**Цьоха Інна Олегівна. Прогностичне значення клінічних, клініко-лабораторних та нейровізуальних характеристик ішемічного інсульту. : Дис... канд. наук: 14.01.15 - 2008.**

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

|  |
| --- |
| Цьоха І.О. Прогностичне значення клінічних, клініко-лабораторних та нейровізуальних характеристик ішемічного інсульту. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наукза спеціальністю 14.01.15. – нервові хвороби. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. Міністерство охорони здоровя України. – Київ, 2008.За результатами клініко-неврологічного та нейровізуального обстеження 220 хворих на ІІ встановлено наявність особливостей клінічних, лабораторних та нейровізуальних характеристик захворювання. Так, особливості динаміки клінічних проявів при ІІ, що розвинувся вперше, мають зв’язок з варіантами структурних змін головного мозку (за даними нейровізуального обстеження): наявністю лише гострого ішемічного вогнища без інших МРТ-феноменів, наявністю ішемічного вогнища на фоні дрібновогнищевих та/або дифузних змін головного мозку, відсутністю гострого ішемічного вогнища за наявності дрібновогнищевих та/або дифузних змін головного мозку. При діагностиці ІІ, що розвинувся вперше, на фоні вихідних дрібно вогнищевих та/або дифузних змін головного мозку встановлена характерна більша частота виявлення псевдобульбарного, екстрапірамідного синдрому та вегетативних розладів.Уточнені прогностичні аспекти наявності у анамнезі артеріальної гіпертензії та рівня АТ в дебюті ІІ щодо тяжкості та типу динаміки неврологічного дефіциту і несприятливого виходу при ІІ. Так, за наявності анамнестичних даних про АГ виявлено більш високі вихідні рівні систолічного та діастолічного АТ, статистично достовірно більша частота розвитку в дебюті ІІ неврологічного дефіциту середнього та більш тяжкого ступенів та частота летального виходу, а в поєднанні з вихідним рівнем АТ вище 180/90 мм рт. ст. – більша частота прогресуючого типу динаміки неврологічного дефіциту. При вихідних рівнях АТ менше 140/80 та вище 180/90 мм рт. ст. незалежно від наявності АГ в анамнезі спостерігався більший ризик несприятливого перебігу гострого періоду ІІ.Встановлено високий коефіцієнт кореляції між вихідним неврологічним дефіцитом та тяжкістю рухових розладів в дебюті захворювання та протягом гострого періоду, також між вихідним неврологічним дефіцитом та наявністю розладів свідомості і симптому парезу погляду відображає їх прогностичне значення при первинному ІІ.Уточнено доцільність та ефективність ранньої фармакологічної корекції рухового дефіциту при ІІ шляхом використання препарату нейромідин (в пероральній та парентеральній формах).Вперше досліджено та встановлено наявність зниження рівня К ТДС крові та ліквору у хворих на ІІ відображає зміни стану компенсаторних можливостей організму. Виявлені індивідуальні особливості реакції показника стану тіол-дисульфідної системи на фармакологічні препарати, які застосовуються при даній патології, зокрема сульфат магнезії, актовегін, нейромідин.Показники ЕхоЕС в динаміці гострого періоду ІІ, зокрема наявність та поширеність додаткових сигналів, мають прогностичний зв’язок з тяжкістю неврологічного дефіциту та несприятливим виходом, що дозволяє своєчасно оптимізувати лікувальну тактику.Здійснене прогнозування тяжкості неврологічного дефіциту на 14 добу ІІ з урахуванням динаміки неврологічного дефіциту на 1, 3, 7 добу, статі, віку та судинного басейну з використанням методу пошуку багатовимірних аналогів мало коефіцієнти кореляції від R=0,87 до R=0,91 між реальним та прогнозованим значенням, що підвищило рівень доказовості раніше отриманих результатів щодо прогностичного значення клінічних характеристик ІІ. