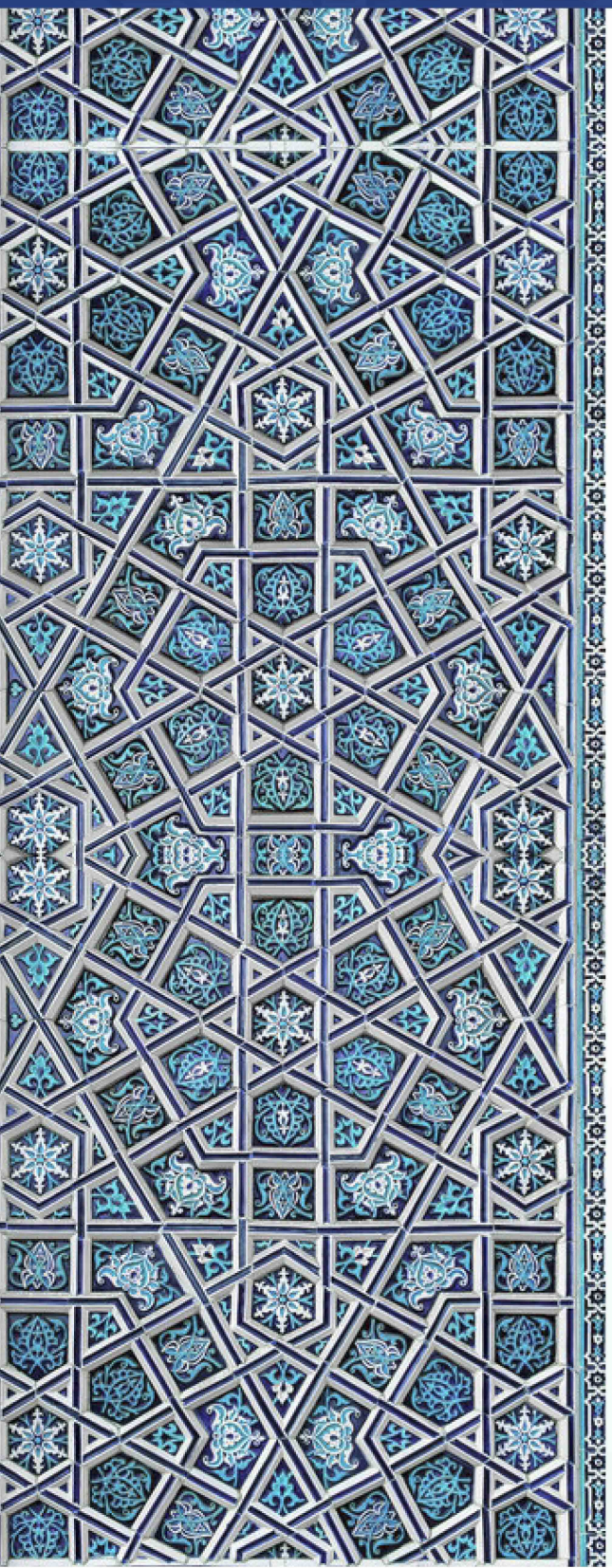
ISSN: 3093-8554

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И АДДИКТОЛОГИИ
INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF PSYCHIATRY AND ADDICTOLOGY

FANLARARO

PSIXIATRIYA VA ADDIKTOLOGIYA JURNALI



2025
VOL 1/2

Toshkent shahar,
Shifokorlar ko'chasi 21

+998911642440
+998997985147

www.tnmu.uz

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И АДДИКТОЛОГИИ
INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF PSYCHIATRY AND ADDICTOLOGY

FANLARARO
PSIXIATRIYA VA ADDIKTOLOGIYA JURNALI

ISSN: 3093-8554

№ 2, 2025. Vol. 1

RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN RUHIY SALOMATLIK ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

“FANLARARO PSIXIATRIYA VA ADDIKTOLOGIYA JURNALI” ning TAHRIRIYAT RO‘YXATI

BOSH MUHARRIR
Ashurov Z.Sh.
t.f.d., O‘zbekiston

BOSH MUHARRIR O‘RINBOSARI
Mamatov R.M.
O‘zbekiston

MA'SUL KOTIB
Xayredinova I.I.
Ph.D., O‘zbekiston

TAHRIRIYAT HAY`ATI A'ZOLARI

Abdullayeva V.K.
t.f.d., O‘zbekiston
Alimov U.X.
t.f.d., O‘zbekiston
Baxramov F.Sh.
Ph.D., O‘zbekiston
Erkaboyev A.A.
Ph.D., O‘zbekiston
Lyan E.M.
O‘zbekiston
Magzumova Sh.Sh.
t.f.d., O‘zbekiston
Muxamadiyeva N.B.
t.f.d., O‘zbekiston
Mustafoyeva Sh.F.
O‘zbekiston
Seomashko N.E.
b.f.d., O‘zbekiston
Sultanov Sh.X.
t.f.d., O‘zbekiston
Sunyakov T.S.
t.f.n., O‘zbekiston
Tursunxodjayeva L.A.
t.f.d., O‘zbekiston
Userbayeva R.K.
O‘zbekiston
Velilyayeva A.S.
t.f.n., O‘zbekiston
Xegay L.N.
t.f.n., O‘zbekiston
Xodjayeva N.I.
t.f.d., O‘zbekiston
Yadgarova N.F.
Ph.D., O‘zbekiston
Chembayev B.R.
Ph.D., O‘zbekiston
Afzal Javed
M.D., Ph.D., Pokiston
Altinbekov K.S.
t.f.d., Qozog‘iston
Asadullin A.R.
t.f.d., Rossiya Federatsiyasi
Avinash Desousa
M.D., Ph.D., Hindiston
Bohong Wang
M.D., Ph.D., Xitoy
Darya Rostam Ahmed
M.D., Ph.D., Iroq
Elmira Anderzhanova
M.D., Ph.D., Germaniya
Federico Reebok
M.D., Ph.D., Argentina
Florence Thibaut
M.D., Ph.D., Frantsiya
Galako T.I.
t.f.n., Qirg‘iziston
Giuseppe Tavormina
M.D., Ph.D., Italiya
Marco Sarchiapone
M.D., Ph.D., Italiya
Mrugesh Vayshnav
M.D., Ph.D., Hindiston
Negay N.A.
t.f.n., Qozog‘iston
Neznanov N.G.
t.f.d., Rossiya Federatsiyasi
Norbert Skokauskas
M.D., Ph.D., Norvegiya
Panteleyeva L.Yu.
t.f.n., Qirg‘iziston
Paul Cumming
M.D., Ph.D., Shveysariya
Pavlichenko A.V.
t.f.n., Rossiya Federatsiyasi
Shport S.V.
t.f.d., Rossiya Federatsiyasi
Sivolap Yu.P.
t.f.d., Rossiya Federatsiyasi
Skugarevskiy O.A.
t.f.d., Belarus
Smirnova D.A.
t.f.n., Rossiya Federatsiyasi
Soldatkin V.A.
t.f.d., Rossiya Federatsiyasi
Subodh Dave
M.D., Ph.D., Birlashgan Qirollik
Xenia Gonda
M.D., Ph.D., Vengriya
Wang Lili
M.D., Ph.D., Xitoy

МУНДАРИЖА – ОГЛАВЛЕНИЕ – CONTENTS

Kuchkarov H. / Prevalence and contributing factors of burnout syndrome among 4th- and 5th-year medical students 8

Бабаев Ж.С. / Поликлиника шароитида ёши катта беморларни нейропсихологик текширувдан ўтказишнинг клиник аҳамияти 15

Nurmamatova N.D. / Dunyo bo'yicha demensiyani davolashda farmakologik va nofarmakologik yondashuvlar: klinik, farmakoekonomik va innovatsion istiqbollar 25

Nurmamatova N.D. / Early diagnosis of affective disorders in dementia: clinical and theoretical perspectives 29

O'rolova D.A. / Revmatoid artritda tashvishli-depressiv buzilishlarni baholash 33

Magzumova Sh.Sh., Yegenberdiyeva D.T. / Adabiyotlar sharhi: ayollardagi nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlarda tmsning samaradorligi 41

Лутова Н.Б., Бахматова А.И., Щербина С.Н., Ченский И.С., Макаревич О.В. / Эффективность и безопасность использования VR для коррекции трансдиагностических аффективных феноменов у больных с аутохтонными психическими расстройствами: пилотное исследование 58

Magzumova Sh.Sh., Vosiqov B.A. / Gipotireozning turli shakllariga ega bemorlarda affektiv simptomatika rivojlanishiga ijtimoiy omillarning ta'siri 71

Кеворкова М.А., Магзумова Ш.Ш., Ядгарова Н.Ф. / Клинико-динамические особенности невротических расстройств в период пандемии COVID-19 76

Shadmanova L.Sh. / Keksa yoshdagi bemorlarda depressiv-ipoxondrik buzilishlarning klinik xususiyatlari 93

Петрова Н.Н. / Ассоциированные психические и аддиктивные расстройства 98

Насырова Р.Ф. / Мемантин - постинсультная реабилитация, влияние на когницию и спастику 106

Хамидуллаев Х.Ш., Ашуров З.Ш. / Психосоциальная реабилитация пациентов с параноидной формой шизофрении: обзор мировой практики 119

Таджибаев У.А., Абдукахарова Г.К., Равшанов Ж.А., Ашуров З.Ш., Хайрединова И.И. / Интегративный анализ длительности ремиссии и факторов, влияющих на ее продолжительность у пациентов с алкогольной зависимостью 125

Шукуров Б.Л., Ашуров З.Ш. / Влияние тревожности врачей-психиатров на тактику ведения и клинические исходы у пациентов с психическими расстройствами 136

Усербаева Р.К., Ашуров З.Ш. / Факторы, влияющие на динамику течения фобических тревожных расстройств у детей: результаты 12-месячного наблюдения 147

Zoxidova G.A., Syunyakov T.S., Alimov U.X. / Характерологические особенности и паттерны поведения молодежи использующей нпв (мефедрон, альфа-пвп, спайсы, пав в таблетированной форме) 153

Ядгарова Н.Ф., Сюняков Т.С., Кеворкова М.А. / Шифокорлар ўртасида эмоционал чарчоқ синдроми: гендер, мутахассислик ва соматик касалликлар билан боғлиқликни таҳлил қилиш 160

Yuldasheva H.F., Xayredinova I.I. / Alfa-pvp: jamiyatning sog‘liqni saqlash soxasidagi yangi chaqiriqni o‘rganish 167

НАУЧНЫЕ ТЕЗИСЫ

Madirimova L. O., Ibadullayev B.B., Komilova D.R. / Giperaktivlik sindromida kognitiv buzilishlar tibbiy-psixologik korreksiyasi 179

Ollaberganova R.Z., Ibodullayev Z.R. / Ayollarda gipoteriozning uchrash chastotasi va ulardagi psixoemotsional buzilishlar hamda ularni davolashda psixologik terapiyaning roli 180

Ядгарова Н.Ф., Кеворкова М.А. / Связь уровня эмоционального выгорания врачей с показателями тревожности и депрессии 181

Нурмаматова Н.Д. / Деменция: этиологические факторы и современные подходы к ранней диагностике 182

Хайрединова И.И., Назарова Л.К. / Нейробиологические и фармакодинамические механизмы сочетанного употребления психоактивных веществ 183

Shadmanova L.Sh. / Depressiya bilan og'rigan keksa bemorlarda qon tomir genezli kasalliklariga psixoorganik buzilishi omilining ta'siri 184

Shadmanova L.Sh., Zokirov M.M.,Rajapov M.Sh. / Depressiya bilan og'rigan keksa yoshdagi bemorlarning terapevtik dinamikasini prognoz qilish 185

Хакимова Дж. / Социальные факторы, влияющие на развитие тревожных расстройств у мужчин пожилого возраста 186

Хайрединова И.И., Каримова Р.О. / Влияние нейровоспалительных процессов и их взаимодействие с нейропластичностью в патогенезе депрессии 187

Тилавов М.Т. / Комплексная стратегия профилактики и коррекции экстрапирамидных расстройств в психиатрической практике 189

Hurmatli hamkasblar, mualliflar va kitobxonlar!



Sizlarni Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi tomonidan ta’sis etilgan "Fanlararo psixiatriya va addiktologiya jurnali" ilmiy-amaliy nashri sahifalarida kutib olishdan mamnunman.

Bugungi kunda ruhiy salomatlik jamoat sog‘lig‘ining eng muhim yo‘nalishlaridan biriga aylangan bir paytda, bemorlarimizga samarali yordam ko‘rsatish strategiyalarini ishlab chiqish uchun turli mamlakatlarning tibbiyot va fan sohalaridagi mutaxassislar kuchini birlashtirish zarurati paydo bo‘lmoqda. Aynan shu narsa jurnalimizning asosiy vazifasiga aylandi – ruhiy salomatlik va addiktsiyalar muammolari bilan shug‘ullanuvchi psixiatrlar, narkologlar, psixoterapevtlar, tibbiy psixologlar, umumiy amaliyot shifokorlari va boshqa mutaxassislarning bilim va tajribalarini umumlashtirish.

