

А. В. Регуш

ВІДДАЛЕНІ ПСИХІАТРИЧНІ НАСЛІДКИ ТРОМБЕКТОМІЇ ТРОМБОТИЧНОЇ ОКЛЮЗІЇ

A. V. Regush

LONG-TERM PSYCHIATRIC CONSEQUENCES OF MECHANICAL THROMBECTOMY FOR THROMBOTIC OCCLUSION

Ключові слова: ішемічний інсульт, механічна тромбектомія, психіатрія, депресія, тривога

Keywords: ischemic stroke, mechanical thrombectomy, psychiatry, depression, anxiety

Мета — встановити віддалені психіатричні наслідки тромбектомії тромботичної оклюзії.

У 2022—2025 рр. проведено проспективне дослідження 129 пацієнтів Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (м. Київ, Україна) та відділення рентгеноваскулярної нейрохірургії Державної установи «Головний медичний клінічний центр МВС України» (м. Київ, Україна). Середній вік учасників дослідження становив $68,4 \pm 11,4$ років. Оцінювання вираженості психіатричних наслідків проведено в віддаленому післяопераційному періоді — на 30—35 день після тромбектомії. Для реалізації мети дослідження використано комплекс методів: анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний. Психодіагностичний метод реалізований застосуванням Симптоматичного опитувальника Леонарда Дерогатиса (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, за С. Дембіцьким та Ю. Середою, 2015).

Дослідження виявило переважання сомато-афективного компонента в структурі дистресу. Найвищі рівні вираженості («сильно» та «дуже сильно») зафіксовано за шкалами соматизації (98,4 % пацієнтів), тривожності (92,2 %) та депресії (89,1 %). Клінічно це проявлялося іпохондричною фіксацією на тілесних відчуттях, вітальною тривожністю зі страхом рецидиву інсульту та «кризою усвідомлення» з депресивним афектом і апатією. Глобальний індекс тяжкості дистресу свідчив про значну тяжкість стану у 74,4 % обстежених.

Встановлено, що віддалені психіатричні наслідки тромбектомії характеризуються формуванням «посттромбектомічного дистрес-синдрому» із сомато-афективною домінантою. Провідними клінічними ознаками є гіперпильність до соматичних сигналів, страх повторної судинної катастрофи та зниження реабілітаційної мотивації. Обґрунтовано потребу впровадження персоналізованої системи психокорекції, адаптованої до індивідуального профілю дистресу.

Objective. To establish the long-term psychiatric consequences of mechanical thrombectomy for thrombotic occlusion.

A prospective study of 129 patients was conducted between 2022 and 2025 at the Center of Interventional Neuroradiology of the Municipal Non-Profit Enterprise "Kyiv City Clinical Hospital No. 1" (Kyiv, Ukraine) and the Department of Interventional Neuroradiology of the State Institution "Main Medical Clinical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine" (Kyiv, Ukraine). The mean age of the participants was 68.4 ± 11.4 years. The assessment of psychiatric outcomes was performed during the late postoperative period, specifically on the 30th–35th day following thrombectomy. To achieve the study's objective, a comprehensive methodology was employed: anamnesic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, and statistical methods. The psychodiagnostic method was implemented using the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) by Leonard Derogatis (as adapted by S. Dembitskyi and Yu. Sereda, 2015).

The study revealed a predominance of the somato-affective component within the structure of psychological distress. The highest severity levels ("severe" and "very severe") were recorded on the scales of somatization (98.4 % of patients), anxiety (92.2 %), and depression (89.1 %). Clinically, these manifestations included hypochondriacal fixation on bodily sensations, vital anxiety centered on the fear of stroke recurrence, and a "crisis of awareness" accompanied by depressive affect and apathy. The Global Severity Index indicated a significant severity of the condition in 74.4 % of the examined patients.

It was established that the long-term psychiatric consequences of thrombectomy are characterized by the formation of "post-thrombectomy distress syndrome" with a somato-affective dominance. The primary clinical features include hypervigilance toward somatic signals, fear of a recurrent vascular catastrophe, and decreased rehabilitation motivation. The results justify the necessity of implementing a personalized psychocorrection system tailored to the individual distress profile.

Сучасний етап розвитку ангіоневрології характеризується значним прогресом у лікуванні гострого ішемічного інсульту, де впровадження методів механічної тромбектомії стало «золотим

стандартом» ревазуляризації при оклюзії великих церебральних артерій. Попри високу технічну ефективність процедури у відновленні кровотоку, клінічні наслідки для пацієнтів не обмежуються лише соматичним та неврологічним дефіцитом. Особливої

ваги набуває вивчення віддалених психіатричних наслідків, які часто залишаються поза увагою клініцистів на етапі гострої реабілітації [1—4].

