

A. B. Pezyu

СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА РАННІХ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБЕКТОМІЮ ТРОМБОТИЧНОЇ ОКЛЮЗІЇ

A. V. Regush

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF EARLY AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WHO UNDERWENT THROMBOTIC OCCLUSION THROMBECTOMY

Ключові слова: ішемічний інсульт, тривога, депресія, нейрохірургія, психіатрія

Key words: ischemic stroke, anxiety, depression, neurosurgery, psychiatry

Дослідження присвячено аналізу суб'єктивної оцінки афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранній постінсультний період.

Мета: визначити профіль та фактори ризику ранніх афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії.

Протягом 2023—2024 років, на базі Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (Київ, Україна), проведено проспективне дослідження 96 хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії. Через 7 днів після проведеного оперативного втручання здійснено аналіз профілю наявних афективних порушень із використанням діагностичних інструментів для самодіагностики: Шкали Альмана для визначення манії (ASRM) та Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS); отримані дані були зіставленні з анамнестичними відомостями, даними неврологічного обстеження (за шкалою NIHSS) та нейровізуалізації (шкала ASPECTS).

Визначено, що для обраного контингенту хворих характерні легкі та помірні показники тривоги та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики, а також порушення регуляції емоцій у вигляді нетримання афекту. На ризик виникнення та тяжкість афективних порушень у цих хворих впливають тяжкість інсульту та глибина ушкоджень структур головного мозку.

Контингент хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, має ряд особливостей, які визначають специфічні механізми формування вторинних психічних розладів та обумовлюють актуальність подальших досліджень.

The study is devoted to the analysis of the subjective assessment of affective disorders in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion in the early post-stroke period.

Study objective: to determine the profile and risk factors of early affective disorders in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion.

During 2023—2024, a prospective study of 96 patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion was conducted at the Center for Roentgen Endovascular Neurosurgery of the Kyiv City Clinical Hospital No. 1 (Kyiv, Ukraine). 7 days after the surgery, an analysis of the profile of existing affective disorders was performed by using self-diagnostic tools: The Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); the obtained data were compared with anamnestic information, neurological examination data (NIHSS scale) and neuroimaging (ASPECTS scale).

It was found that the selected cohort of patients is characterized by mild and moderate rates of anxiety and depression, low rates of manic symptoms, as well as impaired emotion regulation in the form of affect incontinence. The risk of occurrence and severity of affective disorders in these patients is influenced by the severity of the stroke and the depth of brain damage.

The cohort of patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion has a number of features that determine specific mechanisms for the formation of secondary mental disorders and determine the relevance of further research.

На фоні підвищення поширеності ішемічного інсульту (II), у тому числі серед осіб працездатного віку, актуальним залишається питання не лише його раннього попередження, а і постінсультної реабілітації та відновлення. Загальновідомо, що наявні вторинні психічні прояви, які виступають у ролі наслідків II, суттєво погіршують якість життя хворих та несприятливо впливають на прогноз виникнення повторних мозкових катастроф [1; 2].

Чинний сьогодні в Україні стандарт надання медичної допомоги хворим, які перенесли мозковий

інсульт, визначає перелік таких наслідків: постінсультна депресія, судинні когнітивні порушення та відчуття втоми або знесилення після інсульту. Автори документа вказують, що понад 30 % хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, виявляють депресивні ознаки клінічного рівня вираженості, крім цього поширеність та тяжкість депресивних симптомів варіює залежно від наявності афективних порушень в анамнезі, тяжкості інсульту та неврологічного дефекту, а також часу, який минув з моменту мозкової катастрофи [1]. Постінсультна депресія суттєво обтяжує процес реабілітації, оскільки

ки асоціюється із нижчими показниками клінічного відновлення, погіршенням когнітивних здібностей, зниженням соціального функціонування, збільшенням ризику розвинення стійкої непрацездатності та смертності [3; 4].

