

А. В. Регуш

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

А. V. Regush

**LONG-TERM AFFECTIVE DISORDERS AFTER THROMBECTOMY FOR THROMBOTIC OCCLUSION:
AN OBJECTIVE ASSESSMENT**

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

У роботі проведено аналіз афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у віддаленому післяопераційному періоді.

Мета: визначити особливості афективної сфери у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії.

У період з 2023 по 2024 рр. на базі Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (Київ, Україна), проведено проспективне дослідження 96 хворих, які перенесли ішемічний інсульт та хірургічне втручання з приводу тромбектомії тромботичної оклюзії. Визначення особливостей афективної сфери хворих сформованого контингенту відбувалось, зокрема, у віддаленому післяопераційному періоді — через 30—35 днів після хірургічного втручання — з використанням Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, Г. С. Брусс 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, Р. К. Янг та ін., 1978); отримані результати були зіставлені з даними анамнезу та оцінкою тяжкості інсульту за шкалами NIHSS та ASPECTS.

Об'єктивізовано вираженість та визначено клінічне наповнення афективних порушень у обраного контингенту хворих: їм були притаманні переважно високі показники тривоги та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики та поодинокі випадки змішаних афективних станів, інтенсивність яких коливалась протягом доби, наповненість семіотикою психоорганічного регістру, що свідчить про переважання ролі дефекту центральної нервової системи в етіопатогенезі досліджуваних явищ.

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

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

The study presents an analysis of affective disorders in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion during the remote postoperative period.

Objective: to determine the specific features of the affective sphere in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion.

Between 2023 and 2024, a prospective study was conducted at the Center of Endovascular Neurosurgery of the Kyiv City Clinical Hospital No. 1 (Kyiv, Ukraine), involving 96 patients who had experienced ischemic stroke and subsequently underwent surgical thrombectomy for thrombotic occlusion. The assessment of affective sphere characteristics in the selected cohort was carried out, in particular, during the remote postoperative period (30–35 days after surgery) using the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS, G. S. Bruss et al., 1994), the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS, B. V. Mykhailov et al., 2014), and the Young Mania Rating Scale (YMRS, R. C. Young et al., 1978). The obtained results were compared with patients' medical history data and stroke severity assessment according to the NIHSS and ASPECTS scales.

The severity and clinical manifestations of affective disorders in the selected cohort of patients were objectified and determined: they were predominantly characterized by high levels of anxiety and depression, low levels of manic symptomatology, and isolated cases of mixed affective states, the intensity of which fluctuated throughout the day. These conditions were marked by semiotic features of the psycho-organic register, indicating the predominant role of central nervous system impairment in the etiopathogenesis of the observed phenomena.

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) залишається однією з провідних причин смертності та інвалідизації у світі та в Україні. Незважаючи на значний розвиток у сфері його лікування, зокрема впровадження механічної тромбектомії як «золотого стандарту» для віднов-

лення церебральної перфузії у хворих із великим оклюзійним ураженням судин, проблема віддалених наслідків ІІ і далі залишається однією з ключових медико-соціальних проблем. Сучасна клінічна практика зосереджена переважно на відновленні неврологічних функцій та запобіганні рецидивам, тоді як психіатричні наслідки, афективні порушення

зокрема, часто залишаються поза належною увагою практикуючих лікарів [1—3].

Постінсультна депресія та тривожні розлади формуються у значної частки пацієнтів і є одним з головних чинників, що знижують якість життя, уповільнюють когнітивне та функціональне відновлення, підвищують ризик повторних серцево-судинних подій та смертності. Згідно з даними світових досліджень, депресивні розлади виникають у 30—40 % хворих після ІІ, тривожні розлади — у 20—25 %. Водночас в Україні немає систематизованих даних щодо поширеності та особливостей перебігу віддалених афективних порушень у пацієнтів, які перенесли ІІ із проведенням тромбектомії [4—6].

Важливо зазначити, що механічна тромбектомія, як високотехнологічне втручання, суттєво підвищує шанси на виживання та функціональне відновлення, проте зумовлює появу нової категорії пацієнтів, які живуть із наслідками перенесеного інсульту тривалий час. Це зумовлює потребу в глибокому вивченні психоемоційного стану саме цього контингенту хворих. Виявлення предикторів розвитку депресії та тривоги, а також розроблення системи ранньої діагностики і профілактики є неодмінними умовами підвищення ефективності реабілітаційних програм.

