**Обливач Андрій Анатолійович. Нетравматичні крововиливи задньої черепної ями. Клініка, діагностика, лікування в ранньому періоді інсульту : Дис... канд. наук: 14.01.05 – 2004**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Обливач А.А. Нетравматичні крововиливи задньої черепної ями. Клініка, діагностика, лікування в ранньому періоді інсульту. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціаьністю 14.01.05 – нейрохірургія. – Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, Київ, 2004.  Дисертація присвячена питанням оптимізації діагностики та лікувальної тактики при нетравматичних крововиливах нервових структур задньої черепної ями. Матеріал роботи базується на вивченні клінічної картини та особливостей перебігу захворювання, аналізі діагностичних можливостей сучасних інструментальних методів обстеження та результатів лікування 125 хворих з крововиливами задньої черепної ями нетравматичного походження.  Розроблений та впроваджений у практику діагностичний алгоритм, який містить чітку послідовність клінічної оцінки та інструментальних методів обстеження при різних варіантах апоплектичних уражень в межах ЗЧЯ. Визначені основні критерії диференційованого вибору методів хірургічного лікування; вказані особливості хірургічної тактики.  Досліджено та проаналізовано ефективність обраної лікувальної тактики залежно від типу клінічного перебігу захворювання, локалізації, об'єму крововиливу та наявності оклюзійної гідроцефалії.  Встановлено, що найбільш активної хірургічної допомоги потребували пацієнти з мозочковими крововиливами об'ємом більше 20 см3, які на момент госпіталізації знаходилися у стані приглушення та сопору (10-14 балів за ШКГ). Хірургічне лікування у цій групі пацієнтів виявилося найбільш ефективним. Летальність склала 28,5%.  Ургентна хірургічна допомога при стовбурових крововиливах з розвитком оклюзійної гідроцефалії зводилася до накладання вентрикулярного дренажу. Прогностично несприятливими є гострий та блискавичний тип клінічного перебігу стовбурових крововиливів з глибоким пригніченням свідомості (3-8 балів за ШКГ). Будь які хірургічні заходи в даній групі пацієнтів виявилися неефективними. | |
| |  | | --- | | 1. В дисертації наведене теоретичне узагальнення та запропоноване практичне вирішення проблеми крововиливів задньої черепної ями нетравматичного походження.  2. Оцінка стану хворих з крововиливами у ЗЧЯ базується на комплексному аналізі типу клінічного перебігу захворювання, ступеня порушення свідомості, локалізації та об'єму крововиливу, фактору прориву крові у шлуночкову систему та наявності обструктивної гідроцефалії за даними інтраскопічних обстежень.  3. Вирішальним у діагностиці крововиливів ЗЧЯ є КТ та МРТ-обстеження головного мозку. Для ранньої діагностики ширше використання має комп'ютерне обстеження; МРТ-дослідження більш інформативне на етапах інволюції гематоми.  4. Обов'язковим для комплексного аналізу та вибору оптимального алгоритму лікування хворих з апоплектичним ураженням нервових структур ЗЧЯ є врахування наступних томографічних ознак:  а) локалізації та об'єму крововиливу;  б) ступеню деформації стовбурових відділів мозку;  в) наявності прориву крові у шлуночкову систему мозку;  г) наявності оклюзійної гідроцефалії.  5. Абсолютними показами до ургентного оперативного втручання з приводу інсульт гематом мозочку є:  а) порушення свідомості нижче 13 балів за ШКГ та гострий тип клінічного перебігу;  б) об'єм церебелярної гематоми 30 см3 та більше;  в) наявність КТ (МРТ)- ознак оклюзійної гідроцефалії.  6. При блискавичному типі клінічного перебігу мозочкового крововиливу із швидким розвитком атонічної коми та глибокими розладами вітальних функцій хірургічне лікування недоцільне. При гострому типі мозочкового крововиливу з обємом інсульт-гематоми більше 20 см3 та наявністю оклюзійної гідроцефалії показане оперативне втручання, яке складається з одночасного вентрикулярного дренування та широкої серединної субокципітальної краніотомії з видаленням гематоми. При підгострому типі клінічного перебігу з обємом мозочкового крововиливу 10 - 20 см3 без ознак оклюзійно-гідроцефального синдрому оперативне лікування показане у випадках прогредієнтного наростання симптомів стиснення стовбуру мозку. При хронічному перебігу захворювання з церебелярною гематомою обємом до 10 см3 показане консервативне лікування при відсутній необхідності оперативного втручання з приводу ліквідації джерела мозочкового крововиливу (артеріо-венозна мальформація, аневризма, пухлина та ін.).  7. При гострому та блискавичному типі клінічного перебігу стовбурових крововиливів з глибоким пригніченням свідомості (3 - 8 балів за ШКГ) будь які хірургічні заходи виявилися не ефективними. | |