

НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ**МІГРЕНОЗНА АФАЗІЯ: ЧОМУ ВАШІ СЛОВА ПЛУТАЮТЬСЯ**

Боженко Н. Л., Боженко М. І., Боженко І. М.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мігрень – це хронічне неврологічне захворювання, що характеризується нападами пульсуючого, часто одностороннього головного болю, який посилюється внаслідок фізичної активності і супроводжується фотофобією, фонофобією, нудотою, блюванням. Мігрень є третім за поширеністю захворюванням у світі (після карієсу зубів і головного болю напруги) з глобальною поширеністю в 14,7 %. Проблеми з мовою при мігрені можна віднести до аури мігрені. Лікарі називають цей симптом «транзиторною афазією», тимчасовим розладом спілкування, що характеризується труднощами пошуку слів. Люди з транзиторною афазією мають проблеми зі складанням слів, щоб говорити або писати, розуміти те, що говорять інші та розуміти прочитане. Коли вони намагаються говорити, слова виходять спотвореними та нерозбірливими. Спотворена мова може бути частиною фази аури мігрені для деяких людей. Симптоми аури виникають перед або під час фази головного болю мігрені. Труднощі з мовленням можуть бути симптомом будь-якого з трьох підтипів мігрені – мігрень з аурую, геміплегічна мігрень, мігрень зі стовбуровою аурую. Симптоми аури виникають перед або під час фази головного болю мігрені. Мігренозну афазію необхідно диференціювати з афазією при інших захворюваннях – ГПМК, ЧМТ та інших. Це невідкладний і важливий симптом, якщо він ще не був діагностований. Тому таких хворих треба вчасно діагностувати та лікувати.

Матеріали та методи. Проведена робота ґрунтується на даних ретроспективного аналізу пацієнтів з мігренню, які спостерігались в медичному центрі Дельта Мед у 2020–2022 роках.

Результати. На основі проаналізованих даних отримано наступні результати: мігренозна дизфазія спостерігалася у 7 пацієнтів з 53, стать жінки/чоловіки 71 % / 29 %; вік – від 18 до 32 років. Консультація невролога проводилася у всіх пацієнтів; діагноз мігрені у пацієнтів виставлений згідно з критеріями Міжнародної класифікації головного болю (ICHD-3).

У 7 пацієнтів діагностовано мігрень з аурую (у 2 – геміплегічна мігрень, у 2 – мігрень зі стовбуровою аурую, у 3 – з афатичною). У всіх пацієнтів відзначалася дизфазія в період аури, проте у 2 пацієнтів нечіткість мови спостерігалася ще деякий час і на фоні болю. Інструментальне дослідження: МРТ проведено у всіх 7 пацієнтів. У 3 з них на МРТ виявлено вогнища гліозу. У неврологічному статусі вогнищевої неврологічної симптоматики не виявлено. Хворі відмічали, що труднощі з пошуком правильного слова були одним з найбільш страшних, бентежних і неприємних симптомів мігрені. Не кажучи вже про те, що це зазвичай супроводжується різким болем, нудотою, можливими симптомами зорової аури та безліччю інших виснажливих симптомів.

Висновки. Згідно з результатами проведеного дослідження мігренозна афазія з більшою частотою виникає у жінок, пацієнтів молодого віку (20–30 років). Мігренозна афазія проявляється специфічною клінічною симптоматикою, певною МРТ картиною, що служить важливим діагностичним критерієм у практиці лікаря. Труднощі з пошуком правильного слова можуть бути одним із найбільш страшних, бентежних і неприємних симптомів мігрені. У більшості випадків мігренозна афазія була скороминучою, проте її наявність потребує пильної уваги лікаря, особливо тривожним цей симптом є за наявності неврологічного дефіциту.

ДЕНДРИТНОКЛІТИННА ВАКЦИНА В ЛІКУВАННІ ГЛІОБЛАСТОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУГлавацький О. Я.¹, Храновська Н. М.², Горбач О. І.², Хмельницький Г. В.¹, Шуба І. М.¹, Земскова О. В.¹¹м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»²м. Київ, Національний інститут раку Міністерства охорони здоров'я України

Недостатня ефективність існуючих методів лікування найбільш злоякісних пухлин головного мозку – гліобластом є однією з актуальних проблем сучасної нейроонкології. Найменша виживаність спостерігається в категорії пацієнтів, які є нечутливими до дії

хіміотерапевтичного препарату темозоломід, як правило, у разі відсутності метилування промотеру гена *MGMT*.

