

A. B. Pezyu

**РАННІ АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПІСЛЯ ТРОМБЕКТОМІЇ ТРОМБОТИЧНОЇ ОКЛЮЗІЇ:
ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА**

A. V. Rehus

**EARLY AFFECTIVE DISORDERS AFTER THROMBECTOMY FOR THROMBOTIC OCCLUSION:
AN OBJECTIVE ASSESSMENT**

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

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

Робота присвячена об'єктивному оцінюванню порушень афективної сфери у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранній післяопераційний період.

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. Визначення особливостей афективної сфери здійснювали через 7 днів після проведення оперативного втручання з приводу екстракції тромботичної оклюзії — із використанням Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, за G. S. Brass та ін., 1994), Шкали Гамільтона для оцінки депресії (The Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, за Б. В. Михайловим та ін., 2014) та Оціночної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young та ін., 1978); отримані результати були зіставлені з даними анамнезу та оцінкою тяжкості інсульту за шкалами NIHSS та ASPECTS.

Об'єктивізовано спектр та вираженість афективних порушень у хворих обраного контингенту, зокрема визначено, що для них характерні помірні та виражені прояви тривоги та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики, змішані (атипові) афективні стани, відносна рідкість скарг на свій емоційний стан, що зумовлено, по-перше, неспроможністю до адекватної самостійної оцінки власного стану та, по-друге, коротким періодом від мозкової катастрофи до оцінювання афективної сфери.

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

The work is devoted to the objective assessment of affective disorders in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion in the early postoperative period.

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). The determination of the features of the affective sphere took place 7 days after surgical intervention for the extraction of thrombotic occlusion using The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS); the results obtained in this way were compared with the anamnesis data and the assessment of stroke severity using the NIHSS and ASPECTS scales.

The spectrum and severity of affective disorders in the selected contingent of patients were objectified, in particular, it was determined that they are characterized by moderate and severe manifestations of anxiety and depression, low rates of manic symptoms, mixed (atypical) affective states, and a relative rarity of complaints about their emotional state, which is due, firstly, to the inability to adequately assess their own condition independently and, secondly, to the short period from the brain accident to the assessment of the affective sphere.

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.

Ішемічний інсульт (ІІ), як і раніше, займає провідні позиції серед причин смертності та стійких порушень повсякденного функціонування населення всіх країн. За різними даними, після перенесеного порушення мозкового кровообігу виражена інвалідність розвивається у 20—25 % хворих і близько 35 % зберігають помірну інвалідність. Україна не лише не є винятком, вона — лідер за цим показником:

щороку близько 100—110 тис. жителів нашої країни вперше переносять ІІ [1; 2]. Окрім рухових, мовленевих та когнітивних порушень у хворих, які перенесли ІІ, часто розвиваються різні психоемоційні порушення, як-от депресія, тривога, астения, апатія та негативізм, рідше — маніформні прояви [3; 4].

Бурчинський С. Г. (2022) провів аналіз актуальних літературних даних щодо психіатричних наслідків ІІ, зокрема депресивного розладу. Автор наголошує, що депресивні порушення в рамках постінсультного

стану мають ряд відмінностей: в окремих випадках буває складно правильно оцінити ті чи ті прояви у клінічній картині хворого як суто депресивні, оскільки деякі симптоми II семіотично схожі на такі при депресії, це створює підґрунтя для хибної діагностики цього стану; депресивні прояви у хворих, що перенесли II, як правило, аранжують неврологічні та когнітивні розлади, що суттєво обтяжує їх перебіг; виражені прояви депресії можуть впливати на сенсомоторні прояви інсульту, як правило, обтяжуючи їх [5].

На фоні великої кількості наукових досліджень, що зосереджено навколо питання постінсультної депресії, істотно контрастує недостатня представленість робіт, що присвячені тривожним розладам після II. Окремі автори зазначають, що поширеність останніх лише трохи поступається постінсультній депресії та може змінюватись згодом: протягом першого місяця після інсульту тривожні прояви клінічного рівня виявляються у 20 % випадків, протягом перших 6 місяців — в середньому у 23 %, після 6 місяців — у понад 24 %; перші ознаки тривожного розладу можуть бути виявлені вже протягом перших двох тижнів після II. Наявність клінічно вираженої тривоги у перші три місяці після інсульту визначає якість життя протягом наступних 10 років [6; 7].