Отже, вивчення віддалених афективних порушень у хворих після ІІ та механічної тромбектомії є вкрай актуальним завданням сучасної медицини. Отримані результати здатні не лише розширити наукове розуміння патогенезу постінсультних психічних розладів, але й сприяти створенню комплексних мультидисциплінарних підходів до curaції пацієнтів, що забезпечить підвищення якості життя та соціального функціонування цієї групи.

Мета дослідження — визначити особливості афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у пізній післяопераційний період.

У 2023—2025 рр. проведено проспективне дослідження пацієнтів Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» та відділення рентгеноваскулярної нейрохірургії ДУ «Головний медичний клінічний центр МВС України» (м. Київ, Україна). Із початкової вибірки, що налічувала 160 хворих, після застосування критеріїв виключення сформовано основну групу (ОГ), яка включала 96 хворих. Середній вік учасників ОГ становив $70,2 \pm 10,8$ років. Гендерний розподіл був таким: 61 (63,5 %) жінка та 35 (36,5 %) чоловіків. Стан афективної сфери оцінювали в віддаленому післяопераційному періоді — на 30—35 день після тромбектомії. Для реалізації мети дослідження використано комплекс методів: фізикальний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний. Фізикальний метод передбачав проведення загального неврологічного обстеження, зокрема визначення тяжкості інсульту за Шкалою Національного інституту здоров'я США (NIHSS). Додатково здійснено якісну топографічну оцінку ура-

жень головного мозку за допомогою комп'ютерної томографії із використанням шкали Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS). Психодіагностичний метод реалізований застосуванням валідованих клінічних інструментів: Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (HARS; Г. С. Брусс та ін., 1994), Шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS; Б. В. Михайлов та ін., 2014) та Шкали манії Янга (YMRS; Р. К. Янг та ін., 1978). Використаний психодіагностичний інструментарій дав змогу об'єктивно оцінити наявність і вираженість афективних порушень.

Статистичне оброблення отриманих результатів та аналіз даних здійснювали з використанням стандартних інструментів програмного забезпечення Microsoft Office Excel 2016.

За результатами проведеного дослідження визначено тяжкість віддалених афективних порушень у обраного контингенту хворих. Серед хворих ОГ середній показник тривоги за шкалою HARS становив $23,1 \pm 3,8$ балів. Варто зазначити, що кількість хворих, які виявляли психопатологічну симптоматику тривожного спектра субклінічного рівня вираженості (0—17 балів), сягала 7 (7,3 %) хворих, помірний рівень вираженості (18—24 бали) досліджуваних проявів виявлений у 52 (54,2 %) хворих; значна кількість хворих ОГ демонструвала виражені (≥ 25 балів) прояви тривоги — 37 (38,5 %) хворих.

У клінічній площині досліджені об'єктивні прояви тривоги, що демонстрували хворі ОГ у віддаленому післяопераційному періоді, виявлено ряд особливостей, зокрема, залежність їх інтенсивності від часу доби: тремор кінцівок, специфічні страхи (темряви, самотності або навпаки перебування у кімнаті із великою кількістю людей), а також різноманітні соматоформні еквіваленти тривожного афекту (тахікардія, пітливість, відчуття холоду або жару, блідість або почервоніння шкірних покривів тощо) мали тенденцію до інтенсифікації у вечірні години; наявні психопатологічні переживання не були специфічними — хворий, не відчуваючи помітних проявів тривоги на самоті вранці, виявляв напливи тривожних іпохондричних думок, перебуваючи на самоті у вечірні години, наступного дня фабула та обставини виникнення тривожних переживань змінювалась, на відміну від часу їх виникнення.

Надалі було визначено тяжкість психопатологічної симптоматики депресивного спектра. Зокрема, середній показник вираженості депресії у хворих ОГ за шкалою HDRS становив $19,7 \pm 3,4$ бали. Варто зазначити, що абсолютно всі хворі сформованої групи демонстрували прояви депресії клінічно значущого рівня: у 4 (4,2 %) хворих депресивна симптоматика сягала легкого рівня (8—13 балів) своєї вираженості; 29 (30,2 %) хворих виявляли досліджувані прояви середнього (помірного) рівня вираженості; більшість хворих ОГ виявляла депресивні прояви важкого рівня (19—22 бали) — 41 (42,7 %) хворий; емоційний стан 22 (22,9 %) хворих оцінений як депресивний вкрай важкого рівня (≥ 23 бали).

