НАЙАКТУАЛЬНІШІ ПРОБЛЕМИ сучасної неврології: виклики та очікування

За матеріалами IV Регіонального українського конгресу «Controversies in Neurology» (16–17 листопада 2023 р., Київ, Україна)

У листопаді поточного року в Києві (Україна) відбувся IV Регіональний український Конгрес «Controversies in Neurology» (CONy). Цей захід є знаковою подією серед медичної спільноти, який зібрав офлайн близько 152 учасників та онлайн 262 фахівців у галузі неврології. Цього року було представлено шість секцій, у яких взяли участь 72 доповідачі, зокрема 21 міжнародний спікер (Велика Британія, Греція, Грузія, Данія, Ізраїль, Латвія, Молдова, Німеччина, ОАЕ, Словенія, США, Угорщина, Хорватія, Шотландія). Учасники мали нагоду зустрітися з видатними фахівцями з неврології та отримати найактуальнішу інформацію з клінічних питань сьогодення, долучитися до обговорення та порівняння досвіду міжнародних експертів, вирішень спірних питань за участю світових лідерів у галузі неврології.

Конгреси CONy традиційно відбуваються в режимі дебатів. Спочатку учасники обирають теми для обговорювання за різними напрямами неврології, які мають дискусійний характер, потім — провідні фахівці, які можуть висвітити ці дискусійні теми. Ведучий дебатів представляє дискусійну тему, сформульовану як запитання, на яке можна дати відповідь «за» (ствердження) та «проти» (заперечення). На підставі голосування з'ясовується думка аудиторії. Далі виступають два доповідача, кожен із яких аргументує одну з протилежних позицій. Після цього кожен може поставити питання спікерам та проаналізувати їхні відповіді. Така форма дає можливість неформально обговорювати складні та суперечливі питання неврології. До вашої уваги представлено короткий огляд вибраних лекцій і дебатів в межах заходу.

Із вітальним словом до учасників Конгресу звернулися співорганізатори: голова наукової медичної ради Ізраїльської асоціації хвороби Альцгеймера (EMDA), член науково-консультаційної ради Міжнародної організації фахівців із хвороби Альцгеймера (ADI), професор неврології та фармакології Медичної школи Тель-Авівського університету (Ізраїль) **Amos D. Korczyn**; професор неврології Тель-Авівського університету, керівник відділення інсульту в Тель-Авівському медичному центрі (Ізраїль) **Natan Bornstein**; президент Української протиепілептичної ліги, провідний науковий співробітник ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків (Україна), професор **Андрій Дубенко**. Вони побажали всім учасникам плідної співпраці та успіхів у роботі, а пан Дубенко висловив надію, що п'ятий Конгрес у форматі CONy відбудеться вже після Перемоги. Робота Конгресу розпочалася з пленарних лекцій, після яких продовжувалася у формі дебатів.

Хвороба Альцгеймера — захворювання чи синдром?

Із першою пленарною лекцією на тему «Чи є хвороба Альцгеймера хворобою?» виступив проф. **Amos D. Korczyn**. Він зазначив, що зазвичай прогресивне когнітивне погіршення за хвороби Альцгеймера (ХА), яка являє собою форму прогресуючої деменції зі специфічними нейропатологічними змінами, не супроводжується судинними змінами в мозку. Відома клінічна і патоморфологічна картина за ХА не означає розуміння природи цього стану. За даними дослідження H.J. Aizenstein et al. (2008) і T.G. Beach et al. (2012), патоморфологічні зміни в мозку, подібні до таких за ХА, не завжди супроводжуються відповідними клінічними симптомами. Повертаючись до теми доповіді, спікер для наочності поставив запитання: чи є захворюванням цироз печінки? Звісно, що ні, бо до нього можуть призводити різні причини (зловживання алкоголем, вірусні інфекція, автоімунні процеси, серцева недостатність тощо), які потребуватимуть відповідних підходів до лікування.

Отже, «хвороба» — це абстрактне поняття, що охоплює основний процес зі спільною етіологією, патогенезом,

еволюцією та патологією. Як зазначив Amos D. Korczyn, «ми знаємо, які ознаки ХА, але ми не знаємо, що це таке». Адже причин відкладень β-амілоїду і τ-білка в головному мозку може бути багато.