Jurnalimiz sizga quyidagi ruknlarda dolzarb va amaliy ahamiyatga ega materiallarni taqdim etadi:

• Psixiatriya va narkologiyadagi sharhlar – eng so‘nggi ilmiy yutuqlar va jahon tendensiyalarini aks ettiruvchi batafsil tahliliy maqolalar.

• Psixiatriya va narkologiyaning huquqiy jihatlari – kundalik amaliyotda zarur bo‘lgan qonunchilik va axloqiy masalalarni yoritib beruvchi materiallar.

• Psixiatriya va narkologiyadagi klinik tadqiqotlar – fan va klinik amaliyot uchun yangi ma’lumotlarni taqdim etadigan original tadqiqotlar natijalarini o‘z ichiga oladi.

• Umumiy tibbiyot – umumiy tibbiy amaliyot doirasida ruhiy salomatlik muammolariga nisbatan keng qarashni shakllantiradigan maqolalarni o‘z ichiga oladi.

• Amaliyotchi shifokorga yordam va amaliyotdan olingan holatlar – shifokorlar haqiqiy klinik holatlarga misollar va tashxis qo‘yish hamda davolash bo‘yicha amaliy tavsiyalarni topa oladigan rukn.

Barcha hamkasblarni samarali hamkorlikka va jurnalimiz ishida faol ishtirok etishga taklif etaman. Ishonchim komilki, biz birgalikda zamonaviy psixiatriya va addiktologiya bo‘yicha bilimlarni tarqatish orqali bemorlarimizning ruhiy salomatligi va hayot sifatini yuksaltira olamiz. Umid qilamanki, "Fanlararo psixiatriya va addiktologiya jurnali" amaliyotchi shifokorlar uchun foydali manba bo‘ladi, shuningdek, mutaxassislarda psixiatriya va addiktologiyadagi zamonaviy yo‘nalishlarni chuqurroq o‘rganishga ishtiyoq uyg‘otadi.

Hurmat bilan,
Jurnal bosh muharriri,
Ashurov Zarifjon Sharifovich,
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori,
O‘zbekiston psixiatrlar assotsiatsiyasi prezidenti,
Toshkent davlat tibbiyot universiteti psixiatriya va narkologiya kafedrasi mudiri

Уважаемые коллеги, авторы и читатели!

Рад приветствовать вас на страницах научно-практического журнала «Междисциплинарный журнал психиатрии и аддиктологии», учреждённого Республиканским специализированным научно-практическим медицинским центром психического здоровья Узбекистана.

Сегодня, когда психическое здоровье является одним из важнейших направлений общественного здоровья, возникает острая потребность в объединении усилий специалистов различных областей медицины и науки различных стран для разработки эффективных стратегий помощи нашим пациентам. Именно это стало основной миссией нашего журнала – объединить знания и опыт психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, врачей общей практики и других специалистов, занимающихся вопросами психического здоровья и проблемами аддикций.

Наш журнал предлагает читателям актуальные и практически значимые материалы в следующих рубриках:

• Обзоры в психиатрии и наркологии – подробные аналитические статьи, представляющие последние научные достижения и мировые тенденции.

• Юридические аспекты психиатрии и наркологии – материалы, освещающие законодательные и этические вопросы, необходимые в повседневной практике.

• Клинические исследования в психиатрии и наркологии – результаты оригинальных исследований, предоставляющих новые данные для науки и клинической практики.

• Общая медицина – статьи, расширяющие взгляд на проблемы психического здоровья в контексте общей медицинской практики.

• В помощь практическому врачу и случаи из практики – рубрика, в которой врачи могут найти примеры реальных клинических случаев и практические рекомендации по диагностике и лечению.

Приглашаю всех коллег к плодотворному сотрудничеству и активному участию в работе нашего журнала. Уверен, вместе мы сможем повысить уровень психического здоровья и качества жизни наших пациентов, содействуя распространению знаний по современной психиатрии и аддиктологии. Надеюсь, что «Междисциплинарный журнал психиатрии и аддиктологии» станет помощником практических врачей, а также разбудит желание специалистов глубже изучать современные тенденции в психиатрии и аддиктологии.

С уважением,
Главный редактор журнала,
Ашуров Зарифжон Шарифович,
доктор медицинских наук, профессор,
Директор Республиканского специализированного
научно-практического медицинского центра психического здоровья,
Президент Ассоциации психиатров Узбекистана,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Ташкентского государственного медицинского университета

Dear colleagues, authors, and readers!

I am glad to welcome you on the pages of the Interdisciplinary Journal of Psychiatry and Addiction, our scientific and practical journal, established by the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health of Uzbekistan.

Today, when mental health is one of the most important areas of public health, there is an urgent need to unite the efforts of specialists from various fields of medicine and science from different countries to develop effective strategies for helping our patients. This has become the main mission of our journal - to unite the knowledge and experience of psychiatrists, narcologists, psychotherapists, medical psychologists, general practitioners, and other specialists dealing with mental health issues and addiction problems.

Our magazine offers readers relevant and practically significant materials in the following sections:

• Reviews in psychiatry and narcology are detailed analytical articles presenting the latest scientific achievements and global trends.

• Legal aspects of psychiatry and narcology – materials covering legislative and ethical issues necessary in everyday practice.

• Clinical research in psychiatry and narcology results from original research that provides new data for science and clinical practice.

• General Medicine – articles that expand the view of mental health issues in the context of general medical practice.

• Clinical Guidance and Case Reports for Practitioners – a section where doctors can find examples of real clinical cases and practical recommendations for diagnosis and treatment.

I invite all colleagues to fruitful cooperation and active participation in the work of our journal. I am sure that together we will be able to improve the level of mental health and quality of life of our patients, promoting the dissemination of knowledge on modern psychiatry and addictology. I hope that the Interdisciplinary Journal of Psychiatry and Addictive Medicine will become an assistant to a practicing doctors, and will also awaken the desire of specialists to study more deeply modern trends in psychiatry and addictology.

Sincerely,
Editor-in-chief,
Ashurov Zarifjon Sharifovich,
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Director of the Republican Specialized Scientific
and Practical Medical Center for Mental Health,
President of the Uzbekistan Psychiatric Association,
Head of the Department of Psychiatry and Narcology
of Tashkent State Medical University

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

PREVALENCE AND CONTRIBUTING FACTORS OF BURNOUT SYNDROME AMONG 4TH- AND 5TH-YEAR MEDICAL STUDENTS

Kuchkarov Humoyun
Yadgarova Nargiza
Magzumova Shakhnoza
Tashkent State Medical university (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Emotional burnout syndrome is the body's response resulting from the long-term impact of moderate-intensity occupational stress on mood. It is a gradual depletion of emotional, cognitive, and physical energy, manifested in symptoms of emotional, mental, physical, and personal exhaustion. The increasing prevalence of emotional burnout syndrome among students currently studying in medical higher education institutions indicates that the problem remains relevant. The study aims to determine the causes of emotional burnout syndrome in medical university students and to identify the frequency of its occurrence among lower and upper-level students.*

Methods. *An online survey was conducted among 4th and 5th-year students of Tashkent Medical Academy who were enrolled in the 2023-2024 academic year. A total of 256 students included 115 students from the 4th-year who were designated as the control group, and 141 students from the 5th-year Treatment Faculty, who formed the main study group. To evaluate the level of burnout among students, the questionnaire for assessing emotional exhaustion developed by K. Maslach and S. Jackson was utilized. This questionnaire was adapted for the local context by K.N.Kuchkarov and N.F.Yadgarova, ensuring its relevance and applicability to the study population.*

Results. *According to the research, the prevalence of burnout syndrome among 5th-year students was as follows: 30,1% (n=44) had psycho-emotional exhaustion, 14,3% (n=21) had depersonalization, and 34,2% (n=50) had a personal reduction. In 21,3% of students, burnout was not detected. Among 4th-year students, 27,8% (n=32) had psycho-emotional exhaustion, 8,2% (n=10) had depersonalization, and 35,6% (n=41) had a personal reduction of burnout syndrome. In 27,9% of students, burnout was not detected.*

Conclusions. *These results indicate that burnout increases as medical students advance in their training, with 5th-year students experiencing higher levels due to greater clinical workload, academic pressure, and responsibility. This highlights the need for targeted interventions, such as stress management programs, psychological support, and curriculum adjustments, to improve students' mental well-being.*

Keywords: *Burnout syndrome, medical students, stress, clinical workload, mental well-being.*

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, СОВМЕСТНАЯ ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СИНДРОМУ ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 4-ГО И 5-ГО КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Аннотация. *Синдром эмоционального выгорания является реакцией организма на длительное воздействие стрессов средней интенсивности на настроение. Это*

постепенное истощение эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющееся симптомами эмоционального, психического, физического и личного истощения. Растущая распространённость синдрома эмоционального выгорания среди студентов медицинских вузов указывает на актуальность данной проблемы. Цель исследования — определить причины синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинского университета и выявить частоту его проявления среди студентов младших и старших курсов.

Методы. Онлайн-опрос был проведён среди студентов 4-го и 5-го курсов Ташкентской медицинской академии, обучавшихся в 2023–2024 учебном году. Всего в исследовании приняли участие 256 студентов, из них 115 студентов 4-го курса составили контрольную группу, а 141 студент 5-го курса лечебного факультета — основную группу. Для оценки уровня профессионального выгорания использовалась анкета для определения эмоционального истощения, разработанная К. Маслач и С. Джексоном. Анкета была адаптирована к местным условиям К.Н. Кучкаровым и Н.Ф. Ядгаровой.

Результаты. *Согласно результатам исследования, распространённость синдрома выгорания среди студентов 5-го курса была следующей: 30,1% (n=44) имели психоэмоциональное истощение, 14,3% (n=21) — деперсонализацию, и 34,2% (n=50) — снижение личных достижений. У 21,3% студентов выгорание не выявлено. Среди студентов 4-го курса 27,8% (n=32) имели психоэмоциональное истощение, 8,2% (n=10) — деперсонализацию, и 35,6% (n=41) — снижение личных достижений. У 27,9% студентов выгорание не обнаружено.*

Выводы. *Эти результаты показывают, что уровень выгорания увеличивается по мере продвижения студентов-медиков по курсам обучения. Студенты 5-го курса испытывают более высокий уровень выгорания из-за возросшей клинической нагрузки, учебного давления и ответственности. Это подчёркивает необходимость внедрения целевых мер — программ по управлению стрессом, психологической поддержки и корректировки учебных планов для улучшения психического благополучия студентов.*

Ключевые слова: *синдром выгорания, студенты-медики, стресс, клиническая нагрузка, психическое благополучие.*

4- VA 5-KURS TIBBIYOT TALABALARI ORASIDA EMOSIONAL SO‘NISH SINDROMINING TARQALISHI, BIRGALIKDA UCHRASHI VA UNGA TA’SIR ETUVCHI OMILLAR

Annotatsiya. *Emotsional so‘nish (burnout) sindromi — bu organizmning o‘rta darajadagi mehnat stressining uzoq muddatli ta’siriga javobi hisoblanadi. U emotsional, kognitiv va jismoniy energiyaning bosqichma-bosqich kamayishi bilan namoyon bo‘lib, emotsional, ruhiy, jismoniy va shaxsiy charchash belgilarida o‘zini ko‘rsatadi. Hozirgi kunda tibbiyot oliy ta’lim muassasalarida tahsil olayotgan talabalar orasida emotsional so‘nish sindromining tarqalishi ortib borayotgani muammoning dolzarbligini ko‘rsatmoqda. Ushbu tadqiqotning maqsadi tibbiyot universiteti talabalarida emotsional so‘nish sindromining sabablarini aniqlash va uning past va yuqori kurs talabalaridagi uchrash chastotasini belgilashdir.*

Usullar. *Onlayn so‘rovnoma 2023–2024 o‘quv yili davomida Toshkent tibbiyot akademiyasining 4- va 5-bosqich talabalari orasida o‘tkazildi. Jami 256 nafar talaba ishtirok etdi, shundan 115 nafari 4-bosqich talabalar (nazorat guruhi), 141 nafari esa 5-bosqich davolash*

fakulteti talabalari (asosiy guruh)ni tashkil etdi. Talabalarda kuyish (burnout) darajasini baholash uchun K. Maslach va S. Jekson tomonidan ishlab chiqilgan emotsional charchashni baholash so‘rovnomasi qo‘llanildi. Ushbu so‘rovnoma K.N. Kuchkarov va N.F. Yadgarova tomonidan mahalliy sharoitga moslashtirilgan.