Виокремлюють ряд загальних проявів пост-інсультної депресії: стійке зниження настрою із вираженим ангедонічним компонентом, сильне зниження апетиту та зменшення маси тіла, порушення сну у формі частих нічних пробуджень та неможливості заснути ввечері, відчуття втоми, зниження концентрації уваги, думки самоприниження та самозвинувачення, суїцидальні наміри та, в окремих випадках, парадоксальне психомоторне збудження [2; 5].

Окремі автори наголошують, що хворі на пост-інсультну депресію часто виявляють супутні тривожні та апатичні прояви, які інколи виходять на перше місце у клінічній картині. Прояви тривожних розладів у хворих, які перенесли ІІ, найчастіше описують у вигляді страху перекласти вагу власного тіла на уражену кінцівку із униканням рухів нею, переживання через думку оточуючих людей, як незнайомих так і близького оточення, із відчуттям сорому через прояви неврологічного дефекту і, як наслідок, уникання соціальних контактів [6; 7].

В актуальній літературі бракує досліджень щодо впливу проведення механічної тромбектомії на ризик виникнення та особливості клінічних проявів психічних наслідків ІІ.

Мета дослідження: визначити профіль та фактори ризику ранніх афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії.

Протягом 2023—2024 років проведено проспективне дослідження контингенту пацієнтів Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (Київ, Україна). Первинний контингент становили 160 хворих, з яких для подальших досліджень, із застосуванням критеріїв виключення, було відібрано 96 пацієнтів. Середній вік обстеженого контингенту становив $70,2 \pm 10,8$ років, за гендерною структурою переважали жінки — 61 (63,5 %), проти 35 (36,5 %) чоловіків. Дослідження проводили у ранній пост-інсультний період (через 7 днів після проведення оперативного втручання з приводу екстракції тромботичної оклюзії). Під час дослідження використано фізикальний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи. Фізикальний метод досліджування полягав у проведенні неврологічного дослідження з оцінкою стану хворих за Шкалою тяжкості інсульту Національного інституту здоров'я США (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS). Крім цього проведено якісне топографічне оцінювання ураження структур головного мозку, що виявляють на комп'ютерній томографії (КТ) за програмою Alberta для оцінки ранніх КТ змін при інсульті (Alberta Stroke Program Early CT score, ASPECTS). Психодіагностичний метод

був реалізований за допомогою використання Шкали Альмана для визначення манії (Altman self-rating mania scale — ASRM, E. G. Altman et al., 1997) та Госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, за Б. В. Михайловим та ін., 2014) — діагностичних інструментів, які ґрунтуються на самостійній, суб'єктивній оцінці вираженості наявних афективних порушень. Статистичний аналіз та оцінювання даних здійснені з використанням стандартних пакетів прикладної програми Microsoft Office Excel 2016.

Визначено вираженість ранніх афективних порушень у хворих сформованого контингенту дослідження. Зокрема, суб'єктивний середньогруповий показник вираженості тривоги сягав $12,7 \pm 3,3$ балів за HADS; 27 (28,1 %) хворих виявляли тривожні прояви субклінічного рівня вираженості, у 69 (71,9 %) хворих тривога сягала клінічного рівня. Тривожні прояви у сформованого контингенту хворих клінічно проявлялись у формі страху повторного інсульту, тривожного очікування погіршення стану, проблемами із засинанням, через неможливість зупинити плин неприємних думок, униканням рухів у кінцівках, які були уражені неврологічним дефектом, пошуком підтримки від близького оточення, страхом залишатись наодинці, у деяких випадках — приступами паніки.

Окремо оцінено вираженість депресивних проявів у сформованого контингенту хворих. Суб'єктивний середньогруповий показник вираженості депресії сягав $10,7 \pm 2,4$ балів (за HADS); 43 (44,8 %) хворих виявляли депресивні прояви субклінічного рівня вираженості, у 53 (55,2 %) хворих депресія сягала клінічного рівня. Психопатологічні прояви депресивного спектра у сформованого контингенту хворих клінічно проявлялись у формі стійкого настрою туги, ідей самозвинувачення, песимістичного сприйняття власного майбутнього, зниження апетиту, відмови від їжі та стрімкого зниження маси тіла, порушень сну у вигляді ранніх ранкових пробуджень у поєднанні із відчуттям сонливості удень, інколи — відстороненістю від своїх близьких із негативістичним ставленням до їхніх уваги та допомоги, соціальною алієнацією, фіксацією на власних хворобливих переживаннях.