Період 30—35 днів після перенесеного ішемічного інсульту та оперативного втручання є критичним перехідним етапом. Саме в цей час завершується фаза гострого стресу та починається формування стійких психопатологічних станів, як-от постінсультний депресивний розлад, генералізована тривога та когнітивне зниження. Специфіка механічної тромбектомії — поєднання тяжкої ішемії, ризику реперфузійного пошкодження та самого факту екстреної операції — створює унікальний патофізіологічний та психологічний фон. Дані літератури свідчать, що навіть за умов успішної реканалізації, пацієнти нерідко демонструють високий рівень афективних порушень, що суттєво знижує комплаєнтність до подальшого лікування та уповільнює нейропластичні процеси [3—6].

Наукова актуальність цього дослідження зумовлена потребою раннього виявлення психічних розладів у пацієнтів після оперативного втручання. Розуміння структури психічного стану через місяць після втручання дасть змогу розробити персоналізовані стратегії психосоціальної підтримки. Це, своєю чергою, сприятиме не лише фізичному відновленню, а й повноцінній соціальній інтеграції хворих, зменшуючи тягар інвалідизації, пов'язаної з ментальним здоров'ям.

Мета дослідження — встановити віддалені психіатричні наслідки тромбектомії тромботичної оклюзії.

У 2022—2025 рр. проведено проспективне дослідження пацієнтів Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (м. Київ, Україна) та відділення рентгеноваскулярної нейрохірургії Державної установи

«Головний медичний клінічний центр МВС України» (м. Київ, Україна). Із початкової вибірки, що налічувала 196 хворих, після застосування критеріїв виключення сформовано основну групу (ОГ), яка включала 129 пацієнтів. Середній вік учасників ОГ становив $68,4 \pm 11,4$ років. Гендерний розподіл був таким: 82 (63,6 %) жінки та 47 (36,4 %) чоловіків. Оцінювання вираженості психіатричних наслідків проведено в віддаленому післяопераційному періоді — на 30—35 день після тромбектомії. Для реалізації мети дослідження використано комплекс методів: анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний. Психодіагностичний метод реалізований застосуванням Симптоматичного опитувальника Леонарда Дерогатиса (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, за С. Дембіцьким та Ю. Середою, 2015) [7].

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

Проведено дослідження вираженості психопатологічних проявів у пацієнтів ОГ з використанням SCL-90-R. Дані, отримані за кожним виміром вказаної діагностичної шкали в діапазоні 0—4 балів, є неметричними (псевдокількісними). Це обмежує можливість прямого включення їх у статистичний аналіз, що базується на припущенні про безперервність розподілу. З метою подальшого коректного порівняння досліджуваних явищ отримані якісні показники були переведені у кількісні залежно від вираженості психопатологічних проявів: пацієнти з показником від 0 до 1,0 балів віднесені до категорії «трохи», з середнім балом від 1,1 до 2,0 — до категорії «помірно», від 2,1 до 3,0 — до категорії «сильно», а від 3,1 до 4,0 — до категорії «дуже сильно» (відповідно до формулювань за С. Дембіцьким та Ю. Середою, 2015).

Розподіл пацієнтів ОГ залежно від вираженості психопатологічних проявів у вимірах SCL-90-R

Вимір SCL-90-R	Кількість пацієнтів за рівнем вираженості психопатологічних проявів			
	0—1,0 — «трохи»	1,1—2,0 — «помірно»	2,1—3,0 — «сильно»	3,1—4,0 — «дуже сильно»
Соматизація (SOM)	—	2	87	40
Обсесивно-компульсивний розлад (O-C)	12	75	35	7
Міжособистісна чутливість (I-S)	19	71	37	2
Депресія (DEP)	—	14	78	37
Тривожність (ANX)	1	9	70	49
Ворожість (HOS)	14	86	27	2
Фобічна тривожність (PHOB)	5	48	69	7
Параноїдальні ідеї (PAR)	30	56	38	5
Психотизм (PSY)	92	34	3	—
Глобальний індекс тяжкості дистресу (GSI)	8	25	72	24

Психопатологічні прояви спектра Соматизації (SOM) найменшого рівня вираженості (0—1,0 бал) не виявлені у пацієнтів ОГ; у 2 (1,6 %) пацієнтів виявлені зазначені порушення помірного рівня вираженості (1,1—2,0 бали); найчастіше вираженість таких психопатологічних проявів сягала сильного рівня вираженості (2,1—3,0 бали) — 87 (67,4 %) пацієнтів; дуже сильний рівень вираженості зазначених проявів продемонстрували 40 (31,0 %) пацієнтів ОГ. Клінічно такі порушення проявлялись у формі фіксації на соматичних відчуттях та тілесному дискомфорту: пацієнти виявляли скарги, які не могли бути пов'язані з об'єктивним неврологічним дефіцитом, як-то м'язовий біль, парестезії, запаморочення та відчуття «важкості» у тілі; пацієнти були схильні інтерпретувати будь-які соматичні відчуття як ознаку можливого ускладнення, що створює підґрунтя для іпохондричної фіксації.