Natijalar. *Tadqiqot natijalariga ko‘ra, 5-bosqich talabalari orasida kuyish sindromining tarqalishi quyidagicha bo‘ldi: 30,1% (n=44) da psixo-emotsional charchash, 14,3% (n=21) da depersonalizatsiya, 34,2% (n=50) da shaxsiy yutuqlarning kamayishi kuzatildi. 21,3% talabalarda kuyish aniqlanmadi. 4-bosqich talabalari orasida esa 27,8% (n=32) da psixo-emotsional charchash, 8,2% (n=10) da depersonalizatsiya, 35,6% (n=41) da shaxsiy yutuqlarning kamayishi qayd etildi. 27,9% talabalarda kuyish aniqlanmadi.*

Xulosalar. *Ushbu natijalar shuni ko‘rsatadiki, tibbiyot talabalari o‘qish bosqichlarida yuqoriga ko‘tarilgan sari kuyish darajasi ortadi. 5-bosqich talabalari klinik yuklama, o‘quv bosimi va mas’uliyatning oshgani tufayli yuqoriroq darajadagi kuyishni boshdan kechiradilar. Bu esa stressni boshqarish dasturlari, psixologik yordam va o‘quv dasturiga tuzatishlar kiritish orqali talabalar ruhiy salomatligini qo‘llab-quvvatlash zarurligini ko‘rsatadi.*

Kalit so‘zlar: *Kuyish sindromi, tibbiyot talabalari, stress, klinik yuklama, ruhiy salomatlik.*

Introduction. Burnout is a psychological syndrome that includes emotional exhaustion, depersonalization, and a decline in personal achievements, occurring among people from a specific environment [1]. According to V.V. Boyko, emotional burnout is a psychological defense mechanism developed by an individual in the form of complete or partial exclusion of emotions (reduction of their energy) in response to selected psychologically traumatic influences. Other definitions of this condition are also found in the literature: “mental burnout syndrome”, “information neurosis”, and “manager's syndrome” [2]. At present, emotional burnout syndrome is a serious biopsychosocial problem that causes concern among specialists due to the severity of its consequences at both individual and organizational levels. The negative effects of burnout extend to all spheres of life, including family relationships, professional activities, and psychological and physical well-being. Burnout can deplete the body's protective mechanisms, increasing the likelihood of developing somatic diseases [3].

According to the World Health Organization definition, "burnout syndrome is physical, emotional or motivational exhaustion characterized by impaired productivity and fatigue, as well as insomnia and increased predisposition to somatic diseases, as well as the use of alcohol or other psychoactive substances to obtain temporary relief, which tends to develop physiological dependence and in many cases, suicidal behavior [4].

The term "burnout" was first proposed and introduced in 1974 by H. Freudenberger, who defined it as a clinical-psychological syndrome that develops under the influence of chronic work-related stress. This syndrome includes progressive emotional exhaustion, loss of motivation or depersonalization, as well as a lack of professional and personal reduction. In 1981, C. Maslach and S.E. Jackson put forward the idea that burnout has three components: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment and competence [5,6]. Burnout is now recognized as a serious biopsychosocial phenomenon, associated with impaired professional performance

Depersonalization involves an indifferent attitude towards work, studies, and one's responsibilities, with increasing impersonality and formality in contact with others. Reduction of personal achievements is ex-

pressed in a decrease in the significance of students' sense of personal accomplishments, satisfaction with their studies, and disillusionment with their chosen profession. [6, 7, 8].

While burnout has been extensively studied in healthcare professionals, growing evidence suggests that medical students are also highly vulnerable due to academic overload, emotional pressure, and early clinical exposure [9]. Despite the recognized burden, targeted research on burnout among medical students, particularly in transitional academic stages, remains limited.

The aim of this study is to evaluate the prevalence and severity of burnout syndrome among 4th- and 5th-year medical students and to identify its key contributing factors.

Materials and Methods

Study Design

This was a cross-sectional, observational study conducted among medical students at Tashkent Medical Academy (Uzbekistan) during the 2023–2024 academic year. Data collection was performed using an anonymous, structured online questionnaire.

Study Population

The study involved 256 students studying at the Faculty of Treatment (Medicine), divided into two groups: the main group included 141 students from the 5th year; the control group consisted of 115 students studying in the 4th year.

Data Collection Methods

The data were obtained using the following approaches: clinical interviews and identification of depressive syndrome; questionnaires and constructed clinical interviews were used to assess the degree of fatigue in students using the emotional fatigue assessment questionnaire developed by K. Maslach and S. Jackson. This questionnaire was adapted to local conditions by K.N. Kuchkarov and N.F. Yadgarova, which ensures its relevance and applicability to the studied population.

Statistical Data Analysis

Using the questionnaire and identifying the direct causes of emotional decline syndrome in students, risk factors were calculated. The chi-square criterion was used to assess the categorical differences. For all analyses, the p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results. Of the 256 students surveyed, 77.3% (n=197) were aged 20–24 years, while 22.7% (n=59) were aged 25–29 years, with a mean age of 24.9 ± 2.3 years. Regarding marital status, 73% (n=182) of students were married and 27% (n=74) were single. Married students more frequently reported fatigue, interpersonal tension, irritability, and sleep disturbances.

Employment status analysis revealed that 32.9% (n=84) of students worked part-time, primarily in public hospitals, private clinics, or pharmacies. The majority of these students noted that clinical practice opportunities during official training were insufficient, prompting them to seek practical experience through night shifts or external placements.

The results obtained from the main group showed that among 141 students, 81,5% (n=115) exhibited various stages of burnout syndrome. Psycho-emotional exhaustion was identified in 30.1% (44±1,21) of students. A significant portion (n=21±0.56) experienced a mild level of emotional exhaustion, while (n=8±0,2) reported severe fatigue. Depersonalization was detected in 14,3% (21±0,77) of students, leading to a noticeable sense of detachment from patients and professional responsibilities. Reduced personal accomplishment had the highest prevalence, affecting 34.2% (50±0,95) of students. A significant number (n=13±0,2) considered their achievements insufficient, which contributed to decreased self-confidence and reduced interest in their profession. Emotional changes were not detected in 18,5% of students. (Tabl. 1)

A. Indicators of burnout syndrome in 5th-year students

Table 1

Distribution of Burnout Levels Among 5th-Year Medical Students by Subscale and Severity

	Psycho-emptional exhaustion	Depersonalization	Personal reduction
Overall students	44 ±1,21	21 ±0,77	50 ±0,95
Low level	21±0,56	9±0,32	24±0,55
Middle level	15±0,45	5±0,27	13±0,2
High-level	8±0,2	7±0,18	13±0,2

According to the obtained results, among the 115 fourth-year students, 72,1% (n=83) were found to have various stages of burnout syndrome. Psycho-emotional exhaustion was identified in 27,8% (32±0,87) of students, with the majority experiencing a (n=17±0,46) low level. Depersonalization was detected in 8,69% (10±0,54) of students, leading to noticeable emotional detachment from patients and professional responsibilities. Reduced personal accomplishment was found in 35,6% (41±0,53) of students, with most experiencing a mild level. This condition results in students underestimating their achievements, which may lead to decreased self-confidence. The remaining 27,9% (n=32) of students showed no significant emotional changes related to burnout. (Fig. 2)

B. Indicators of burnout syndrome in 4th-year students

Table 2.

Distribution of Burnout Levels Among 4th-Year Medical Students by Subscale and Severity

	Psycho-emptional exhaustion	Depersonalization	Personal reduction
Overall students	32 ±0,87	10 ±0,54	41 ±0,53
Low level	17±0,46	5±0,27	22±0,28
Middle level	8±0,21	2±0,1	11±0,14
High-level	7±0,19	3±0,15	8±0,1

Key Findings

The analysis of the obtained results revealed that academic workload, clinical responsibilities, and emotional stress are key factors contributing to the development of burnout syndrome among medical students. The findings indicate that there are differences in the level of burnout between 4th- and 5th-year students. These differences may be associated with the increasing complexity of the educational process, greater experience in working with patients, and heightened professional responsibilities.

Psychoemotional Exhaustion

The level of psycho-emotional exhaustion among 4th-year students was 32±0.87, whereas among 5th-year students, it was 44±1.21. The higher rate among 5th-year students suggests that the increased clinical and professional workload, along with constant exposure to exams and academic pressure, significantly contribute to emotional exhaustion.

Depersonalization

The level of depersonalization was 10.47±0.54 among 4th-year students, while it was 21±0.77 among 5th-year students. The

higher scores among 5th-year students indicate a noticeable emotional detachment from patients and professional duties, as well as a reduced personal emotional involvement in their experiences. This condition arises due to prolonged stress and increasing professional demands.

Reduced Personal Accomplishment

The level of reduced personal accomplishment was 41±0.53 among 4th-year students and 50±0.95 among 5th-year students. The higher rate among 5th-year students suggests that they tend to evaluate their achievements lower, experience decreased self-confidence, and show reduced motivation towards their professional careers. (Tabl. 1).

Discussion

Interpretation of Key Findings

The study results indicate that as the academic year progresses, the prevalence of burnout syndrome among medical students increases. This phenomenon is associated with academic stress, clinical responsibilities, and growing professional demands. The differences between 4th- and 5th-year students highlight the significant role of transitioning to clinical education in the development of burnout. This may be due to the increased workload related to working directly with patients, constant exposure to exams and academic pressure, as well as a lack of sufficient breaks. Increasing physical and mental fatigue can reduce students' psychological resilience.

In terms of depersonalization, students may use emotional detachment as a protective mechanism, avoiding close emotional connections with patients. This, in turn, could lead to a decline in communication skills and an increase in indifference toward patients in the future. As senior students face more complex clinical processes, they may begin to perceive their capabilities as limited, which can result in decreased motivation for professional development.

Clinical and Public Health Implications

The results highlight the necessity of preventive measures against burnout syndrome in medical education. To address this issue, the following preventive strategies should be implemented:

Implementing stress management programs – Organizing psychological training sessions, mentorship programs, and workshops to enhance emotional well-being among students. **Optimizing academic workload** – Ensuring students have sufficient rest periods and establishing a stronger support system within the educational process.

Expanding psychological support and counseling services – Conducting screenings to identify burnout syndrome among students and implementing early interventions to reduce professional exhaustion.

Conclusions

The results of this study indicate that burnout syndrome is widely prevalent among medical students, particularly among senior-year students. The increasing complexity of medical education, growing academic workload, clinical responsibilities, and continuous exposure to stress contribute to the development and intensification of burnout symptoms. Medical higher education institutions can help improve students' mental state and ensure their professional stability by implementing these strategies in practice. Furthermore, the occurrence of this syndrome among medical students negatively affects their professional activities and relationships with patients. These findings necessitate the development of comprehensive preventive measures and strategies, as well as conducting further in-depth research on this topic.

REFERENCES

1. A.M. Akhmetova, L.D. Sadretdinova, D.M. Gabitova, A.N. Ishmukhametova, T.M. Ilyasova, et al., “Emotional burnout and signs of depression in medical students,” Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture, vol. 14, №3. 314, 2022.

2. A.V. Karpovich, P.E. Grigoriev, Yu.S. Luskova, “Medical-biological and psychosomatic aspects of the Chronic fatigue syndrome in students of the medical high School” Journal of Physics and Technology Institute of V. I.

Vernadsky Crimean Federal University Volume 1 (67–69). No. 2. 2017. P. 85–94

3. Gureeva IL, Velikanov AA, Koraikina KM, et al. Psychological features of emotional burnout syndrome in medical students. Personality in a changing world: health, adaptation, development. 2021;9(4):433-42.

4. Honchar V., Zhytniy M., Harchenko O., Chyrkin V., Bogomolna L., Danylchenko A., Derkach A., Lulka I., Reshetova O., Baklunov V., M'yasoed Yu., Tereshchenko N., Chernenko G., "Emotional or professional burnout in future doctors", Sciences of Europe # 82, (2021)

5. N.A. Sirota, V.M. Yaltonsky, A.V. Yaltonskaya, d.V. Moskovchenko, "Emotional burnout among doctors", Infectious Disease News, Opinions, Training. № 4. P 19-25, 2017

6. N.A. Ognerubov, E.B. Karpova, "Emotional burnout syndrome among doctors and students in medical universities", Вестник ТГУ, т.22, вып.1, 2017

7. Nagornyak Yu.G., Kanakina T.A., Fokin V.A. Study of the syndrome of emotional burnout in students of the faculty of pharmacy. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62(5): 254-258.