Клінічні прояви виявлених порушень депресивного спектра були представлені переважно «класичними» проявами з переважанням моторного компонента: на фоні депресивного моноїдеїзму з переважанням фабули самоприпинення, звинувачування та нігілізму, із загальним зниженням швидкості плин асоціацій, значного вираження набувало зниження швидкості та амплітуди довільних рухів, що часто сягало рівня ступору.

Для виявлених депресивних психопатологічних проявів були характерні специфічні коливання протягом доби: їх пік припадав на ранкові години, незначне послаблення, що відзначалось у вечірній час, було «удаваним», оскільки виражене психомоторне гальмування депресивного генезу не зменшувалось, а лише доповнювалось стимулюючим афектом тривоги або манії. Формування таких атипичних станів супроводжувалось актуалізацією суїцидальних переживань із думками про марність та нестерпність подальшого життя.

Також проведено дослідження вираженості та клінічного наповнення симптоматики маніакального спектра. Виявлено, що у віддаленому післяопераційному періоді середній показник вираженості зазначених проявів у хворих ОГ за шкалою YMRS сягав $4,4 \pm 1,9$ балів, що відповідає низькому рівню. На клінічному рівні наявні психопатологічні прояви, які були оцінені як маніакальні, проявлялись у вигляді станів нецілеспрямованого психомоторного збудження, що виникало переважно у вечірні години на фоні вираженого депресивного афекту (туги), тривоги, фрагментарної дезорієнтації у часі та просторі, а також супроводжувалось зниженням критичного осмислення ситуації.

Також проведено визначення впливу таких показників: вік, стать, показники тяжкості інсульту за шкалами NIHSS та ASPECTS на вираженість досліджуваного спектра афективних порушень. Отримані дані дали змогу розширити уявлення щодо об'єктивних чинників ризику формування афективних порушень у віддаленому післяопераційному періоді у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії. Результати кореляційного аналізу впливу кількісних показників на віддалені психіатричні наслідки у хворих ОГ наведено у таблиці.

Кореляційний аналіз вираженості афективних порушень у віддаленому післяопераційному періоді

Фактор	Спектр афективних порушень		
	тривога	депресія	манія
Вік	-0,05	-0,01	-0,01
Час з моменту мозкової катастрофи до оперативного втручання	-0,07	-0,03	+0,18
Показники за шкалою NIHSS	+0,18	+0,62*	+0,1
Показники за шкалою ASPECT	-0,07	-0,29*	-0,21*

Примітки. Вираженість афективних порушень наведено у вигляді сили кореляційних зв'язків r ; * — різниці достовірні ($p < 0,05$)

Для визначення кореляційних зв'язків між віддаленими психіатричними наслідками тромбектомії тромботичної оклюзії в афективній сфері із якісними показниками (стать), обрано діагностичний поріг для кожного із досліджуваних проявів: для тривоги на рівні ≥ 18 за шкалою HARS, депресії — ≥ 14 балів за шкалою HDRS, а для маніакальних проявів — ≥ 13 балів за шкалою YMRS.

Таким способом визначено, що деякі чинники, як-от стать, вік хворих та час, який минув з моменту мозкової катастрофи до оперативного втручання, не впливають на вираженість психічних порушень в афективній сфері на віддаленому етапі після проведеного хірургічного лікування ($p > 0,05$).

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 HDRS. Зворотний кореляційний зв'язок слабкої сили визначено між показниками шкали ASPECTS та досліджуваними депресивними ($r = -0,29$; $p < 0,05$) та маніакальними ($r = -0,21$; $p < 0,05$) проявами. Виявлені кореляційні зв'язки між вираженістю депресивних і маніакальних проявів та об'ємом ураження тканин головного мозку на віддаленому етапі післяопераційного відновлення хворих ОГ свідчать про переважання органічного дефекту центральної нервової системи як основного чинника етіопатогенезу досліджуваних психіатричних наслідків.

