НАЙАКТУАЛЬНІШІ ПРОБЛЕМИ сучасної неврології: виклики та очікування

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

Закінчення. Початок у № 10 (146) 2023

Для медичної спільноти IV Регіональний український конгрес «Controversies in Neurology» став знаковою подією, форумом, у межах якого обговорювали найактуальніші проблеми неврології. Безумовно, для неврологів надзвичайно важливо продовжувати професійну, висококваліфіковану практику роботи, особливо коли ми стикаємося з викликами воєнного часу. Тому обмін досвідом між світовими фахівцями необхідний для всіх спеціалістів у цій галузі та, насамперед, для їхніх пацієнтів. Учасники заходу мали змогу почути думки не лише провідних вітчизняних учених-неврологів, а й всесвітньо відомих експертів. Спеціальний формат проведення конгресу у вигляді дебатів надав фахівцям можливість обмінюватися практичними знаннями. До вашої уваги заключна частина огляду робити IV Регіонального українського конгресу, у якій представлено тематику дебатів, що стосуються хірургічного лікування пацієнтів з інсультом та особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в осіб із хворобою Альцгеймера (ХА).

Дебати

Чи слід виконувати декомпресивну гемікраніектомію протягом перших 48 годин після інсульту, або слід чекати, поки не настане клінічне погіршення?

Ведучим цих дебатів був доктор **Laszlo Chiba,** лікар-невропатолог, психіатр, професор кафедри неврології Дебреценського університету (Угорщина); думку «за» проведення ранньої гемікраніектомії представляв професор **Derk W. Krieger,** очільник відділення неврології та нейробіології Королівського госпіталю NMC (Дубай, ОАЕ); з аргументами «проти» виступив **Олександр Возняк,** лікар-нейрохірург, керівник Центру нейрохірургії клінічної лікарні «Феофанія» (Київ, Україна).

Для обговорення було запропоновано таке положення: *Декомпресивна гемікраніектомія впродовж перших 48 годин після інсульту є стандартом лікування його злоякісної форми. Дуже рання декомпресивна краніектомія (до появи зміщення середньої лінії та коли пацієнт перебуває в повній свідомості), може мати кращі результати в осіб із тяжким інсультом, тому це втручання можна розглядати як профілактичне, а не лікувальне.*

Доктор Laszlo Chiba навів результати низки досліджень, у межах яких порівнювали ефективність консервативного лікування пацієнтів з інсультом і хірургічного втручання (декомпресивної гемікраніектомії). За даними проведеного дослідження DECIMAL, застосування хірургічного втручання у пацієнтів зі злоякісними ішемічними інсультами в басейні середньої мозкової артерії (СМА) сприяло значному зниженню рівня смертності та поліпшенню функціональних результатів у популяції осіб віком до 60 років, проте для тих, кому було > 60 років, ці переваги були менш очевидними (Vahedi et al., 2007). У межах дослідження DESTINY виконання гемікраніектомії за злоякісних ішемічних інсультів у басейні СМА допомогло збільшити рівень виживаності та поліпшити функціональні результати порівняно з консервативним лікуванням (Juttler et al., 2007).

Так, за даними досліджень DECIMAL і DESTINY, це втручання може бути здійснене протягом 48 год після появи симптомів. Результати багатонаціонального дослідження HAMLET, до якого було залучено пацієнтів з об'ємними півкульними інсультами, свідчать, що виконання гемікраніектомії асоціювалося зі зменшенням смертності та значним поліпшенням функціональних наслідків через рік після втручання порівняно з консервативною терапією (Hofmeijer et al., 2009).

Як зазначено в настановах Американської кардіологічної асоціації / Американської асоціації інсульту (AHA / ASA, 2019), розглядати виконання декомпресивної гемікраніектомії рекомендовано у пацієнтів віком від 18 до 60 років зі злоякісним ішемічним інсультом у басейні СМА за об'ємного вогнища інфаркту й ознак транстенторіальної грижі (Powers et al., 2019). Відповідно до настанови Європейської організації з вивчення інсульту (ESO, 2021), гемікраніектомію рекомендовано виконувати пацієнтам віком від 18 до 60 років з об'ємним інфарктом СМА і клінічними ознаками розвитку транстенторіальної грижі (van der Worp et al., 2021).

