**Данацко Василь Васильович. Гіпертензивні внутрішньошлуночкові крововиливи в осіб молодого та середнього віку (клініка, діагностика, лікувальна тактика): дисертація канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Данацко В.В.** Гіпертензивні внутрішньошлуночкові крововиливи в осіб молодого та середнього віку (клініка, діагностика, лікувальна тактика). – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 – нейрохірургія. – Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова АМН України, Київ, 2003 р.  Дисертацію присвячено питанням лікування гіпертензивних внутрішньошлуночкових крововиливів у осіб молодого та середнього віку. В роботі розроблені діагностичні критерії та алгоритми обстеження хворих, визначені особливості клінічного перебігу, типові клінічні симптомокомплекси залежно від локалізації та масивності крововиливу в шлуночки мозку. Розроблені принципи лікувальної тактики та визначені прогностичні критерії. Встановлено, що тільки поєднання базисної та диференційованої терапії, а при необхідності і хірургічного лікування, забезпечує найбільш ефективне лікування. Показами до хірургічного лікування при гіпертензивних внутрішньошлуночкових крововиливів є розвиток оклюзійного або дислокаційного синдромів за відсутності прогностично несприятливих чинників. Практична реалізація основних результатів роботи дозволила покращити результати лікування гіпертензивних внутрішньошлуночкових крововиливів. | |
| |  | | --- | | 1. Геморагічний інсульт, обумовлений артеріальною гіпертензією, у 55% випадків ускладнюється внутрішньошлуночковими крововиливами і проявляється на фоні судинної патології головного мозку як фінал загального захворювання організму. Найбільш частою причиною виникнення гіпертензивних ВШК в осіб молодого та середнього віку є гіпертонічна хвороба (78%) та симптоматична артеріальна гіпертензія (13%) в момент різкого підвищення АТ.  2. Внутрішньошлуночкові крововиливи частіше бувають вторинними - 274(88,1%), рідше – первинними - 37(11,9%). Клінічний перебіг гіпертензивних ВШК в осіб молодого та середнього віку визначається наявністю або відсутністю оклюзійного або дислокаційного синдрому, що визначають послідовність діагностичних заходів та лікувальну тактику.  3. Діагностика гіпертензивних ВШК базується на даних анамнезу, особливостях клінічного перебігу захворювання, ранньому застосуванні нейровізуалізуючих методів обстеження (АКТ,МРТ). Важливою метою діагностики є визначення оклюзійного та дислокаційного синдромів.  4. Оклюзійний синдром частіше буває при первинних гіпертензивних ВШК - 62%, ніж при вторинних – 21%. Для останніх більш характерним є дислокаційний синдром - 36%. Розвиток оклюзійного та дислокаційного синдромів спостерігається в кожного четвертого хворого (27%) з вторинними гіпертензивними ВШК. Відсутність оклюзійного та дислокаційного синдромів при вторинних гіпертензивних ВШК буває рідко - 16%.  5. Прогностично несприятливими факторами у хворих із гіпертензивними ВШК є: гострий перебіг захворювання; високі показники АТ на момент початку катастрофи; пригнічення свідомості до 8 балів за шкалою ком Глазго; прогресивне наростання оклюзійного або дислокаційного синдромів; одночасна наявність окклюзійного та дислокаційного синдромів; тотальна тампонада шлуночків мозку кров’ю; тампонада кров’ю 3-го та 4-го шлуночків; об’єм внутрішньомозкової гематоми більше 50 мл; наявність вогнища крововиливу субтенторіально.  6.Лікування гіпертензивних ВШК комплексне. Тільки поєднання базисної та диференційованої терапії, а при необхідності і хірургічного лікування забезпечує найбільш ефективне лікування хворих із гіпертензивними ВШК. Показаннями до хірургічного лікування при гіпертензивних ВШК є розвиток оклюзійного або дислокаційних синдромів при відсутності прогностично несприятливих факторів. Хірургічне втручання доцільно проводити на ранніх стадіях розвитку оклюзійно-гідроцефального або дислокаційно-компресійного синдромів. | |