8. E. N. Dudnik, O. S. Glazache, E. A. Yumatov, F. E. Yagubova, F. O. Ismailova, "Quality of Life, Burnout Level and Sleep Characteristics of the Medical Students in Different Educational Environments", Вестник международной академии наук (русская секция) • 2017 • 1

ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ЁШИ КАТТА БЕМОРЛАРНИ НЕЙРОПСИХОЛОГИК ТЕКШИРУВДАН ЎТКАЗИШНИНГ КЛИНИК АҲАМИЯТИ

Бабаев Жумабек Сағдулла ўғли - ассистент
Тошкент давлат тиббиёт университети (Тошкент, Ўзбекистон)

Аннотация: *Хотира ва бошқа когнитив функцияларнинг бузилиши доимо қарилик патологиясида алоҳида ўрин эгаллайди.Аҳоли популяциясида ёши катта ва кекса ёшдаги беморларнинг кўпайиши когнитив бузилишлар долзарблигида муаммо бўлиб келмоқда (М.М.Захаров 2016. Л.Г.Гимоян. Г.Г. Сильванян.2023. А.Б.Локшина 2013.). John Hart Jr. M.D. (American Academy of Neurology. 2009 y) тавсияларига кўра ёши катта беморларда турли хил нейропсихологик тестлар ёрдамида когнитив бузилишларнинг айнан у ёки бу турини аниқлаш(амнестик ёки ноамнестик) уларнинг профилактикаси ва эффектив даволашни танлашда катта амалий ахамият касб этади. Jamila Hussain маълумотларига кўра когнитив бузилишлар биринчи тоифа хизматидаги беморларнинг 10-12% дагина аниқланади. Оқибатда кейинчалик деменциянинг учраш частотаси ошиб боаверади (Mild Cognitive Impairment (MCI) Screening Tools for Primary Care Providers.LOYOLA 2014). Шу сабабли когнитив бузилишларни нодементив когнитив бузилишлар даражасида эрта аниқлаш биринчи навбатда уларнинг профилактикасини тўғри йўлга қўйишда, даволаш самарадорлигини оширишда ва энг мухими асоратларни олдини олишда мухим қадам ҳисобланади. Айнан бу ишни юртимизда ОП ёки ҚВП шароитида УАШ фаолиятида тадбиқ этиш ва ташкиллаштириш ёши катта беморларда деменциянинг профилактикасини ишлаб чиқишда асосий омиллардан бири ҳисобланади.*

Калит сўзлар: *когнитив бузилиш, деменция, оилавий поликлиника, МоСА тести, MMSE, профилактика.*

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Бабаев Жумабек Сагдулла угли - ассистент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация: *Нарушения памяти и других когнитивных функций всегда занимают особое место в патологии старения. Увеличение числа пожилых и престарелых пациентов в популяции населения обуславливает актуальность проблемы когнитивных нарушений (М.М. Захаров 2016, Л.Г. Гимоян, Г.Г. Сильванян 2023, А.Б. Локшина 2013). Согласно рекомендациям Джона Харта-младшего, доктора медицины (Американская академия неврологии, 2009 г.), выявление того или иного типа когнитивных нарушений (амнестических или неамнестических) у пожилых пациентов с помощью различных нейропсихологических тестов имеет большое практическое значение при выборе методов их профилактики и эффективного лечения. По данным Джамилы Хуссейн, когнитивные нарушения выявляются только у 10-12% пациентов, обращающихся за первичной медицинской помощью. В результате частота встречаемости деменции продолжает расти (Mild Cognitive Impairment (MCI) Screening Tools for Primary Care Providers. LOYOLA 2014). Поэтому раннее выявление когнитивных нарушений на уровне недементных когнитивных расстройств является важным шагом, в первую очередь, для правильной организации их профилактики, повышения эффективности лечения и, самое*

главное, предотвращения осложнений. Именно внедрение и организация этой работы в деятельности врачей общей практики в условиях семейных поликлиник или сельских врачебных пунктов в нашей стране является одним из основных факторов в разработке профилактики деменции у пожилых пациентов. В результате частота деменции продолжает расти (Mild Cognitive Impairment (MCI) Screening Tools for Primary Care Providers.LOYOLA 2014). Поэтому раннее выявление когнитивных нарушений на уровне недементивных когнитивных нарушений является важным шагом, в первую очередь, в правильном налаживании их профилактики, повышении эффективности лечения и, самое главное, в предотвращении осложнений.

Ключевые слова: *когнитивные нарушения, деменция, семейная поликлиника, тест MoCA, MMSE, профилактика.*

CLINICAL SIGNIFICANCE OF NEUROPSYCHOLOGICAL EXAMINATION OF ELDERLY PATIENTS IN OUTPATIENT SETTINGS

Babayev Jumabek Sagdulla ugli - assistant
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract: *Memory and other cognitive impairments have always occupied a special place in the pathology of aging. The increasing number of elderly and senile patients in the population continues to be a problem in the context of cognitive impairments (M.M. Zakharov 2016, L.G. Gimoyan, G.G. Silvanyan 2023, A.B. Lokshina 2013). According to recommendations by John Hart Jr. M.D. (American Academy of Neurology, 2009), determining the specific type of cognitive impairment (amnestic or non-amnestic) in elderly patients using various neuropsychological tests is of great practical importance in selecting appropriate prevention and effective treatment methods. According to Jamila Hussain's data, cognitive impairments are detected in only 10-12% of patients in primary care services. As a result, the incidence of dementia subsequently increases (Mild Cognitive Impairment (MCI) Screening Tools for Primary Care Providers, LOYOLA 2014). Therefore, early detection of cognitive impairments at the level of non-dementia cognitive impairments is an important step, primarily in properly organizing their prevention, increasing the effectiveness of treatment, and most importantly, in preventing complications. The implementation and organization of this work in the activities of general practitioners in outpatient clinics or rural health units in our country is one of the main factors in developing dementia prevention strategies for elderly patients. As a result, the frequency of dementia subsequently increases (Mild Cognitive Impairment (MCI) Screening Tools for Primary Care Providers.LOYOLA 2014). Therefore, early detection of cognitive impairments at the level of non-dementive cognitive impairments is an important step, first of all, in the proper organization of their prevention, increasing the effectiveness of treatment, and most importantly, in the prevention of complications.*

Keywords: *cognitive impairment, dementia, family polyclinic, MoCA test, MMSE, prevention.*

Кириш. Когнитив бузилишлар(КБ) халқаро-дисциплинар муаммога айланиб улгурганки, бугунги кунда клиник амалиётда барча қатлам тиббиёт ходимлари ушбу муаммо устида бош қотирмоқда [1, 2, 5, 6, 12, 14, 15, 16,.]. Шу ўринда таъкидлаш жоизки, қатор чет эл ва юртимизнинг атоқли олимлари томонидан когнитив бузилишлар устида олиб борилган илмий изланишлар хулосасига кўра, унинг эрта диагностикаси ва тўғри йўлга қўйилган профилактик чора-тадбирлар нафақат

деменциянинг ривожланишини олдини олади, балки аҳолининг ёши катта ва кексалар қатламида яшаш сифатини яхшиланишига олиб келади. Бу борада тиббиётнинг бирламчи негизида, яъни ҚВП ва ОП шароитида когнитив бузилишлар эрта диагностикаси, даволаш ва профилактикасини тўғри йўлга қўйиш мақсадга мувофиқдир [5,25,33,34].

Беморларда КФ холатини додементив бузилишлар даражасида эрта диагностикасини амалга ошириш касалликларнинг прогрессиясида уларнинг профилактикасини амалга ошириш ва терапевтик даволаш ишларини амалга оширишда мухим аҳамият касб этади. Бугунги кунда бир қанча стандарт нейропсихологик тестлар КФ бахолашда қўлланилмоқда ва уларнинг хар бирининг ўзига хос қулайлик хамда камчилик томонлари мавжуд. Айни вақтда клиник амалиётда бир қатор скринингли нейропсихологик шкалалар ишлаб чиқилганки, бу шкалаларни оила шифокори бемалол тор мутахасисс иштирокисиз амалга ошириши мумкин. Ушбу шкалаларнинг натижаларини интерпретация қилиш бирмунча осон, кўп холатларда диагноз қўйиш учун етарли маълумот беради, беморларни динамикада кузатиш ва бахолаш имкониятини беради. Когнитив фаолият соҳасида изланишлар олиб борган қатор таниқли олимлар, айнан ўз илмий изланишларига тайаниб, сифатли оддий нейропсихологик тестлардан комплекс фойдаланишни тавсия қилишади (MMSE, Мини-Ког тести, “соат чизиш” тести, МоСА тест ва ҳ.к.) [21,22,26,30,31.].

Деменция ва когнитив бузилишлар гиподиагностикасининг сабаби асосан оила шифокори ва невропатологларнинг нейропсихологик текширув усулларидан етарли даражада фойдаланаолмаслиги билан боғлиқдир(Б.Г.Гафуров 2017г.). Академик Н.Н. Яхно маълумотларига таянадиган бўлсак поликлиника шароитида шифокорларга мурожат этаётган 60 ёшдан ошган беморларнинг 70% дан ортиғида когнитив бузилишлар кузатилади[4] Чет эл тажрибаларига кўра ёши катта беморларда когнитив бузилишларни текшириш учун қуйидаги методлар кўп қўлланилади: “Когнитив фаолиятни қисқача бахолаш тести(MMSE)", “шкала лобной дисфункции”, “тест рисования часов”, “Бостонский тест назқвания”, “тест деменции Маттиса”, “тест запоминания 10 слов”, “Монреальская шкала оценки когнитивных фукций (МоСА-тест)” ва бошқ. Бугунги кунда нейропсихологик тестлар интеллектни бахолашнинг ягона илмий асосланган усули ҳисобланади ва бу тестлар орқали биз интеллектуал бузилиши мавжуд беморларни текширишимиз ва динамикада бемор холатини кузатишимиз мумкин. [5,17,18,19.]

Чет элда ўтказилган қатор илмий изланишлар хулосасига таянадиган бўлсак, ёши катта беморларда когнитив бузилишларни аниқлашнинг диагностикасини босқичма босқич амалга ошириш мақсадга мувофиқдир [5, 6, 8, 14, 17, 20, 21, 24, 26.]. Бунда албатта, тиббиёт ходими чуқур билим ва клиник-амалий тажрибага эга бўлиши лозим. Мисол учун дастлаб клинико-психологик босқичда:

- Бемор, унинг яқинлари ва қариндошлари томонидан хотира пасайиши ва ақлий иш фаолиятидаги нуқсонларга шикояти;

- Бемор ёки унинг яқинлари томонидан олинган маълумотларга кўра беморда когнитив фаолият имкониятларининг индивидуал ҳолатдагига нисбатан сезиларли пасайиши;

- Беморнинг кундалик мехнат фаолиятига салбий таъсир кўрсатаётган когнитив бузилишларнинг мавжудлигини аниқлаш

Кейинчалик экспресс-психодиагностика усуллари(“мини ког” тести, 3 та сўзни ёд олиш ва қайтариш, Крепелиннинг ҳисоблаш жадвали, дизартрия, акалькулия, дизлексия, дизграфияни аниқловчи текширувлар, руҳий ҳолатни бахолашнинг қисқа шкаласи (MMSE)); орқали беморларда хотира, диққат, тафаккур, нутқ, интеллект ва бошқ. ларни текшириш ўткази-

лади. Кейинчалик аниқланган патологик ўзгариш даражасига кўра чуқурлаштирилган ва мақсадга йўналтирилган клиник-психодиагностика ўтказилади:

-Хотирани баҳолаш (Векслер хотира шкаласи, Монреал шкаласи (MoCA test));

-Диққатни баҳолаш (Монреал шкаласи (MoCA test), шульте жадвали);

-Тафаккурни баҳолаш (Монреал шкаласи (MoCA test), фикрлаш тезлиги методи);

-Нутқни баҳолаш (Монреал шкаласи (MoCA test)дизартрия, акалькулия, дизлексия, дизграфияни аниқловчи текширувлар);

-Интеллектни баҳолаш (руҳий ҳолатни бахолашнинг қисқа шкаласи (MMSE), Монреал шкаласи (MoCA test), "деменция оғирлик даражаси" шкаласи);

Ва бемор охирида чуқурлаштирилган клиник-инструметал текширувга йўналтирилади [15,16,17,28,29,33.].

Тадқиқот мақсади: Ёши катта беморларда турли касалликлар фонида юзага келган когнитив бузилишларни поликлиника шароитида нейропсихологик тестлар орқали скрининг қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Текширув ва изланишлар асосан Тошкент шахридаги оилавий поликлиникаларда олиб борилди. Текширув учун 63 та бемор олинди, уларнинг 39 нафарини аёллар, 24 нафарини эркаклар ташкил этади, Текширувга олинган беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди:

1 – гуруҳга (асосий гуруҳ) текширув давомида КБ аниқланган беморлар олинган бўлиб, улар дастлаб клиник-анамнестик текширувдан ўтказилди. Худди шундай 2 – гуруҳга оилавий поликлиникаларга мурожат қилган, когнитив бузилишлар аниқланмаган 25 нафар бемор олинди(контрол гуруҳ), Ушбу гуруҳ беморлари ҳам дастлабки клиник-анамнестик текширувдан ўтказилди. Ҳар иккала гуруҳ аъзолари кейинги этап давомида когнитив фаолиятни баҳолаш учун нейропсихологик тестлар(MoCA, MMSE) орқали текширувдан ўтказилди.

Тадқиқот натижаларини баҳолашнинг статистик таҳлили

Изланишларнинг статистик таҳлили шасий иш компютерда, Intel да Microsoft Excel дастурини қўллаган холда олиб борилди. Шунингдек махсус Statistica, версия 6.0 (StatSoft, 2008) компютер йиғма дастурлар тўпламидан фойдаланилди.

