

Віддалені афективні порушення після тромбектомії тромботичної оклюзії: порівняльний аналіз суб'єктивної та об'єктивної симптоматики

Андрій Регуш

Державна установа «Головний медичний клінічний центр МВС України»

Маріанна Маркова

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Робота присвячена порівнянню суб'єктивної та об'єктивної оцінки віддалених афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії.

Мета. Визначити особливості самосприйняття та фактичної наявності й вираженості афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у віддалений післяопераційний період.

Матеріали та методи. Протягом 2023-2024 років, на базі Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня №1» (Київ, Україна), було проведено проспективне дослідження 96 хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії. Дослідження віддалених психіатричних наслідків відбувалось на 30-35 день після оперативного втручання, з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів дослідження. Об'єктивна оцінка афективної сфери хворих була проведена із 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). Також, було використано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, за Б. В. Михайловим та ін., 2014) та Шкалу Альтмана для визначення манії (Altman self-rating mania scale, ASRM, E. G. Altman et al. 1997) – діагностичних інструментів, які ґрунтуються на самостійній, суб'єктивній оцінці вираженості наявних афективних порушень.

Результати. Визначено особливості самосприйняття наявних афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у віддаленому післяопераційному періоді. Зокрема, було встановлено відсутність суттєвого розриву між об'єктивною клінічною картиною та суб'єктивним сприйняттям афективних порушень хворими обраного контингенту. Виявлена різниця між експертною оцінкою та самозвітами пацієнтів є мінімальною, що вказує на збережену здатність хворих до рефлексії власного емоційного стану у віддаленому післяопераційному періоді. Проте існуюча незначна розбіжність показників зумовлена специфічною тенденцією до агравації: хворі схильні до перебільшення інтенсивності депресивних та тривожних провів.

Висновок. Отримані дані щодо особливості самосприйняття афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, формують підґрунтя для персоналізованої системи комплексної реабілітації цих хворих.

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

УДК 616.89-008.45/.47:616.831-005.1-089.87]-036.8-085.851

Вступ

Проблема психічних розладів у пацієнтів із цереброваскулярною патологією набуває дедалі більшої клінічної та соціальної значущості. Афективні порушення, зокрема тривожні, депресивні та маніакальні симптоми, є поширеними наслідками ішемічного інсульту (ІІ) та істотно впливають на процес нейрореабілітації, якість життя і прогноз відновлення хворих. В умовах розширення можливостей невідкладного судинного втручання, зокрема впровадження механічної тромбектомії при тромботичних оклюзіях, постає необхідність комплексного аналізу психоемоційних змін у цієї категорії пацієнтів у віддаленому постінсультному періоді [1-3].

Оцінка афективних порушень у постінсультних хворих є складним завданням, оскільки клінічні прояви можуть бути модифіковані нейрокогнітивними дефіцитами, моторними обмеженнями або мовними порушеннями. Це ускладнює не лише клінічну діагностику, а й інтерпретацію психометричних даних. У таких умовах важливого значення набуває порівняльний аналіз суб'єктивної оцінки пацієнтів і даних об'єктивної оцінки, що дає змогу виявити відмінності у сприйнятті власного емоційного стану та реального рівня глибини порушень [4-6].

Результати досліджень взаємозв'язку між суб'єктивною та об'єктивною оцінкою тривоги, депресії та маніоформних симптомів у пацієнтів, які перенесли ІІ і тромбектомію дозволять поглибити розуміння психопатологічних механізмів постінсультних афективних порушень, оптимізувати діагностичні критерії і розробити персоналізовані програми психореабілітації, орієнтовані на суб'єктивний досвід хворих та їх об'єктивні потреби.

Мета дослідження

Визначити особливості самосприйняття та фактичної наявності й вираженості афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у віддалений післяопераційний період.

