Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2026. Т. 13. № 3(35). С. 433–442
Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2026;13(3(35)):433–442

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-35-04
УДК: 616.89-008.45/.47:616.831-005.1-089.87]-036.8-085.851

CC BY
OPEN ACCESS

Парадокс відновлення: аналіз психосоціального функціонування та якості життя хворих на ішемічний інсульт, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії

Маркова М.В.[1,2], https://orcid.org/0000-0003-0726-4925, e-mail: markova.md.professor@gmail.com
Регуш А.В.[3], https://orcid.org/0009-0000-6679-6767, e-mail: aregusch@gmail.com
Плєхов В.А.[1], https://orcid.org/0000-0001-6884-0151, e-mail: va.pliekhov@knmu.edu.ua
Казаков В.Є.[4], https://orcid.org/0009-0001-9776-7288, e-mail: vitaliykazakov@ukr.net

[1]Харківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України, Харків, Україна
[2]Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України», Київ, Україна
[3]Державна установа «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України», Київ, Україна
[4]Державний заклад «Луганський державний медичний університет» Міністерства охорони здоров'я України, Рівне, Україна

The recovery paradox: analysis of psychosocial functioning and quality of life in patients with ischemic stroke after thrombectomy for thrombotic occlusion

Markova M.V.[1,2], https://orcid.org/0000-0003-0726-4925, e-mail: markova.md.professor@gmail.com
Regush A.V.[3], https://orcid.org/0009-0000-6679-6767, e-mail: aregusch@gmail.com
Pliekhov V.A.[1], https://orcid.org/00000-0001-6884-0151, e-mail: va.pliekhov@knmu.edu.ua
Kazakov V.Yu.[4], https://orcid.org/0009-0001-9776-7288, e-mail: vitaliykazakov@ukr.net

[1]Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine
[2]State Institution «Kundiiev Institute of Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine
[3]State Institution «Main Medical Clinical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine», Kyiv, Ukraine
[4]State Establishment «Lugansk State Medical University» of the Ministry of Health of Ukraine, Rivne, Ukraine

Ключові слова:

ішемічний інсульт, механічна тромбектомія, психосоціальна дезадаптація, якість життя, постінсультна реабілітація.

Для кореспонденції:

Регуш Андрій Васильович
Державна установа «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України»;
вул. Бердичівська, буд. 1, м. Київ, Україна, 04116;

e-mail: aregusch@gmail.com

© Маркова М.В., Регуш А.В., Плєхов В.А., Казаков В.Є., 2026

РЕЗЮМЕ

Актуальність. Ішемічний інсульт залишається однією з провідних причин смертності та інвалідизації, незважаючи на значний прогрес у лікуванні, зокрема впровадження механічної тромбектомії. Однак після успішного відновлення перфузії увага клініцистів переважно зосереджена на неврологічному дефіциті, тоді як психосоціальні наслідки та якість життя пацієнтів часто залишаються недооціненими. Це визначає актуальність дослідження психосоціального функціонування як ключового компонента комплексного відновлення після інсульту.

Мета роботи – визначити показники психосоціального функціонування та якості життя хворих, що перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії.

Матеріали та методи. У 2022–2025 рр. проведено проспективне клінічне дослідження 129 хворих на базі Центру рентгенендоваскулярної нейрохірургії Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №1» та відділення рентгенендоваскулярної хірургії Державної установи «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України» (м. Київ). Середній вік хворих становив 68,4±11,4 р. Оцінка проводилася на 30–35 добу після хірургічного втручання. Застосовано клініко-психопатологічний, психодіагностичний (Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах за P.I. Ісаковим, Шкала якості життя J.E. Mezzich в адаптації Н.О. Марути) та статистичний методи.

Результати. Ознаки психосоціальної дезадаптації виявлено у 93,8% хворих. Найбільш значущі порушення зафіксовано у макросоціальній сфері (42,6% хворих із вираженою дезадаптацією), що пов'язано з втратою працездатності. У мікросоціальній сфері відзначено формування феномену сімейної гіперопіки та «вивченої безпорадності». Інтегральний показник якості життя склав 49,4±8,5 бала (помірно знижений рівень). Виявлено значне зниження у сферах професійної діяльності (2,1±0,9) та психологічного благополуччя (4,3±1,6) на тлі відносно збереженої здатності до самообслуговування (5,8±1,3) та високої **соціально-емоційної підтримки (7,6±1,1).**

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Висновки. Фізичне та неврологічне відновлення хворого після механічної тромбектомії не тотожне його психосоціальному відновленню. Клінічна картина таких пацієнтів характеризується вираженим дисонансом між збереженим фізичним функціонуванням та глибокою кризою макросоціальної інтеграції на тлі емоційного дистресу. Це визначає необхідність раннього мультидисциплінарного підходу до реабілітації із залученням фахівців сфери ментального здоров'я.

Для цитування:

Маркова М.В., Регуш А.В., Плєхов В.А., Казаков В.Є. Парадокс відновлення: аналіз психосоціального функціонування та якості життя хворих на ішемічний інсульт, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2026. Т. 13, № 3 (35). С. 433–442. DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-35-04

Key words:

ischemic stroke, mechanical thrombectomy, psychosocial maladjustment, quality of life, post-stroke rehabilitation.

For correspondence:

Regush Andrii Vasyliovych
State Institution «Main Medical Clinical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine»; 1 Berdychivska Str., Kyiv, Ukraine, 04116;