Додатково оцінено вираженість маніоформної симптоматики у досліджуваних хворих. За результатами суб'єктивної оцінки із використанням опитувальника ASRM хворі виявляли низькі показники вираженості психопатологічної симптоматики маніакального спектра — середньогруповий показник сягав $1,14 \pm 0,49$ балів. Загалом, за результатами самозвіту, маніоформна симптоматика не була типова для хворих цього контингенту; в окремих випадках повідомлялось про короткотривалі епізоди змішаного афективного стану, коли депресивний афект поєднувався із психомоторним збудженням, гнівливим настроєм та плаксивістю, що свідчить про

порушення регуляції емоцій в рамках органічного симптомокомплексу.

Надалі, з метою визначення факторів ризику виникнення афективних порушень у ранній постінсультний період, було проведено кореляційний аналіз між віком, статтю, показниками тяжкості інсульту за шкалами NIHSS та ASPECTS, а також вираженістю тривожної, депресивної та маніакальної симптоматики (таблиця).

Результати кореляційного аналізу між соціально-демографічними й клінічними показниками та вираженістю афективних симптомів

Фактор	Спектр афективних порушень		
	тривога, <i>r</i>	депресія, <i>r</i>	манія, <i>r</i>
Вік	+0,12	+0,01	-0,07
Час з моменту мозкової катастрофи до оперативного втручання	-0,22	-0,13	+0,08
Показники за шкалою NIHSS	+0,11	+0,62*	+0,05
Показники за шкалою ASPECT	-0,16	-0,36*	-0,08

Примітка: * — $p < 0,05$

Оскільки стать хворих є якісним показником, з метою визначення впливу цього фактору формування афективних порушень у обраного контингенту хворих було визначено діагностичний поріг для проявів тривоги та депресії на рівні ≥ 11 балів за шкалою HADS, а для проявів манії — ≥ 5 балів за шкалою ASRM.

Таким способом було визначено, що стать та вік хворих не впливають на вираженість їх суб'єктивного сприйняття афективних порушень у ранній постінсультний період ($p > 0,05$) та їх не можна вважати фактором ризику. Між показником часу, який минув від мозкової катастрофи до механічної тромбектомії, та вираженістю психопатологічної симптоматики тривожного спектра виявлений зворотній зв'язок, якій сягав рівня тенденції.

Крім цього визначено прямий кореляційний зв'язок помітної сили між тяжкістю інсульту за шкалою NIHSS та вираженістю депресивної симптоматики ($r = +0,62$; $p < 0,05$) за шкалою HADS. Зворотній кореляційний зв'язок помітної сили визначено між показниками шкали ASPECTS та досліджуваними депресивними проявами ($r = -0,36$; $p < 0,05$). Між досліджуваними факторами та вираженістю психопатологічної симптоматики маніакального спектра не визначено кореляційних зв'язків достатнього рівня достовірності ($p > 0,05$), через її незначну представленість у сформованій вибірці. Додатково було визначено прямий кореляційний зв'язок помітної сили ($r = +0,36$; $p < 0,05$) між вираженістю тривожної та депресивної симптоматики за HADS.

Через брак актуальних літературних джерел, які присвячені проблемі клінічного наповнення

та факторів ризику формування афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, порівняння отриманих в процесі дослідження даних із висновками інших авторів є частковим. Зокрема, численні дослідження підтверджують істотну поширеність афективних порушень, а саме тривожних та депресивних розладів, у хворих, які перенесли ІІ; серед факторів ризику їх виникнення найчастіше називають тяжкість інсульту та глибину органічного ураження мозку, що повністю відповідає даним, отриманим в процесі дослідження [1; 3; 6]. Відсутність суттєвого впливу на розвиток афективних порушень у обраного контингенту дослідження факторів стать, вік та час, який минув від мозкової катастрофи до оперативного втручання, не мали суттєвого впливу на розвиток афективних порушень через особливості вибірки. Описані в актуальній літературі дані частково відповідають результатами проведеного дослідження.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Визначено профіль афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранньому постінсультному періоді: для них були характерні легкі та помірні показники тривоги та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики та порушення регуляції емоції у вигляді нетримання афекту.

