

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 моноклеарну 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 темозоломиду.

## ПСИХОСОМАТИЧНІ СТАНИ ЛІКАРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Гребнева О. П.

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

*м. Острозь, 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, відсутнє 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).

**Матеріали і методи.** Проаналізовано стан надання медичної допомоги хворим з черепно-мозковою травмою в Україні за останні 20 років (1999–2019 рр.). Проведена експертна оцінка медичної документації 1536 пацієнтів з гострою ЧМТ у різних регіонах України у період 2008–2019 рр. до та після запровадження уніфікованих протоколів надання медичної допомоги при ЧМТ.

**Результати.** Завдяки впровадженню стандартів надання медичної допомоги, клінічних протоколів з позицій доказової медицини загальна летальність від ЧМТ в Україні знизилась в 1,3 раза (з 4,5 до 3,4 %), причому найбільше зниження загальної летальності відзначене протягом 2007–2012 рр. (у 2007 р. – 4,5 %, у 2008 р. – 4,4 %, у 2009 р. – 3,5 %, у 2012 р. – 3,4 %). За період 2007–2012 рр. досягнуто суттєве зменшення кількості загиблих внаслідок дорожньо-транспортних пригод, що супроводжувались переважно тяжкою ЧМТ, у 2,2 раза (у 2007 р. – 11 290, у 2012 р. – 5 094).

**Висновки.** Результати лікування ЧМТ визначаються своєчасністю надання медичної допомоги на догоспітальному етапі та своєчасною шпиталізацією хворих у спеціалізовані відділення (нейрохірургічні, неврологічні).

1. Згідно з чинними уніфікованими протоколами надання медичної допомоги всі хворі з гострою ЧМТ, незалежно від її тяжкості, мають проходити обстеження в нейрохірургічних, як найкраще оснащених, стаціонарах.

2. Чинні уніфіковані протоколи надання медичної допомоги хворим з ЧМТ потребують чергового перегляду у 2022–2023 рр. із введенням критеріїв (індикаторів) якості.

3. Вивчення епідеміології ЧМТ є необхідною складовою оптимізації допомоги пацієнтам з ЧМТ і розробки заходів щодо первинної та вторинної профілактики травматичних уражень центральної нервової системи зі створенням загальнодержавного реєстру черепно-мозкової травми.

## ВИКОРИСТАННЯ НЕЙРОМОНІТОРИНГУ ПРИ ВИДАЛЕННІ АКУСТИЧНИХ НЕВРИНОМ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Гук А. П., Паламар О. І., Тесленко Д. С., Оконський Д. І., Усатов О. С., Давиденко Б. О.

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

При тотальному видаленні акустичних невринома рецидив росту пухлини протягом одного року має місце у 8 % випадків. Рецидиви росту можуть бути пов'язаними як із залишками пухлини на лицевому та слуховому нервах, так і при залишках пухлини у внутрішньому слуховому проході. Проведення нейромоніторингу лицевого нерва запобігає виникненню його дисфункції, особливо при відкритті внутрішнього слухового проходу, оскільки забезпечує повний контроль над маніпуляціями у відповідній зоні.

**Мета:** поліпшити результати лікування хворих з акустичними невриномами шляхом запобігання дисфункції лицевого нерва за допомогою інтраопераційного нейромоніторингу.

**Методи.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 19 хворих із невриномами слухового нерва, що поширюються у внутрішній слуховий прохід. Розміри пухлин: до 10 мм (2 хворих); від 11 до 20 мм (4 хворих); 21–30 мм (4 хворих); 31–40 мм (5 хворих); більше 40 мм (4 хворих). Операції: кістково-пластична трепанація черепа – 11 хворих; резекційна трепанація (з наступним закриттям трепанаційного вікна титановою пластиною та кістковою стружкою) – 3 хворих; Keyhole доступ – 6 хворих. Мікрохірургічне видалення пухлини – 13 випадків; ендоскопічне видалення – 6 випадків. Трепанація forus acousticus internus за допомогою пневмодрелі проведена у 13 випадках із використанням інтраопераційного мікроскопа та у 6 випадках з повним використанням ендоскопічної методики. Проводився інтраопераційний моніторинг лицевого нерва за допомогою апарату Nicolet Endeavor.

**Результати.** Пухлина з forus acusticus internus видалена у всіх випадках її поширення (100 %). Лицевий нерв анатомічно збережений у 19 хворих (100 %), функціонально лицевий нерв збережений у 17 (73,6%), (тут приведені дані з моменту раннього функціонального відновлення лицевого нерва (2–3 міс.), до пізнішого – 12 міс.). Наростання парезу лицевого нерва (з 2–3 ст. до 3–4 ст. за Хаус-Бракманом) – у 2 хворих, що у віддаленому періоді (протягом 3 міс.) регресували до 2 ст. Поява парезу лицевого нерва – 3 хворих (4 ст.).

**Висновки.** Використання інтраопераційного моніторингу дозволяє запобігти та зменшити вірогідність дисфункції лицевого нерва при тотальних видаленнях акустичних невринома.