e-mail: aregusch@gmail.com

© *Markova M.V., Regush A.V., Pliekhov V.A., Kazakov V.Yu., 2026*

ABSTRACT

Background. Ischemic stroke remains one of the leading causes of mortality and disability despite significant advances in treatment, particularly the introduction of mechanical thrombectomy. However, following successful reperfusion, clinical attention is primarily focused on neurological deficits, while psychosocial consequences and patients' quality of life often remain underestimated. This highlights the relevance of studying psychosocial functioning as a key component of comprehensive recovery after stroke.
Purpose – to determine the indicators of psychosocial functioning and quality of life in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion.
Materials and methods. A prospective clinical study of 129 patients was conducted in 2022–2025 at the Center of Roentgen-Endovascular Neurosurgery of the Kyiv City Clinical Hospital No. 1 and the Department of Roentgen-Endovascular Surgery of the State Institution «Main Medical Clinical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine» (Kyiv). The average age of the patients was 68.4±11.4 years. The assessment was performed on the 30–35th day after the surgical intervention. Clinical-psychopathological, psychodiagnostic (Scale for Comprehensive Assessment of the Degree of Psychosocial Maladjustment in Various Spheres by R.I. Isakov, Quality of Life Scale by J.E. Mezzich adapted by N.O. Maruta), and statistical methods were applied.
Results. Signs of psychosocial maladjustment were detected in 93.8% of the patients. The most significant impairments were recorded in the macrosocial sphere (42.6% of patients with severe maladjustment), which is associated with the loss of ability to work. In the microsocial sphere, the formation of the phenomenon of family overprotection and «learned helplessness» was noted. The integral quality of life score was 49.4±8.5 points (a moderately decreased level). A significant decrease was found in the spheres of professional activity (2.1±0.9) and psychological well-being (4.3±1.6) against the background of relatively preserved ability for self-care (5.8±1.3) and high socio-emotional support (7.6±1.1).
Conclusions. The physical and neurological recovery of a patient after mechanical thrombectomy is not identical to their psychosocial recovery. The clinical picture of such patients is characterized by a pronounced dissonance between preserved physical functioning and a profound crisis of macrosocial integration against the background of emotional distress. This determines the need for an early multidisciplinary approach to rehabilitation with the involvement of mental health professionals.

For citation:

Markova MV, Regush AV, Pliekhov VA, Kazakov VYu. The recovery paradox: analysis of psychosocial functioning and quality of life in patients with ischemic stroke after thrombectomy for thrombotic occlusion. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology.* 2026;13(3(35)):433–442. DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2026-35-04

ВСТУП

Ішемічний інсульт (ІІ) залишається однією з провідних причин смертності та довготривалої інвалідизації населення. Справжнім проривом у лікуванні гострого ІІ, спричиненого тромботичною оклюзією великих мозкових судин, стало широке впровадження ендоваскулярних втручань. Механічна тромбектомія довела свою високу ефективність у відновленні перфузії головного мозку, значно знизивши показники ранньої летальності та мінімізувавши грубий неврологічний дефіцит. Проте успішна реканалізація судини та фізичне виживання пацієнта є лише першим етапом боротьби з наслідками судинної

INTRODUCTION

Ischemic stroke (IS) remains one of the leading causes of mortality and long-term disability worldwide. A true breakthrough in the treatment of acute IS caused by thrombotic occlusion of large cerebral vessels has been the widespread implementation of endovascular interventions. Mechanical thrombectomy has demonstrated high efficacy in restoring cerebral perfusion, significantly reducing early mortality rates and minimizing severe neurological deficits. However, successful vessel recanalization and physical survival of the patient represent only the first stage in addressing the consequences of a vascular catastrophe. Traditionally,

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

катастрофи. Традиційно в клінічній практиці оцінка ефективності лікування після механічної тромбектомії фокусується переважно на неврологічному статусі та рівні фізичної незалежності. Водночас поза належною увагою дослідників часто залишаються невидимі, але критично важливі наслідки хвороби – порушення психосоціального функціонування та зниження загальної якості життя хворих [1, 2, 3, 4].

Збереження життя після тяжкого ІІ завдяки механічній тромбектомії ставить перед сучасною медициною новий виклик: забезпечення високої якості цього збереженого життя. Пацієнти даної когорти часто стикаються з комплексом психоемоційних проблем: постінсультною депресією, підвищеною тривожністю, когнітивним зниженням та страхом повторного інсульту. Крім того, порушення соціального функціонування – зміна ролі в сім'ї, втрата професії, соціальна ізоляція – стають серйозними бар'єрами для реінтеграції у суспільство. Навіть за умови повного регресу рухових розладів, саме психосоціальна дезадаптація часто стає причиною прихованої інвалідизації хворого [5, 6, 7].

З огляду на це, дослідження показників психосоціального функціонування та якості життя хворих, які перенесли механічну тромбектомію, набуває надзвичайної наукової та практичної значущості. Розуміння цих процесів дозволить змістити фокус із суто соматичного відновлення на холістичний підхід, що є необхідним підґрунтям для розробки персоналізованих програм реабілітації.

Мета роботи – визначити показники психосоціального функціонування та якості життя хворих, що перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії.

in clinical practice, the evaluation of treatment effectiveness after mechanical thrombectomy focuses primarily on neurological status and the level of physical independence. At the same time, the invisible yet critically important consequences of the disease – impairments in psychosocial functioning and decreased overall quality of life – often remain insufficiently addressed by researchers [1, 2, 3, 4].

Preservation of life after severe IS due to mechanical thrombectomy poses a new challenge for modern medicine: ensuring a high quality of that preserved life. Patients in this cohort often face a complex of psychoemotional problems, including post-stroke depression, increased anxiety, cognitive decline, and fear of recurrent stroke. In addition, impairments in social functioning – changes in family roles, loss of employment, and social isolation – become serious barriers to reintegration into society. Even in cases of complete regression of motor disorders, psychosocial maladaptation often becomes the cause of hidden disability [5, 6, 7].

In this regard, studying indicators of psychosocial functioning and quality of life in patients who have undergone mechanical thrombectomy is of considerable scientific and practical importance. Understanding these processes will allow a shift from a purely somatic recovery focus toward a holistic approach, which is a necessary foundation for developing personalized rehabilitation programs.

Objective – to determine indicators of psychosocial functioning and quality of life in patients who have undergone thrombectomy for thrombotic occlusion.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження ґрунтується на даних проспективного клінічного спостереження за хворими, які у період з 2022 по 2025 рік отримували спеціалізовану медичну допомогу у Центрі рентгенендоваскулярної нейрохірургії Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №1» та відділенні рентгенендоваскулярної нейрохірургії Державної установи «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України» (м. Київ). З початкової когорти у 196 осіб, шляхом застосування чітких критеріїв включення та виключення, до основної групи (ОГ) було відібрано 129 хворих. Гендерний профіль сформованої вибірки продемонстрував переважання жінок – 82 особи (63,6%), тоді як кількість чоловіків склала 47 осіб (36,4%). Віковий показник учасників дослідження у середньому становив 68,4±11,4 р.

