

ISHEMIK INSULTDAN KEYINGI ERTA TIKLANISH DAVRIDA DEPRESSIV BUZILISHLARNING SHAKLLANISHI VA KECHISHINING KLINIK-PSIXOPATOLOGIK QONUNIYATLARI

Ziyodullayev Javohir

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Psixiatriya, tibbiy psixologiya va

narkologiya kafedrası magistranti

Annotatsiya: Ishemik insultdan keyingi erta tiklanish davrida depressiv buzilishlarning shakllanishi va kechishining klinik-psixopatologik qonuniyatlari nevrologiya va psixiatriyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib, ushbu holatlarni chuqurroq o'rganish bemorlarning hayot sifati, rehabilitatsiya jarayonining samaradorligi va kasallikning uzoq muddatli prognozi uchun muhim ahamiyat kasb etadi. Ishemik insultdan so'nggi erta tiklanish davri – bu asosan birinchi 3-6 oy oralig'ida, miya to'qimalari ishemik shikastlanishdan so'ng, neyron va neyrogial tuzilmalarda funktsiya va tuzilma nuqtai nazaridan tiklanish jarayonlari faollashadigan davrdir. Ana shu vaqt oralig'ida rivojlanadigan depressiv buzilishlar esa, insultdan so'nggi umumiy invalidlik, bemorlarning jismoniy va ijtimoiy moslashuvi, shuningdek bevosita o'lim xavfidagi omillardan biri sifatida qaraladi.

Kalit so'zlar: ishemik insult, depressiv buzilish, erta tiklanish davri, klinik belgilar, psixopatologik qonuniyatlar, rehabilitatsiya, psixik omillar, miya shikastlanishi, psixofarmakologiya, motivatsiya.

Ishemik insultdan keyingi depressiv buzilishlar (post-stroke depression, PSD) epidemiologik jihatdan eng ko'p uchraydigan psixik noqulayliklardan biridir. Turli manbalardagi tahlillarga ko'ra, bu buzilish insultdan keyingi erta tiklanish bosqichida bemorlarning 25-60% da uchraydi. Depressiv holatlarning rivojlanish mexanizmlari ko'p qirrali bo'lib, miya shikastlanishi, neyromediatsiya tizimlaridagi o'zgarishlar, nevroinflamatsiya, shuningdek, ijtimoiy va psixologik omillar bilan o'zaro bog'liqdir. Klinik-psixopatologik nuqtai nazardan, PSDning asosiy xususiyati shundaki, depressiv sindrom insultdan keyingi rag'bat va kuchning, hayotga bo'lgan qiziqishning pasayishi, apatiya, tashvish, aybsinash hissi va umidsizlik fondida namoyon bo'ladi. PSD rivojlanishi uchun bir qator biologik, psixologik va ijtimoiy omillar muhim ahamiyatga ega. Birmuncha yosh va qari bemorlarda o'tkir bosqichdan so'ng, o'zini, sog'lig'ini va atrof-muhitni yangi sharoitda idrok qilishdagi qiyinchiliklar, kuchli hissiy reaksiya, kelajakka bo'lgan ishonchning pasayishi va o'zini qaram deb his qilish kuchayganida depressiv holatlar tez-tez uchraydi. Aytish joizki, insultning birinchi

haftalarida ham, bir necha oy o'tgach ham depressiv buzilishlar bosqichma-bosqich yoki birdaniga namoyon bo'lishi mumkin [1].