Так, у роботі R.D. Terry et al. (1994) причиною ХА було названо втрату синапсів, а не амілоїдні відкладення. J.A. Hardy та G.A. Higgins (1992) сформулювали гіпотезу амілоїдного каскаду, проте вона, на жаль, не була підтверджена. Нині невідомо, чому відбувається відкладення амілоїду, немає кореляції між його концентрацією та виразністю деменції, бракує доказів його токсичності. Власне, те саме, на думку доповідача, можна сказати про τ-білок. Отже, β-амілоїд і τ-білок — лише маркери захворювання, а не є його причинами; усунення амілоїдної бляшки не означає подолання ХА.

Чинники ризику розвитку старечої деменції: старший вік, жіноча стать, низький рівень освіти, тяжка черепно-мозкова травма, депресія, наявність алелю s4 аполіпопротеїну Е, гіпертензія, атеросклероз, цукровий діабет, куріння тощо. Багато з них призводять до клінічних ознак ХА, проте за яким саме механізмом — наразі невідомо.

На думку доповідача, спорадична ХА має багато причин. Через складність та етіологічну гетерогенність вона не є «хворобою» в класичному розумінні, це радше синдром! У цьому контексті важливо те, що синдром неможливо вилікувати. Щоб назвати ХА захворюванням, слід зрозуміти механізми, які, за різними гіпотезами, лежать в основі патогенезу. Це апоптоз, токсичний вплив металів, відкладення амілоїду, неправильне згортання білків, гіперфосфорилювання τ-білка, інфекції тощо. Спорадична ХА — багатофакторний комплексний прогресуючий нейродегенеративний розлад, спричинений гетерогенним поєднанням екологічних і генетичних чинників.

Отже, через складність та етіологічно-патогенетичну неоднорідність її не слід називати «хворобою» в класичному розумінні. На завершення свого виступу професор Amos D. Korczyn також наголосив, що синдром неможливо вилікувати, але йому можна запобігти. Здоровий спосіб життя, фізична активність, контроль рівня глюкози в крові, невживання алкоголю і тютюну можуть принаймні відстрочити розвиток ХА.

Переваги застосування стимуляції блукаючого нерва для відновлення функцій пацієнтів після інсульту

Професор **Jesse Dawson**, лікар-консультант відділення інсульту університетської лікарні королеви Єлизавети, Глазго, Шотландія (Велика Британія), представив доповідь на тему «Методи стимуляції мозку як інструмент поліпшення відновлення мозку»

Він розпочав з демонстрації відеоматеріалів, які підтверджують переваги застосування техніки стимуляції блукаючого нерва для відновлення функцій пацієнтів після інсульту, та посилань на відповідні дослідження.

Пластичність — це внутрішня здатність мозку реорганізовувати власні функції та структуру у відповідь на подразники та травми. Завдяки цій властивості можливо «компенсувати» інвалідність, спричинену ушкодженням мозку. Нейромодуляція полягає у зміні нервової активності через цілеспрямовану електричну стимуляцію або дії хімічних агентів на певні неврологічні ділянки. Для цього застосовують (із контролем поведінки та показників електроенцефалографії) методи повторюваної транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС), зокрема постійним струмом; інвазивної парної електростимуляції; поєднання ТМС і периферичної стимуляції (стимуляція замкненого циклу).

Доповідач навів результати експериментальних досліджень, які свідчать, що стимуляція блукаючого нерва (завдяки механізму селективної модуляції холінергічного підсилення) активує вивільнення нейромодуляторів та сприяє зменшенню поведінкових і фізіологічних змін, спричинених інсультом (Bowles et al., 2022).

Реабілітаційна терапія охоплює два етапи: у клініці та в домашніх умовах. Під час першого півторамісячного етапу відбуваються по три заняття на тиждень (тривалістю 2 години) під наглядом фізіо- або ерготерапевта, який через ноутбук керує імплантованим пристроєм пацієнта. Інтенсивна терапія пов'язана з конкретними індивідуальними завданнями та великою кількістю повторень рухів (> 300).

Упродовж другого етапу учасники щодня виконують вдома вправи, які призначає терапевт, що відстежується та реєструється в імплантованому пристрої. За даними

аналізу результатів застосування такої терапії, завдяки стимуляції блукаючого нерва показники поліпшення функцій були втричі кращими, ніж у пацієнтів групи контролю (Dawson et al., 2020).

Завершуючи доповідь, професор J. Dawson повідомив, що нині відбувається підготовка до виконання масштабного дослідження щодо ефективності неінвазивної транскутанної технології застосування стимуляції блукаючого нерва.