Оцінка досліджуваних показників проводилася на етапі віддаленого післяопераційного періоду – у проміжку між 30-ю та 35-ю добою від моменту проведення хірургічного втручання. З метою вирішення поставлених завдань використовувався комплексний методологічний підхід, який поєднував клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи. Психодіагностичний метод був реалізований шляхом використання Шкали для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах

MATERIALS AND METHODS

The study is based on data from a prospective clinical observation of patients who received specialized medical care between 2022 and 2025 at the Center for X-ray Endovascular Neurosurgery of the Municipal Non-Profit Enterprise «Kyiv City Clinical Hospital No. 1» and the Department of X-ray Endovascular Neurosurgery of the State Institution «Main Medical Clinical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine» (Kyiv). From the initial cohort of 196 individuals, 129 patients were selected for the main group (MG) using strict inclusion and exclusion criteria. The gender profile of the sample showed a predominance of women – 82 individuals (63.6%), while men accounted for 47 individuals (36.4%). The mean age of participants was 68.4 ± 11.4 years.

Assessment of the studied parameters was conducted during the remote postoperative period between days 30 and 35 after surgery. To achieve the study objectives, a comprehensive methodological approach was applied, combining clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, and statistical methods. The psychodiagnostic method included the use of the Scale for Comprehensive Assessment of the Degree of Psychosocial Maladaptation in Various Spheres (R. I. Isakov) [8] and the Quality of Life Scale by J. E. Mezzich (adapted by N. O. Maruta, 2004). Data

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

(за Р. І. Ісаковим) [8] та Шкали якості життя J. E. Mezzich (в адаптації Н. О. Марути, 2004). Систематизація отриманих даних та їхній подальший математико-статистичний аналіз виконувалися за допомогою функціоналу програмного комплексу Microsoft Office Excel 2016.

systematization and statistical analysis were performed using Microsoft Office Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТИ

Оцінка за Шкалою для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах (за Р. І. Ісаковим) дозволила виокремити провідний вектор соціального дефіциту у хворих ОГ. Розрахунок балів здійснювався за алгоритмом сумації оцінок (від 1 до 5) за окремими параметрами (сферами) макро-, мезо- та мікросоціального функціонування. Такий підхід дав змогу не лише констатувати загальний факт погіршення якості життя, а й виявити конкретні мішені на різних рівнях для подальших психосоціальних втручань.

Так, ознаки психосоціальної дезадаптації різного ступеня вираженості хоча б в одній зі сфер було виявлено у переважної більшості хворих ОГ – у 121 (93,8%) особи. Повну відсутність дезадаптації (менше 20 балів за всіма трьома шкалами) зафіксовано лише у 8 (6,2%) хворих, які мали мінімальний неврологічний дефіцит та високий рівень преморбідної соціальної активності. Розподіл хворих ОГ за ступенем вираженості психосоціальної дезадаптації у різних сферах життєдіяльності представлено у табл. 1.

RESULTS

Assessment using the Scale for Comprehensive Evaluation of Psychosocial Maladaptation (R.I. Isakov) allowed identification of the leading vector of social deficit in MG patients. Scores were calculated by summing ratings (from 1 to 5) across parameters of macro-, meso-, and microsocial functioning. This approach enabled not only identification of a general decline in quality of life but also determination of specific targets for psychosocial interventions at different levels.

Signs of psychosocial maladaptation of varying severity in at least one domain were identified in the vast majority of MG patients – 121 individuals (93.8%). Complete absence of maladaptation (less than 20 points across all three scales) was observed in only 8 patients (6.2%), who had minimal neurological deficit and a high level of premorbid social activity. The distribution of MG patients according to the severity of psychosocial maladaptation across different domains of functioning is presented in Table 1.

Таблиця 1. Ступінь вираженості психосоціальної дезадаптації у різних сферах життєдіяльності у хворих ОГ
Table 1. Severity of psychosocial maladaptation across different domains of functioning in MG patients

Ступінь дезадаптації / Degree of maladaptation	Макросоціальна сфера, абс. (%) / Macrosocial domain	Мезосоціальна сфера, абс. (%) / Mesocial domain	Мікросоціальна сфера, абс. (%) / Microsocial domain
Норма / normal (< 20 балів)	2 (1,5%)	8 (6,2%)	15 (11,6%)
Легкий / mild (20–29 балів)	18 (14,0%)	29 (22,5%)	43 (33,3%)
Помірний / moderate (30–39 балів)	54 (41,9%)	61 (47,3%)	48 (37,2%)
Виражений / severe (≥ 40 балів)	55 (42,6%)	31 (24,0%)	23 (17,9%)

Таким чином, у макросоціальна сфері, яка включала оцінку професійної діяльності та взаємодії з інституціями, у контингенті хворих ОГ відзначались найбільш значимі порушення. Виражену дезадаптацію тут було визначено у 55 (42,6%) хворих. Виявлені порушення пояснювались тим, що на 30–35 добу після оперативного втручання переважна більшість пацієнтів об'єктивно не здатна повернутися до попередньої професійної діяльності, потребує оформлення інвалідності та стикається зі складнощами у взаємодії з державними і соціальними установами. Лише 2 (1,5%) хворих зберегли високу макросоціальну активність (переважно завдяки можливості дистанційної інтелектуальної праці).

Щодо порушень у мезосоціальній сфері функціонування, яка охоплювала взаємодії із друзями та колегами, порушення взаємодії у вказаному колі спілкування у хворих ОГ характеризувалися переважно помірним ступенем дезадаптації – 61 (47,3%) хворий. Більшість хворих ОГ демонстрували звуження кола контактів, втрату інтересу до колишніх хобі та небажання зустрічатися зі знайомими через сором за

Thus, the macrosocial domain, which included professional activity and interaction with institutions, demonstrated the most significant impairments. Severe maladaptation in this domain was identified in 55 patients (42.6%). These impairments are explained by the fact that at 30–35 days post-surgery, most patients are objectively unable to return to previous professional activities, require disability registration, and face difficulties interacting with governmental and social institutions. Only 2 patients (1.5%) maintained high macrosocial activity.

In the mesosocial domain, which includes interactions with colleagues and friends, moderate maladaptation predominated – 61 patients (47.3%). Most patients demonstrated reduced social contacts, loss of interest in hobbies, and reluctance to meet acquaintances due to embarrassment about their physical condition (speech disorders, facial asymmetry, use of assistive devices). Severe isolation was observed in 31 patients (24.0%).