У сучасних літературних джерелах, що присвячені вивченню афективних порушень у хворих, які перенесли механічну тромбектомію в рамках екстреної терапії II, обстеження ґрунтуються на об'єктивних методах психодіагностики.

Мета дослідження: об'єктивізувати спектр та вираженість афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранній післяопераційний період.

Протягом 2023—2024 років проведено проспективне дослідження контингенту пацієнтів Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (Київ, Україна). З первинного контингенту чисельністю 160 хворих, із застосуванням критеріїв виключення, було сформовано основну групу (ОГ) кількістю 96 пацієнтів. Середній вік пацієнтів ОГ становив $70,2 \pm 10,8$ років. Гендерна структура контингенту ОГ була такою: 61 (63,5 %) жінка та 35 (36,5 %) чоловіків. Визначення особливостей афективної сфери здійснювали у ранній післяопераційний період — через 7 днів після проведення оперативного втручання з приводу екстракції тромботичної оклюзії. Для досягнення мети застосовано фізикальний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи досліджування. Фізикальний метод був реалізований проведенням загального неврологічного дослідження, зокрема, із оціненням стану хворих за Шкалою тяжкості інсульту Національного інституту здоров'я США (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS). Крім цього проведено якісну топографічну оцінку ураження структур головного мозку, що виявляються під час комп'ютерної томографії (КТ) за програмою Alberta для оцінки ранніх КТ змін

при інсульті (Alberta Stroke Program Early CT score, ASPECTS). Психодіагностичний метод був реалізований використанням Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, за G. S. Bruss та ін., 1994), Шкали Гамільтона для оцінки депресії (The Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, за Б. В. Михайловим та ін., 2014) та Оціночної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young та ін., 1978) — діагностичного інструментарію, призначеного для використання спеціалістом у сфері ментального здоров'я та об'єктивної оцінки 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 досліджуваних хворих: об'єктивний середньогруповий показник вираженості тривоги становив $20,3 \pm 3,5$ балів (за HARS); 21 (21,9 %) хворий виявляв тривожні прояви субклінічного рівня вираженості (0—17 балів); у абсолютної більшості обстежуваних ОГ — 63 (65,6 %) хворих — тривога сягала помірного рівня вираженості (18—24 бали); 12 (12,5 %) хворих виявляли психопатологічну симптоматику тривожного спектра вираженого ступеня (≥ 25 балів).

Зовнішні ознаки тривоги, помітні для об'єктивної оцінки, у хворих ОГ клінічно проявлялись тремором кінцівок, який не був пов'язаний із наявним неврологічним дефектом та варіював у своїй інтенсивності залежно від актуального емоційного стану, появою нових страхів (темряви, самотності або навпаки скупчення людей тощо), нічними пробудженнями та наступним відчуттям напруги, яке унеможливило повторне засинання, підвищенням серцебиття, пітливістю, блідістю шкіри, відчуттям сухості у роті (частими ковтаннями слини), підвищенням частоти дихання та «невротичними» зітханнями, тремором у голосі та фіксованістю на негативному сприйнятті майбутнього.

Варто відзначити, що в процесі оцінювання об'єктивних проявів тривоги у обраного контингенту хворих виявлено ряд соматосенсорних проявів, як-то: підвищення м'язового тону та чутливості, а також пов'язаних із ними відчуття болю, поколювання, напруги, дзвону у вухах, порушення зору, «приливи» тощо, оцінка яких потребує диференціальної діагностики за критерієм походження — психогенне чи неврологічне.

Також оцінено вираженість депресивних проявів у сформованого контингенту хворих: об'єктивний середньогруповий показник вираженості депресії за шкалою HDRS сягав $15,5 \pm 3,0$ бали; клінічні прояви депресії не сягали клінічно значущого рівня (0—7 балів) лише у 1 (1,0 %) хворого ОГ; у 19 (19,8 %) хворих депресивні прояви сягали легкого рівня вираженості (8—13 балів); у абсолютної більшості обстежуваних ОГ, а саме у 65 (67,7 %) хворих депресивні прояви сягали середнього рівня вираженості (14—18 балів); тяжкий рівень депресивних порушень виявлений

у 10 (10,4 %) хворих ОГ (19—22 бали); у 1 (1,0 %) хворого виявлені депресивні прояви дуже тяжкого рівня (≥ 23 бали).

