

# КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Исмаев Сохиб. магистр 2 курса

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Рустамова Ж.Т.

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

**Актуальность:** в пожилом возрасте тревожные расстройства довольно часто сопровождаются соматическими и неврологическими заболеваниями, однако будучи в качестве ведущего симптома тревога обычно предстает вместе с другой психопатологической симптоматикой, структура которой остается недостаточно определенной.

**Целью исследования** явилось изучение психопатологического профиля тревожных состояний в пожилом возрасте.

**Материал и методы исследования:** обследовано 40 пациентов (26 женщин, 14 мужчин) с тревожными расстройствами в возрасте от 60 до 70 лет клин-

психопатологическим и патопсихологическим методами. Была использована шкала Гамильтона для оценки уровня тяжести тревоги (HARS) и депрессии (HRDS).

**Результаты.** В ходе проведенного исследования было установлено, что тревога у пожилых больных вариательно сочеталась с симптомами астении, депрессии, сенесто-ипохондрией, легких когнитивных нарушений. Симптомы тревоги и депрессии были выявлены почти у всех обследованных больных. Для определения уровня тяжести тревожных и депрессивных расстройств была проведена оценка тревоги и депрессии по шкале Гамильтона. Анализ оценки уровня депрессии выявил наличие легкой депрессивной симптоматики у 65% больных от 8 до 16 баллов по шкале HDRS, у 23% больных этот показатель колебался от 17 до 25 баллов, обнаруживая умеренные депрессивные проявления, у 7% больных уровень депрессии доходил до 30 баллов, указывая на более выраженные депрессивные расстройства и лишь у 5% больных данный показатель не превышал 7 баллов, что свидетельствовало об отсутствии депрессивной симптоматики. Среди обследуемых уровень тревоги (HARS) у 15% больных колебался от 5 до 12 баллов, что свидетельствовало о состоянии легкой тревожности, у 31% больных этот показатель доходил до 25 баллов, обнаруживая более выраженное тревожное состояние, у 42% больных уровень тревоги варьировал от 26 до 32 баллов, подтверждая наличие панических расстройств и у 12% больных он приближался к максимальной отметке от 35 до 50 баллов, выявляя тяжелые тревожные расстройства. Внутри обследуемой группы тревожных больных показатели оценки уровня тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у женщин оказались выше, чем у мужчин, однако достоверность различий не обнаруживалась.

**Выводы:** симптоматика тревожных расстройств пожилого возраста отличается значительным полиморфизмом. Обязательными компонентами психопатологии тревожных состояний являются симптомы тревоги и депрессии, выявляемые почти у всех обследованных больных. У лиц женского пола отмечается более выраженный уровень как тревоги, так и депрессии.

## Список литературы:

1. Sabirdjanovich, Yusupov Anvar, et al. "Research of a hormone of stress-cortisol and concentration of blood sugar for an estimation efficiency anesthesia." Austrian Journal of Technical and Natural Sciences 3-4 (2015): 29-31.
2. Стамова, Л. Г., Х. Н. Мухитдинова, and М. М. Расулов. "Действие препарата Трекрезан на мозговые структуры при кислородной недостаточности." Актуальные проблемы формирования здорового образа жизни и охраны здоровья населения (2003): 182-183.
3. Волков, Сергей Каренович. "Вертебрально-базиллярная недостаточность: клинические и диагностические аспекты." Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2 (2010): 33-39.

4. Блинов, Д. В. "Пациенты с неврологическими расстройствами: обоснование необходимости фармакоэкономической оценки оптимизации затрат на ведение с использованием нейроспецифических белков в качестве маркеров повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера." ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология 7.1 (2014): 40-45.
5. Камчатнов, П. Р., А. В. Чугунов, and Н. А. Михайлова. "Вертебрально-базиллярная недостаточность—проблемы диагностики и терапии." Медицинский совет 1-2 (2013): 69-73.