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

свій фізичний стан (порушення мови, асиметрія обличчя, використання допоміжних засобів для пересування). Тяжкий ступінь ізоляції в цій сфері спостерігався у 31 (24,0%) хворого, які повністю припинили неформальне спілкування поза межами дому.

Мікросоціальна сфера, яка включала в себе внутрішньосімейні стосунки, взаємодію з партнером/дітьми, здатність до виконання побутових обов'язків та самообслуговування, у хворих ОГ була більш збережена. Помірні порушення у вказаній сфері були виявлені у 48 (37,2%) хворих, а легкі – у 43 (33,3%) хворих. Під час клініко-психопатологічного дослідження було встановлено, що дезадаптація на мікросоціальному рівні часто зумовлена не конфліктами, а навпаки – явищем сімейної гіперопіки. Родичі хворих схильні повністю брати на себе всі побутові обов'язки, штучно обмежуючи самостійність пацієнтів, що призводить до формування позиції «вивченої безпорадності» та вторинної втрати побутових навичок.

Надалі, для об'єктивізації суб'єктивного сприйняття хворими власного стану та рівня задоволеності різними аспектами життєдіяльності у віддаленому післяопераційному періоді було використано Шкалу якості життя J. E. Mezzich (в адаптації Н. О. Марути). Цей інструмент дозволив оцінити 10 ключових сфер функціонування за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (де 1 бал – найгірший стан, 10 балів – найкращий).

Результати дослідження засвідчили суттєве зниження загального рівня якості життя у хворих ОГ. Середній інтегральний показник якості життя склав 49,4±8,5 балів, що відповідає помірно зниженому рівню якості життя. Розподіл хворих за інтегральним рівнем якості життя показав, що високий рівень за цим показником (81–100 балів) не спостерігався у жодного хворого. Хороший рівень (61–80 балів) відмічено лише у 14 (10,9%) хворих. Переважна більшість обстежених продемонструвала помірний (41–60 балів) – 72 (55,8%) хворих, та низький (20–40 балів) рівень якості життя – 43 (33,3%) хворих. Детальний аналіз зниження якості життя за окремими сферами представлено у табл. 2, його наочна візуалізація – на рис. 1.

Значне зниження показників якості життя зафіксовано у сфері «Професійна діяльність» (2,1±0,9 балів) та «Громадська та службова підтримка» (3,1±1,3 балів). Це закономірно пов'язано із втратою працездатності, необхідністю тривалого перебування на лікарняному та оформлення статусу інвалідності.

The microsocial sphere, which included intrafamily relationships, interaction with a partner/children, the ability to perform household duties and self-care, was more preserved in patients of the main group. Moderate impairments in this sphere were found in 48 (37.2%) patients, and mild impairments in 43 (33.3%) patients. During the clinical-psychopathological study, it was established that maladaptation at the microsocial level was often caused not by conflicts, but, on the contrary, by the phenomenon of family overprotection. Patients' relatives tended to completely take over all household duties, artificially limiting the patients' independence, which led to the formation of a position of "learned helplessness" and a secondary loss of household skills.

Further, in order to objectify the patients' subjective perception of their own condition and the level of satisfaction with various aspects of life activity in the late postoperative period, the J. E. Mezzich Quality of Life Scale was used, in the adaptation by N. O. Maruta. This instrument made it possible to assess 10 key spheres of functioning using a 10-point visual analogue scale, where 1 point indicated the worst condition and 10 points indicated the best condition.

The results of the study showed a significant decrease in the overall level of quality of life in patients of the main group. The mean integral quality-of-life score was 49.4±8.5 points, which corresponds to a moderately reduced level of quality of life. The distribution of patients according to the integral level of quality of life showed that a high level of this indicator (81–100 points) was not observed in any patient. A good level (61–80 points) was noted in only 14 (10.9%) patients. The vast majority of the examined patients demonstrated a moderate level of quality of life (41–60 points), namely 72 (55.8%) patients, and a low level of quality of life (20–40 points), namely 43 (33.3%) patients. A detailed analysis of the decrease in quality of life across individual spheres is presented in Table 2, and its visual representation is shown in Figure 1.

A significant decrease in quality-of-life indicators was recorded in the spheres of "Professional activity" (2.1±0.9 points) and "Public and service support" (3.1±1.3 points). This was naturally associated with loss of working capacity, the need for a prolonged period of sick leave, and the formalization of disability status.

Таблиця 2. Показники якості життя хворих ОГ за окремими сферами
Table 2. Quality of life indicators of MG patients across individual domains

Сфери (домени) якості життя / Quality of life domains	**Середній бал (M ± SD) /** Mean score
Фізичне благополуччя / Physical well-being	5,2±1,4
Психологічне (емоційне) благополуччя / Psychological (emotional) well-being	4,3±1,6
Самообслуговування і незалежність дій / Self-care and independence in daily activities	5,8±1,3
Професійна діяльність (працездатність) / Professional activity (work capacity)	2,1±0,9
Міжособистісна взаємодія / Interpersonal interaction	5,5±1,2
Соціально-емоційна підтримка / Socio-emotional support	7,6±1,1
Громадська та службова підтримка / Public and institutional support	3,1±1,3
Особистісна реалізація / Personal fulfillment	4,1±1,5
Духовна реалізація / Spiritual fulfillment	6,4±1,8
Загальне сприйняття якості життя / Overall perception of quality of life	5,3±1,4
Інтегральний показник (сума балів) / Integral index	49,4±8,5