Принципи, напрями і проблеми реабілітаційної медицини

Професор кафедри реабілітаційної медицини Тель-Авівського університету (Ізраїль), **Avi Ohry** представив доповідь на тему «Рік 2023 і далі: виклики та очікування реабілітаційної медицини».

Він розпочав із цитати F. Rabelais (1494–1553), французького письменника епохи Відродження, лікаря гуманіста і вченого: «Те, що не можна вилікувати, треба перетерпіти». Як зазначив доповідач, актуальною є як для медицини, так і для народу України, який в умовах жорстокої війни залишається стійким.

У межах ініціативи «Незламні», започаткованої Львівською міською радою, започатковано перший в Україні Національний реабілітаційний центр, який надає комплексну медичну допомогу, здійснює протезування та підтримує постраждалих від війни. Серед насильства та руйнування «Незламні» слугують маяком надії та свідченням непохитної рішучості України вистояти перед ворогом. Спікер висловив надію відвідати цей та інші реабілітаційні центри України в майбутньому.

За визначенням Національної ради Великої Британії з реабілітації, «це відновлення осіб із інвалідністю до повної фізичної, розумової, соціальної, професійної та економічної ефективності, на яку вони здатні» (The British National Council of Rehabilitation, 1943). Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітаційну медицину як використання всіх засобів, спрямованих на зменшення впливу умов, що призводять до інвалідизації, і на надання людям з інвалідністю можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції.

Професор A. Ohry зазначив, що на кафедрі реабілітаційної медицини, співробітником якої він є, надають комплексні клінічні послуги пацієнтам, які потребують фізіотерапевтичної експертизи, прагнучи допомогти всім, незалежно від фінансового стану. Зокрема, рівень інвалідизації в європейських країнах нині становить близько 20 %, що зумовлює значний тягар для суспільства.

Доступ до реабілітації є основним правом людини, яке підтримується Статутом Організації об'єднаних націй (UN, 1993) і резолюцією 58-ї Всесвітньої асамблеї ВООЗ (2005). Крім того, у багатьох європейських країнах діють антидискримінаційні закони, які можна використовувати для підтримки осіб з обмеженими можливостями, їхніх родин і помічників. Загальна мета реабілітації полягає в тому, щоб особи з обмеженими можливостями могли отримати спосіб життя, якого вони прагнуть (зважаючи на обмеження, накладені на їхню діяльність через порушення, спричинені хворобою чи травмою, а також особисті обставини).

На практиці часто це досягається завдяки поєднанню заходів, спрямованих на подолання або усунення цих обмежень і бар'єрів, що перешкоджають фукціональності пацієнта в соціумі. Серед основних результатів реабілітації — добробут людини та її участь у соціальному та професійному житті.

Доповідач навів перелік компетенцій фахівців із реабілітаційної медицини (медичне обстеження, оцінювання функціональної спроможності та здатності до змін, визначення рівня активності, профілактика ускладнень тощо). Основними сферами реабілітаційної медицини є неврологічне, ортопедичне, психічне / поведінкове / інтелектуальне відновлення, а його ефективність забезпечується п'ятьма напрямами: 1) лікування основної патології; 2) зменшення наслідків ураження та/або проблем, зумовлених інвалідністю; 3) профілактика й лікування ускладнень; 4) поліпшення функціонування та діяльності; 5) сприяння участі в громадському житті.

Так, однією із цілей реабілітаційної медицини, на думку професора A. Ohry, є подолання стигми, причому слово STIGMA являє собою акронім: S — школа або освітня модель (school or educational model), T — технологія (technology), I — інтеграція людей з інвалідністю в суспільство (integration of the disabled into community), G – зайнятість (gainful employment), M — мобільність (mobility), A — адаптивність (accommodation).

Спікер також детально зупинився на посібниках і класифікаціях, якими керуються фахівці з реабілітаційної медицини, критеріях оцінювання стану пацієнтів, структурі комплексної команди медпрацівників, задіяних до процесу реабілітації, а також фазах реабілітаційного процесу.

На завершення доповіді він навів проблеми, які стоять перед фахівцями реабілітаційної медицини і потребують негайного розв'язання. Це необхідність розширити інституційні та громадські комплексні реабілітаційні послуги; довгострокове спостереження у співпраці із сімейними лікарями та іншими фахівцями; подолання проблем, спричинюваних пандеміями, дорожньо-транспортними пригодами, виробничими та військовими травмами; дегенеративними, онкологічними та вродженими захворюваннями. Головною метою реабілітаційної медицини є повна реінтеграція осіб з обмеженими можливостями в «основний потік життя».