У цих рекомендаціях було зроблено акцент на важливості своєчасного оцінювання клінічного стану пацієнта та прийнятті відповідного рішення на рівні міждисциплінарної команди фахівців. Зрештою, після вступної промови доктора L. Chiba «за» виконання ранньої декомпресивної гемікраніектомії пацієнтам з інсультом проголосували 28 % слухачів, «проти» — 72 %.

Професор D.W. Krieger, представляючи аргументи на користь проведення ранньої гемікраніектомії, навів дані дослідження щодо застосування методів нейровізуалізації, згідно з якими хірургічне втручання слід виконувати не тільки вчасно, але й у належний спосіб, ретельно аналізуючи, у якій зоні треба видаляти кістку, щоб зменшити набряк (Schwab et al., 1998). Втім, за даними іншого дослідження, результати ефективності гемікраніектомії, проведеної через 48 годин (і більше) після інсульту, не відрізнялися від наслідків втручання, виконаного в період до 48 годин після події. Порівняння результатів гемікраніектомії, проведеної за часові проміжки до 24, 24–48, 48–72 год і більше після інсульту також не засвідчило значних відмінностей щодо ефективності цього втручання. Але доповідач зауважив, що натепер є дані лише ретроспективних досліджень, які дають змогу тільки сформулювати гіпотезу, яку потім необхідно перевірити за проспективних рандомізованих досліджень (Shuaib et al., 2017).

Отже, приймаючи рішення щодо виконання пацієнту гемікраніектомії, слід обов'язково брати до уваги такі параметри, як збільшення розміру вогнища інсульту на > 7,5 мл/год, залученість СМА та скроневої частки. Важливим прогностичним чинником є вік пацієнта.

У масштабному дослідженні за участю 1301 пацієнта порівнювали ефективність хірургічного втручання (раннього — до 48 год після інсульту та пізнього — до 72 год після події), зважаючи на такі параметри, як внутрішньолікарняна смертність, неврологічні ускладнення, виконання трахео- / гастростомії, тривала госпіталізація, надання допомоги в спеціалізованих закладах і несприятливий результат лікування. За отриманими даними, виконання гемікраніектомії протягом пізніших строків асоціювалося зі значущим збільшенням потреби в наданні спеціалізованої допомоги та підвищенням частоти несприятливого результату лікування (Gormley et al., 2017).

Підсумовуючи, професор D.W. Krieger зауважив, що ранню декомпресивну хірургію часто розглядають за значного підвищення внутрішньочерепного тиску через набряк мозку. Метою цього втручання є максимально швидке зменшення тиску на мозок, що може допомогти знизити ризик його серйозного ушкодження та смерті пацієнта. Рішення щодо виконання раннього чи пізнього декомпресивного втручання може залежати від таких чинників, як вік і загальний стан здоров'я пацієнта, розмір і місце вогнища інфаркту, бажання близьких пацієнта та інших індивідуальних особливостей. Дуже важливо, щоб медична команда мала змогу ретельно оцінити всі ризики та переваги за кожного клінічного випадку та дати відповідні рекомендації.

Олександр Возняк, представляючи аргументи «проти», зазначив, що метою декомпресивної трепанації черепа насамперед є зниження внутрішньочерепного тиску. Крім того, як підтверджують результати дослідження DESTINY II, таке втручання сприяє поліпшенню мозкового кровотоку та оксигенації мозку (Jüttler et al., 2014).

Проте є дані (зокрема, отримані у дослідженні HAMLET), що декомпресивна гемікраніектомія може призводити до змішаного ефекту через вплив основного захворювання, стан колатерального кровообігу, наявну патологію кровоносних судин і тяжкість ішемічного інсульту (Hofmeijer et al., 2009)