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

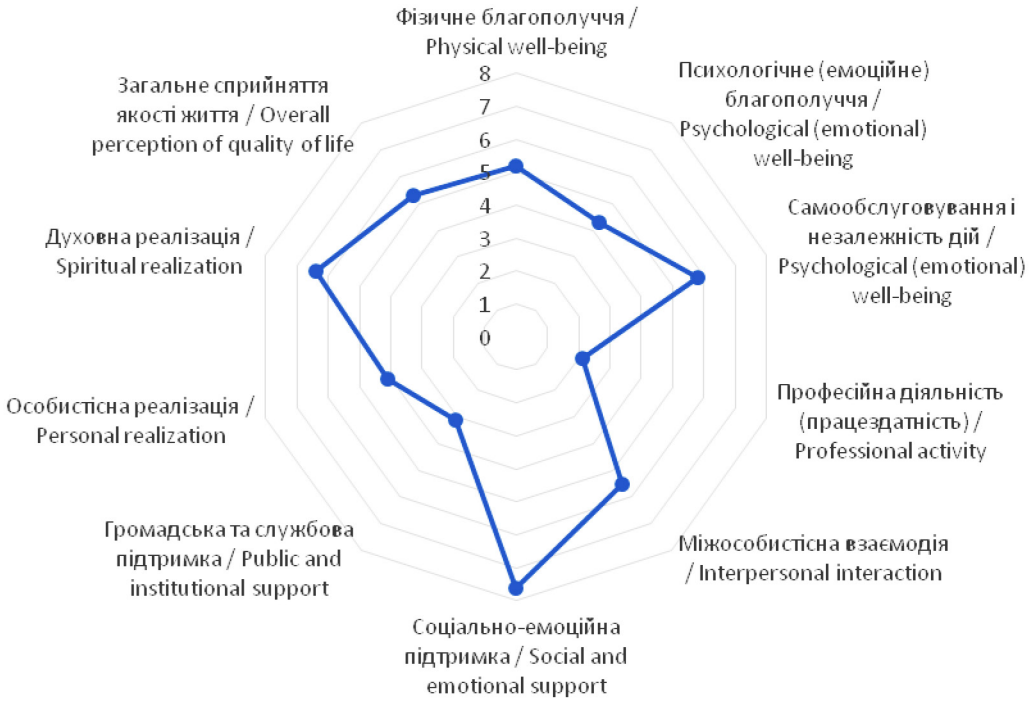


Рис. 1. Візуалізація показників якості життя хворих ОГ у різних сферах
Fig. 1. Visualization of quality-of-life indicators of MG patients across different domains

Також звертає на себе увагу низький показник у сфері «Психологічного благополуччя» (4,3±1,6 балів). Незважаючи на успішне хірургічне втручання та збереження фізичного функціонування (показник фізичного благополуччя склав 5,2±1,4 балів), пацієнти відмічали високий рівень тривоги за своє майбутнє, страх повторного інсульту та прояви постінсультної депресії.

Найвищі бали хворі ОГ продемонстрували у сфері «Соціально-емоційна підтримка» (7,6±1,1 балів), що свідчить про активне залучення родичів та близьких до процесу догляду за пацієнтом (що повністю корелює з даними про мікросоціальну гіперопіку, виявлену за Шкалою для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації). Крім того, відносно високим виявився рівень «Духовної реалізації» (6,4±1,8 балів), що демонструє типовий для осіб, які пережили загрозливі для життя стани, патерн переоцінки життєвих цінностей, підвищений інтерес до релігії та духовності.

Показник «Самообслуговування і незалежність дій» (5,8±1,3 балів) виявився задовільним, що є прямим свідченням високої клінічної ефективності проведеної механічної тромбектомії, яка дозволила уникнути грубого моторного дефіциту.

Attention is also drawn to the low indicator in the sphere of “Psychological well-being” (4.3±1.6 points). Despite successful surgical intervention and preserved physical functioning, with the physical well-being indicator amounting to 5.2±1.4 points, patients reported a high level of anxiety about their future, fear of recurrent stroke, and manifestations of post-stroke depression.

The highest scores among patients of the main group were demonstrated in the sphere of “Socio-emotional support” (7.6±1.1 points), which indicates the active involvement of relatives and close persons in the process of patient care. This fully correlates with the data on microsocial overprotection identified using the Scale for Comprehensive Assessment of the Degree of Psychosocial Maladaptation. In addition, the level of “Spiritual realization” was relatively high (6.4±1.8 points), which demonstrates a pattern typical of individuals who have experienced life-threatening conditions: a reassessment of life values and increased interest in religion and spirituality.

The indicator of “Self-care and independence of actions” (5.8±1.3 points) was satisfactory, which is direct evidence of the high clinical effectiveness of the performed mechanical thrombectomy, as it made it possible to avoid severe motor deficit.

ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати підкреслюють виражену специфічність профілю дезадаптації хворих у відновному періоді після механічної тромбектомії. Більшість сучасних літературних джерел, присвячених проблемі якості життя при ІІ, орієнтовані на загальний постінсультний контингент, де ключовим предиктором психосоціальної дезадаптації традиційно виступає грубий руховий чи когнітивний дефіцит. Натомість досліджуваний контингент ОГ унікальний у цьому контексті: завдяки успішній реперфузії хворі зберігають відносно високий

DISCUSSION

The obtained results emphasize the pronounced specificity of the maladaptation profile in patients during the recovery period after mechanical thrombectomy. Most contemporary literature sources devoted to the problem of quality of life in ischemic stroke focus on the general post-stroke population, in which severe motor or cognitive deficit traditionally acts as the key predictor of psychosocial maladaptation. In contrast, the studied cohort of the main group is unique in this context: due to successful reperfusion, patients maintain a relatively high level of physical independence, yet demonstrate a

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

рівень фізичної незалежності, проте демонструють глибоку дисоціацію між соматичним благополуччям та макросоціальною інтеграцією. Важливою знахідкою є феномен високої соціально-емоційної підтримки, яка де-факто трансформується у мікросоціальну гіперопіку. Хоча подібні реакції родини описані в загальноінсультній практиці як предиктори «вивченої безпорадності», у хворих після ендоваскулярного втручання ця дезадаптація має специфічний характер, зумовлений глибоким емоційним дистресом та страхом повторної мозкової катастрофи [4, 9, 10].

profound dissociation between somatic well-being and macrosocial integration.

An important finding is the phenomenon of high socio-emotional support, which de facto transforms into microsocial overprotection. Although similar family reactions have been described in general stroke practice as predictors of "learned helplessness," in patients after endovascular intervention this maladaptation has a specific character, determined by profound emotional distress and fear of a recurrent cerebral catastrophe (4, 9, 10).

ВИСНОВКИ

Встановлено показники психосоціального функціонування та якості життя у хворих, що перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії. Так, отримані результати свідчать, що незважаючи на успішне відновлення мозкового кровотоку завдяки механічній тромбектомії, наприкінці першого місяця після хірургічного втручання хворі стикаються з глибокою кризою соціального функціонування. Провідним вектором дезадаптації є втрата макросоціальних позицій (професійної та суспільної ролі) на тлі вимушеної залежності від мікросоціального оточення. Це визначає необхідність раннього залучення клінічних психологів, психотерапевтів та ерготерапевтів до команди ведення таких пацієнтів ще на етапі перебування у стаціонарі.