Дебати

Чи пропонувати хірургічне втручання за епілепсії пацієнтам з ураженням у ділянці, яку можна безпечно видалити, навіть якщо напади вдається контролювати за допомогою ліків?

Ведучим цих дебатів був професор **Андрій Дубенко** (Україна); думку «за» представляв **Michael Sperling** (США); «проти» — **Martin Holtkamp** (Німеччина).

Для обговорення було запропоновано таке положення: *Видалення епілептогенного вогнища може призвести до припинення нападів. Проте багато пацієнтів можуть контролювати напади завдяки медикаментозному лікуванню. Що краще: видалити вогнище ураження на ранній стадії, коли діагностовано епілепсію, щоб уникнути тривалого медикаментозного лікування, або вдатися до хірургічного втручання тільки для пацієнтів, які є резистентними до фармакотерапії?*

Як зазначив професор А. Дубенко, попри вдосконалення діагностичних підходів і хірургічних методів та підвищення їх безпеки й ефективності, хірургічне втручання за фармакорезистентних нападів часто розглядається як останній засіб. Пацієнти, яких скеровують для виконання оперативного втручання, зазвичай хворіли на епілепсію в середньому > 22 роки і > 10 років після неефективності застосування двох протинападових препаратів (ПНП). Це при тому, що раннє хірургічне втручання може запобігти погіршенню перебігу хвороби та передчасній смерті, а його вартість значно менша, ніж витрати протягом життя людини з інвалідністю через епілептичні напади. За даними рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), хірургічне втручання є ефективнішим, ніж найкраща медикаментозна терапія (Cramer et al., 2021).

На думку J.J. Engel (2019), усі пацієнти з резистентною епілепсією мають бути скеровані на консультацію до спеціалізованого центру епілепсії, де багатопрофільна команда експертів може запропонувати передові діагностичні та терапевтичні підходи, а також послуги психологічної та соціальної підтримки для усунення або зменшення проблем, зумовлених інвалідністю.

Зрештою, після доповіді ведучого 62 % слухачів проголосували «за» виконання хірургічного втручання.

Професор M. Sperling, університет Томаса Джефферсона (США), представляючи позицію «за», навів клінічний випадок 19-річної пацієнтки з фокальною формою епілепсії та медіальним скроневим склерозом, у якої не було нападів, спостерігалося незначне послаблення пам'яті і яка приймала леветирацетам упродовж 6 місяців. Аргументом проти фармакотерапії у цьому клінічному випадку є тератогенність ПНП, побічні ефекти ліків, як-от проблеми з пам'яттю та концентрацією уваги, дратівливість, седація, головний біль тощо, а також проблеми з їх переносимістю. За даними доповідача, у 95 % прооперованих пацієнтів вдається усунути напади, ризик незначних ускладнень становить 5 %, а значних — 1 %. Підсумовуючи, він додав, якщо вогнище ураження перебуває в доступній ділянці, пацієнт має хороше фізичне здоров'я, а ризик медикаментозних побічних ефектів є високим, слід обирати саме хірургічне втручання.

З аргументами «проти» виступив директор епілептологічного центру Берлін-Бранденбург, професор Martin Holtkamp (Німеччина). За рекомендаціями експертів Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE, 2022), оцінити можливість застосування хірургічного лікування слід для пацієнтів віком до 70 років із резистентною епілепсією, а також осіб без протипоказань щодо хірургічного втручання, у яких немає нападів за терапії 1–2 ПНП, але є ураження головного мозку в неелоквентній корі.

Отже, хірургічне лікування слід обирати лише для пацієнтів, які не досягають контролю нападів за медикаментозної терапії; частота ускладнень після хірургічних втручань у пацієнтів з епілепсією (зокрема, неврологічного дефіциту й геміпарезу) є досить високою. Так, за даними I.K. Gooneratne et al. (2017), такі ускладнення, як інфекції, гематоми, гідроцефалія тощо, спостерігалися у пацієнтів після інтра- і екстратемпорального хірургічного втручання із частотою 7,6 і 17 % відповідно, а неврологічний дефіцит — у 17,7 і 28 % відповідно. За даними дослідження C. Ferreira-Atuesta et al. (2023), через 10 років після хірургічного втручання 35 % пацієнтів мають приймати хоча б один ПНП для контролю нападів.