Порівнюючи користь застосування ранньої, іноді превентивної та «відстроченої» (за показаннями щодо прогресування симптомів і відповіді на інші методи лікування) декомпресивної гемікраніектомії, доповідач представив результати окремих досліджень щодо виконання хірургічного втручання та його строків. Так, за результатами дослідження DESTINY II було зроблено висновок: для пацієнтів віком до 80 років, які перенесли злоякісний інсульт у басейні СМА, проведення декомпресивної гемікраніектомії впродовж 48 год після початку інсульту є не лише рятівним методом лікування, а й підвищенням можливості виживання без тяжкої інвалідності (що відповідає показнику за модифікованою шкалою оцінювання інвалідності Ренкіна < 5 балів). Для осіб похилого віку (< 80 років) це втручання може знизити смертність і підвищити шанси вижити без серйозної інвалідності (показник за модифікованою шкалою Ренкіна < 4 балів). Втім, оскільки після операції такі пацієнти, найімовірніше, матимуть ризик розвитку помірно тяжкої інвалідності (показник за модифікованою шкалою Ренкіна = 4 бали), рішення про операцію слід приймати індивідуально і зважено. Результати дослідження продемонстрували обнадійливу перспективу для майбутніх рандомізованих досліджень, які будуть зосереджені на літніх пацієнтах (Zhao et al., 2012).

У межах іншого дослідження було проаналізовано ефективність застосування декомпресивної хірургії для пацієнтів зі злоякісним інфарктом у басейні СМА порівняно зі стандартним медикаментозним лікуванням в осіб віком понад 60 років (за результатами DESTINY II). Гемікраніектомія підвищила виживаність таких пацієнтів (без розвитку тяжкої інвалідності), причому серед тих, хто вижив, 63 % осіб у групі гемікраніектомії підтвердили згоду на лікування ретроспективно. Загалом це свідчить на користь застосування вказаної процедури для пацієнтів згаданої вікової групи (важко стверджувати, що операція не відповідає інтересам пацієнта, якщо він задоволений результатом і «зробив би те саме знову»). Проте з 27 осіб, які вижили в групі застосування гемікраніектомії, лише 11 змогли самостійно підтвердити згоду. Щодо решти 16 — отримано відповідь від найближчих родичів, оскільки вони не могли зробити це самостійно через тяжку афазію або нейропсихологічний дефіцит. Зокрема, показники за модифікованою шкалою Ренкіна лише для 7 % (2 пацієнти) становили 3 бали, а для 25 — 4 або 5 балів (Honeybull et al., 2015).

Аналіз результатів дослідження HAMLET підтвердив, що виконання хірургічної декомпресії протягом 48 год після гострого порушення мозкового кровообігу зменшує летальність і частоту несприятливих результатів у пацієнтів з об'ємними інсультами. Немає доказів того, що це втручання поліпшує функціональний

результат, якщо його відкласти до 96 год після події. Проте через рік і через три роки після гемікраніектомії не виявлено різниці щодо функціональних результатів між пацієнтами, яким провели раннє та пізнє втручання (Hofmeijer et al., 2009). До рандомізованого клінічного дослідження HeADDFIRST за участю 4909 обстежених пацієнтів із інсультом було відібрано 26, у яких після однобічного інфаркту в басейні СМА розвинувся набряк мозку, що відповідав критеріям нейровізуалізації. Учасників розподілили на групи отримання лише медикаментозної терапії та в поєднанні з хірургічним втручанням (гемікраніектомією). Через 21 день смертність пацієнтів у другій групі становила 21 % (3/14) порівняно із 40 % (4/10) — у першій. Хоча це свідчить про сприятливу тенденцію до покращення виживаності за хірургічної декомпресії, через малий розмір вибірки статистичної значущості не досягнуто (p = 0,39). Крім того, через 90 днів у групі медикаментозної терапії не було додаткових смертей, а в групі комбінованого лікування померли ще двоє пацієнтів (5/14), тож загальна смертність становила 36 %. Усі пацієнти, які не відповідали критеріям рандомізації (і отримували медикаментозну терапію), вижили через 21 день (Frank et al., 2014).

На думку доповідача, недоліками, пов'язаними з проведенням ранньої або профілактичної декомпресійної гемікраніектомії є: хірургічний ризик (небезпека інфекцій, кровотечі, застосування загальної анестезії), особливо для осіб похилого віку та з нестабільним станом; неможливість гарантування сприятливого результату; необхідність тривалої реабілітації, часто недоступної для пацієнтів; потенційні ускладнення (набряк мозку, порушення перфузії мозку через «відкритий» череп, гідроцефалія, судоми); зниження якості життя пацієнтів (зазвичай зменшення фізичної активності, емоційні розлади, потреба в постійному догляді та підтримці). Через неможливість передбачити результат хірургічного втручання, приймаючи рішення про його виконання, лікар має брати до уваги такі моменти, як ризик смерті, погіршення якості життя, вік пацієнта, загальний стан його здоров'я, тяжкість інсульту, згода близьких.