Олинган натижаларнинг статистик таҳлили параметрик ва нопараметрик статистик усулларни қўллаган холда олиб борилди. Олинган таҳлиллар тавсифи ўртача катталик, ўзаро таққослаш, минимум ва максимум ҳамда ўртача стандарт хатолик кўринишида бериб борилди. Иккала гуруҳ орасидаги натижаларнинг таҳлили t – Стьюдент критерияси орқали бахоланиб борилди.

Натижалар ва мухокама:

1 - жадвал

Беморлар ҳақида қисқача маълумот

	1 – гуруҳ (КБ аниқланган беморлар)		2 – гуруҳ (контрол, КБ аниқланмаган беморлар)	
Беморлар сони	38		25	
- Шулардан эркаклар	15		9	
- Шулардан аёллар	23		16	
Беморларнинг ўртача ёши	62,4 ± 6,75		58,66 ± 3,22	
	аёлларда	эркакларда	аёлларда	эркакларда
	59,78±7,34	64,56±5,1	56,22±5,83	61,19±2,33

2 - жадвал

Беморларнинг маълумотлилик даражасига кўра тақсимланиши

	Маълумоти	1 – гуруҳ (Асосий гурух) n=38		2 – гурух (назорат гурух) n=25	
		Аёллар	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар
1	Ўрта	11	1	0	0
2	Ўрта – махсус	7	9	5	2
3	Олий	5	5	11	7

Кузатувда бўлган беморларнинг, айни вақтда, биринчи гурухда 5,26%игина доимий иш фаолиятига эга бўлса, бу кўрсаткич иккинчи гуруҳда (назорат гуруҳи) 60 %ни ташкил қилади. Бу фоизлар бизга бир фикрни аниқроқ тушуниб олишимизга имкон беради, яъни инсон неча ёшда бўлмасин ёки қанақа жинс вакили бўлмасин, кундалик ҳаётида доимий интеллектуал – жисмоний фаолликнинг мавжудлиги унинг когнитив функциявий фаоллигини нафақат узоқ муддат сақланиб қолишига балки янада такомиллашиб боришига олиб келади.

Текширувлар давомида беморлар ҳаёт – анамнези ва яқинларининг берган маълумотларига таянадиган бўлсак, 1- гуруҳ беморларининг умумий ҳисобда 31,5% ида (12 бемор) фаол кундалик ҳаёт тарзига эга эканлиги аниқланди. Бу курсаткич 2 – гуруҳда 92%ни (23 бемор) ташкил этади. Шу сабабли ҳам иккинчи гуруҳ беморлари орасида “қариликнинг рухий портрети” учраш даражаси деярли кузатилмайди. Биринчи гуруҳ (асосий гуруҳ) беморларини юқоридаги нисбий критериялар асосида таҳлил қилганимизда уларнинг 57,9% да (22 бемор), умумий ҳисобда, “қариликнинг руҳий портрети”ни кузатишимиз мумкин.

Беморлар анамнестик маълумотларидан I гурухга мансуб беморларда коморбид патологиялар давомийлиги ўртача 13,4 ± 2,88 йилни ($p<0,05$) ташкил этса (коморбидлик аниқланган 28 беморда айнан шу коморбид патологияларнинг биргаликда намоён бўлиш давомийлиги), II гурух беморлари орасида бу кўрсаткич 6,67 ± 0,56 ($p<0,01$) йилни ташкил этади (коморбидлик кузатилган 6 нафар беморда). Текширувлар давомида ҳар иккала гуруҳ беморларидаги коморбид патологиялар юзага келишида юрак – қон томир ва бош мия – қон томир касалликлари етакчи ҳисобланади, аммо беморлардаги мавжуд соматик касалликларнинг оғирлик даражаси, касаллик давомийлиги, симптомлар турғунлилиги, касалликга нисбатан олиб борилаётган иккиламчи профилактика тадбирларининг самаралилиги ва бошқа нисбатларга кўра бу гуруҳ беморларининг умумий ҳолати бир – биридан фарқ қилади.

Нейропсихологик шкалалар билан текшириш натижаларига кўра асосий гуруҳда, 16 нафар беморда (42.1%) енгил даражадаги когнитив бузилишлар. 14 нафар беморда (36.8%) ўрта оғир даражадаги когнитив бузилишлар. 8 нафар беморда (21.1%) эса у ёки бу оғирликдаги деменция аниқланди. Албатта беморларда когнитив функция бузилишларини бахолашда уларнинг маълумоти, ногиронлиги, айни вақтдаги ижтимоий ҳолати ва мавжуд соматик касалликлари ҳисобга олинди. Нейропсихологик тест текширувларида назорат гуруҳидаги беморларда когнитив функция бузилишлари аниқланмади.

3 - жадвал

MMSE шкаласи бўйича ҳар иккала гуруҳ натижалари таҳлили

Текширув усули	Асосий гуруҳ	p (хатоликнинг эҳтимоллиги)	Назорат гуруҳи	p (хатоликнинг эҳтимоллиги)
MMSE	22.05 ±3.08	p≤0.016	28.04±0.68	p≤0.04

Асосий гуруҳ беморларининг ёш категорияси бўйича олинган натижаларига кўра 60 ёшгача бўлган беморларда MMSE бўйича ўртача баллар қиймати 23.21±1,66 ни, 60 – 70 ёш орасида 20.58±4.74 ни, 70 ёшдан юқори беморларда эса 19.4±2.48 ни ташкил этади. Ушбу гуруҳ орасида натижаларнинг паст чиқиши асосан, анамнезида оғир органик касалликлари мавжуд, оғир БМЖ ўтказган, узоқ йиллар давомида эпилепсия билан касалланган ва Деменция (Альцгеймер) ташхиси қўйилган беморлар орасида кузатилади

4 - жадвал

МоСА шкаласи бўйича текширув натижалари

Текширув усули	Асосий гуруҳ	p (хатоликнинг эҳтимоллиги)	Назорат гуруҳи	P*
МоСА	21.7 ±3.15	p≤0.015	27.12±0.86	p≤0.05
*P**= кўрсаткичнинг ўртача хатолиги*				

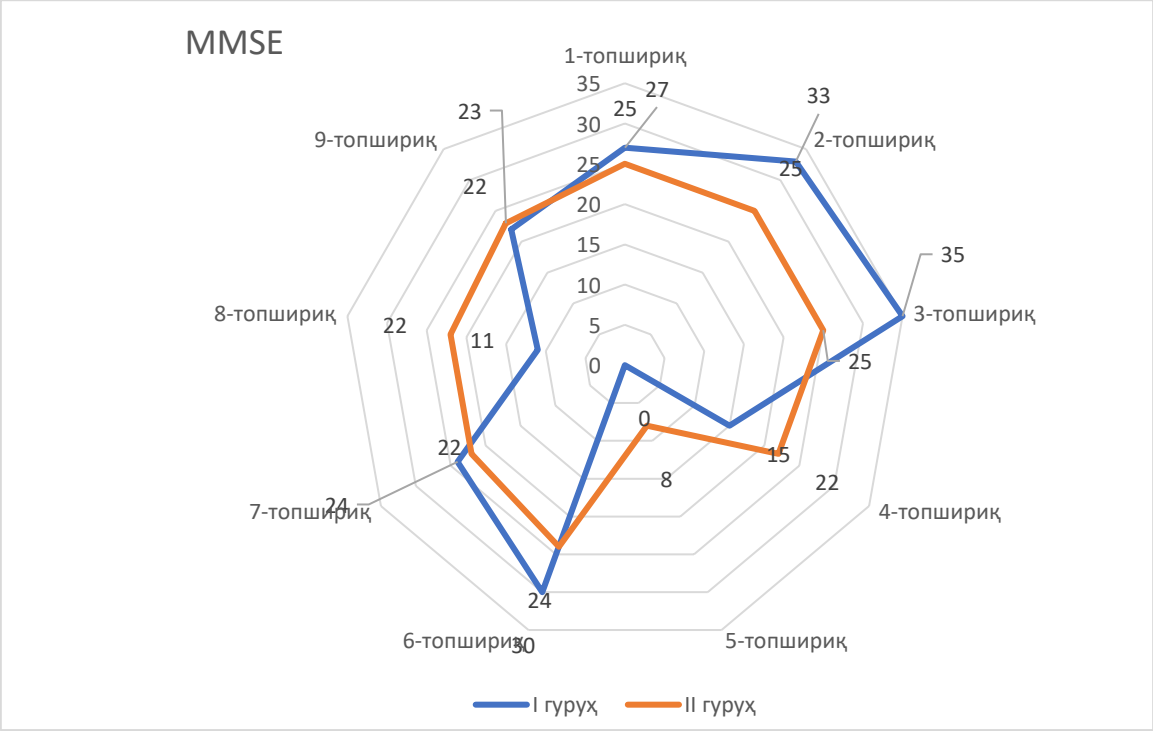
Ўтказилган нейропсихологик текширувлар ва касаллик анамнези бўйича асосий гуруҳнинг ҳар уччала ёш категориясида деменция кузатилган беморлар аниқланди. Бу ҳолат чуқурроқ ўрганилганида беморларда деменцияга олиб келган сабаблар сифатида КБни эрта диагностика қилинмаганлиги, мавжуд соматик – органик касалликлар билан ўз вақтида самарали даволаш – реабилитацион – профилактик чора тадбирлари олиб борилмагани, баъзи беморлар ва уларнинг яқинларида касаллик асоратларига нисбатан тўғри ёндошилмаганлиги, кундалик ҳаётида интеллектуал – жисмоний фаолликнинг чегараланганлиги ёки умуман йўқлиги, уларнинг ёши, нейродегенератив касалликларга нисбатан наслий мойилликнинг мавжудлиги аниқланди.

Текширувлар давомида нейропсихологик тестлар ва анамнези бўйича КБ аниқланмаган назорат гуруҳидаги беморлар натижаларини таҳлил қиладиган бўлсак, MMSE шкаласи бўйича топшириқларни бажараолиш кўрсаткичи асосий гуруҳ билан таққосланганда анча юқори эканлиги аниқланди ва шунингдек хатолик улуши асосий гуруҳда юқори даражада:

5 – жадвал

MMSE шкаласи	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		T* P**
	n	%	n	%	
1	2	3	4	5	6
1- Топшириқ	11	29%	0	0%	
2- Топшириқ	5	13%	0	0%	
3- Топшириқ	3	8%	0	0%	
4- Топшириқ	23	61%	3	12%	T ≥ 3.94 p≤0.01
5- Топшириқ	38	100%	17	68%	T=3,36 p≤0,001
6- Топшириқ	8	21%	1	4%	

7- Топшириқ	14	37%	3	12%	T ≥ 2.38 p≤0.05
8- Топшириқ	27	71%	3	12%	T= 6 p ≤0.01
9- Топшириқ	16	42%	2	8%	T= 3,5 p≤0,01
T= Стьюдент критерияси P**= кўрсаткичларнинг ўртача хатолиги*					



МоСА шкаласи бўйича текширувда хар иккала гуруҳдаги беморларнинг топшириқларни бажара олишдаги хатоликларини таққослаганда, хатоликлар асосий гуруҳ вакилларида кўпроқ улушни ташкил этади:

6 – жадвал

МоСА шкаласи	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		T* P**
	n	%	n	%	
1	2	3	4	5	6
1- Топшириқ	26	68,4%	9	36%	T=2,6 p≤0,05
2- Топшириқ	2	7,9%	0	0%	
3- Топшириқ	26	68,4%	8	32%	T=2,9 p≤0,05
4- Топшириқ	21	55,2%	2	8%	T=4,84 p≤0,01
5- Топшириқ	20	52,63%	2	8%	T=4,45 p≤0,01
6- Топшириқ	8	21%	0	0%	
7- Топшириқ	31	81,6%	15	20%	T=6 p≤0,001
8- Топшириқ	19	50%	6	24%	T=2,1 p≤0,05
9- Топшириқ	38	100%	18	72%	T=3 p≤0,01
10- топшириқ	6	15,79%	0	0%	
T= Стьюдент критерияси P**= кўрсаткичнинг ўртача хатолиги*					

Юқорида кўрсатиб ўтилганидек нейропсихологик шкалалар бўйича текширув таҳлилида ҳар иккала гуруҳдаги беморларда хотира пасайиши билан боғлиқ

муаммо улуши юқори қийматга эга. Асосий гуруҳдаги беморларда шунингдек диққат, абстракт фикрлаш, интеллектуал машқларга йўналтирилган топшириқларни бажаришдаги хатоликлар улуши юқори даражани ташкил этади.

Ҳар иккала нейропсихологик тест – шкаласи бўйича олинган натижалар Стьюдент мезони бўйича текширилганда олинган натижалар ишончлилиги тасдиқланди - T ≥ 2.