Психопатологічна симптоматика депресивного спектра у пацієнтів ОГ мала ряд клінічних особливостей, зокрема, була представлена збідненням мімічних реакцій із переважанням афекту туги та страждання, маскоподібним виразом обличчя, метушливістю пантомімічних реакцій у формі заламування рук, перебирання пальцями (руки з неврологічним дефектом) волосся та постільної білизни або одягу, загальною психомоторною загальмованістю, яка, в окремих випадках, сягала рівня ступору із зниженням вербального контакту та елементами негативізму, думками самоприниження та самозвинувачення у тому, що сталося, відчуттям марності подальшого життя, відсутністю планів на майбутнє, катастрофізацією власного актуального стану, поодинокими випадками суїцидальних тенденцій, порушеннями сну з неможливістю заснути та систематичними пробудженнями у ранні ранкові години, зниженням апетиту.

Варто відзначити відносну рідкість скарг на відчуття зниженого настрою серед сформованого контингенту, що зумовлено, по-перше, неспроможністю до адекватної самостійної оцінки власного емоційного стану та, по-друге, коротким періодом від мозкової катастрофи до оцінювання афективної сфери.

Додатково оцінено вираженість маніоформної симптоматики у хворих ОГ у ранній післяопераційний період. За результатами об'єктивної оцінки із використанням опитувальника YMRS хворі виявляли низькі показники вираженості психопатологічної симптоматики вказаного спектра (0—12 балів) — середньогруповий показник сягав $6,4 \pm 1,0$ балів. Клінічні прояви психопатологічної симптоматики маніакального спектра вичерпувались поодинокими випадками змішаних афективних станів, коли маніакальна семіотика спостерігалась в структурі депресивного афекту та проявлялась у атипичних клінічних формах вказаних проявів, а саме: психомоторного збудження на фоні ізольованого депресивного або депресивно-гнівливого емоційного стану, коли пацієнти намагались самостійно встати з ліжка та залишити палату/відділення, виявляли агресію до медичного персоналу та/або свого близького оточення, не виявляючи достатнього рівня критики до свого стану.

Окремо було визначено та проаналізовано кореляційні зв'язки між факторами вік, стать, показники тяжкості інсульту за шкалами NIHSS та ASPECTS, а також вираженістю наявної психопатологічної симптоматики тривожного, депресивного та маніакального спектра з обчисленням коефіцієнта кореляції r (таблиця), що дало змогу сформулювати уявлення щодо об'єктивних факторів ризику виникнення психіатричних наслідків у ранній післяопераційний період у хворих, які перенесли тромбемію тромботичної оклюзії.

Кореляційний аналіз вираженості афективних порушень у ранньому післяопераційному періоді

Фактор	Спектр афективних порушень		
	тривога	депресія	манія
Вік	+0,13	-0,04	+0,16
Час з моменту мозкової катастрофи до оперативного втручання	-0,2	-0,07	+0,08
Показники за шкалою NIHSS	+0,01	+0,54*	+0,22
Показники за шкалою ASPECT	-0,14	-0,31*	-0,09

Примітка: * — $p < 0,05$

Оскільки стать хворих є якісним показником, з метою вивчення впливу цього фактору формування афективних порушень у обраного контингенту хворих, встановлено діагностичний поріг для проявів тривоги на рівні ≥ 18 за шкалою HARS, депресії — ≥ 14 балів за шкалою HDRS, а для проявів манії — ≥ 13 балів за шкалою YMRS.

Таким способом було визначено, що стать та вік хворих не впливають на вираженість їх суб'єктивного сприйняття афективних порушень у ранній післяопераційний період ($p > 0,05$) та не можуть вважатися фактором ризику. Між показником тяжкості інсульту за шкалою NIHSS та вираженістю психопатологічної симптоматики маніакального спектра виявлено прямий зв'язок, який не був статистично значущий та сягав рівня тенденції.

Крім цього визначено прямий кореляційний зв'язок помітної сили між тяжкістю інсульту за шкалою NIHSS та вираженістю депресивної симптоматики ($r = +0,54$; $p < 0,05$) за шкалою HDRS. Зворотний кореляційний зв'язок помітної сили визначено між показниками шкали ASPECTS та досліджуваними депресивними проявами ($r = -0,31$; $p < 0,05$). 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.