Матеріали та методи

Упродовж 2023-2024 років було проведено проспективне клінічне дослідження серед пацієнтів Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня №1» (м. Київ, Україна). Початкова вибірка включала 160 хворих, які перенесли механічну тромбектомію з приводу тромботичної оклюзії мозкових артерій. Після застосування визначених критеріїв виключення сформовано основну групу (ОГ), що налічувала 96 осіб. Середній вік хворих ОГ становив $70,2 \pm 10,8$ років. За гендерним складом контингент був представлений 61 (63,5 %) жінкою та 35 (36,5 %) чоловіками. Повторне обстеження психічного стану хворих проводилося у віддаленому післяопераційному періоді – на 30-35-й день після хірургічного втручання. Тоді, для комплексної оцінки афективних порушень застосовувалися клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи.

Об'єктивна оцінка афективної сфери здійснювалася за допомогою стандартизованих психометричних інструментів: Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (Hamilton Anxiety Rating

Scale, HARS; G. S. Bruss та ін., 1994), Шкали Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS; Б. В. Михайлов та ін., 2014) та Оціночної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS; R. C. Young та ін., 1978). Суб'єктивна оцінка афективних симптомів проводилася із застосуванням методик самооцінки: Госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; Б. В. Михайлов та ін., 2014) та Шкали Альтмана для самостійного визначення манії (Altman Self-Rating Mania Scale, ASRM; E. G. Altman та ін., 1997).

Перелічені діагностичні інструменти дозволили здійснити порівняльний аналіз суб'єктивної та об'єктивної оцінки афективних розладів у сформованого контингенту хворих. Статистичну обробку отриманих даних було проведено із використанням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Office Excel 2016, із подальшим розрахунком описових статистичних показників та порівняльних коефіцієнтів.

Результати

Аналіз особливостей самосприйняття хворими, які перенесли хірургічне втручання з приводу тромбектомії тромботичної оклюзії, власних афективних порушень, відбувалось у віддаленому післяопераційному періоді шляхом порівняння даних об'єктивної та суб'єктивної оцінки вираженості депресивної, тривожно та маніакальної симптоматики.

Так, за результатами об'єктивної оцінки із використанням шкали HARS середньогруповий показник вираженості психопатологічної симптоматики тривожного спектру у хворих ОГ склав $23,1 \pm 3,8$ балів: виявлена симптоматика не сягала клінічного рівня значимості (0-17 балів) у 7 (7,3%) хворих, більшість хворих сформованої групи демонстрували прояви тривоги помірною рівня вираженості (18-24 бали) - 52 (54,2%) хворих, у 37 (38,5%) хворих ступінь вираженості зазначених проявів був визначений як виражений.

Дані самозвітів хворих ОГ щодо вираженості проявів тривоги були наступними. Середній показник сприйняття тривоги ОГ за шкалою HADS у групі склав $16,3 \pm 3,8$ балів: абсолютна більшість хворих повідомили про прояви тривоги клінічного рівня вираженості (>11 балів) - 87 (90,6%) хворих, лише 9 (9,4%) хворих повідомили про субклінічний рівень тривоги (8-10 балів), а хворих, які б повідомляли про умовно «нормальний» рівень тривоги (0-7 балів), виявлено не було.

Таким чином, показники вираженості об'єктивних та суб'єктивних компонентів тривожного афекту у хворих ОГ, що були виявлені у віддалений післяопераційний період, перебували у суміжних спектрах інтенсивності відповідної шкали (рис. 1).

