**Латишев Дмитро Юрійович. Нейрохірургічне лікування хворих з апалічним синдромом : дис... канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2005.**

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

|  |
| --- |
| **Латишев Д.Ю.** Нейрохірургічне лікування хворих з апалічним синдромом. – 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, 2005.Дисертація присвячена питанням нейрохірургічного лікування хворих з апалічним синдромом (АС) та його наслідками шляхом активізації регенераторно-пластичних процесів головного мозку за допомогою трансплантації клітин ембріональної нервової тканини. Вивчена клініка та особливості перебігу АС та його наслідків, а також найближчі та віддалені результати нейрохірургічного лікування 64 хворих.Визначені сприятливі та несприятливі фактори, які дозволяють диференційовано підійти щодо вирішення питання про проведення відновлювального лікування методом нейротрансплантації або комбінованими втручаннями у хворих з АС та його наслідками. Визначені терміни втручання, їх послідовність, а також підхід до вибору донорського матеріалу. На відміну від існуючих праць, вперше проаналізовано вплив поєднання прогностично значущих факторів на віддалений прогноз на підставі визначення основних прогностичних груп хворих. Встановлено, що домінуючими в клінічній картині у хворих з АС та його наслідками є симптомокомплекси органічної деменції та псевдобульбарно-паралітичний, або їх поєднання.Проаналізовані віддалені результати лікування хворих з АС та його наслідками. Позитивний результат згідно відновлення рівня життєдіяльності одержаний у 50% хворих, а відносно рівня відновлення когнітивних функцій – у 12,5% пацієнтів.За допомогою клініко-інструментальних методів вивчено особливості регенераторно-пластичних процесів головного мозку у хворих з АС та його наслідками після трансплантації ЕНК в різні відділи ЦНС. Виявлено, що стать хворих з АС та його наслідками вірогідно не впливає на клінічний перебіг та результати відновного лікування методом нейротрансплантації.Встановлено, що кількість фрагментів ЕНТ, які трансплантуються в мозок пацієнтів з АС або його наслідками, сприяє вірогідно різному впливу на результат лікування хворих, при цьому двократне збільшення кількості матеріалу, що трансплантується, в 1,5 рази підвищує результативність відновного лікування. Доведено, що поєднання інтрапаренхімальної та інтратекальної нейротрансплантації є більш ефективною стратегією відновного лікування у пацієнтів з АС та його наслідками. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведене нове вирішення наукової задачі підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з апалічним синдромом та його наслідками шляхом уточнення показань до оперативного лікування, обґрунтування диференційованої тактики та впровадження нового методу – нейротрансплантації.2. Апалічний синдром – не є станом стійкого ураження центральної нервової системи, а має динамічний перебіг, на який суттєво впливають вік хворих, етіологічний чинник, що зумовив мозкову катастрофу, тривалість перебування хворого в коматозному стані, строки початку відновлення функцій мозку, а також наявність епілептичних нападів та спастичності м'язів кінцівок.3. В клінічній картині хворих з АС та його наслідками переважають симптомокомплекси органічної деменції і псевдобульбарно-паралітичний (89,1%), причому в більшості випадків (70,3%) відзначено їх поєднання.4. За даними методів нейровізуалізації у хворих з АС атрофія кори головного мозку встановлена у 53,1% пацієнтів, а поєднання атрофічного процесу в корі та глибинних структурах головного мозку – у 39,1%. Визначено, що поєднання атрофічного процесу в корі та глибинних структурах головного мозку прогностично несприятливо впливає на клінічний перебіг АС.5. Апалічний синдром виникає однаково часто як у осіб чоловічої, так і жіночої статі, проте, у чоловіків у 2,2 рази частіше спостерігається АС травматичного походження. Встановлено, що стать пацієнтів вірогідно не впливає на клінічний перебіг та результати хірургічного лікування хворих з АС та його наслідками.6. Вік пацієнтів з АС визначає клінічний перебіг та результати хірургічного лікування. Чим старший пацієнт, тим гірший прогноз клінічного перебігу та гірші результати лікування. Відповідно збільшенню віку хворих, кількість пацієнтів з АС нетравматичного походження зменшується, а кількість хворих з АС травматичного генезу – зростає.7. Перебіг АС у 60,9% хворих в доопераційному періоді ускладнений судомним синдромом, причому вдвічі частіше він спостерігається при АС нетравматичного походження. У віддаленому періоді після лікування методом НТ зменшення частоти епілептичних нападів у хворих з нетравматичним АС спостерігається в 8,7 рази частіше в порівнянні з пацієнтами, у яких АС зумовлений травматичним ушкодженням мозку.8. Позитивний результат щодо відновлення рівня життєдіяльності одержаний у 50% хворих, а за динамікою реінтеграції когнітивних функцій – у 12,5%. Незначне покращення рівня життєдіяльності мало місце у 34,4% хворих, тоді як відновлення когнітивних функцій до цього рівня спостерігалось у 62,5%. Незадовільні результати лікування мали місце у 15,6% і 25% хворих відповідно. Доведено, що у хворих з АС та його наслідками після проведення нейрохірургічного лікування методом нейротрансплантації відновлення функціонування на рівні життєдіяльності згідно шкали Раппапорта відбувається в 4 рази частіше, ніж реінтеграція психічних і когнітивних функцій згідно шкали центра Ранчо Лос Амігос.9. Оптимальними строками лікування хворих з АС методом НТ є проміжок від 10 до 32 (21±4) місяців від початку захворювання. Поєднання інтратекальної та інтрапаренхімальної НТ є більш ефективним. Встановлено, що інтратекальна НТ при проведенні в строк до 1 року після початку захворювання, дає можливість досягти кращого відновлення функцій життєдіяльності, а інтрапаренхімальна НТ при виконанні в строки від 1,5 до 2-х років після ушкодження мозку, сприяє кращому відновленню когнітивних функцій.10. При проведенні інтрапаренхімальної НТ двократне збільшення об’єму нейротрансплантата в 1,5 рази підвищує результативність операцій. В свою чергу, при проведенні інтратекальної НТ не встановлено вірогідної різниці в застосуванні як кріоконсервованої, так і нативної суспензії ембріональних нервових клітин. |

 |