Варто зазначити, що афективні порушення, як ранні психіатричні наслідки у хворих, які перенесли тромбемію тромботичної оклюзії, є дуже специфічним предметом досліджування, тому актуальних літературних даних на цю тему — недостатньо. Відповідно до цього, найбільш доцільним є порівняння отриманих в процесі дослідження даних із висновками інших авторів, які присвятили свої роботи аналізу афективних порушень в рамках наслідків перенесеного ІІ. Зокрема, отримані дані щодо істотної поширеності афективних порушень у хворих обраного контингенту дослідження повністю підтверджують результати численних досліджень інших авторів. Також деякі автори серед факторів ризику формування зазначених порушень виокремлюють тяжкість ІІ та глибину морфологічних змін у структурі головного мозку, що повністю відповідає даним проведеного дослідження [1; 2; 5]. Поширена думка

інших авторів щодо суттєвого впливу певних факторів, як-от вік, стать та час, що минув від початку II до оперативного втручання, на розвиток афективних порушень у ранньому післяопераційному періоді не відповідає висновкам, що були отримані в процесі проведеного дослідження, що пояснюється особливостями вибірки обраного контингенту хворих.

Отже, сформулюємо основні висновки:

Визначено об'єктивний профіль афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранньому післяопераційному періоді: їм були притаманні переважно помірні та важкі показники тривоги та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики та поодинокі випадки змішаних афективних станів.

На ризик виникнення та тяжкість афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранньому післяопераційному періоді впливають тяжкість інсульту та глибина ушкоджень структур головного мозку, тим часом як вік, стать та час, який минув від моменту початку ішемічного інсульту до оперативного втручання, не мають суттєвого впливу на виникнення вказаної симптоматики.

Список літератури

1. Robinson R. G., Jorge R. E., Starkstein S. E. Poststroke Depression: An Update // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2024. Vol. 36, Issue 1. P. 22—35. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.21090231.
2. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 27.06.2023 р. № 1163 // *НейроNews*. 2023. № 7 (143). С. 39—48. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7\(143\)/nn23_7-143_all.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7(143)/nn23_7-143_all.pdf).
3. Manning K. J., Taylor W. D. Poststroke Depression and Apathy: Why Should We Care? // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020. № 28 (11). P. 1210-1212. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.03.005.
4. Post-stroke depression: A 2020 updated review / [Medeiros G. C., Roy D., Kontos N., Beach S. R.] // *Gen Hosp Psychiatry*. 2020. Vol. 66. P. 70—80. DOI: 10.1016/j.genhospsych.2020.06.011.
5. Бурчинський С. Г. Можливості фармакотерапії постінсультної депресії: новий погляд на стару проблему // *International neurological journal*. 2023. Т. 18, № 7. С. 35—40. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.7.2022.977>.
6. 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.

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

References

1. Robinson, R. G., Jorge, R. E., & Starkstein, S. E. (2024). Poststroke Depression: An Update. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 36(1), 22–35. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.21090231>.
2. 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, No. 1163. (2023). *NeuroNews*, 7(143), 39–48. [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7\(143\)/nn23_7-143_all.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7(143)/nn23_7-143_all.pdf). (In Ukrainian).
3. Manning, K. J., & Taylor, W. D. (2020). Poststroke Depression and Apathy: Why Should We Care? *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1210–1212. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.03.005>.
4. Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General hospital psychiatry*, 66, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.genhospsych.2020.06.011>.
5. Burchynskyi, S. (2023). Options of pharmacotherapy for post-stroke depression: a new look at an old problem. *International Neurological Journal*, 18(7), 35–40. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.7.2022.977>. (In Ukrainian).
6. Zhang, S., Xu, M., Liu, Z. J., Feng, J., & Ma, Y. (2020). Neuropsychiatric issues after stroke: Clinical significance and therapeutic implications. *World journal of psychiatry*, 10(6), 125–138. <https://doi.org/10.5498/wjp.v10.i6.125>.
7. Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(9), 769–778. <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>.

Надійшла до редакції 13.12.2024

РЕГУШ Андрій Васильович, кандидат медичних наук, керівник Центру рентгеновазкулярної нейрохірургії Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня № 1», м. 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 Public non-profit enterprise "Kyiv City Clinical Hospital No. 1", Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0000-6679-6767>; e-mail: aregusch@gmail.com