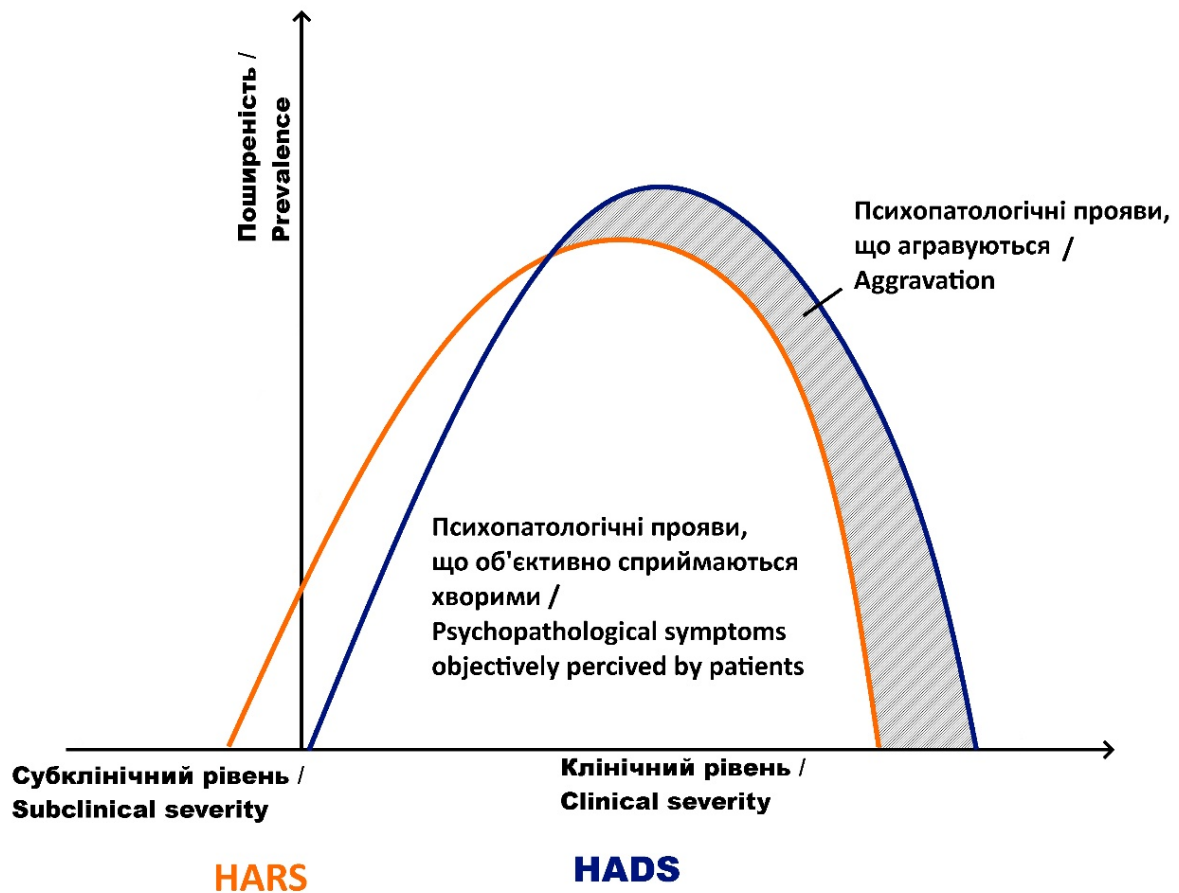


Figure 1. Схематичне зображення співвідношення об'єктивної та суб'єктивної оцінки вираженості тривожного афекту у хворих ОГ

Таким чином, суб'єктивна оцінка вираженості психопатологічної симптоматики тривожного спектру хворими ОГ була близькою до їх об'єктивного стану із тенденцією до агравації. Ряд проявів, такі як пришвидшення серцебиття, задишка, тремор кінцівок, головний біль та інші соматичні еквіваленти тривоги, сприймалися хворими як прояви погіршення їх соматичного стану чи повторного епізоду мозкової катастрофи, що у свою чергу, призводило до посилення страху та формування порочного колу тривоги. Тенденція до агравації проявлялась у схильності хворих посилювати власні хворобливі прояви підчас перебування у компанії близького оточення або лікуючого лікаря. Агравація у хворих – механізм подолання стресу, пов'язаного із пережитим ІІ, схожий до пошуку підтримки із-зовні.