Показники за шкалою Депресії (DEP) найменшого рівня вираженості також не зафіксовані у жодного пацієнта; помірний рівень (1,1—2,0 бали) спостерігався лише у 14 (10,9 %) осіб. Натомість переважна більшість пацієнтів ОГ продемонструвала сильний — 78 (60,5 %) та дуже сильний — 37 (28,7 %) рівні депресивної симптоматики. У клінічних проявах превалювали почуття безнадії щодо повного одужання, зниження інтересу до лікувальних та реабілітаційних заходів, порушення сну у формі необґрунтованих ранніх пробудження та постійна втомлюваність; вказані порушення часто посилювалися відчуттям контрасту між «магічним порятунком» у перші години (успішним проведенням тромбектомії) та усвідомленням потреби тривалої праці для відновлення функцій у віддаленому періоді.

Аналогічна тенденція простежується за виміром Тривожності (ANX), де лише 1 (0,8 %) пацієнт мав низький рівень проявів; сильний та дуже сильний рівні сукупно охопили 92,2 % вибірки (70 та 49 осіб відповідно), що свідчить про переважання афективного компонента в структурі клінічних проявів на 30—35 добу після втручання. Вказані психопатологічні прояви мали ознаки вітальної тривоги, в центрі структури якої був страх повторного інсульту; пацієнти виявляли відчуття внутрішнього напруження, тремору, прискореного серцебиття та інші соматичні еквіваленти тривоги у разі найменшого фізичного навантаження або навіть згадування про обставини мозкової катастрофи; також пацієнти виявляли ознаки гіперпильності — вони мали надмірну настороженість до будь-яких змін у самопочутті, що набували іпохондричних інтерпретацій.

У структурі obsесивно-компульсивних проявів (O-C) переважав помірний рівень вираженості — 75 (58,1 %) пацієнтів, тоді як сильний рівень виявлено у 35 (27,1 %) пацієнтів. Щодо Фобічної тривожності (PHOB), то тут більшість пацієнтів продемонструвала сильний рівень — 69 (53,5 %) пацієнтів, що може бути пов'язано зі страхом повторного

інсульту у разі фізичної активності. На клінічному рівні зазначені порушення проявлялись у вигляді скарг на «туман у голові», труднощі із зосередженням та неможливість швидко перемикається між завданнями. Пацієнти відзначали потребу перевіряти свої дії (наприклад, чи випили вони ліки) та нав'язливі думки про подробиці перенесеної операції, що відображає зниження когнітивного контролю внаслідок ішемічного ураження; часто пацієнти повідомляли про «застрягання» думок депресивної валентності — наявність повторюваних думок самоприниження та самозвинувачування, думок щодо марності продовження лікування та життя в цілому, що свідчить про синергізм психопатологічних симптомів депресивного та obsесивно-компульсивного вимірів. Крім того пацієнти виявляли страх залишитися наодинці або виходити за межі лікарні/дому, оскільки боялися, що у разі повторного ішемічного інсульту їм не встигнуть надати ефективну допомогу.

За даними вимірів Міжособистісної чутливості (I-S) та Ворожості (HOS), більшість пацієнтів ОГ мали помірний рівень вираженості симптомів — 71 (55,0 %) та 86 (66,7 %) осіб відповідно. Сильний рівень цих порушень фіксувався рідше (28,7 % для I-S та 20,9 % для HOS), що свідчить про відносну збереженість соціальної адаптації як порівняти з емоційними порушеннями. У клінічній картині зазначені порушення набували форми почуття меншовартості та незручності, коли пацієнти відчували себе «тягарем» для родини, гостро реагували на погляди чи зауваження оточення щодо їхніх рухових обмежень або зміненої мови/міміки. Це призводило до двох тенденцій: по-перше, до уникнення соціальних контактів навіть у разі задовільного фізичного відновлення, а по-друге, до ворожого ставлення до уваги з боку близьких; пацієнти часто були схильні втрачати самоконтроль, демонструючи спалахи роздратування на медичний персонал або близьких через незначні дрібниці, що додатково свідчить про зниження гальмівних процесів у ЦНС.

Найменш вираженими у пацієнтів після механічної тромбектомії виявилися симптоми Психотизму (PSY): у 92 (71,3 %) осіб зафіксовано рівень «трохи», а дуже сильний рівень не виявлений у жодного пацієнта. Вимір Параноїдальних ідей (PAR) продемонстрував змішану картину: у 56 (43,4 %) пацієнтів виявлено помірний рівень, а у 30 (23,3 %) — найменший. Клінічно ці порушення проявлялись у формі переконань, що оточення (медичний персонал та близькі) приділяють замало уваги, що підсилювалось почуттям соціальної ізоляції та відчуженості, за словами пацієнтів — «світ (люди навколо) наче змінився після хвороби».

