

метод лікування АВМ, забезпечує негайний ефект і достовірно знижує ризик повторних крововиливів. Дослідження показують, що хороших результатів можна досягти за допомогою мікрохірургічної резекції у пацієнтів із АВМ I–II класу за Spetzler-Martin. Однак хірургічне лікування пацієнтів із АВМ IV–V класу є складним завданням. Вибір оптимального варіанту лікування для пацієнтів з АВМ залишається дискусійним питанням судинної нейрохірургії.

Клінічний випадок

17.08.2021 р. ургентно доставлений пацієнт К. 34 років, з діагнозом: внутрішньомозковий крововилив з проривом у шлуночкову систему на ґрунті розриву АВМ правої тім'яної частки.

З анамнезу: захворів гостро напередодні, коли з'явився сильний біль голови, блювання, запаморочення і виражена загальна слабкість. Перед тим, протягом 2 тижнів, у пацієнта наростали прояви артеріального обкрадання.

У 2013 та 2014 роках було проведено церебральну ангиографію (ЦАГ) та ендovasкулярну емболізацію АВМ за допомогою рідкої системи для емболізації Опух.

27.08.2021 р. проведено ЦАГ з метою уточнення діагнозу, деталізації розмірів та локалізації артеріовенозної мальформації. Виявлено АВМ, частково емболізовану, правих скроневої, тім'яної, потиличної часток, що кровопостається п'ятьма аферентними судинами. Мішкоподібна аневризма одного з аферентів із правої задньої мозкової артерії (ЗМА), яка й стала причиною крововиливу. За шкалою Spetzler-Martin IV, за Buffalo 4–5 балів.

23.09.2021 р. проведено оперативне втручання: мікрохірургічне видалення АВМ правої тім'яно-потиличної локалізації. Тривалість операції: 11 год 5 хв. На етапі доступу, на поверхні мозку візуалізується дренажна вена парасагітально діаметром 1,4 см. Виявлено аневризму аферента з ВББ, котру коагульовано та видалено у складі АВМ. Видалення АВМ супроводжувалось епізодами профузної кровотечі, застосовувалась технологія cell-saving. В останню чергу коагульовано та пересічено дренажну вену. Ревізія ложа АВМ, розмір 3,5 × 4,5 × 6,5 см.

В післяопераційному періоді, пацієнту було проведено ряд контрольних томограм в нативному та ангіо-режимах, системну антибіотикотерапію та люмбальні пункції з метою контролю стерильності та аналізу ліквору.

За час перебування у стаціонарі загальний стан хворого поступово покращився, неврологічний дефіцит суттєво зменшився (на час виписки утримується бітемпоральна геміанопсія), пацієнт виписаний.

24.03.2022 р. проведено контрольну ЦАГ: АВМ тотально виключена з кровотоку.

Висновки

Великі артеріовенозні мальформації IV та V класу за Spetzler-Martin в багатьох випадках підлягають динамічному спостереженню, консервативному лікуванню або комплексу хірургічних етапів лікування із застосуванням ендovasкулярних, мікрохірургічних і радіохірургічних методик без досягнення радикального результату. Разом з цим, випадки розривів АВМ чи аневризми привідних артерій (аферентних судин) та декомпенсація стану у вигляді наростаючого неврологічного дефіциту, що зумовлює часткову інвалідизацію чи соціальні обмеження, підлягають хірургічному лікуванню, яке повинне бути комплексним, оскільки ендovasкулярна емболізація гігантських АВМ часто не забезпечує повного одужання, а лише відтермінує появу нового або наростання існуючого дефіциту. В нашому випадку ендovasкулярна емболізація була необхідним етапом для зменшення ризиків інтраопераційних ускладнень під час мікрохірургічного втручання, що разом із застосуванням технології cell-saving дало змогу досягти радикального видалення АВМ і одужання пацієнта.

ВТОРИННО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ – ГРУПА ОСОБЛИВОЇ УВАГИ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ

Овчаренко М. О., Пінський Л. Л., Радченко Т. М.

м. Харків, Харківський національний медичний університет

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей вираженості тривожних розладів у первинно та вторинно внутрішньо переміщених осіб, які протягом останніх років були змушені змінювати своє місце проживання.

Група первинно переміщених пацієнтів (2014–2021 років) складала 238 хворих (7-а група) з них 145 жінок (60,9 %; 1-ша група), 93 чоловіки (39,1 %; 2-га група). Вторинно переміщені особи (n = 96; 8-ма група) включали 62 жінки (64,6 %; 3-тя група) та 34 чоловіки (35,4 %; 4-та група).