Пацієнт, якому заплановано декомпресійну гемікраніектомію, має відповідати таким критеріям: вік 18–60 років; клінічні дефіцити, що вказують на інфаркт у басейні СМА, що відповідає показнику за шкалою тяжкості інсульту Національного інституту охорони здоров'я США (NIHSS) > 15 балів; показник рівня свідомості ≥ 1 бала за пунктом 1А шкали NIHSS; підтверджений даними комп'ютерної томографії інфаркт щонайменше 50 % басейну СМА, із/без додаткового інфаркту в басейні передньої чи задньої мозкової артерії з одного боку, або об'єм вогнища інфаркту > 145 см^3, за даними дифузійно-зваженої магнітно-резонансної томографії; письмова інформована згода пацієнта або його представника.

Крім того, пан Возняк наголосив на необхідності брати до уваги дані щодо різної ефективності застосування декомпресійної гемікраніектомії в країнах із високим і середнім / низьким рівнями доходу. На її ефективність мають вплив показники захворюваності на артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, ожиріння, фібриляція передсердь тощо (вищі в країнах із нижчими доходами); отримання відповідного лікування; рівень оснащення медзакладів та підготовка медичного персоналу тощо.

Підсумовуючи, доповідач зазначив, що як «раннє», так і «пізнє» виконання декомпресійної гемікраніектомії здійснюється за медичними показаннями за перебування пацієнта в стаціонарі, тому слід розглядати причини відстроченого погіршення стану пацієнта з ішемічним інсультом. Через недостатню інформацію щодо «раннього» (профілактичного) втручання та пов'язані з ним потенційні ризики, його не можна рекомендувати для рутинної практики лікування пацієнтів з ішемічним інсультом, особливо в Україні. Рішення щодо виконання декомпресійної гемікраніектомії слід приймати індивідуально, зважаючи на такі чинники, як неефективність інтенсивної терапії, вік і загальний стан пацієнта, тяжкість інсульту, супутні захворювання та деякі соціальні складники.

Уже після жвавої дискусії, до якої долучилися не лише доповідачі, а й слухачі, було проведено повторне голосування. Цього разу голоси розподілилися так: «за» виконання ранньої (профілактичної) декомпресійної гемікраніектомії пацієнтам з інсультом — 17 %; «проти» — 83 %.

Чи притаманна пацієнтам із помірною когнітивною дисфункцією та хворобою Альцгеймера вища частота симптомів посттравматичного стресового розладу, пов'язаних із війною?

Ведучим дебатів на цю тему був **Amos D. Korczyn,** професор неврології та фармакології Медичної школи Тель-Авівського університету (Ізраїль); думку «за» представляла **Ніна Софілканич,** к.мед.н., доцентка кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету (Україна); з аргументами «проти» виступив професор **Михайло Орос**, д.мед.н., завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету (Україна).

Для обговорення було запропоновано таке положення:

ПТСР збільшує ризик розвитку деменції. І навпаки, звіти про випадки описують затримку дебюту ПТСР в осіб, у яких розвивається деменція, що свідчить про складний зв'язок між цими двома станами. Зокрема, пацієнти з когнітивними порушеннями є вразливішою групою населення в умовах війни, але зниження процесу фіксації пам'яті може призвести до зниження частоти ПТСР порівняно з особами зі збереженою пам'яттю.

Як зазначив під час свого вступного слова професор A.D. Korczyn, запропонована тема нагадує обговорення можливого впливу пандемії COVID-19: чи призвела вона до віддалених когнітивних наслідків, які категорії є найвразливішими до такого впливу та ін. Вірусні інфекції можуть бути тригером, але питання — чи виникне в осіб, у яких уже є когнітивні розлади, деменція — лишається відкритим. Є й інші запитання: які пацієнти є вразливішими до наслідків COVID-19? Яку роль відіграють коморбідні стани? За даними досліджень, особи, які мали проблеми з когнітивними функціями, більш схильні до розвитку ПТСР. Тому буде цікаво почути аргументи «за» і «проти» щодо такого судження.

На запитання, винесене на дебати після вступного слова професора A.D. Korczyn, «так» відповіли 70 %, «ні» — 30 %.