Професор M. Holtkamp представив дані з власної практики, за якими лише 44 % пацієнтів, яким рекомендовано хірургічне втручання, погоджуються на його виконання; 59 % — відмовляються через страх перед операцією, 22 % — мають нечасті судоми і готові їх «перетерпіти».

У межах дискусії також обговорювали питання щодо безпеки лазерної абляції, оптимального віку пацієнта для проведення оперативного втручання; яке лікування має бути оптимальним для дитини з генетично зумовленою фокально-кортикальною дисплазією. Як зазначив професор M. Sperling, серед 80 випадків із його власної практики серйозний побічний ефект був лише в одного пацієнта.

За повторного голосування після доповідей і проведеної дискусії 58 % слухачів обрали відповідь «за» на запитання, винесене на дебати.

Чи є головний біль після COVID-19 вторинним внаслідок інфекції чи загостренням наявного первинного розладу головного болю?

Ведучим цих дебатів був к.мед.н. **Володимир Романенко**, шеф-редактор Українського журналу болю (УЖБ), консул України в Європейській федерації болю EPIC; позицію «за» представляв **Валерій Калашников**, доцент Харківського національного медичного університету, лікар-невролог / епілептолог (Україна); «проти» — **Dimos Mitsikostas**, д.мед.н., професор Національного і Каподистрійського університету Афін (Греція).

Для обговорення було запропоновано таке положення: *Повідомлення про неврологічні симптоми за інфекції COVID-19 швидко зростають, і головний біль, імовірно, лідирує у списку симптомів. Чи є персистувальний головний біль новим постінфекційним станом?*

Як зазначив Володимир Романенко, головний біль (ГБ) є одним із найпоширеніших симптомів COVID-19. Більшість фенотипів ГБ нагадують мігрень і новий щоденний постійний ГБ. Власне, головний біль після COVID-19 часто описують як помірний або сильний, тривалий та стійкий до лікування. За різними джерелами, поширеність ГБ у пацієнтів, що перенесли це COVID-19,

становить від 6,5 до 71 %, причому він є найпоширенішим симптомом в осіб молодого віку (у старшому віці частіше траплявся інсульт) (Bolay et al., 2020).

У пацієнтів із постковідним синдромом ГБ також є одним із найпоширеніших стійких симптомів. Можливими механізмами ГБ без прямої інфекції центральної нервової системи (ЦНС) є лихоманка та активація запальних цитокінів, наслідки ускладнень вірусної інфекції (гіпоксія та зневоднення). Втім, у разі інвазії ЦНС важко визначити, чи є ГБ наслідком системної інфекції або прямої нейроінвазії. На ранніх стадіях COVID-19, імовірно, ГБ спричинений системною інфекцією (часто корелює з лихоманкою та іншими респіраторними симптомами). На пізніх стадіях ГБ може бути пов'язаний із нейроінвазією та бурхливим вивільненням цитокінів. Ведучий представив кілька клінічних випадків постковідного ГБ, за яких у лікаря постає запитання, винесене на дебати.

За даними першого голосування, 73 % аудиторії вважали ГБ після COVID-19 вторинним після інфекції. На думку Валерія Калашникова, пандемія COVID-19 поставила багато питань перед неврологами. Персистувальний ГБ за COVID-19, який належить до первинного, описується як один із найчастіших і найстійкіших симптомів постковідного синдрому (Orru et al., 2021).

Серед пацієнтів із ГБ від 47 до 80 % осіб мали в анамнезі рецидивні цефалгії, які за гострого періоду захворювання характеризувалися іншим патерном і тяжчими больовими ознаками порівняно з попереднім головним болем (Porta-Etessam et al., 2020).

За даними аналізу первинного та вторинного ГБ, близько 25 % пацієнтів відчувають біль, що відповідає критеріям мігрені, тоді як найчастішим фенотипом є ГБ напруги. Мігренеподібні характеристики спостерігаються у пацієнтів без мігрені в анамнезі.

У проспективному дослідженні з подальшим 6-тижневим спостереженням середня тривалість ГБ становила 2 тижні, проте у 37,8 % пацієнтів із COVID-19 спостерігалося персистування ГБ у тривалішому періоді (Carrona et al., 2020).

