**Козьолкіна Світлана Олександрівна. Клініко-параклінічна характеристика та прогнозування перебігу гострого періоду внутрішньомозкових геморагій підкоркової локалізації : Дис... канд. наук: 14.01.15 – 2007**

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

|  |
| --- |
| Козьолкіна С.О. Клініко-параклінічна характеристика та прогнозування перебігу гострого періоду внутрішньомозкових геморагій підкоркової локалізації. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15 - нервові хвороби. - Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харків, 2007.Дисертація присвячена вивченню клініко-неврологічних, структурних, гемодинамічних та біоелектричних особливостей і визначенню критеріїв прогнозування перебігу гострого періоду внутрішньомозкових геморагій підкіркової локалізації (ВМГПЛ), а також оптимізації тактики лікування.Відповідно до завдань дослідження було обстежено 127 пацієнтів з ВМГПЛ в динаміці гострого періоду захворювання. Встановлено, що для ВМГПЛ характерний гострий початок, в денний час доби з поєднанням загальномозкового і осередкового феноменів, а при обмежених гематомах спостерігається атиповий перебіг процесу, як при ішемічних дисгеміях.Проведений аналіз основних клініко-параклінічних показників за методом Каплана-Мейєра дозволив виявити ряд важливих прогностичних критеріїв перебігу гострого періоду ВМГПЛ (наявність супутньої соматичної патології, сумарний бал за шкалою інсульту (NIHSS), коми Глазго; локалізація і об'єм геморагії, вираженість інтрацеребральних ускладнень; зміна лінійної швидкості кровотоку, індексу опору, індексу Стюарта, амплітуди альфа-ритму, представленості повільнохвильової активності, порушення зональних відмінностей, їх когерентності), розподілити пацієнтів на три клінічні групи за ступенем тяжкості стану та оптимізувати діагностику і лікування.Використання нейромідину підвищило ефективність лікування, що підтверджувалося достовірно повнішим регресом осередкових неврологічних симптомів та поліпшенням функціонального відновлення до кінця гострого періоду. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації дано теоретичне обґрунтування і нове рішення конкретної наукової задачі – оптимізація діагностики і лікування хворих на внутрішньомозкові геморагії підкоркової локалізації на підставі виявлених клініко-неврологічних, структурних, гемодинамічних та біоелектричних особливостей, що дозволяє прогнозувати перебіг гострого періоду захворювання.
2. Основними етіологічними чинниками захворювання у 78,7 % хворих на ВМГПЛ є сполучення артеріальної гіпертензії та церебрального атеросклерозу і тільки у 3,9% випадків – патологія МАГ. При цьому у 93,3 % пацієнтів реалізуючий чинник – гіпертонічний криз. Для ВМГПЛ характерний гострий початок (59,1%), в денний час доби (89,0 %) з поєднанням загальномозкового і осередкового феноменів (62,2 %). Встановлено, що у дебюті захворювання у 57,5% хворих відсутні менінгеальні знаки, а при обмежених гематомах спостерігається атиповий перебіг процесу, як при ішемічних дисгеміях.
3. При оцінці за шкалою інсульту (NIHSS) клінічних проявів ВМГПЛ визначається високий кореляційний зв'язок з об'ємом гематоми (r = 0,511; р<0,001), її локалізацією (r = 0,380; р<0,001) і інтрацеребральними ускладненнями (r > 0,4; р<0,001). Найбільш важкими за перебігом та виходом гострого періоду, а також за ступенем вираженості рухових порушень є змішані гематоми з об'ємом 40-60 см3 і медіальні (5-20 см3) в порівнянні з латеральними геморагіями (р<0,001). До кінця гострого періоду у 73,7 % хворих зберігається осередковий неврологічний дефіцит.