Результати дослідження якості життя хворих підтверджують гіпотезу про те, що фізичне відновлення хворого після механічної тромбектомії не тотожне його психологічному та соціальному відновленню. Клінічна картина якості життя таких хворих характеризується вираженим дисонансом: на тлі відносно збереженої здатності до самообслуговування та високої підтримки з боку родини спостерігається глибокий емоційний дистрес та повна втрата професійно-соціальних позицій.

CONCLUSIONS

Indicators of psychosocial functioning and quality of life were established in patients who had undergone thrombectomy for thrombotic occlusion. Thus, the obtained results indicate that, despite successful restoration of cerebral blood flow due to mechanical thrombectomy, by the end of the first month after surgical intervention patients face a profound crisis of social functioning. The leading vector of maladaptation is the loss of macrosocial positions, namely professional and social roles, against the background of forced dependence on the microsocial environment. This determines the need for early involvement of clinical psychologists, psychotherapists, and occupational therapists in the team managing such patients as early as during their inpatient stay.

The results of the quality-of-life assessment confirm the hypothesis that physical recovery after mechanical thrombectomy is not identical to psychological and social recovery. The clinical picture of quality of life in such patients is characterized by a pronounced dissonance: against the background of a relatively preserved ability for self-care and high family support, profound emotional distress and complete loss of professional and social positions are observed.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Регуш А., Маркова М., Плєхов В., Казаков В. Динаміка когнітивних порушень у хворих, що перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2025. Т. 12, № 2(28). С. 189–197. DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-28-04
2. Bártlová S., Šedová L., Havierniková L., Hudáčková A., Dolák F., Sadílek P. Quality of life of post-stroke patients. *Zdravstveno Varstvo*. 2022. Vol. 61, № 2. P. 101–108. DOI: https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0014
3. Bierhals C. C. B. K., Dal Pizzol F. L. F., Low G., Day C. B., Santos N. O. D., Paskulin L. M. G. Quality of life in caregivers of aged stroke survivors in southern Brazil: a randomized clinical trial. Revista Latino-*Americana de Enfermagem.* 2023. Vol. 31. P. e3657. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5935.3657
4. Bisevac E., Lazovic M., Nikolic D., Mahmutovic E., Dolicanin Z., Jurisic-Skevin A. Postacute rehabilitation impact on functional recovery outcome and quality of life in stroke survivors: six month follow-up. *Medicina.* 2022. Vol. 58, № 9. P. 1185. DOI: https://doi.org/10.3390/medicina58091185
5. Czekierda K., Zarychta K., Knoll N., Keller J., Luszczynska A. Links between meaning in life and physical quality of life after rehabilitation: mediating effects of positive experiences with physical exercises and mobility. *PLOS ONE*. 2019. Vol. 14, № 10. P. e0224503. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224503
6. Fan Y., Qin Z., Liu K., Pan Y., Wang J. The impact of multiple exercise modes on the quality of life of stroke patients: a network meta-analysis. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2025. Vol. 38, № 3. P. 431–450. DOI: https://doi.org/10.3122/jabfm.2024.240343R1
7. Goli R., Faraji N., Maroofi H., Hassanpour A. Effect of spiritual care on the quality of life in patients who underwent intracranial hemorrhage surgery: a randomized controlled trial. International *Journal of Surgery*. 2024. Vol. 110, № 1. P. 167–175. DOI: https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000813

REFERENCES

1. Rehush A, Markova M, Pliekhov V, Kazakov V. Dynamics of cognitive impairment in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology.* 2025;12;2(28):189–97. (in Ukrainian). DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-28-04
2. Bártlová S, Šedová L, Havierniková L, Hudáčková A, Dolák F, Sadílek P. Quality of life of post-stroke patients. *Zdravstveno Varstvo.* 2022;61(2):101–8. DOI: https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0014
3. Bierhals CCBK, Dal Pizzol FLF, Low G, Day CB, Santos NOD, Paskulin LMG. Quality of life in caregivers of aged stroke survivors in southern Brazil: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2023;31:e3657. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5935.3657
4. Bisevac E, Lazovic M, Nikolic D, Mahmutovic E, Dolicanin Z, Jurisic-Skevin A. Postacute rehabilitation impact on functional recovery outcome and quality of life in stroke survivors: six month follow-up. *Medicina.* 2022;58(9):1185. DOI: https://doi.org/10.3390/medicina58091185
5. Czekierda K, Zarychta K, Knoll N, Keller J, Luszczynska A. Links between meaning in life and physical quality of life after rehabilitation: mediating effects of positive experiences with physical exercises and mobility. *PLOS ONE*. 2019;14(10):e0224503. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224503
6. Fan Y, Qin Z, Liu K, Pan Y, Wang J. The impact of multiple exercise modes on the quality of life of stroke patients: a network meta-analysis. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2025;38(3):431–50. DOI: https://doi.org/10.3122/jabfm.2024.240343R1
7. Goli R, Faraji N, Maroofi H, Hassanpour A. Effect of spiritual care on the quality of life in patients who underwent intracranial hemorrhage surgery: a randomized controlled trial. International *Journal of Surgery.* 2024;110(1):167–75. DOI: https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000813

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

8. Ісаков Р.І. Психосоматична патологія: монографія. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. 167 с. ISBN: 978-617-505-940-1. URL: https://www.ifnmu.edu.ua/wp-content/uploads/2025/02/Ісаков-Р.І.Психосоматична-патологія.pdf
9. Kowalczyk B., Zawadzka B. Lifestyle and quality of life in working-age people after stroke. *Acta Clinica Croatica.* 2020. Vol. 59, № 1. P. 30–36. DOI: https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.01.04
10. Munce S. E. P., Perrier L., Shin S., Adhihetty C., Pitzul K., Nelson M. L. A., et al. Strategies to improve the quality of life of persons post-stroke: protocol of a systematic review. *Systematic Reviews.* 2017. Vol. 6, № 1. P. 184. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-017-0579-3