Також було оцінено особливості сприйняття депресивних проявів у сформованого контингенту хворих. Так, об'єктивний середньогруповий показник вираженості депресії за шкалою за HDRS сягав $19,7 \pm 3,4$ балів: жодного хворого із рівнем депресії донозологічного рівня вираженості (0-7 балів) виявлено не було; у 4 (4,2%) хворих депресивні прояви сягали легкого рівня своєї вираженості (8-13 балів); депресивні прояви середнього рівня вираженості (14-18 балів) були виявлені у 29 (30,2%) хворих ОГ; у абсолютної більшості обстежуваних ОГ, а саме у 41 (42,7%) хворого, депресивні прояви сягали важкого рівня вираженості (19-22 балів); дуже важкий рівень (≥ 23 бали) депресивних порушень був виявлений у 22 (22,9%) хворих ОГ.

Отримані дані об'єктивної оцінки афективного статусу від даних самозвітів хворих. Так, середньогруповий показник вираженості депресії за шкалою HADS сягав $15,2 \pm 3,85$ балів: відсутність проявів депресивного спектру було виявлено лише у 1 (1,0%) хворого, субклінічний рівень вираженості депресивної симптоматики виявляли 15 (15,6%) хворих, абсолютна більшість хворих ОГ виявили клінічно значимі показники депресивного афекту - 80 (83,3%) хворих.

Таким чином, показники вираженості об'єктивних та суб'єктивних компонентів депресивного афекту у хворих ОГ, що були виявлені у віддаленому післяопераційному періоді, перебували у суміжних спектрах інтенсивності відповідної шкали (рис. 2).