Хулоса ўрнида айтиш мумкинки, ёши катта беморларда когнитив бузилишларнинг эрта диагностикаси ва профилактикасига амалий жихатдан реал ёндошиш, уларнинг ижтимоий адаптациясини яхшилайди, оиладаги муносабатлар ва руҳий климатни мустахкамлайди, рухий бузилишлардаги стигматизацияни камайтиради ҳамда беморларнинг узоқ йиллик фаол ҳаёт кечиришини таъминлаб беради. Когнитив бузилишларнинг эрта диагностикаси ва тўғри йўлга қўйилган профилактик чора-тадбирлар нафақат деменциянинг ривожланишини олдини олади, балки аҳолининг ёши катта ва кексалар қатламида яшаш сифатини яхшиланишига олиб келади. Бу борада тиббиётнинг бирламчи негизида, яъни ҚВП ва ОП шароитида когнитив бузилишлар эрта диагностикаси, даволаш ва профилактикасини тўғри йўлга қўйиш мақсадга мувофиқдир.

АДАБИЁТЛАР

1. Маргарита Чан: “Деменция: приоритет общественного здравоохранения” ВОЗ -2013г. Женева.

2. Ашуров, З. Ш., Прохорова, А. В., Бабаев, Ж. С., & Абдусатторов, Ш. Т. (2018). Ёши катта беморларда когнитив бузилишларнинг эрта диагностикасини клиник аҳамияти. *Журнал теоретической и клинической медицины*, (2), 115-118.

3. Бабаев Ж. С., Ашуров З. Ш. Комплексная оценка когнитивных нарушений у детей и подростков с легкой степенью олигофрении //Антология российской психотерапии и психологии. – 2019. – С. 114-115.

4. Воробьёв, С.В. Нарушения когнитивных функций при посттравматической энцефалопатии (патогенез, клиника, диагностика): дисс. … дра мед. наук: 14.01.11 / Воробьев Сергей Владимирович. – СПб., 2015. – 299 с.

5. Яхно Н.Н.: “Деменция: руководство для врачей” Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. МЕДпресс-инфо.2010г. С-202-272.

6. Гаврилова, С.И. Болезнь Альцгеймера: современные подходы к диагностике и лечению / С.И. Гаврилова // Клин. фармакология и терапия. – 2002. – Т.11, №4. – С. 1-8.

7. Гаврилова, С.И. Использование тестовой оценки в качестве показателя эффективности терапии деменции, обусловленной болезнью Альцгеймера, в клинической практике / С.И. Гаврилова, И.В. Колыхалов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. - Т. 114, № 12. - С. 48-53.

8. Аширбекова, К. Ж., Елшиева, С. Е., Абиева, Н. Р., Аширбеков, Г. К., & Ходжаев, Н. К. Аффективные и когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста резюме. *Оңтүстік Қазақстандағы клиникалық неврология мектебі*, 49.

9. Густов, А.В. Когнитивные расстройства в неврологии: методы диагностики, пути коррекции / А.В. Густов, Е.А. Антипенко. – Н.Новгород: Нижегородская ГМА, 2013 – 190 с.

10. Дилафруз, А. К. У., Бабаев, Ж. С., & Убайдуллаев, Б. О. (2021). Клинические характеристики когнитивных расстройств при гипертонической болезни. *Scientific progress*, *2*(5), 504-512.

11. Захаров, В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») / В.В. Захаров // Неврол. журн. –2006. – Т.11. – С.27–32.

12. Захаров, В.В. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях / В.В. Захаров, Н.В. Вахнина // Эффек-

тивная фармакотерапия. - 2014. - № 1. - С. 14-21. 31.

13. Захаров, В.В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. – М.: Б.и., 2005. – 71 с.

14. Захаров, В.В. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Рус. мед. журн. – 2004. – Т.12, №10. – С. 573–576.

15. Захаров, В.В. Факторы риска и профилактика когнитивных нарушений в пожилом возрасте / В.В. Захаров // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2012. - Т.112, №8. - С. 86-91.

16. Захаров, В.В. Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения / В.В. Захаров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2012. - №2. - С.16-21.

17. Левин, О.С. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностические и терапевтические аспекты / О.С. Левин, Л.В. Голубева // Консилиум. - 2006. – Т.8, №2. – С. 106–110.

18. Литвиненко, И.В. Коррекция когнитивных и некогнитивных симптомов цереброваскулярной болезни / И.В. Литвиненко, К.М. Наумов, М.М. Одинак // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2014. - Т.114, №4. - С. 35-40.

19. Михайлова, Н.М. Смешанная альцгеймеровско-сосудистая деменция. Часть 2. Методы нейровизуализации в диагностике, патогенетические и терапевтические аспекты / Н.М. Михайлова, И.Ф. Рощина // Психиатрия. - 2012. - № 1-3 (5355). - С. 24-37.

20. Незнанов Н.Г.:“Динамика состояния пожилых больных с коморбидными депрессивными и когнитивными нарушениями сосудистого генеза в процессе терапии”. Н.Г. Незнанов, Л.С. Круглов. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2008. – № 3. – С. 18–21.

21. Соловьев А.Г.: “Ранняя диагностика и профилактика психеческих расстройств в пожилом возрасте”. А.Г. Соловьев, В.В. Попов, И.А.Новикова. 2016- Архангельск.

22. Яхно, Н.Н. Деменции. Рук-во для врачей. 2-е изд. / Н.Н. Яхно, В.В Захаров, А.Б. Локшина [и др.] - М.: Медпресс-информ, 2010 - 272 с.

23. DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. et al.: “Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability”. The Italian Longitudinal Study on Aging J. Am. Ger. Soc. 2000. Vol. 48. № 7. P. 775–782.

24. Dubois, B. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer’s disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria / B. Dubois, H.H. Feldman, C. Jzcova [et al.] // Lancet Neurol. – 2007. – № 6. – P. 734-746.

25. Erkinjuntti, T. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer’s disease combined with cerebrovascular disease: a randomized trial / T. Erkinjuntti, A. S. Kurz, Gauthier [et al.] // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 1283-1290.

26. Folstein, M.F. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // J. Psychiatr. Res. – 1975. – Vol. 12, № 3. – P. 189-198.

27. Gainotti, G. Neuropsychological predictors of conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease / G. Gainotti, D. Quaranta, M.G. Vita, C. Marra // J Alzheimers Dis. – 2014. – Vol. 38, № 3. – P. 481-495.

28. Sultonov, S. X., Babayev, J., Gopurova, G., & O’rolova, D. A. (2021). Psixoaktiv moddalarni aralash–kombinatsion qo’llash tufayli yuzaga kelgan qaramlilik sindromining modifikatsion profilaktikasi va davolash tamoyillari: qiyosiy tahlillar. *Журнал" Медицина и инновации"*, (4).

29. Jellinger, K.A. The pathology of "vascular dementia": a critical update / K.A. Jellinger // J. Alzheimer’s Dis. – 2008. – Vol. 14, № 1. – P. 107-123.

30. Petersen R.S., Touchon J. “Consensus on mild cognitive impairment”. Res. Pract. Alzheimer’s disease. 2005. Vol. 10. P. 24–32.

31. Jennifer S. Lin, MD, MCR, Elizabeth O'Connor, Rebecca C. Rossom, MD and other: "Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force".. Agency for Healthcare Research and Quality.U.S. Department of Health and Human Services. 2013y.

32. Jamila Hussain.: "Mild Cognitive Impairment (MCI) Screening Tools for Primary Care Providers". Loyola-2014.

33. Claire O'Regan, Hilary Cronin and Rose Anne Kenny. "Mental Health And Cognitive Function". The Irish Longitudinal Study on Ageing. 2016y.

34. Petersen R. C., Stevens J.C., Ganguli M. et al. Practice parameter. Early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence- based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001; 56:1133-42.

DUNYO BO‘YICHA DEMENSIYANI DAVOLASHDA FARMAKOLOGIK VA NOFARMAKOLOGIK YONDASHUVLAR: KLINIK, FARMAKOEKONOMIK VA INNOVATSION ISTIQBOLLAR

Nurmamatova Nigina Doniyorovna - doktorant
Buxoro davlat tibbiyot instituti (Buxoro, O‘zbekiston)

Annotatsiya: *Demensiya global sog‘liqni saqlash tizimi uchun eng dolzarb muammolardan biri bo‘lib, uning murakkab patogenezi, ko‘p komponentli etiologiyasi va yuqori ijtimoiy-iqtisodiy yuki integratsiyalashgan, ko‘p qirrali davolash yondashuvlarini talab qiladi. Ushbu maqolada farmakologik yondashuvlar - xolinesteraza ingibitorlari, NMDA antagonistlari va yangi antiamiloid preparatlar - shuningdek, nofarmakologik usullar: kognitiv reabilitatsiya, musiqa va san’at terapiyasi, jismoniy mashqlar, virtual reallik, telepsixiatriya va boshqa innovatsion texnologiyalar tahlil qilinadi. Rivojlangan va rivojlanayotgan mamlakatlardagi amaliyotlar solishtiriladi, farmakoekonomik cheklovlar va qimmat preparatlarning mavjudligi batafsil muhokama qilinadi. Innovatsion istiqbollar - gen terapiya, vaktsina tadqiqotlari, biomarkerlar va sun’iy intellekt asosidagi monitoring - individualizatsiyalashgan va patogenetik davolash imkoniyatlarini kengaytiradi. Integratsiyalashgan yondashuv simptomlarni kamaytirish, nevroplastiklikni rag‘batlantirish, bemorlarning hayot sifatini yaxshilash va oilaviy parvarishning samaradorligini oshirishga yordam beradi. Shu bilan birga, arzonroq va samarali texnologiyalar rivojlanayotgan mamlakatlarda farmakoekonomik tengsizlikni kamaytirishga imkon beradi. Shuningdek, bemor va oilalarning individual ehtiyojlariga moslashtirilgan yondashuv demensiya boshqaruvida muvaffaqiyat kalitidir. Ushbu maqola demensiyani davolashning klinik, iqtisodiy va innovatsion jihatlarini birlashtirgan kompleks yondashuvni ko‘rsatadi, global tibbiyot hamjamiyati uchun strategik ahamiyatga ega.*

Kalit so‘zlar: *demensiya, farmakoterapiya, nofarmakologik terapiya, farmakoekonomika, antiamiloid preparatlar, innovatsiya, gen terapiya, telepsixiatriya.*

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕМЕНЦИИ В МИРЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Нурмаматова Нигина Дониёровна - докторант
Бухарского государственного медицинского института (Бухара, Узбекистан)

Аннотация: *Деменция является одной из наиболее актуальных проблем мирового здравоохранения, её сложный патогенез, многофакторная этиология и высокая социально-экономическая нагрузка требуют комплексного и интегрированного, многогранного подхода к лечению. В статье анализируются фармакологические методы - ингибиторы холинэстеразы, антагонисты NMDA и новые антиамилоидные препараты - а также немедикаментозные подходы: когнитивная реабилитация, музыкальная и художественная терапия, физические упражнения, виртуальная реальность, телепсихиатрия и другие инновационные технологии. Сравнивается опыт развитых и развивающихся стран, рассматриваются фармакоэкономические ограничения, доступность дорогостоящих препаратов и возможные стратегии оптимизации. Инновационные перспективы - генная терапия, вакцины, биомаркеры и мониторинг на основе искусственного интеллекта - расширяют возможности индивидуализированного и патогенетического лечения. Интеграция фармакологических и немедикаментозных методов способствует снижению симптомов, стимулирует нейропластичность,*

улучшает качество жизни пациентов и эффективность семейного ухода. Внедрение доступных и эффективных технологий в развивающихся странах позволяет уменьшить фармакоэкономическое неравенство. Кроме того, подход, адаптированный к индивидуальным потребностям пациентов и их семей, является ключом к успешному управлению деменцией. Статья демонстрирует комплексный подход к лечению деменции, объединяющий клинические, экономические и инновационные аспекты, что имеет стратегическое значение для мировой медицины.

Ключевые слова: *деменция, фармакотерапия, немедикаментозная терапия, фармакоэкономика, антиамилоидные препараты, инновации, генотерапия, телепсихиатрия.*

PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEMENTIA AROUND THE WORLD: CLINICAL, PHARMACOECONOMIC AND INNOVATIVE PERSPECTIVES

Nurmamatova Nigina Doniyorovna - doctoral student
Bukhara state medical institute (Bukhara, Uzbekistan)

Abstract: *Dementia is one of the most pressing global health challenges, with its complex pathogenesis, multifactorial etiology, and high socio-economic burden necessitating integrated, multidimensional, and innovative treatment strategies. This article reviews pharmacological approaches - cholinesterase inhibitors, NMDA antagonists, and new anti-amyloid drugs - alongside non-pharmacological interventions such as cognitive rehabilitation, music and art therapy, physical exercise, virtual reality, telepsychiatry, and other innovative technologies. The experiences of developed and developing countries are compared, highlighting pharmacoeconomic limitations, accessibility of high-cost drugs, and potential strategies for optimization. Innovative perspectives - gene therapy, vaccine development, biomarkers, and AI-based monitoring - provide opportunities for individualized and pathogenetic treatment. The integration of pharmacological and non-pharmacological methods can alleviate symptoms, promote neuroplasticity, enhance patients' quality of life, and improve the effectiveness of family caregiving. Implementing affordable and effective technologies in developing countries helps reduce pharmacoeconomic disparities and expand access to care. Moreover, tailoring approaches to the individual needs of patients and their families is key to successful dementia management. This article demonstrates a comprehensive approach to dementia management, combining clinical, economic, and technological innovations, emphasizing its strategic importance for the global healthcare community.*

Keywords: *dementia, pharmacotherapy, non-pharmacological therapy, pharmacoeconomics, anti-amyloid drugs, innovation, gene therapy, telepsychiatry.*

Kirish. Demensiya neyrodegenerativ kasalliklarning umumiy atamasi bo‘lib, xotira, fikrlash, nutq, kundalik faoliyat va shaxsiy xususiyatlarning progressiv buzilishi bilan kechadi. JSST ma’lumotlariga ko‘ra, 2023-yilda dunyoda demensiya bilan yashayotgan bemorlar soni 55 milliondan oshgan, yiliga 10 milliondan ortiq yangi holat qayd etilmoqda [1]. 2050-yilga kelib bu ko‘rsatkich 130 milliondan ortishi kutilmoqda [2].

