на 1,1 %, ПМА - на 7 %, ХА - на 3, 2 %, ОА - на 4,1 %, ЗМА - на 4,4 %.
5. У хворих із церебральними венозними порушеннями у ВНЗЧМТ із наростанням венозної дисциркуляції підсилюються структурні зміни в головному мозку у вигляді розвитку змішаної (від 21,4 % до 41 % хворих), внутрішньої (від 19,8 % до 21,3 %) і зовнішньої гідроцефалії (від 9 % до 19,2 %), одиничних і множинних дрібних ішемічних вогнищ.
6. Дані компіметрії й ретинофотографії виявили кореляційну залежність між розмірами «сліпої плями» і змінами церебральної гемоциркуляції (артеріального й венозного компонентів). На ранніх етапах формування церебральної венозної патології спостерігаються функціональні зміни судин очного дна. З розвитком венозної енцефалопатії настають уже морфологічні, необоротні порушення, що виражаються в утворенні мікротромбозів, мікроаневризм, вогнищ ретинальних крововиливів, що дозволяє побічно судити про величину порушення венозного мозкового кровообігу.
7. На підґрунті вивчення стану кардіо-респіраторної системи, параметрів серцевої діяльності в осіб з ВНЗЧМТ виявлена тенденція взаємозв'язку церебральної та центральної гемодинаміки, що свідчить про наявність тісних цереброкардіальних взаємозв'язків уже на ранніх етапах формування гемоциркуляторних порушень мозку.
8. Застосування магнітофорезу з використанням 10 % розчину брому на рівні С8-Th2 дозволяє зменшити дозу застосовуваних медикаментозних препаратів у середньому на 25 %, при цьому регрес неврологічної симптоматики відзначався в 35 з 39 пацієнтів (90,4 %) основної групи, а в групі порівняння в 22 з 83 обстежених (26,5 %). Результати лікування погіршувалися залежно від виразності церебральної венозної патології (чим більше ступінь церебральних венозних порушень, тим менш виражений позитивний ефект від проведених лікувальних заходів), що побічно свідчить про доцільність застосування даного методу лікування, лише у хворих першої групи й меншою мірою хворих другої групи.
9. При проведенні лікарсько-трудової експертизи в осіб з ВНЗЧМТ повинні бути враховані не тільки неврологічні характеристики, але й аналіз показників кардіо-респіраторної та серцевої діяльності, обумовлених велоергометричними навантажувальними тестами, частота серцевих скорочень і відхилення її від первинних даних, гемодинамічний індекс (ГІ), ударний обсяг (УО), хвилинний обсяг крові (ХОК), серцевий індекс (СІ), максимальне споживання кисню (МСК), тип гемодинаміки, функціональний клас діяльності, функціональний резерв.
 |

 |