4. У хворих на ВМГПЛ при проведенні ТК УЗДГ виявляються порушення церебральної гемодинаміки різного ступеня вираженості (зменшення лінійної швидкості кровотоку, підвищення індексу опору і систоло-діастолічного відношення зниження ЦВР по СМА і ХА на боці ураження, утруднення венозного відтоку, зниження колатерального кровотоку) з наростанням ангіоспазму у 54,7 % хворих на 5-8-у добу і збереженням його у 18,8 % пацієнтів до кінця гострого періоду захворювання. Ступінь порушення мозкового кровотоку корелює із ступенем тяжкості пацієнтів: Vmax (r = 0,671), Vmed (r = 0,694), RI (r = 0,721), S/D (r = 0,502) для всіх (р<0,001).
5. Для хворих на ВМГПЛ характерна зміна біоелектричної активності головного мозку, що корелює із ступенем тяжкості пацієнтів: зменшенням амплітуди альфа-ритму (r = 0,783; р<0,001), дифузно представленою повільнохвильовою активністю тета- та дельта-діапазону (r = 0,747; р<0,001), порушенням зональних відмінностей (r = 0,553; p<0,001), збільшенням їх когерентності (r = 0,189; р<0,05).
6. Прогностичними критеріями регресуючого перебігу ВМГПЛ із сприятливим виходом гострого періоду і суттєвим відновленням неврологічних розладів є: вік хворих 40-60 років, відсутність супутніх ішемічної хвороби серця та цукрового діабету, в дебюті захворювання гіпертензія до 180/90 мм рт.ст., оцінка за шкалою коми Глазго 14-15 балів та шкалою NIHSS до 12 балів, відсутність важких соматичних ускладнень в перші дні захворювання, обмежена геморагія латеральної локалізації з об'ємом до 25 см3 без ознак дислокаційного синдрому, іпсилатеральне зниження Vmax і Vmed до 15,0 % по СМА на боці ураження, середньовольтна амплітуда альфа-ритму (50-100 мкВ) і середньовольтна характеристика повільнохвильової активності.
7. Для прогнозу стаціонарного і/або прогредієнтного з подальшою стабілізацією перебігу ВМГПЛ з відносно несприятливим виходом гострого періоду і стійким неврологічним дефіцитом характерні: вік старше 60 років, наявність супутніх ішемічної хвороби серця або цукрового діабету, в дебюті ВМГПЛ - артеріальний тиск в межах 181-200/90-120 мм рт.ст., оцінка за шкалою коми Глазго 12-13 балів, шкалою NIHSS – 13-20 балів, гіпертермія в перші дні захворювання, наявність ранніх соматичних ускладнень, геморагії змішаної, медіальної, латеральної локалізації з об'ємом в межах 25-40 см3 з проривом крові в шлуночкову систему або субарахноїдальний простір і помірним дислокаційним синдромом, зниження Vmax і Vmed в межах 15,0-30,0 % по СМА, помірний ангіоспазм, наявність дезорганізованої активності з переважанням зниженого за амплітудно-частотними характеристиками альфа-ритму (25-50 мкВ).
8. Критеріями прогнозу прогредієнтного перебігу ВМГПЛ з летальним виходом є: вік молодше 40 років і старше 60 років, наявність супутніх ішемічної хвороби серця і цукрового діабету, в дебюті захворювання - гіпертензія більше 200/120 мм рт.ст. (яка не коригується гіпотензивними препаратами), оцінка за шкалою коми Глазго менше 12 балів, шкалою NIHSS – більше 20 балів, виражена гіпертермія, ранні важкі соматичні ускладнення, змішана або медіальна геморагія з об'ємом більше 40 см3 і тотальною гематоцефалією з вираженим дислокаційним синдромом, зниження Vmax і Vmed більше 30,0 % по СМА на боці ураження, виражений ангіоспазм, груба дезорганізація ритмів на фоновій КЕЕГ.
9. Нейромідин проявляє високу нейромедіаторну ефективність, хорошу переносимість і безпеку, сприяє поліпшенню відновлення рухових розладів (=-55,1%) та мовних порушень (= -52,8%), а також підвищує рівень самообслуговування хворих на ВМГПЛ.
 |

 |