

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ГРАНИЦ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

**Рахимбердиева Дурдона, 506-группа медико-педагогического и
лечебного факультета**

Научный руководитель: Мухторов Б.О.

**ТашПМИ, кафедра Психиатрии, наркологии, детской психиатрии,
медицинской психологии и психотерапии**

Актуальность. Инсульт является чрезвычайно распространенным заболеванием. В Узбекистане заболеваемость мозговым инсультом колеблется от 0,9 до 1,4 на 1000 населения, а в г.Ташкенте 1,5 на 1000 населения. В последние годы происходит увеличение числа лиц, перенесших инсульт, одновременно с этим снижается летальность при этом заболевании. В настоящее время подходы к восстановлению больных после инсульта многообразны и включают восстановление как двигательных расстройств, так и высших психических функций.

Цель исследования в изучении клинико-психопатологических особенностей определением диагностических границ и прогностической значимости психических расстройств у больных, перенесших инсульт.

Материал и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 54 больных эпизодической шизофренией, у которых в период обследования была диагностирована постшизофреническая депрессия (F20.4 МКБ-10). Средний возраст обследованных лиц составил во всей выборке $36,1 \pm 1,0$ года. Исследование проводилось клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическими методами и клиническое наблюдение, рассмотрение анамнестических данных. При оценке психического статуса для стандартизированной оценки расстройств использовались следующие диагностические шкалы: шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM=D 24), шкала Гамильтона для оценки тревоги (HAM=A 14), индекс делирия (theDeliriumIndex, McCusker J. et al, 1998).

Результаты. Психические нарушения, наблюдавшиеся после инсульта, были многообразными. Одни из них были представлены очерченными синдромами (депрессия, апатия, мания, ГТР, панические атаки, фобии, бредовые расстройства, спутанность сознания), а другие расстройства могли быть охарактеризованы как поведенческие реакции (недержание аффекта, патологический смех и плач, агрессия). В остром периоде инсульта наиболее частыми расстройствами были депрессии (35,6%), ГТР (34,5%) и раздражительность (20,4%). Далее по частоте встречаемости следовали утомляемость (18,39%), фобии (15,2%) и недержание аффекта (11,5%). Через 3 месяца после инсульта ситуация менялась, самыми частыми расстройствами стали утомляемость (52,0%) и недержание аффекта (46,2%). Депрессии также входили в тройку наиболее распространенных расстройств (44,7%). Фобии, раздражительность, ГТР и катастрофальные реакции встречались реже (36,4%, 36,4%, 32,8% и 12,1% соответственно). Через 6 и 12 месяцев после инсульта картина распределения расстройств практически не менялась (лишь несколько уменьшалась частота депрессий и ГТР).

Выводы. Частота депрессий в постинсультном периоде составила 52%. После инсульта депрессии развились у 18 больных (33,9%), такие депрессии относятся к собственно постинсультным депрессиям. У 10 пациентов (18,1%) инсульт случился на фоне текущего депрессивного эпизода (предынсультные депрессии). Среди постинсультных депрессий присутствовали депрессии различных клинических типов - большие и малые депрессии (частота в общей популяции 7 и 31% соответственно). Постинсультные депрессии различались нозологической принадлежностью: реактивные депрессии имели место у 3 пациентов (83,4% всех постинсультных депрессий), эндореактивные - у 10 больных (8,3%), органические - у 1 пациента и эндогенные - у 3 пациентов.

Список литературы:

1. Рахимджанов, А. Р., et al. "Роль синдрома вегетативной дистонии в генезе доинсультных форм цереброваскулярной патологии у женщин молодого возраста." Журн. неврол. и психиатрии им. СС Корсакова 6 (1997): 19-21.