Представляючи аргументи на користь того, що пацієнтам із помірною когнітивною дисфункцією та ХА притаманна вища частота симптомів ПТСР, пов'язаних із війною, пані Софілканич зазначила, що поширеність симптомів ПТСР, асоційованого з війною, може бути вищою у тих, хто має історію військової служби, особливо якщо вони брали участь у бойових діях. Військові ветерани, як правило, мають вищий ризик розвитку ПТСР, і цей ризик може зберігатися або посилюватися за когнітивних розладів.

Когнітивним порушенням і ПТСР притаманний спільний нейробіологічний механізм. Наприклад, зміни в гіпокампі та мигдалеподібному тілі, залучені як до зниження когнітивних функцій, так і до розвитку ПТСР, що може підвищувати сприйнятливість до пов'язаних із війною симптомів серед осіб із помірними когнітивними порушеннями та ХА. До того ж за розвитку ПТСР, помірних когнітивних порушень і ХА уражаються спільні провідні нейронні шляхи (Averill et al., 2012).

Як відомо, порушення пам'яті за помірної когнітивної дисфункції та ХА призводить до більш яскравих флешбеків і нав'язливих спогадів про пов'язану з війною травмівну подію, характерну для ПТСР. Це зумовлює тяжчий перебіг останнього (Budson et al., 2006). Окрім того, зниження когнітивних функцій може обмежувати здатність людини ефективно долати травматичні спогади (через порушення механізму подолання стресу на основі контролю емоцій — копінгу). Пацієнтам із помірними когнітивними порушеннями та ХА може бути складніше сприймати та контролювати вплив досвіду війни на прояви емоцій. Когнітивні порушення також обмежують здатність людини використовувати ефективний механізм копінгу, що потенційно може призвести до тяжчих симптомів ПТСР у відповідь на травму, пов'язану з війною (Maercker et al., 2017). В осіб із помірними когнітивними порушеннями може бути підвищена чутливість до стресорів. У пацієнтів із такими порушеннями та ХА можуть помітно виражатися спричинені стресом симптоми ПТСР, пов'язаного з війною (Ouanes et al., 2018).

І помірні когнітивні дисфункції / ХА, і ПТСР можуть призводити до порушення режиму сну. Травма, пов'язана з війною, може поглибити тяжкість порушень сну в пацієнтів із когнітивними порушеннями, погіршуючи загальну симптоматику (Mysliwiec et al., 2014).

Нейрозапалення є загальним чинником як когнітивних розладів, так і ПТСР, оскільки стресори, пов'язані з війною, підсилюють реакцію запалення нейронів (Terrando et al., 2015). Своєю чергою, вплив травматичних подій, спричинених війною, асоціюється з прискореним зниженням когнітивних функцій. У пацієнтів із помірними когнітивними порушеннями та ХА через додатковий тягар симптомів ПТСР може швидше прогресувати когнітивна дисфункція (Yaffe et al., 2010). Діагностування ПТСР в осіб з когнітивними порушеннями, особливо в контексті ХА, може бути доволі складним процесом. Когнітивний дефіцит може чинити вплив на здатність людини повідомляти про власні симптоми, що призводить до хибного визначення. Ознаки когнітивних порушень і ПТСР багато в чому збігаються, зокрема у вигляді проблем із пам'яттю, розладів настрою та змін поведінки, що теж значно утруднює встановлення діагнозу. Особи з когнітивними порушеннями можуть бути вразливішими до впливу травматичних подій через зниження когнітивного резерву. Така особливість може виражатися через підвищену частоту симптомів ПТСР, пов'язаних із війною. Пацієнти з помірною когнітивною дисфункцією та ХА можуть відчувати підвищену настороженість і збудження через власні когнітивні проблеми, що посилюватиме пов'язані з війною симптоми ПТСР (Aupperle et al., 2013).