Klinik belgilariga to'xtalsak, insultdan keyingi depressiya klassik depressiya bilan ko'plab umumiy belgilar, jumladan, kutilmagan ruhiy tushkunlik, ehtiros va qiziqishlarning susayishi, ishtahaning kamayishi, uyqu buzilishi, harakatning sekinlashuvi yoki noaniqligi, o'zini past baholash, umidsizlik, yoki, og'ir hollarda, o'z joniga qasd qilish fikrlari qolganicha farq qilishi mumkin. Biroq insultdan keyingi depressiyaning o'ziga xos jihatlari ham mavjud: mifologik, ya'ni bemorda o'zining jismoniy ojizligi, falajlik, nutq buzilishi, yoki boshqa funktsional yetishmovchilik sababli paydo bo'ladigan "sindromal reaksiya"lar markaziy o'rinni egallaydi. Bunday hollarda depressiyaning klinik manzarasi organik nevrologik muammolarning fonida paydo bo'lib, ba'zi psixopatologik simptomlar – masalan, turg'un kayfiyat, bemorga nisbatan befarqlik, nutqga faollikning pasayishi – insult tufayli shikastlangan miya hududining joylashgan o'rni bilan bog'liq bo'lishi mumkin. PSDning keng tarqalgan klaster simptomlari qatoridan, shuningdek, tashvishli-depressiv, apato-abulik, somatizatsiyalashgan va asteno-depressiv variantlari ajratiladi. Tashvishli-depressiv variantda bemorda o'zining kelajagiga va sog'lig'iga bo'lgan haddan tashqari xavotir, tamomila bashorat qilib bo'lmaydigan voqealardan qo'rquv, yurak urishining tezlashuvi, diaforez va vegetativ belgilar kuzatiladi. Apato-abulik variant depressiyani ko'proq irodaviy zaiflik, harakat faolligining pasayishi, ijtimoiy aloqalarning uzilishi, atrof-muhit voqealariga mutlaqo befarqlik kabi belgilar bilan namoyon bo'lishini o'z ichiga oladi. Somatizatsiyalashgan va asteno-depressiv variantlar, asosan, tana bo'yicha turli og'riqlar, kuchsizlik, tez charchash, uyquchanlik, bosh aylanishi va somatik noqulayliklarni o'zida mujassamlashtiradi. PSD rivojlanishining yana bir muhim xususiyati shundan iboratki, bu holat nafaqat jismoniy noqulaylik va rehabilitatsiya jarayonini qiyinlashtiradi, balki bemorning zarur bo'lgan davolanish va profilaktika tadbirlariga nisbatan motivatsiyasini pasaytiradi. Bemor o'z ahvoriga befarq qaray boshlaydi, rehabilitatsiya muolajalariga qatnashishni istamaydi yoki charchoq va umidsizlik tufayli tezda muolajalarni to'xtatadi. Shu sababli, PSDni erta aniqlash, ruhiy va dori-darmonli yordam ko'rsatish, jismoniy rehabilitatsiya tadbirlarini ruhiy motivatsiyali sharoitda olib borish bemor tiklanishida asosiy bo'g'inlardan biridir [2].

Insultdan keyingi depressiv buzilishlarning shakllanishida miya sohalaridagi organik shikastlanish, xususan, chap yarimshar po'stlog'ining oldingi qismlari va tovon-peshona sohalarining zararlanishi ustunlik qiladi. Neoimaging usullari orqali ma'lum bo'ldiki, aynan ushbu sohalaridagi falajlik va aqliy funktsiyalarning pasayishi depressiv sindromlar tez-tez uchrashiga olib keladi. Shu bilan birga, psixologik omillar – ilgari mavjud ruhiy buzilishlar, tashvishli va depressiv xarakter tipidagi inson, ijtimoiy yordam va oilaviy ko'makning yetishmasligi, hayot va mehnatning birdaniga

o'zgarishi, uzoq muddat yotqizib qo'yish, nogironlik olganlik belgilari ham depressiv sindrom shakllanishida ahamiyatli rol o'ynaydi. Ishemik insultdan keyingi depressiv buzilishlar klinik ko'rinishini tafsilotli aniqlash uchun maxsus nevropsixologik va psixometrik baholash usullari qo'llaniladi. Eng ko'p ish yuritiladigan testlar: Hamilton depressiya shkalasi, Montgomery–Asberg depressiya shkalasi, Gospitallar uchun tashvish va depressiya shkalasi (HADS), shuningdek mini-mental test va boshqa kognitiv baholash vositalaridir. Mazkur test natijalarida odatda PSD darajasining o'rtacha va og'ir ko'rinishlari aniqlanadi, bu esa, o'z navbatida, individual reabilitatsiya strategiyasini tuzishda ahamiyatli [3].

PSDning kechishi va dinamikasini o'rganish natijasida, uning bir necha variantlari aniqlangan: qisqa muddatli epizodli, surunkali retsidivlovchi va sekin surunkalashuvchi shakllar. Qisqa muddatli epizodli shakllar ko'pincha dastlabki haftalarda yoki birinchi ikki oyda kuzatiladi va samarali psixologik va farmakologik yordam natijasida yo'qolishi mumkin. Surunkali retsidivlovchi shakllar esa, biror stress faktori yoki jismoniy holatning yomonlashuvi paytida qayta kuchayadi va bemorning uzoq muddatli psixo-sotsial moslashuvini qiyinlashtiradi. Sekin surunkalashuvchi shakllar bemorlarda oldingi psixik tarbiya va temperamentga ham bog'liq, ya'ni yangi ijtimoiy va shaxsiy sharoitda o'zini ko'rsata boshlaydi. PSD jarayoniga ta'sir etish uchun bugungi kunda yorqin klinik ahamiyatga ega bo'lgan yondashuvlar mavjud: psixoterapiya, antidepressantlar, sog'lom turmush tarzini shakllantirish, oila va yaqinlar tomonidan ko'mak, ijtimoiy xizmatlar, shuningdek kognitiv reabilitatsion dasturlar. Zamonaviy antidepressantlardan selektiv serotonin qaytar olinishi ingibitorlari (SSRI), tritsiklik antidepressantlar va noradrenalinlik faoliyatni oshiruvchi moddalardan keng foydalaniladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatmoqdaki, ushbu dori vositalarini o'z vaqtida va ratsional dozada buyurish bemorning nafaqat ruhiy, balki jismoniy tiklanishini ham tezlashtirishga yordam beradi. Shuningdek, motivatsion psixoterapiya, psixo-educativ suhbatlar, emotsional yordam, autogen trening, musiqa terapiyasi kabi yondashuvlar ham PSDning ildizini yo'qotishga xizmat qiladi [4].