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. В дисертації наведено узагальнення та запропоновано нове вирішення наукової задачі удосконалення діагностичної тактики та оцінки прогностичного значення клініко-параклінічних особливостей ІІ, базуючись на комплексному клінічному, клініко-лабораторному та нейровізуальному дослідженні.2. Встановлено, що за вихідних при виникненні ІІ рівнях АТ менше 140/80 мм рт. ст. та вище 180/90 мм рт.ст. у хворих з АГ в анамнезі існує більший ризик, в порівнянні з випадками вихідного рівня АТ 140/80 – 180/90 мм рт. ст., формування неврологічного дефіциту тяжкого та надтяжкого ступенів (за шкалою NIHSS) на 1 добу захворювання, летального виходу до 14 доби захворювання і у всіх хворих з АТ менше 140/80 мм рт. ст. та вище 180/90 мм рт.ст. незалежно від анамнезу АГ – більший ризик наявності на 14 добу захворювання тяжкого та надтяжкого ступенів неврологічного дефіциту („колоколоподібна” форма розподілу даних).3. За результатами аналізу динаміки неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS у хворих на ІІ, який клінічно розвинувся вперше, визначено, що при тяжкості вихідного неврологічного дефіциту у 9 і більше балів збільшується ризик прогресуючого перебігу та летального виходу. З негативним прогнозом пов’язані наявність розладів свідомості (р<0,05), симптому парезу погляду (R=0,6) та вираженість рухових розладів (R=0,87) протягом гострого періоду ІІ.4. Особливості клінічних проявів та їх динаміки при ІІ, що розвинувся вперше, мають зв’язок з варіантами структурних змін головного мозку за даними стандартного нейровізуального обстеження: наявністю лише гострого ішемічного вогнища без інших МРТ-феноменів, наявністю ішемічного вогнища на фоні дрібновогнищевих та/або дифузних змін головного мозку, відсутністю гострого ішемічного вогнища за наявності дрібновогнищевих та/або дифузних змін головного мозку. Наявність гострого ішемічного вогнища за даними стандартного нейровізуального обстеження супроводжується достовірно більшим середнім рівнем неврологічного дефіциту5. Наявність та поширеність додаткових Ехо-сигналів зі збереженням їх в динаміці ЕхоЕС-моніторингу мають прогностичний зв’язок щодо більшої тяжкості неврологічного дефіциту та підвищеного ризику летального виходу при ІІ.6. При наявності у хворих на ІІ, який клінічно виник вперше, тяжкого-надтяжкого ступеня неврологічного дефіциту (за шкалою NIHSS) середня частота виявлення позитивного СРП крові достовірно більша (р<0,05) ніж у хворих з надлегким-легким ступенем неврологічного дефіциту.7. Діагностовано зниження рівня К ТДС крові та ліквору у 80% хворих на ІІ, що відображає зміни стану компенсаторних можливостей організму. Особливості реакції показника стану тіол-дисульфідної системи на фармакологічні препарати, які застосовуються при даній патології, зокрема сульфат магнезії, актовегін, нейромідин, є індивідуальними.8. Встановлено, що достовірна різниця ступеня рухового дефіциту (при локалізації гострих ішемічних вогнищ в зонах споріднених з такими, що мають відношення до реалізації рухової функції) в усі контрольні дати є лише при об’ємах вогнищ менше 1 см3 по відношенню до об’ємів більше 100 см3, а з 7 доби – при об’ємі менше 1 см3 по відношенню до інших досліджених розмірів вогнищ.9. При прогнозуванні з використанням методу пошуку багатовимірних аналогів, виявлені високі коефіцієнти кореляції (R=0,88-0,91) між реальним та прогнозованим значенням бального виразу тяжкості неврологічного дефіциту (за шкалою NIHSS) на 14 добу ІІ, що вказує на можливість використання виявлених значущих характеристик ІІ в прогностичних цілях. |

 |