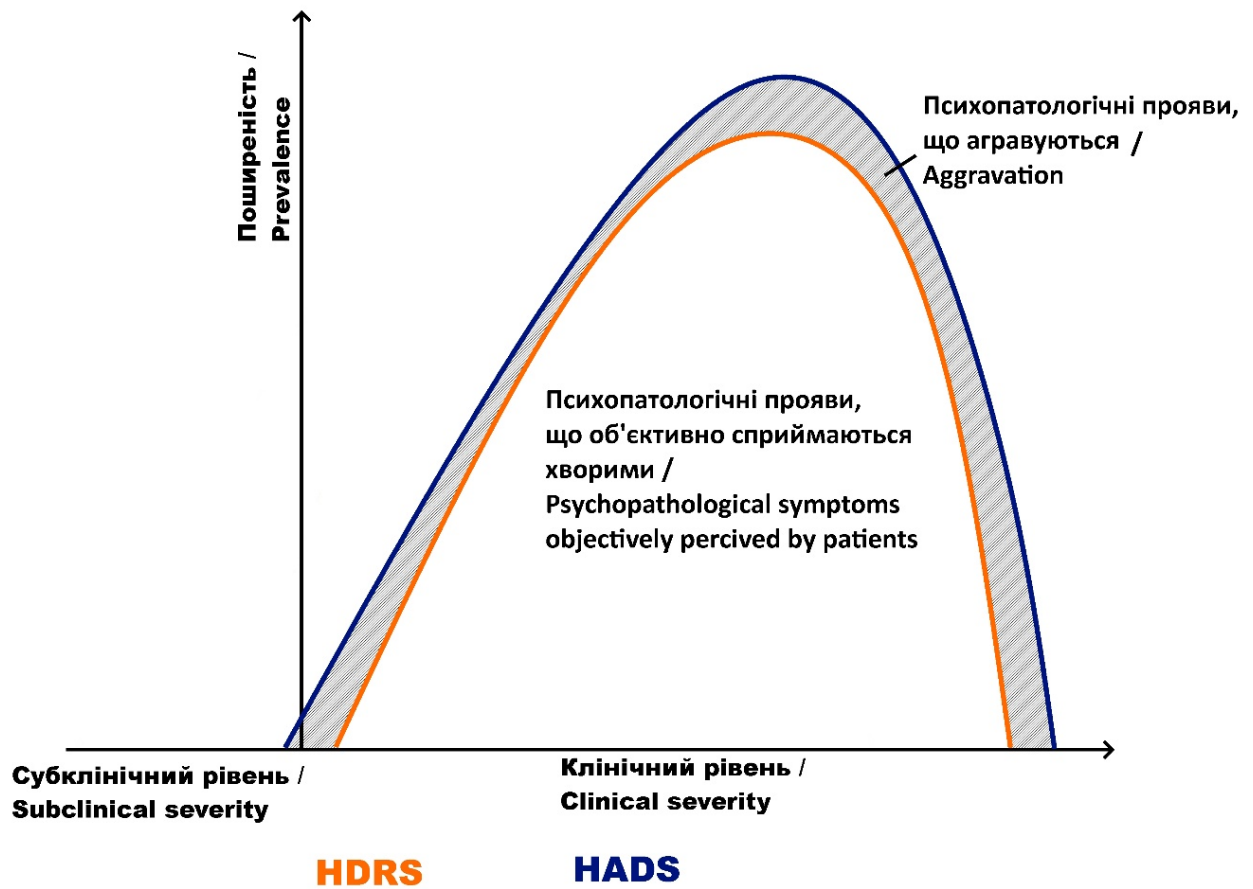


Figure 2. Схематичне зображення співвідношення об'єктивної та суб'єктивної оцінки вираженості депресивного афекту у хворих ОГ

Таким чином, показники об'єктивної оцінки та суб'єктивні звіти хворих ОГ демонструють високий ступінь конвергенції, де межа між фактичним порушенням та його особистим сприйняттям стає умовною. Проте спостерігалась незначна тенденція до агравації депресивного афекту, що проявлялась у гіперболізації емоційного дискомфорту, коли суб'єктивні скарги на пригніченість та душевний біль набували першочергового значення, часто затьмарюючи формальні діагностичні критерії; хворі були схильні акцентувати увагу на найменших змінах настрою, надаючи їм статусу непереборних; у діагностичній розмові хворі виявляли надмірну зосередженість на ідеях самозвинувачення та безпорадності, власний інтелектуальний (асоціативний) темп сприймали як катастрофічно сповільнений, що часом

значно перебільшувало сприйняття реального депресивного ідіаторного гальмування. Моторна загальмованість та порушення сну не просто констатувались, а інтерпретувались як критичні наслідки «мозкової катастрофи»; будь-який неврологічний дефіцит суб'єктивно підсилювався, ставав центральною фігурою в картині страждання, що виходить далеко за межі об'єктивної тяжкості наслідків проведеного оперативного втручання.

У віддаленому післяопераційному періоді під час дослідження проявів маніакального спектру у хворих ОГ було виявлено мінімальні розбіжності між результатами клінічного обстеження та особистим сприйняттям пацієнтів. Отримані дані свідчать про те, що суб'єктивна оцінка хворих майже повністю корелює з об'єктивною картиною, маючи при цьому ледь помітну тенденцію до незначного посилення (агравації) зафіксованих симптомів. За результатами об'єктивної оцінки із використанням шкали YMRS показники ОГ коливались в межах 0–12 балів, із середнім значенням по групі $4,4 \pm 1,86$, що відповідає клінічній нормі або субклінічним проявам. Самооцінка хворих ОГ за шкалою ASRM також продемонструвала низьку інтенсивність симптомів (середній бал $2,0 \pm 1,04$).

Мінімальні відмінності між об'єктивними клінічними показниками та суб'єктивними звітами хворих ОГ значною мірою зумовлені загальною низькою інтенсивністю маніакальних проявів. Проте детальний аналіз вказує на специфічну динаміку: поодинокі випадки маніоформної симптоматики, зафіксовані фахівцем, демонстрували слабкий кореляційний зв'язок із самозвітами, що свідчить про зміщення акцентів у бік суб'єктивної інтерпретації. Замість дефіциту критики спостерігався стан, коли хворі надавали перевагу власним відчуттям над зовнішніми спостереженнями. Епізоди ажитації чи дисфорії сприймалися ними не як клінічний симптом, а як значуща, іноді суб'єктивно підсилена реакція на оточення. Хворі демонстрували схильність до акцентуації на власних емоційних реакціях. Навіть за низьких об'єктивних балів, суб'єктивне переживання дискомфорту під час афективних спалахів виходило на перший план, що створювало ефект незначної агравації власного стану.