8. Isakov RI. Psychosomatic pathology. Kyiv: VSV «Medytsyna»; 2023:167 p. (in Ukrainian). URL: https://www.ifnmu.edu.ua/wp-content/uploads/2025/02/Ісаков-Р.І.Психосоматична-патологія.pdf
9. Kowalczyk B, Zawadzka B. Lifestyle and quality of life in working-age people after stroke. *Acta Clinica Croatica*. 2020;59(1):30–6. DOI: https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.01.04
10. Munce SEP, Perrier L, Shin S, Adhihetty C, Pitzul K, Nelson MLA, et al. Strategies to improve the quality of life of persons post-stroke: protocol of a systematic review. *Systematic Reviews*. 2017;6(1):184. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-017-0579-3

Обмеження дослідження

Дане дослідження має низку обмежень, які необхідно враховувати при інтерпретації отриманих результатів. По-перше, дослідження виконано на відносно обмеженій вибірці пацієнтів (n=129), сформованій на базі двох клінічних центрів, що може обмежувати можливість екстраполяції результатів на ширшу популяцію хворих з ішемічним інсультом. По-друге, відсутність контрольної групи (зокрема, пацієнтів після ішемічного інсульту без проведення механічної тромбектомії або здорової популяції) не дозволяє однозначно визначити специфічність виявлених змін саме для даної когорти. По-третє, оцінка психосоціального функціонування та якості життя проводилася в один часовий зріз (на 30–35 добу після оперативного втручання), що не дає змоги простежити динаміку показників у довготривалій перспективі та оцінити їхню стабільність. По-четверте, використання психодіагностичних інструментів, що базуються на самооцінці пацієнтів, може супроводжуватися суб'єктивними викривленнями результатів, пов'язаними з емоційним станом, когнітивними особливостями або соціально бажаними відповідями. По-п'яте, у дослідженні не проводився поглиблений аналіз впливу супутніх клінічних та соціально-демографічних факторів (тяжкість інсульту, локалізація ураження, рівень освіти, соціально-економічний статус), які потенційно можуть модифікувати показники психосоціальної адаптації та якості життя. Нарешті, відсутність валідизаційної вибірки та застосування лише описових і порівняльних статистичних підходів обмежує можливість побудови прогностичних моделей та встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Зазначені обмеження визначають необхідність подальших досліджень із більшими вибірками, наявністю контрольних груп, використанням лонгітюдного дизайну та розширеним спектром методів аналізу.

Study limitations

This study has several limitations that should be considered when interpreting the results. First, the study was conducted on a relatively limited sample of patients (n=129) drawn from two clinical centers, which may restrict the generalizability of the findings to the broader population of patients with ischemic stroke. Second, the absence of a control group (including patients with ischemic stroke who did not undergo mechanical thrombectomy or a healthy population) does not allow for a clear determination of the specificity of the observed changes for this cohort. Third, the assessment of psychosocial functioning and quality of life was performed at a single time point (30–35 days after surgery), which does not allow for evaluation of long-term dynamics or stability of the indicators. Fourth, the use of psychodiagnostic instruments based on patient self-report may be associated with subjective bias related to emotional state, cognitive characteristics, or socially desirable responses. Fifth, the study did not include an in-depth analysis of the influence of concomitant clinical and sociodemographic factors (such as stroke severity, lesion localization, educational level, and socioeconomic status), which may potentially modify psychosocial adaptation and quality of life outcomes. Finally, the absence of a validation cohort and the use of only descriptive and comparative statistical approaches limit the ability to develop predictive models and establish causal relationships. These limitations indicate the need for further research with larger samples, inclusion of control groups, longitudinal designs, and a broader range of analytical methods.

Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та клінічній апробації цільових програм психологічної реабілітації для хворих після механічної тромбектомії. Важливим завданням є також довготривале вивчення динаміки показників психосоціальної адаптації даної когорти пацієнтів у більш віддалені терміни після хірургічного втручання.Подальша робота буде спрямована на апробацію патогенетично обґрунтованих схем фармакологічної корекції, зокрема із застосуванням плацентарного походження. Завдяки своєму мультимодальному складу та високому регенеративному потенціалу, такі засоби можуть стати ключовими у нівелюванні відстрочених неврологічних наслідків та прискоренні функціонального відновлення.

Prospects for further research

Future research should focus on the development and clinical testing of targeted psychological rehabilitation programs for patients after mechanical thrombectomy, as well as long-term follow-up of psychosocial adaptation dynamics.

Конфлікт інтересів

Автори категорично заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Conflict of interest

The authors state no conflict of interest.

Дотримання етичних норм

Автори рукопису свідомо засвідчують, що дослідження проводилося з використанням даних первинної медичної документації та включало клінічні спостереження за пацієнтами. Дослідження проведено відповідно до етичних стандартів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про

Ethics statement

The study was carried out as part of the authors' initiative. The authors of the manuscript consciously certify that the study was conducted using data from primary medical documentation and included clinical observations of patients. The study was carried out in accordance with the ethical standards of the World Med-

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини, директиви Європейського товариства 86/609 щодо участі людини у медико-біологічних дослідженнях, а також наказу Міністерства охорони здоров'я України № 690 від 23.09.2009 р. Інформована згода на участь у дослідженні була отримана від усіх учасників після надання їм зрозумілої, повної та доступної інформації про мету, дизайн і методологію дослідження, його потенційні ризики, очікувані переваги та можливі альтернативи. Усі учасники підтвердили свою добровільну участь шляхом підписання форми інформованої згоди.

ical Association Declaration of Helsinki, the European Directive 86/609 on the involvement of humans in biomedical research, as well as Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 690 dated September 23, 2009. Informed consent for participation in the study was obtained from all participants after providing them with clear, complete, and accessible information regarding the aim, design, and methodology of the study, its potential risks, expected benefits, and possible alternatives. All participants confirmed their voluntary participation by signing an informed consent form.

Використання штучного інтелекту / Use of generative artificial intelligence

Автори рукопису свідомо засвідчують, що у процесі проведення дослідження та підготовки цього рукопису не використовували жодних інструментів або сервісів генеративного штучного інтелекту для виконання будь-яких завдань, визначених у Таксономії делегування завдань генеративному штучному інтелекту (GAIDeT, 2025 р.). Усі етапи роботи від концептуалізації до фінального редагування виконані виключно авторами без залучення генеративного штучного інтелекту.