Узагальнювальний показник — Глобальний індекс тяжкості дистресу (GSI) — підтверджує загальну тяжкість стану обстежених: у 72 (55,8 %) пацієнтів ОГ рівень дистресу оцінено як сильний, а у 24 (18,6 %) — як дуже сильний.

Результати проведеного за допомогою опитувальника SCL-90-R дослідження демонструють складну архітектуру психологічного дистресу у пацієнтів. Основний акцент зміщується з гострого виживання на тривалу адаптацію до зміненого соматичного стану. Виявлені високі рівні Соматизації (SOM) та Трижовності (ANX) свідчать про формування специфічного стану «гіперпильності». Будь-яку фізіологічну зміну (коливання артеріального тиску, серцебиття) інтерпретували як ознаку рецидиву («страх повторного інсульту»). Це цілком узгоджується з даними інших досліджень, у яких зазначено, що перший місяць після інсульту є піковим для формування іпохондричних реакцій, навіть у разі мінімального неврологічного дефіциту. Високі показники за шкалою Депресії (DEP) у пацієнтів досліджуваного контингенту відображають етап, який ми називаємо «кризою усвідомлення». Якщо в перші дні після операції пацієнти відчували «ейфорію порятунку», то через місяць вони стикаються з реальністю тривалої реабілітації. Успішна операція відновила кровотік, але не повертає пацієнта миттєво до попереднього соціального статусу. Це створює когнітивний дисонанс, який маніфестує депресивною симптоматикою, про що неодноразово згадують в актуальних літературних джерелах [1; 3; 8].

Встановлено та описано віддалені психіатричні наслідки тромбектомії тромботичної оклюзії. Клінічна картина пацієнтів досліджуваного контингенту визначалася специфічним «посттромбектомічним дистрес-синдромом» із сомато-афективною домінантою: провідним є поєднання масивної соматизації (гіперфіксація на тілесних відчуттях), вітального страху рецидиву інсульту та депресивний афект з апатією та «застряганням» відповідних думок, зниженням реабілітаційної мотивації.

Перспективою подальших досліджень є розроблення персоніфікованої системи психокорекції, адаптованої до індивідуального профілю дистресу за шкалою SCL-90-R. Впровадження такого підходу дасть змогу оптимізувати психологічне відновлення та значно підвищити якість життя пацієнтів, які перенесли механічну тромбектомію.

Список літератури / References

1. McCarthy DJ, Diaz A, Sheinberg DL, et al. Long-Term Outcomes of Mechanical Thrombectomy for Stroke: A Meta-Analysis. *Scientific World Journal*. 2019;2019:7403104. Published 2019 May 2. doi:10.1155/2019/7403104

2. Cagnazzo F, Derraz I, Dargazanli C, et al. Mechanical thrombectomy in patients with acute ischemic stroke and ASPECTS ≤ 6 : a meta-analysis. *J Neurointerv Surg*. 2020;12(4):350-355. doi:10.1136/neurintsurg-2019-015237

3. Zhang S, Wang A, Zhu W, Qiu Z, Zhang Z. Meta-analysis of risk factors associated with suicidal ideation after stroke. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;21(1):1. Published 2022 Jan 5. doi:10.1186/s12991-021-00378-8

4. Регуш А. В. Актуальний стан проблеми психіатричних та психосоціальних наслідків механічної тромбектомії у хворих, які перенесли ішемічний інсульт // Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, вип. 2 (119). С. 66—74. Rehush A. V. [Current status of the problem of psychiatric and psychosocial consequences of mechanical thrombectomy in patients who have suffered ischemic stroke]. *Ukrains'kij visnik psihonevrologii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2024;32(2):66-74. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-11>. (In Ukrainian).

5. Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:70-80. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.06.011

6. Yang F, Zhang P. Prevalence and Predictive factors of Post-Stroke Depression in Patients with Acute Cerebral Infarction. *Alpha Psychiatry*. 2024;25(5):592-597. Published 2024 Sep 1. doi:10.5152/alphapsychiatry.2024.231381

7. Дембіцький С., Середа Ю. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідація в Україні // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. 2015. № 4. С. 40—71. Dembitskiy, S., & Sereda, Yu. Simptomatičnij opituval'nik Leonarda Derogatisa (SCL-90-R): validizaciâ v Ukraïni [Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R): validation in Ukraine]. *Sociologîâ: teoriâ, metodi, marketing [Sociology: theory, methods, marketing]*. 2015;(4):40-71. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm_2015_4_5. (In Ukrainian).

8. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry*. 2016;173(3):221-231. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15030363

Надійшла до редакції 7.04.2026

Схвалено до друку 14.04.2026

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