Слід наголосити, що афективні розлади як віддалені психіатричні наслідки у хворих після тромбектомії тромботичної оклюзії становлять досить специфічний напрям дослідження, тому кількість актуальних літературних джерел з цієї проблеми є обмеженою. У зв'язку з цим найбільш виправданим є зіставлення отриманих результатів із даними інших авторів, які аналізували афективні порушення в контексті наслідків перенесеного ІІ. Наприклад, виявлена у досліджуваного контингенту висока поширеність афективних розладів повністю узгоджується з висновками численних наукових праць. До того ж частина авторів серед провідних чинників ризику розвитку таких порушень виокремлює тяжкість ІІ та вираженість морфологічних змін у структурах головного мозку, що цілком збігається з отриманими результатами [1; 2; 7]. Водночас поширена серед дослідників думка про істотний вплив віку, статі та інтервалу часу від початку ІІ до оперативного втручання на формування афективних порушень у віддаленому післяопераційному періоді не знайшла підтвердження в нашому дослідженні, що, ймовірно, зумовлено специфікою вибірки обраної групи хворих.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

1. Об'єктивізовано вираженість та визначено клінічне наповнення афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у віддаленому післяопераційному періоді: їм були притаманні переважно високі показники тривоги

та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики та поодинокі випадки змішаних афективних станів, інтенсивність яких коливалась протягом доби.

2. На ризик виникнення та тяжкість афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у віддаленому післяопераційному періоді впливали тяжкість інсульту та глибина ушкоджень структур головного мозку, тоді як вік, стать та час, який минув від моменту початку ішемічного інсульту до оперативного втручання, не мали суттєвого впливу на виникнення зазначеної симптоматики.

3. Виявлені закономірності між тяжкістю афективних порушень та глибиною ушкоджень структур головного мозку разом із встановленими клінічними особливостями досліджуваних проявів, які наповнені семіотикою психоорганічного регістру, свідчать про переважання ролі дефекту центральної нервової системи у етіопатогенезі досліджуваних психіатричних наслідків.

Список літератури

1. Hoertel N. Poststroke depression and major depressive disorder: the same or separate disorders? / N. Hoertel, F. Limosin. *International psychogeriatrics*. 2020. No. 32 (11). P. 1279—1281. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610220000368>
2. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 27.06.2023 р. № 1167 // *НейроNews*. 2023. № 7 (143). С. 39—48.
3. Post-Stroke Depression and Cognitive Aging: A Multicenter, Prospective Cohort Study / Shin M., Sohn M. K., Lee J. [et al.] // *Journal of Personalized Medicine*. 2022. No. 12 (3). P. 389. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm12030389>
4. Post-stroke depression: A 2020 updated review / Medeiros G. C., Roy D., Kontos N. [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry*. 2020. No. 66. P. 70—80. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.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. Albert P. R. Is poststroke depression the same as major depression? // *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2018. No. 43 (2). P. 76—78. DOI: <https://doi.org/10.1503/jpn.180015>
7. Rafsten L. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis / L. Rafsten, A. Danielsson, K. S. Sunnerhagen // *J Rehabil Med*. 2018. No. 50 (9). P. 769—778. DOI: [10.2340/16501977-2384](https://doi.org/10.2340/16501977-2384)

References

1. Hoertel N., & Limosin, F. Poststroke depression and major depressive disorder: the same or separate disorders?. *International psychogeriatrics*. 2020;32(11):1279–1281. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000368>
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. 1167. *NeuroNews*. 2023;7(143):39–48. (In Ukrainian).
3. Shin M, Sohn MK, Lee J, Kim DY, Shin Y-I, Oh G-J, Lee Y-S, Joo MC, Lee SY, Song M-K, et al. Post-Stroke Depression and Cognitive Aging: A Multicenter, Prospective Cohort Study. *Journal of Personalized Medicine*. 2022;12(3):389. <https://doi.org/10.3390/jpm12030389>
4. Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:70–80. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011>
5. Burchynskyi S. Options of pharmacotherapy for post-stroke depression: a new look at an old problem. *International neurological journal*. 2023;18(7):35–40. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.7.2022.977>. (In Ukrainian).
6. Albert PR. Is poststroke depression the same as major depression? *J Psychiatry Neurosci*. 2018;43(2):76–78. doi:10.1503/jpn.180015
7. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 2018;50(9):769–778. doi:10.2340/16501977-2384

Надійшла до редакції 8.09.2025

РЕГУШ Андрій Васильович, кандидат медичних наук, завідувач відділення рентгеноваскулярної нейрохірургії Державної установи «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України»; м. Київ, Україна; <https://orcid.org/0009-0000-6679-6767>; e-mail: aregusch@gmail.com

REGUSH Andriy, MD, PhD, Head of the Department of X-ray Endovascular Neurosurgery of the State Institution "Main Medical Clinical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine"; Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0000-6679-6767>; e-mail: aregusch@gmail.com