На ризик виникнення та тяжкість афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранньому постінсультному періоді впливають тяжкість інсульту та глибина ушкоджень структур головного мозку. Тривожна та депресивна симптоматика у обраного контингенту хворих перебувають у синергізмі, взаємно посилюючи одна одну.

Список літератури

1. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 27.06.2023 р. № 1163. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ34906>.
2. Robinson R. G. Post-Stroke Depression: A Review / R. G. Robinson, R. E. Jorge // Am J Psychiatry. 2016. Vol. 173 (3). P. 221—231. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363.
3. Neuropsychiatric issues after stroke: Clinical significance and therapeutic implications / Zhang, S., Xu, M., Liu, Z. J. [et al.] // World J Psychiatry. 2020. Vol. 10 (6). P. 125—138. DOI: 10.5498/wjp.v10.i6.125.
4. Post-stroke depression: A 2020 updated review / [Me-deiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R.] // Gen Hosp Psychiatry. 2020. Vol. 66. P. 70—80. DOI: 10.1016/j.genhosp-psych.2020.06.011.
5. Manning K. J. Poststroke Depression and Apathy: Why Should We Care? / K. J. Manning, W. D. Taylor // Am J Geriatr Psychiatry. 2020. Vol. 28 (11). P. 1210—1212. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.03.005.

6. Factors Associated with Poststroke Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis / Wright F., Wu S., Chun H. Y., & Mead G.] // *Stroke Res Treat.* 2017. Vol. 2017. DOI: 10.1155/2017/2124743.

7. Rafsten L. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis/ L. Rafsten, A. Danielsson, K. S. Sunnerhagen // *J Rehabil Med.* 2018. Vol. 50 (9). P. 769—778. DOI: 10.2340/16501977-2384.

References

1. Order of the Ministry of Health of Ukraine about the approval of the Medical Care Standard "Cognitive and psychological disorders after a stroke" on 27 June 2023, № 1167. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ34906>. [in Ukrainian].

2. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry.* 2016 Mar 1;173(3):221-31. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363. Epub 2015 Dec 18. PMID: 26684921.

3. Zhang S, Xu M, Liu ZJ, Feng J, Ma Y. Neuropsychiatric issues after stroke: Clinical significance and therapeutic implications. *World J Psychiatry.* 2020 Jun 19;10(6):125-138. doi: 10.5498/wjp.v10.i6.125. PMID: 32742946; PMCID: PMC7360525.

4. Medeiros, Gustavo & Roy, Durga & Kontos, Nicholas & Beach, Scott. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry.* 66. 10.1016/j.genhosp-psych.2020.06.011.

5. Manning KJ, Taylor WD. Poststroke Depression and Apathy: Why Should We Care? *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020 Nov;28(11):1210-1212. doi: 10.1016/j.jagp.2020.03.005. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32303404.

6. Wright F, Wu S, Chun HY, Mead G. Factors Associated with Poststroke Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke Res Treat.* 2017;2017:2124743. doi: 10.1155/2017/2124743. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28321357; PMCID: PMC5340955.

7. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med.* 2018 Sep 28;50(9):769-778. doi: 10.2340/16501977-2384. PMID: 30184240.

Надійшла до редакції 30.10.2024

РЕГУШ Андрій Васильович, кандидат медичних наук, керівник Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії Комуніального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 1», Київ, Україна; <https://orcid.org/0009-0000-6679-6767>; e-mail: aregusch@gmail.com

REGUSH Andriy, MD, PhD, Head of the Center of X-ray endovascular neurosurgery of the Kyiv City Clinical Hospital No. 1, Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0000-6679-6767>; e-mail: aregusch@gmail.com