PSDni erta aniqlash va differensial diagnostika qilishda nevrolog, psixiatriya va psixologlar o'zaro hamkorlikda ish olib boradi. Bemor inson organizmi va psixikasining birligi sifatida baholandigi uchun, insultdan keyingi depressiv buzilishlarni ham organik–psixogen buzilish deb hisoblash muhim. Ko'plab klinik kuzatuvlarda depressiv buzilish florasi (ma'no, kuchi va davomiyligi) to'g'ridan-to'g'ri insultning klinik turi, og'irligi, asoratlarning mavjudligi, insonning individual psixotipi va tashqi ko'mak imkoniyatlariga bog'liq ekani isbotlangan. Ishemik insultdan keyingi depressiv buzilishlarning klinik-psixopatologik qonuniyatlarini chuqur o'rganish nafaqat ularni davolashda, balki insultdan so'nggi kompleks reabilitatsiyaning samaradorligini oshirishda ham muhim rol o'ynaydi. Bunday

yondashuvda bemorlar bilan ishlayotgan shifokor va psixologlar uchun doimiy trening, kasbiy mahorat, zamonaviy dori vositalari va rehabilitatsion dasturni to‘g‘ri tanlash asosiy natija kalitidir. Oila va ijtimoiy muhit ko‘magini faollashtirish, bemorga tushuntirish va uning salohiyatini rivojlantirish ustuvor yo‘nalishlardan biri hisoblanadi. PSDni o‘z vaqtida aniqlash va davolash esa, o‘z-o‘zidan, insultdan keyingi nogironlik va o‘lim holatlarini kamaytirish, bemorlarning hayot sifati va ijtimoiy faolligini tiklash imkonini beradi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatmoqdaki, insultdan keyin uchraydigan depressiv holatlar bevosita nevrologik, biologik va psixologik sabablarning birikmasidan shakllanadi. Aynan shu jihatdan PSD muolajasiga zamonaviy yondashuv kompleks – psixofarmakologik, psixoterapevtik va sotsial reabilitatsiya tadbirlaridan iborat bo‘lib, bu har bir bemorga individual yondashish, uning ehtiyoj va imkoniyatlarini e‘tiborga olishni talab etadi. Mazkur mavzu bo‘yicha ilmiy izlanishlar va amaliy qo‘llanmalar, shuningdek, xalqaro tavsiyalarda PSDni erta diagnostika qilish, zamonaviy antidepressantlarni to‘g‘ri tanlash, ruhiy va ijtimoiy yordam dasturlarini tuzish va muntazam monitoring qilish tavsiya etiladi. Shuning uchun, insultdan so‘nggi davrda bemorlarni kuzatish, psixik holatini baholash va individual yordam ko‘rsatish tibbiyot muassasalari oldida turgan eng muhim vazifalardan biri bo‘lib qolmoqda [5].

Xulosa: Xulosa qilib aytganda, ishemik insultdan keyingi depressiv buzilishlar bemor sog‘lig‘i, hayot sifati va reabilitatsiyasi uchun turli noqulayliklar tug‘diradi. Uning shakllanishi va kechishining klinik-psixopatologik qonuniyatlarini to‘g‘ri baholash va erta davolash orqali nafaqat ruhiy, balki jismoniy tiklanishga ham sezilarli yordam berish mumkin. Shu sababli, har bir insult bilan og‘rigan bemor holatini har tomonlama o‘rganish, kompleks psixofarmakologik va psixoterapevtik yordam ko‘rsatishga e‘tibor qaratish amaliy tibbiyot va ilm-fan oldida turgan asosiy muammolardan biri sifatida dolzarb bo‘lib qoladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Alimova, N. R., & Karimova, D. S. (2019). “Ishemik insultdan keyingi ruhiy va nevrologik holatlar.” Tibbiyot jurnali, 4(2), 52-58.
2. Jalilova, M. S. (2021). “Insultdan keyingi davrda depressiv buzilishlarni davolashda zamonaviy yondashuvlar.” Tibbiyot Innovatsiyalari, 3(4), 112-118.
3. Qodirova, N. T., & Rajabov, S. O. (2018). “Miokard infarkt va insultdan keyingi psixopatologik o‘zgarishlar.” Psixiatriya va Nevrologiya, 6(1), 77-82.
4. To‘xtayev, A. D., & Sultonova, S. A. (2017). “Insultdan keyingi depressiv holatlarning klinik xususiyatlari.” Zamonaviy tibbiyot muammolari, 2(3), 34-39.
5. Yuldasheva, G. F. (2020). “Ishemik insultdan keyingi erta tiklanish davrida depressiv buzilishlar epidemiologiyasi.” Sharq Tibbiyot jurnali, 5(2), 65-71.