Пані Софілканич представила дані досліджень, які підтверджують, що пацієнти з когнітивними порушеннями є чутливішими до стресових чинників. Вони часто відчувають соціальну ізоляцію, а через самотність внаслідок цього відбувається посилення емоційного впливу пов'язаних із війною симптомів ПТСР (Zlotnick et al., 2003). До того ж пацієнти з дитячою травмою в анамнезі є сприйнятливішими як до зниження когнітивних функцій, так і до ПТСР. Травма, пов'язана з війною, може виступати додатковим чинником, який збільшує ймовірність розвитку симптомів цього розладу (Cacioppo et al., 2003). Є також дані про те, що зниження когнітивних функцій може відстрочити появу симптомів ПТСР, проте вони будуть тяжчими, а лікувати таких пацієнтів буде складніше (Hoge et al., 2004).

Генетичні чинники також відіграють певну роль у розвитку когнітивних розладів, а також зумовлюють вразливість щодо ПТСР. Як зазначають дослідники, пацієнти з помірними когнітивними порушеннями та ХА можуть мати генетичну схильність до розвитку ПТСР, що робить їх сприйнятливішими до травм, пов'язаних із війною (Koenen et al., 2003). Окрім того, пацієнти з помірними когнітивними порушеннями та ХА можуть мати проблеми з прихильністю до лікування, що призводитиме до загострення симптомів ПТСР, пов'язаних із війною (Gros et al., 2012). Сьогодні є докази зв'язку між ПТСР і погіршенням фізичного здоров'я. Поєднання когнітивних порушень і травми, пов'язаної з війною, прискорює погіршення загального стану здоров'я у пацієнтів із помірними когнітивними розладами та ХА (Pietrzak et al., 2011). Нейродегенеративні процеси в мозку, спричинені травмою, також можуть призводити до посилення ознак ПТСР у цій популяції (Weiner et al., 2012).

Підсумовуючи, пані Софілканич наголосила на важливості проведення додаткових досліджень, які допоможуть зрозуміти конкретні чинники ризику та механізми розвитку пов'язаних із війною симптомів ПТСР в осіб із помірними когнітивними порушеннями та ХА, а також розробити відповідні підходи до ефективного лікування.

Аргументи «проти» представив професор Михайло Орос. Він розпочав свою доповідь з історичного екскурсу. У XXI ст., в епоху технологічного прогресу та зростання, Україна (один із найпрогресивніших і демократичних регіонів світу, що знаходиться майже у центрі Європи) потерпає від широкомасштабного вторгнення Росії. Остання війна в Європі була 80 років тому, відтоді багато чого змінилося, зокрема відбулися трансформації цінностей у суспільстві, з'явилися нові можливості, людство почало стрімкий прогрес. Поняття «війна» поступово відійшло в минуле. Втім, історія, на жаль, повторюється. Головна проблема сучасних конфліктів полягає в тому,

що під час бойових дій страждають не лише військові, а й цивільне населення нашої країни, тобто війна являє собою великий стрес.

ХА — пресенільна атрофічна деменція, нейродегенеративне захворювання, від якого страждає 24,3 млн людей у віці > 65 років (~ 10 % населення світу), є найчастішою причиною деменцій у похилому і старечому віці — її діагностують у 50 % пацієнтів із деменцією. ПТСР — комплекс психічних розладів, що є ознакою дезадаптивного відстроченого чи затяжного реагування на стресові події надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру. Зазвичай ПТСР виникає після латентного періоду, який може варіювати від декількох тижнів (до чотирьох) до місяців (як правило, не більше шести). Для розвитку ПТСР необхідно, щоб людина зазнала дію стресора, який виходить за межі звичайного її досвіду і здатний зумовити дистрес (Watson, 1991). Власне, ХА має чіткі морфологічні ознаки, чого не скажеш про ПТСР. Нині найімовірнішою причиною ХА вважають порушення метаболізму білка — попередника амілоїду, що призводить до каскаду метаболічних порушень, зокрема до гіперфосфорилювання білка тау. Щодо ПТСР, то для підтвердження цього діагнозу натепер не встановлено чітких морфологічних ознак. Пан Орос навів дані, згідно з якими не у всіх потерпілих, які пережили травму, розвивається ПТСР: лише у 20 % дорослих (8 % чоловіків і 20 % жінок), 30 % дітей. Свого часу через те, що цей симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, було запропоновано визначати його як самостійний синдром. Група авторів розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань, а пізніше (практично без змін) — для Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (Horowitz et al., 1980). Найчастіше ПТСР розвивається в тих осіб, хто пережив природні катаклізми, став жертвою злочинів, зазнав стресу від війни чи пережив зґвалтування (Kassier et al., 1995).