Показово, що 50 % пацієнтів раніше не мали скарг на ГБ. Триваліші спостереження вказують на те, що поширеність ГБ через 3 місяці від початку захворювання становить до 38 %, а через 6 місяців — близько 2 % (Goeretz et al., 2020). Результати аналізу ГБ в гострому і постковідному періоді засвідчили, що біль може продовжуватися до 60 днів у 16,5 % пацієнтів, протягом 90 днів — у 10,6 % та 180 днів і більше від початку захворювання — у 8,4 % клінічних випадків (Fernandes-de-Las-Penas et al., 2021).

Динаміка зниження поширеності ГБ після COVID-19 є такою: через місяць — у 31 %, через 3 місяці — у 19 %, через 6 місяців — у 16,8 % і через 9 місяців — у 16 % (Garsia-Azorin et al., 2022).

За даними спостережень в Іспанії, ГБ під час симптоматичної фази COVID-19 у 94,3 % випадків відповідав критеріям Міжнародної класифікації головного болю (МКГБ-3) для «ГБ за гострої вірусної інфекції» (Lopez et al., 2020). У пацієнтів із первинними цефалгіями за COVID-19 тяжкий цефалгічний синдром фіксували у 52,9 % випадків, а в осіб без головного болю в анамнезі — у 47,1 % (Magdy et al., 2020).

На думку доповідача, якби ГБ за COVID-19 був загостренням первинного, ці показники були б іншими, а не близько 50 на 50. Власне, на користь цього свідчить і те, що протягом 7-місячного періоду спостереження наявність попереднього анамнезу мігрені не була предиктором тривалого персистування ГБ (Fernandes-de-Las-Penas et al., 2021). Збільшення частоти та інтенсивності ГБ за COVID-19 часто також пов'язують із впливом психосоціальних стресорів. Так, на користь того, що ГБ є первинним, свідчить також те, що в разі ушкодження нюхового шляху може активуватися тригеміноваскулярна система. Інші можливі механізми розвитку болю — вплив гіпоксії, проникнення вірусу до ендотеліальних клітин судин головного мозку з подальшим запаленням, мікроемболізація судин головного мозку, «цитокіновий шторм» з активацією інтерлейкіну 6, підвищення рівня пептиду CGRP.

Професор D. Mitsikostas презентував дані на користь того, що COVID-19 погіршує ознаки вже наявного ГБ або є тригером вже наявного розладу. Пацієнт має бути носієм певного генотипу, за якого під впливом цитокінів, що спричиняють поширення кортикальної депресії, розвинеться ГБ. У тих, хто не є носіями такого генотипу, інфекція COVID-19 може призвести до короткочасного вторинного ГБ, як і всі системні інфекції (Mitsikostas et al., 2023).

Результати дослідження за участю невеликої вибірки пацієнтів, які раніше не страждали на первинний ГБ, продемонстрували, що після COVID-19 сильний і невпинний ГБ з ознаками мігрені, супроводжуваний аносмією, діареєю та втратою апетиту й ваги, тривав до 3 днів у 70 % пацієнтів і зникав протягом 2 тижнів (Toptan et al., 2020). Проте у дослідженні за участю понад 3 тис. пацієнтів, що перенесли COVID-19, майже половина тих, хто скаржився на сильний і стійкий постковідний ГБ, раніше страждали на мігрень або інші його види (Uygun et al., 2020). За даними дослідження за участю 288 пацієнтів, які до захворювання на COVID-19 мали неврологічні проблеми, у 18 % постковідний ГБ тривав > 30 днів, а у 10 % — > 90 днів (Rocha-Filha et al., 2022).

Дані багатоцентрового дослідження за участю понад тисячі постковідних пацієнтів підтвердили, що ГБ був досить рідкісним симптомом, на який скаржилися лише 15 % учасників (переважно молоді жінки) (Yelin et al., 2022). Ще в одному подібному дослідженні частота осіб із ГБ становила 10 % (Stefanou et al., 2022).

Є також дані про те, що на гострий персистувальний біль після COVID-19 найчастіше страждали жінки, у яких і до захворювання були напади мігрені (Garsia-Azorin et al., 2022). Усі ці дані, на думку доповідача, свідчать на користь того, що COVID-19 є тригером, який загострює вже наявні проблеми з ГБ. Під час дискусії учасники дебатів обговорювали, чи може COVID-19 чинити вплив на симптоми ГБ через реактивацію опортуністичних інфекцій внаслідок погіршення імунітету.

Результат повторного голосування після доповідей і дискусії суттєво змінився: відповідь «за» на запитання, винесене на дебати, обрали 80 % слухачів.

Підготувала ***Наталія Купко***

Продовження в наступному номері