Demensiya jahon iqtisodiyotiga 2022-yilda 1,3 trillion dollardan ortiq xarajat keltirgan, 2030-yilda bu raqam 2 trillion dollardan oshishi prognoz qilinmoqda [3]. Shu sababli demensiyani davolash bo‘yicha global strategiyalar nafaqat klinik, balki farmakoekonomik jihatdan ham muhim.

1-jadval.

Global demensiya prognozi (2020–2050)

Yil	Bemorlar soni (mln)
2020	55
2030	78
2040	104
2050	130

Farmakologik yondashuvlar. Xolinesteraza ingibitorlari: Donepezil — o‘rtacha samarali, kognitiv testlarda 2–3 ball yaxshilanish beradi [4]. Rivastigmin — kapsula va transdermal plastir shaklida mavjud. Plastir nojo‘ya ta’sirlarni kamaytiradi. Galantamin — qo‘shimcha nikotinik agonistik ta’sir ko‘rsatadi.

Metaanalizlar shuni ko‘rsatadiki, ushbu preparatlar 6–12 oy davomida simptomlarni barqarorlashtiradi, ammo 18 oydan so‘ng samaradorligi pasayadi [5].

NMDA retseptor antagonisti — Memantin. Memantin glutamatning ortiqcha ta’sirini kamaytiradi. Reisberg et al. (2003) tadqiqotida kundalik faoliyatni bajarish qobiliyati 25% yaxshilangani qayd etilgan [6]. U ko‘proq o‘rta va og‘ir demensiya bosqichida qo‘llaniladi.

Yangi preparatlar: immunoterapiya Aducanumab (Biogen, 2021) — FDA tomonidan tezlashtirilgan tartibda tasdiqlangan, ammo klinik samaradorligi bo‘yicha bahsli [7]. Lecanemab (2023, FDA) — NEJM ma’lumotlariga ko‘ra, kognitiv pasayishni 27% sekinlashtirgan [8]. Donanemab — 3-bosqich klinik sinovlarda, dastlabki natijalar ijobiy.

Simptomatik terapiya. SSRI antidepressantlari — depressiyani kamaytiradi, lekin kognitiv natijaga ta’sir qilmaydi. Antipsixotiklar — tajovuzkorlikni kamaytiradi, ammo yurak-qon tomir xavfini oshiradi [9].

Farmakoekonomik jihatlar: Antiamiloid preparatlarning narxi (yiliga 28–56 ming dollar) rivojlanayotgan mamlakatlarda amalda mavjud emas [10]. Xolinesteraza ingibitorlari esa nisbatan arzon va keng qo‘llanilmoqda.

2-jadval.

Demensiya davolashda dorilar samaradorligi (kognitiv ballar o‘sishi)

Preparat	Kognitiv ball o’sishi (6 oy)
Donezepil	+2,3
Rivastigmin	+2,1
Memantin	+1,9
Lecanemab	+3,5

Nofarmakologik yondashuvlar. Kognitiv reabilitatsiya - MRI tadqiqotlari shuni ko‘rsatadiki, kognitiv mashqlar gippokampus hajmini 2–3% ga oshirishi mumkin [11]. Jismoniy mashqlar - Aerobik mashqlar BDNF (brain-derived neurotrophic factor) darajasini oshirib, neuroplastiklikni rag‘batlantiradi [12]. Musiqa terapiyasi - Dopaminergik tizimni faollashtirib, tashvish va uyqusizlikni kamaytiradi. van der Steen et al. (2018) ma’lumotlariga ko‘ra, musiqa terapiyasi depressiyani 30% gacha kamaytirgan [13]. San’at terapiyasi - Bemorlarning ijtimoiy izolyatsiyasini kamaytiradi, qo‘shma faoliyat orqali motivatsiyani oshiradi.

Texnologik innovatsiyalar. Virtual reallik (VR) — fazoviy oriyentatsiyani yaxshilaydi [14]. Telepsixiatriya — resurs cheklangan hududlarda qo‘llaniladi. Mobil ilovalar — xotira mashqlari va parvarish monitoringida ishlatilmoqda.

3-rasm.

Nofarmakologik yondashuvlar samaradorligi (%)

Yondashuv	Samaradorlik (% yaxshilanish)
Kognitiv terapiya	20-25%
Jismoniy mashqlar	15-18%
Musiqa terapiyasi	30%
VR va texnologiya	

Taqqoslovchi jadval

Yondashuv	Kuchli tomonlari	Cheklovlari
Farmakologik (xolinesteraza, memantin)	Simptomlarni kamaytiradi	Samaradorlik vaqtinchalik
Antiamiloid terapiya	Patogenetik ta'sir	Qimmat, nojo'ya ta'sirlar
Kognitiv terapiya	Neyroplastiklikni rag'batlantiradi	Doimiy mashg'ulot talab qiladi
Musiqa va san'at terapiyasi	Ruhiy salomatlikni yaxshilaydi	Individual qiziqishga bog'liq
VR va telepsixiatriya	Innovatsion, masofaviy imkoniyatlar	Qimmat texnologiya

Rivojlangan mamlakatlarda — biomarkerlar asosida precision medicine, genetik testlar va AI yordamida monitoring keng joriy etilmoqda. Rivojlanayotgan mamlakatlarda — resurs yetishmasligi sababli asosan simptomatik farmakoterapiya va oilaviy parvarishga tayaniladi. Madaniy va psixososial omillar — Sharq mamlakatlarida oilaviy qo'llab-quvvatlash kuchli, G'arbda esa ko'proq ijtimoiy xizmatlarga asoslanadi.

Xulosa. Demensiyani samarali davolash uchun farmakologik va nofarmakologik yondashuvlarni integratsiyalashgan tarzda qo'llash muhim. Klassik preparatlar simptomatik yengillik beradi, yangi antiamiloid dori vositalari esa kelajakda patogenetik davolash imkonini yaratishi mumkin.

Kelajak istiqbollari: 1. Gen terapiya — APOE ε4 genini nishonga oluvchi strategiyalar. 2. Vaktsina tadqiqotlari — amyloid-beta va tau oqsillariga qarshi. 3. AI asosida monitoring — erta tashxis va davolashni individualizatsiya qilish. 4. Farmakoekonomik tengsizliklarni kamaytirish — rivojlanayotgan mamlakatlar uchun arzonroq texnologiyalar yaratish.

ADABIYOTLAR

1. WHO. Dementia fact sheet. 2023.

2. Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 2020; 396: 413–446.

3. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2022.

4. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Rev. 2006.

5. Raina P, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors. CMAJ. 2008.

6. Reisberg B, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2003.

7. Sevigny J, et al. Aducanumab reduces Aβ plaques. Nature. 2016.

8. van Dyck CH, et al. Lecanemab in early Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2023.

9. Schneider LS, et al. Antipsychotic use in dementia. NEJM. 2006.

10. Cummings J, et al. Aducanumab: Appropriate use recommendations. J Prev Alzheimers Dis. 2021.

11. Belleville S, et al. Neural plasticity and cognitive training. Neuroimage. 2011.

12. Erickson KI, et al. Exercise training increases hippocampal volume. PNAS. 2011.

13. van der Steen JT, et al. Music therapy for dementia. Cochrane Review. 2018.

14. Laver K, et al. Virtual reality for dementia. Cochrane Review. 2017.

15–30. Qo'shimcha klinik sinovlar va xalqaro hisobotlar (Lancet Neurology, JAMA Psychiatry, Nature Medicine).

EARLY DIAGNOSIS OF AFFECTIVE DISORDERS IN DEMENTIA: CLINICAL AND THEORETICAL PERSPECTIVES

Nurmamatova Nigina Doniyorovna - doctoral student
Bukhara state medical institute (Bukhara, Uzbekistan)

Abstract: *Dementia is a progressive neurocognitive disorder affecting more than 55 million people globally, with cases expected to surpass 130 million by 2050. Alongside cognitive decline, affective disorders—particularly depression and anxiety—frequently emerge in the early stages and may precede measurable cognitive impairment. Despite their clinical relevance, these symptoms are often underdiagnosed, limiting timely intervention and contributing to poorer long-term outcomes. This paper provides an in-depth analysis of clinical and theoretical perspectives on the early diagnosis of affective disorders in dementia. Special attention is given to neurobiological mechanisms, including neuroinflammation, HPA axis dysregulation, neurotransmitter imbalance, and reduced neuroplasticity. Diagnostic approaches are reviewed through standardized tools and emerging digital solutions. The paper further highlights the growing role of artificial intelligence in improving early detection, risk stratification, and personalized care. Early identification tailored to patient and caregiver needs is crucial for optimizing outcomes and guiding personalized interventions. Early recognition of affective symptoms may create new opportunities for preventive psychiatry, optimize treatment strategies, and reduce caregiver burden and healthcare-related costs.*

Keywords: *dementia, affective disorders, early diagnosis, depression, anxiety, artificial intelligence.*

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕМЕНЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Нурмаматова Нигина Дониёровна - докторант
Бухарского государственного медицинского института (Бухара, Узбекистан)

Аннотация: *Деменция является прогрессирующим нейрокогнитивным расстройством, которым страдают более 55 миллионов человек во всём мире, и, по прогнозам, к 2050 году число случаев превысит 130 миллионов. Наряду с когнитивным снижением у пациентов часто наблюдаются аффективные расстройства, особенно депрессия и тревога, которые могут проявляться задолго до выраженного ухудшения памяти. Несмотря на их клиническую значимость, данные симптомы нередко остаются недодиагностированными, что приводит к задержке лечения и ухудшению прогноза. В статье представлен углублённый анализ клинических и теоретических аспектов ранней диагностики аффективных расстройств при деменции. Особое внимание уделено нейробиологическим механизмам, таким как нейровоспаление, дисфункция оси гипоталамус–гипофиз–надпочечники, нарушения нейротрансмиттеров и снижение нейропластичности. Обзор диагностических подходов включает стандартные шкалы и современные цифровые инструменты. Кроме того, подчёркивается растущая роль искусственного интеллекта в раннем выявлении и персонализации терапии. Ранняя диагностика, учитывающая потребности пациентов и их семей, имеет решающее значение для оптимизации результатов и направления персонализированных вмешательств. Раннее выявление аффективных симптомов открывает новые*

возможности для профилактической психиатрии, оптимизирует стратегии лечения и снижает нагрузку на опекунов и расходы системы здравоохранения.

Ключевые слова: *деменция, аффективные расстройства, ранняя диагностика, депрессия, тревога, искусственный интеллект.*

DEMENSIYADAGI AFFEKTIV BUZILISHLARNI ERTA TASHXISLASH: KLINIK VA NAZARIY ISTIQBOLLAR

Nurmamatova Nigina Doniyorovna - doktorant
Buxoro davlat tibbiyot instituti (Buxoro, O‘zbekiston)

Annotatsiya: *Demensiya bugungi kunda dunyo bo‘yicha 55 milliondan ortiq insonda uchraydigan progressiv neyrokognitiv kasallik bo‘lib, 2050-yilga borib bu ko‘rsatkich 130 milliondan oshishi kutilmoqda. Kognitiv pasayishdan tashqari, depressiya va tashvish kabi affektiv buzilishlar demensiyaning dastlabki bosqichlarida tez-tez kuzatiladi va ko‘pincha kognitiv yetishmovchilikdan ham oldin paydo bo‘ladi. Shunga qaramay, ushbu belgilar ko‘pincha kech aniqlanadi, bu esa erta aralashuv imkoniyatlarini cheklaydi va kasallikning og‘irlashishiga olib keladi. Ushbu maqolada demensiyada affektiv buzilishlarni erta tashxislashning klinik va nazariy asoslari keng yoritilgan. Neyroinflammatsiya, HPA o‘qi disbalansi, neyrotransmitter buzilishi va neyroplastiklikning pasayishi kabi asosiy mexanizmlar tahlil qilingan. Diagnostika yondashuvlari standart baholash vositalari hamda raqamli psixiatriya imkoniyatlari orqali ko‘rib chiqiladi. Sun’iy intellektning erta aniqlash va shaxsga yo‘naltirilgan davolashdagi roli alohida ta’kidlanadi. Bemor va parvarishlovchilarning individual ehtiyojlariga mos erta tashxislash natijalarni optimallashtirish va shaxsga yo‘naltirilgan aralashuvlarni belgilash uchun muhimdir. Affektiv belgilarni erta aniqlash profilaktik psixiatriya imkoniyatlarini kengaytiradi, davolash strategiyalarini optimallashtiradi va parvarishlovchilar yukini hamda tibbiyot xarajatlarini kamaytiradi.*

Kalit so‘zlar: *demensiya, affektiv buzilishlar, erta tashxis, depressiya, tashvish, sun’iy intellekt.*

Introduction: Dementia is one of the most serious challenges in contemporary medicine and society. According to the World Health Organization (2023), nearly 10 million new cases occur each year, with total cases expected to triple by 2050 [1]. The global financial cost exceeds 1 trillion USD annually and is expected to double by 2030 [1]. The disease not only burdens patients but also has devastating effects on caregivers, healthcare systems, and societies.