Чинниками ризику розвитку ПТСР є молодий вік на момент травми, попередні психічні розлади, зловживання психоактивними речовинами, історія травматичних подій; претравматичні — жіноча стать, низький соціально-економічний статус, низький рівень освіти та інтелекту; перитравматичні / травматичні — тяжка травма, бойова чи міжособистісна (як-от вбивство іншої особи, катування, зґвалтування), висока передбачувана загроза життю; посттравматичні — недостатність соціальної підтримки, значна втрата ресурсів тощо (VA/DoDCIinical PracticeOuideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Strws Disorder, 2017).

Як зазначив доповідач, будь-яке зіткнення з травматичними подіями може спричинити сильний стрес, в умовах якого нервова система людини реагує збудженням, внаслідок чого вивільняються гормони (як-от норадреналін), необхідні для того щоб вона швидше зорієнтувалась і відреагувала на загрозу. Найбільше збуджується мигдалеподібне тіло, яке відіграє дуже важливу роль у швидких реакціях на небезпеку. У нормі після припинення дії травмувальних чинників нервове збудження згасає завдяки дії інших гормонів (як-от кортизолу) і нервова система та весь організм людини повертається до свого звичного функціонування. Однак в осіб із ПТСР нервова система не повертається до норми та продовжує перебувати у стані збудження. Гормони далі виробляються, що впливає на виникнення та підтримання таких симптомів, як збудливість, агресивність, тривожність тощо.

Будь-які нагадування про травматичну подію призводять до зростання збудження та повертають людину знову до ситуації травми, провокуючи нав'язливі спогади і підвищення рівня тривоги. У разі активації мигдалеподібного тіла префронтальна кора головного мозку, яка відповідає за логічне опрацювання інформації та прийняття зважених рішень, втрачає активність. Тобто людина втрачає здатність ясно мислити і продовжує реагувати так, ніби небезпека і досі наявна в її житті.

Пан Орос детально представив відмінності між імпліцитною (первинною) та експліцитною пам'яттю. Так, імпліцитна пам'ять наявна у людини від народження впродовж усього життя; відповідає за створення нейрональних ланцюгів і генерацію первинного сприйняття емоцій і формування поведінкових реакцій; не потребує свідомої уваги, є автоматичною; охоплює перцептивну, емоційну, поведінкову і тілесну пам'ять; регулюється мигдалеподібним тілом. Експліцитна — пов'язана з дозріванням певних структур мозку і розвитком мовлення; реалізується зокрема через лобну кору і гіпокамп; охоплює фактичну та автобіографічну пам'ять; потребує свідомої уваги; піддається активній реорганізації під час життя; важливу роль у її формуванні відіграє гіпокамп, долучається також лобна кора. За даними досліджень, розвиток ПТСР пов'язаний із надмірною активністю та гіпертрофією мигдалини. Водночас на ранніх стадіях ХА, навпаки, спостерігається гіпотрофія мигдалеподібно-гіпокампального комплексу (Stephane et al., 2011, 2017).

Основними симптомами ПТСР є: порушення сну; патологічні спогади; нездатність згадати деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); надзбудження (неадекватна надмобілізація). До вторинних симптомів ПТСР належать: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення «его»-функціонування тощо (Ломакін, 2012).

За помірної деменції виразнішими стають такі порушення пам'яті, як нездатність опанування нових знань і запам'ятовування поточних подій, відтворення минулих знань і накопиченого досвіду. Грубо порушуються функції інтелекту, спостерігаються труднощі з аналітико-синтетичною діяльністю, порушення мовлення, праксису, гнозису й оптико-просторової діяльності.

На завершення доповіді пан Орос представив дані дослідження, результати якого засвідчили, що черепно-мозкова травма та/або ПТСР не пов'язані з підвищенням рівня біомаркерів ХА. Погіршення когнітивного статусу військових ветеранів, на думку авторів, може бути наслідком супутніх патологій (Weiner et al., 2022). Наразі бракує доказів, які б підтверджували зв'язок між когнітивними порушеннями, ХА та ПТСР.

Після проведеної дискусії відбулося повторне голосування, під час якого на запитання, винесене на дебати, «так» відповіли 36 %, «ні» — 64 %.

Підготувала ***Наталія Купко***