Така мінімальна різниця між оцінками та схильність до перебільшення окремих аспектів власного стану обумовлені особливостями формування суб'єктивної моделі хвороби представниками контингенту дослідження, в якій власні відчуття стають вагомішими за клінічні факти.

Обговорення

Наукова розробка проблеми психіатричних наслідків у віддалений період після тромбектомії при тромботичній оклюзії наразі залишається маловивченою, що зумовлює певну фрагментарність порівняльного аналізу отриманих результатів з іншими джерелами. Проте отримані нами дані щодо поширеності емоційних розладів у структурі віддалених психопатологічних станів у хворих ОГ виявляють високу відповідність загальноприйнятим науковим результатам. Особливої уваги заслуговує характер самосприйняття хворими свого стану. На відміну від класичних уявлень про виражену анозогнозію, наше дослідження продемонстрував мінімальний розрив між об'єктивними показниками та суб'єктивними звітами. У хворих, які перенесли ІІ, спостерігається зближення експертної та особистої оцінок психопатологічних проявів тривожного, депресивного та маніакального спектрів; замість ігнорування симптомів, хворі виявляли схильність до незначного перебільшення інтенсивності власних емоційних переживань, що свідчить про збережену, а подекуди й загострену увагу до внутрішнього дискомфорту, що частково підтверджується працями інших авторів, які вказують на специфічну чутливість пацієнтів у віддаленому періоді мозкової катастрофи [1, 2, 5-7].

Висновки

Визначено особливості самосприйняття наявних афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у віддаленому післяопераційному періоді. Так,

результати дослідження свідчать про відсутність суттєвого розриву між об'єктивною клінічною картиною та суб'єктивним сприйняттям афективних порушень хворими ОГ. Виявлена різниця між експертною оцінкою та самозвітами пацієнтів є мінімальною, що вказує на збережену здатність хворих до рефлексії власного емоційного стану у віддаленому післяопераційному періоді. Проте існуюча незначна розбіжність показників зумовлена специфічною тенденцією до агравації: хворі схильні до перебільшення інтенсивності депресивних та тривожних провів. Така акцентуація на власному дискомфорті свідчить про високу сензитивність до наслідків мозкової катастрофи, через яку суб'єктивна інтерпретація страждання набуває домінуючого значення в загальному клінічному профілі.

Отримані дані дозволять сформуванати підґрунтя для системи комплексної реабілітації хворих, яка буде відповідати засадам персоналізованої медицини.

Посилання

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. (2023). *NeuroNews*, 7(143), 39-48 [in Ukrainian].
2. Sarkar, A., Sarmah, D., Datta, A., Kaur, H., Jagtap, P., Raut, S., Shah, B., Singh, U., Baidya, F., Bohra, M., Kalia, K., Borah, A., Wang, X., Dave, K. R., Yavagal, D. R., & Bhattacharya, P. (2021). Post-stroke depression: Chaos to exposition. *Brain research bulletin*, 168, 74-88. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2020.12.012>
3. Guo, J., Wang, J., Sun, W., & Liu, X. (2022). The advances of post-stroke depression: 2021 update. *Journal of neurology*, 269(3), 1236-1249. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10597-4>
4. Wijeratne, T., & Sales, C. (2021). Understanding Why Post-Stroke Depression May Be the Norm Rather Than the Exception: The Anatomical and Neuroinflammatory Correlates of Post-Stroke Depression. *Journal of clinical medicine*, 10(8), 1674. <https://doi.org/10.3390/jcm10081674>
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. Nemani, K., & Gurin, L. (2021). Neuropsychiatric Complications after Stroke. *Seminars in neurology*, 41(1), 85-100. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1722723>
7. Chun, H. Y., Ford, A., Kutlubaev, M. A., Almeida, O. P., & Mead, G. E. (2022). Depression, Anxiety, and Suicide After Stroke: A Narrative Review of the Best Available Evidence. *Stroke*, 53(4), 1402-1410. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.035499>