The authors of the manuscript consciously certify that no generative artificial intelligence tools or services were used during the conduct of the study or the preparation of this manuscript for any tasks defined in the Generative AI Delegation Taxonomy (GAIDeT, 2025). All stages of the work from conceptualization to final editing were performed exclusively by the authors without the involvement of generative artificial intelligence.

Первинні дані та матеріали / Primary data and materials

Автори рукопису свідомо засвідчують, що у роботі використано результати обстеження, які були систематизовані та проаналізовані авторами. Усі матеріали збережені в архіві дослідницької групи та можуть бути надані за обґрунтованим запитом до автора-кореспондента з урахуванням вимог конфіденційності та етичних норм.

The authors of the manuscript consciously certify that the study is based on examination results that were systematized and analyzed by the authors. All materials are stored in the archive of the research group and may be provided upon reasonable request to the corresponding author, subject to confidentiality requirements and ethical standards.

Інформація про фінансування / Funding information

Робота виконана з ініціативи авторів. Стаття є фрагментом науково-дослідних робіт «Клініко-психопатологічна специфіка порушень психічної сфери та система комплексного супроводу хворих після тромбектомії тромботичної оклюзії (феноменологія, фактори ризику, холістична модель медичної допомоги)», прикладна, термін виконання: 2023 – 2026 рр., керівник – кандидат медичних наук А.В. Регуш, «Стресостійкість специфічних вразливих груп в умовах соціального стресу (фактори ризику, діагностика, система медико-психологічного супроводу та підтримки)», номер державної реєстрації: 0123U104462, прикладна, термін виконання: 2023 – 2027, керівник – завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології, доктор медичних наук, професор М.В. Маркова та «Удосконалення заходів з комплексної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій: заходи з організації професійної реабілітації у післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах», номер державної реєстрації 0124U003795, прикладна, термін виконання 2025–2027 рр., керівник – кандидат медичних наук Б.С. Божук.

This article is a part of the following research projects: «Clinical and psychopathological specificity of mental disorders and a system of comprehensive support for patients after thrombectomy for thrombotic occlusion (phenomenology, risk factors, holistic model of medical care)», applied research, implementation period: 2023–2026; principal investigator – Candidate of Medical Sciences A.V. Rehush; «Stress resilience of specific vulnerable groups under conditions of social stress (risk factors, diagnostics, system of medical and psychological support and assistance)», state registration No. 0123U104462; applied research; implementation period: 2023–2027; principal investigator – Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology, Doctor of Medical Sciences, Professor M.V. Markova and «Improvement of measures for comprehensive rehabilitation of individuals affected by hostilities: organization of vocational rehabilitation in the post-acute and long-term rehabilitation periods», state registration No. 0124U003795; applied research; implementation period: 2025–2027; principal investigator – Candidate of Medical Sciences B.S. Bozhuk.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ / INFORMATION ABOUT AUTHORS

Маркова Маріанна Владиславівна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022; завідувачка лабораторії психічного здоров'я Державної установи «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної академії медичних наук України»; вул. Саксаганського, буд. 75, м. Київ, Україна, 01033;
e-mail: markova.md.professor@gmail.com
моб.: +38 (050) 606-81-45
Внесок автора: *гіпотеза і дизайн дослідження, редагування.*

Markova Marianna Vladyslavivna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; 4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022; Head of the Laboratory of Mental Health of the State Institution «Kundiiev Institute of Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»; 75 Saksahanskoho Str., Kyiv, Ukraine, 01033;
e-mail: markova.md.professor@gmail.com
tel.: +38 (050) 606-81-45
Author contribution: *fstudy hypothesis and design, editing.*

ISSN 2312-5675 (Print)
ISSN 2411-166X (Online)

Регуш Андрій Васильович – кандидат медичних наук, завідувач відділення рентгенендоваскулярної хірургії Державної установи «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України»; вул. Бердичівська, буд. 1, м. Київ, Україна, 04116;
e-mail: aregusch@gmail.com
моб.: +38 (067) 449-37-55
Внесок автора: *ідея роботи, аналіз і інтерпретація результатів, формулювання висновків.*

Плєхов Владислав Андрійович – доктор філософії в галузі охорони здоров'я за спеціальністю «Медицина», асистент кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України; просп. Науки, буд. 4, м. Харків, Україна, 61022;
e-mail: va.pliekhov@knmu.edu.ua
моб.: +38 (098) 493-84-92
Внесок автора: *підбір психодіагностичних інструментів, математико-статистична обробка даних.*

Казаков Віталій Євгенович – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології, офтальмології, отоларингології та онкології Державного закладу «Луганський державний медичний університет» Міністерства охорони здоров'я України; вул.16 Липня, буд. 36, м. Рівне, Україна, 33028;
e-mail: vitaliykazakov@ukr.net
моб.: +38 (050) 953-61-76
Внесок автора: *підготовка статті до друку.*

Rehush Andrii Vasyliovych – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of X-ray Endovascular Surgery of the State Institution «Main Medical Clinical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine»; 1 Berdychivska Str., Kyiv, Ukraine, 04116;
e-mail: aregusch@gmail.com
tel.: +38 (067) 449-37-55
Author contribution: *study concept, analysis and interpretation of results, formulation of conclusions.*

Pliekhov Vladyslav Andriiovych – Doctor of Philosophy in Health Care in Specialty «Medicine», Assistant Professor of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; 4 Nauky Ave., Kharkiv, Ukraine, 61022;
e-mail: va.pliekhov@knmu.edu.ua
tel.: +38 (098) 493-84-92
Author contribution: *selection of psychodiagnostic instruments, statistical data processing.*

Kazakov Vitalii Yevhenovych – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology, Ophthalmology, Otorhinolaryngology and Oncology of the State Establishment «Luhansk State Medical University» of the Ministry of Health of Ukraine; 36 16 Lypnia Str., Rivne, Ukraine;
e-mail: vitaliykazakov@ukr.net
tel.: +38 (050) 953-61-76
Author contribution: *manuscript preparation for publication.*

Рукопис надійшов *Manuscript was received* 07.05.2026	Отримано після рецензування *Received after review* 10.06.2026	Прийнято до друку *Accepted for printing* 30.06.2026	Опубліковано *Published* 30.06.2026