Розробка методів біотерапії, спрямованих на корекцію специфічної імунної відповіді на пухлину за допомогою дендритноклітинних вакцин (ДК), є новим напрямком у можливому підвищенні ефективності лікування хворих на гліобластому.

Мета: проаналізувати попередні результати застосування ДК у лікуванні хворих на гліобластому.

Матеріали і методи. У дослідження включено 12 хворих на гліобластому з відсутністю метилування промотеру гена *MGMT*. Серед них чоловіків 5, жінок 7 (середній вік $(51,8 \pm 7,1)$ років). Імунотерапію на основі ДК призначали в ад'ювантному режимі, після основного лікування. Кількість ДК, «навантажених» лізатом пухлинних клітин на одне введення складала $(3,0-10,0) \times 10^6$. ДК вводили внутрішньошкірно в ділянці лопатки в об'ємі 1 мл. Усім хворим проводили 6 ін'єкцій з періодичністю 1 раз на місяць з наступним контролем імунологічних показників. В якості біологічного матеріалу для імуномоніторингу було використано мононуклеарну фракцію лейкоцитів периферичної крові хворих, що отримувались на кожному етапі імунотерапії. ДК-аутовакцину застосовували 1 раз на місяць.

Результати. 11 (91,6 %) пацієнтів жили більше одного року, 8 хворих (66,7 %) – більше 1,5 року, 5 пацієнтів (41,7 %) більше 2 років, спостереження за ними триває.

Висновки. Застосування дендритноклітинної вакцини покращує результати лікування при гліобластомах у разі їх нечутливості до темозоломїду.

ПСИХОСОМАТИЧНІ СТАНИ ЛІКАРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Гребнева О. П.

м. Кропивницький, Науково-дослідний інститут травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету,

м. Острог, Національний університет «Острозька академія»

Війна в Україні стала без перебільшення найтяжчим випробуванням за всю історію її незалежного існування. Жахливі події, прямим свідком яких є сьогодні кожен українець, спричинили величезний стрес і, як наслідок, призвели до значного погіршення загального фізичного стану і психічного благополуччя населення. З початком війни також українські лікарі зіткнулися з цілою низкою нових проблем.

На фоні загального стресу, неможливості планування були й специфічні виклики: недостатність ліків, зміна кількості пацієнтів, відтік медичних кадрів за кордон та їх внутрішнє переміщення, відчутне зниження активності фармацевтичних компаній, зруйнована система поставок медикаментів до лікувальних закладів, відсутність життєво необхідних ліків для хронічних хворих. Значною мірою змінився пацієнтпотік за рахунок переселенців, з'явилася значна кількість пацієнтів, як цивільних, так і військових, з травмами/ураженнями, збільшилася кількість пацієнтів із запущеними станами як у терапевтичній, так і в хірургічній ланці.

Стреси воєнного часу з точки зору впливу на психічний і соматичний стан людини є руйнівним процесом, що виснажує механізми адаптації, зумовлює необхідність більш широкого погляду на прийняття клінічних рішень з урахуванням не лише корекції психоемоційного стану, а й з огляду на стан внутрішніх органів, імунітету тощо. Дане питання залишиться актуальним і після закінчення війни ще на довгі роки.

УДОСКОНАЛЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В УКРАЇНІ

Гук А. П.

м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. За даними ВООЗ щорічно у світі отримують ЧМТ понад 10 млн осіб, 250–300 тис. із цих випадків завершуються летально. В Україні частота ЧМТ щорічно становить у різних регіонах від 2,3 до 6 випадків (в середньому 4–4,2) на 1000 населення. Щорічно в Україні від ЧМТ помирає 10–11 тис. громадян – смертність становить 2,4 випадку на 10 тис. населення (у США — 1,8–2,2).