Група первинно переміщених осіб 2022 року ($n = 52$; 9-та група) включала 35 жінок (5-та група) та 17 чоловіків (6-та група).

Після першого переміщення на нове місце проживання спостерігалось зростання рівня тривожності, більшою мірою в групі жінок. Повторне вимушене переселення виявило досить цікаву картину: 34 обстежених відносно безпроблемно пережили цю подію, досить швидко адаптувалися на новому місці, працюють, хоча практично всі на певному етапі приймали або приймають зараз адаптогени, заспокійливі, снодійні засоби тощо. А ось інша група – 18 осіб досить складно пережили цю стресову подію, мають значні розлади психіки, перш за все афективної сфери, не можуть адаптуватися до нових умов, знайти своє місце в новому житті, звертаються за спеціалізованою медичною допомогою. Відбулася своєрідна поляризація повторних переселенців, причому, більш впевнено себе почувають особи з вищими, а найголовніше – стабільними доходами, з відносно оптимістичними соціальними перспективами, збереженим житлом тощо.

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БОЛЮ ГОЛОВИ НАПРУГИ

Пулик О. Р., Гирявець М. В., Блага О. С.

м. Ужгород, ДВНЗ Ужгородський національний університет

Вступ. Біль голови напруги – одна із найчастіших форм первинного болю голови. Поширеність болю голови напруги в різних дослідженнях у загальній популяції становить від 30 % до 78 %. Біль голови напруги є також найпоширенішим типом хронічного рецидивуючого болю голови. Хронічним біль голови напруги вважається тоді, коли виникає 15 або більше днів на місяць протягом як мінімум 6 місяців. Лікування хронічного больового синдрому включає медикаментозні та немедикаментозні методи впливу. Серед немедикаментозних методів використовується метод магнітотерапії. Протизапальний та протинабрякові ефекти магнітного поля безперечно забезпечують знеболювальний ефект. Перевагою є також безпечність і доступність даного методу.

Мета: зменшення больового синдрому та підвищення якості життя у хворих з хронічним болем голови напруги шляхом використання магнітотерапії.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі відділення неврології КНП «Ужгородська центральна міська клінічна лікарня» протягом трьох місяців 2022 року. Обстежено 84 хворих з хронічним болем голови напруги. Критеріями включення в дослідження були: пацієнти з хронічним болем голови напруги, згідно з критеріями постановки діагнозу Міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду (ICHD-3) бета-версії, вік від 18 років, відсутність на момент дослідження тяжких соматичних захворювань, інфекційних захворювань, захворювань шкіри та онкопатології.

У дослідженні взяли участь 84 хворих, жителів м. Ужгород. Середній вік хворих склав ($44,1 \pm 1,1$) року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 42 хворих. Вік хворих в основній групі, яким до програмного лікування додатково використано метод магнітотерапії, склав ($43,1 \pm 0,6$) року, а в контрольній групі – ($44,2 \pm 0,4$) року. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження (КТ, МРТ), шкала ВАШ для визначення болю, опитувальника MOS SF-36 – для оцінки якості життя.

Для магнітотерапії нами використано апарат Viofor JPS зі змінним магнітним полем низької частоти за програмою M2 P2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета “Microsoft Excel 2010”.

Результати. Середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи на початку дослідження склав ($7,2 \pm 0,6$) бала, контрольної – ($7,4 \pm 0,4$) бала. Згідно з опитувальником MOS SF-36 за доменом «фізичне функціонування» на початку дослідження середній показник склав ($48,1 \pm 22,1$) бала, за доменом «біль» ($80,0 \pm 3,1$) бала, за доменом «загальне здоров'я» ($30,9 \pm 8,4$) бала, «життєздатність» ($56,9 \pm 6,9$) бала, «соціальне функціонування» ($52,0 \pm 16,4$) бала, «емоційне функціонування» ($17,3 \pm 12,3$) та «психічне здоров'я» – ($60,9 \pm 17,3$) бала. По завершенні курсу лікування середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи склав ($3,6 \pm 0,6$) бала, а контрольної – ($4,4 \pm 0,4$) бала ($p < 0,05$). На тлі проведеного лікування спостерігалось достовірне покращення ($p < 0,05$) показників якості життя за доменами «фізичне функціонування», «емоційне функціонування» та «тілесний біль» між пацієнтами основної та контрольної груп.