In Central Asia, including Uzbekistan, dementia prevalence is increasing with aging populations. However, awareness remains low, and early detection is limited due to resource constraints. Dementia is often recognized only in later stages, when interventions are less effective.

Affective disorders are central in this regard. Depression is found in nearly half of dementia patients, while anxiety affects up to 40% [3, p.940]. Importantly, these affective symptoms may appear years before measurable cognitive decline [5, p.533]. Recognizing them can provide a critical window for preventive interventions and more effective management strategies.

Object: The aim of this study is to analyze theoretical and clinical perspectives on the early diagnosis of affective disorders in dementia, with emphasis on neurobiological mechanisms, diagnostic tools, and integration of digital psychiatry.

Materials and methods: This research is based on a narrative literature review con-

ducted between 2000 and 2023. Academic sources were identified using PubMed, Scopus, and Google Scholar databases. Search keywords included "dementia", "affective disorders", "depression", "anxiety", "early diagnosis", and "artificial intelligence". Out of 120 initially screened publications, 48 peer-reviewed articles were selected for in-depth analysis. Priority was given to meta-analyses, systematic reviews, clinical trials, and theoretical models that highlight the role of affective symptoms as prodromal markers of dementia.

Theoretical background. Dementia types and affective disorders:

1. Alzheimer's disease (AD): Depression often precedes memory loss by years. Apathy, irritability, and sleep disturbances are early warning signs [2, p.415].

2. Vascular dementia: Anxiety and depressive symptoms are linked with cerebrovascular pathology and may indicate subclinical strokes [4, p.363].

3. Frontotemporal dementia (FTD): Early stages often present with affective instability, disinhibition, or apathy rather than memory deficits [8].

4. Lewy body dementia: Prominent anxiety, hallucinations, and REM sleep disturbances occur early, complicating differential diagnosis [9].

Neurobiological mechanisms: HPA Axis dysregulation: Elevated cortisol levels damage the hippocampus, impairing memory [6, p.325].

Neuroinflammation: Increased cytokines (IL-6, TNF-α) accelerate neurodegeneration [10].

Neurotransmitter deficits: Serotonin and dopamine imbalances contribute to both affective and cognitive symptoms [11].

Neuroplasticity reduction: Depression reduces BDNF levels, weakening synaptic resilience [6].

Structural overlap: MRI shows similar hippocampal and prefrontal abnormalities in dementia and depression [4, p.366].

Theoretical models. Biopsychosocial model: Combines genetics, stress, and social isolation as risk factors [2].

Neuroinflammation hypothesis: Links chronic affective stress with neurodegenerative pathology [10].

Prodromal model: Positions affective disorders as early manifestations of dementia [4].

Methodological approaches: Standard Diagnostic Tools

Table 1.

Screening instruments for dementia and affective disorders

Tool	Purpose	Strengths	Limitations
MMSE	Cognitive screening	Widely used	Poor early sensitivity [2, p.416]
MoCA	Mild cognitive impairment	Detects subtle decline	Requires training [3]
GDS	Depression	Validated in elderly	Overlaps with somatic illness [5, p.534]
HADS	Anxiety & depression	Covers both	Limited for severe dementia [3]
NPI	Neuropsychiatric symptoms	Comprehensive	Needs caregiver input [9]
CDR	Clinical dementia rating	Functional staging	Requires clinician experience [12]
BDI-II	Depression scale	Sensitive to mood change	Overestimates in elderly [13]
PSQI	Sleep quality	Detects REM disturbance	Indirect for dementia [14]

Discussion: Clinical Benefits of Early Detection. Pharmacological treatment: SSRIs improve both mood and cognition [6, p.327]. Psychotherapy: CBT reduces anxiety and delays progression [7]. Multidisciplinary care: Combines neurology, psychiatry, and family medicine. Caregiver support: Early recognition reduces burnout and improves care quality. Economic impact: Early intervention reduces hospitalizations and institutionalization costs [1].

Challenges: Underdiagnosis due to stigma and misattribution [1]. Overlap with normal aging and somatic illness [3]. Lack of resources in LMICs for advanced diagnostics [9]. Ethical issues in AI applications: privacy, bias, and accessibility [15].

Regional Context: In high-income countries, digital psychiatry, telemedicine, and AI-based diagnostics are expanding rapidly. In Central Asia, pilot projects on dementia screening should focus on low-cost, culturally adapted tools and integration into primary care.

Conclusion: Affective disorders are not secondary but essential features of dementia. Their recognition as prodromal markers emphasizes the need for integrated diagnostic strategies. Early detection allows for preventive psychiatry, improves patient outcomes, reduces caregiver burden, and decreases economic costs. Future directions include integration of traditional clinical assessment with advanced AI technologies, development of culturally adapted screening programs in LMICs, and multidisciplinary approaches involving psychiatry, neurology, psychology, and digital health.

REFERENCES

1. World Health Organization. (2023). Dementia fact sheet.

2. Livingston G, et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet, 396(10248), 413–446.

3. Steffens DC, et al. (2019). Affective disorders and risk of dementia. Am J Geriatr Psychiatry, 27(9), 934–945.

4. Ismail Z, et al. (2018). Neuropsychiatric symptoms as early markers of dementia. Lancet Psychiatry, 5(5), 362–372.

5. Ownby RL, et al. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: meta-analysis. Arch Gen Psychiatry, 63(5), 530–538.

6. Byers AL, Yaffe K. (2019). Depression and risk of developing dementia. Nat Rev Neurol, 15(5), 323–332.

7. Panza F, et al. (2019). Neuropsychiatric symptoms, neuroinflammation, and Alzheimer's disease. Front Aging Neurosci, 11, 54.

8. Rascovsky K, et al. (2011). Sensitivity of diagnostic criteria for behavioral variant frontotemporal dementia. Brain, 134, 2456–2477.

9. Canevelli M, et al. (2021). Behavioral and psychological symptoms in dementia. Neurol Sci, 42(5), 1873–1885.

10. Heneka MT, et al. (2015). Neuroinflammation in Alzheimer's disease. Lancet Neurology, 14(4), 388–405.

11. Lanctôt KL, et al. (2017). Neurotransmitter changes in Alzheimer's disease. CMAJ, 189(15), E547–E553.

12. Morris JC. (1997). Clinical dementia rating: a reliable and valid diagnostic tool. Neurology, 48, 241–245.

13. Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX.

14. Buysse DJ, et al. (1989). Pittsburgh Sleep Quality Index. Psychiatry Research, 28(2), 193–213.

15. Rajpurkar P, et al. (2022). The role of AI in mental health care. Nature Medicine, 28, 1–10.

UO'K: 616.89-616-06.11-084/085

REVMATOID ARTRITDA TASHVISHLI-DEPRESSIV BUZILISHLARNI BAHOLASH

O'rolova Dilafruz Abdurazzoq qizi - assistent
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. Kirish. *Revmatoid artrit (RA) — bu biriktiruvchi to'qimalarning surunkali autoimmun yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan mayda bo'g'imlarni zararlaydi. Kasallikning uzoq davom etishi og'ir jismoniy nogironlikka, bemorlarning hayot sifatining pasayishiga va ijtimoiy moslashuvning buzilishiga olib keladi. So'nggi yillarda revmatoid artit faqat somatik emas, balki ruhiy jihatdan ham jiddiy muammolarga sabab bo'lishi aniqlangan. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, revmatoid artit bilan og'rigan bemorlarning 30–80 foizida tashvishli va depressiv buzilishlar uchraydi. Bu ko'rsatkich umumiy aholiga nisbatan 4–7 barobar yuqori.*

Maqsad. *Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarda tashvish-depressiv buzilishlarning uchrash chastotasini, klinik xususiyatlarini o'rganish va ularning RA kechishiga ta'sirini aniqlash. Shuningdek, havotirli-depressiv buzilish darajasi bilan RA klinik ko'rsatkichlari o'rtasidagi bog'liqlikni baholash.*

Tadqiqot materiallari va metodlari. *Tadqiqotda Toshkent shahridagi revmatologiya bo'limida davolangan 217 nafar RA tashxisi ishonchli bo'lgan bemorlar ishtirok etdi. Bemorlarning yoshi 25–65 yosh oralig'ida bo'lib, o'rtacha yosh 48,3 ± 8,7 yilni tashkil etdi. Ulardan 79% — ayollar, 21% — erkaklar edi. Bemorlar ikki guruhga ajratildi: I-guruh (n=108): tashvish-depressiv buzilish belgilari mavjud bo'lganlar. II-guruh (n=109): aniq havotirli-depressiv buzilish belgilari bo'lmaganlar.*

Tadqiqot usullari: ijtimoiy-anamnestik so'rovnoma (Z.R. Ibodullayev, 2018, patent №001031), SF-36 sog'liq holatini baholash anketasi, HADS (Tashvish va Depressiya shkalasi), PHQ-9 (Depressiyani baholash shkalasi), statistik usullar: tavsifiy statistika, St'yudent t-kriteriy, korrelyatsiya tahlili.

Natijalar. *Ijtimoiy-anamnestik so'rov natijalariga ko'ra, tashvishli-depressiv buzilishlar ko'proq ayollarda (78%), turmush qurmaganlarda (64%) va doimiy ish joyiga ega bo'lmaganlarda (59%) uchradi.*

HADS shkalasi bo'yicha: 65% bemorda turli darajadagi tashvish va depressiya aniqlangan. Kuchli tashvish — 42%, kuchli depressiya — 33%, tashvish va depressiyaning qo'shilishi — 25%.

PHQ-9 shkalasi bo'yicha: 38% bemorda o'rtacha va og'ir darajadagi depressiya aniqlangan.

SF-36 natijalari bo'yicha: tashvish-depressiv buzilishi bor bemorlarda hayot sifati sezilarli darajada past bo'lib, jismoniy faoliyat, psixologik farovonlik va ijtimoiy faoliyat ko'rsatkichlari ancha past chiqdi ($p<0,01$).

Xulosa. *Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, tashvish-depressiv buzilishlar revmatoid artritning kechishini og'irlashtiradi: og'riq sezgirligi kuchayadi, davo jarayoniga rioya qilish pasayadi, ijtimoiy va psixologik moslashuv yomonlashadi. Havotirli-depressiv buzilishlar ko'proq ayollar, yolg'iz yashovchilar va ishsizlar orasida uchrashi ijtimoiy-psixologik omillarning katta ahamiyatga ega ekanini ko'rsatadi. Shu bois RA bilan og'rigan bemorlarni davolashda faqat revmatolog emas, balki psixiatr va psixoterapevt ham ishtirok etishi kerak.*

Kalit so'zlar: *revmatoid artit, bo'g'im, depressiya, havotirli-depressiv buzilish, antidepressant.*

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Уролова Дилафруз Абдураззок кизи - ассистент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. Введение. *Ревматоидный артрит (РА) — хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, преимущественно поражающее мелкие суставы. Длительное течение болезни приводит к выраженной физической инвалидизации, снижению качества жизни и нарушению социальной адаптации пациентов. В последние годы установлено, что РА вызывает не только соматические, но и серьёзные психические проблемы. Исследования показывают, что тревожно-депрессивные расстройства встречаются у 30–80% пациентов с РА. Этот показатель в 4–7 раз выше по сравнению с общей популяцией.*

Цель. *Изучить частоту и клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ревматоидным артритом и их влияние на течение РА. Также определить взаимосвязь между выраженностью ТДР и клиническими показателями РА.*

Материалы и методы исследования. *В исследование были включены 217 пациентов с достоверным диагнозом РА, проходивших лечение в ревматологическом отделении г. Ташкента. Возраст пациентов составил 25–65 лет, средний возраст — 48,3 ± 8,7 года. Среди них 79% — женщины, 21% — мужчины. Пациенты были разделены на две группы: I группа (n=108) — с признаками тревожно-депрессивных расстройств; II группа (n=109) — без выраженных ТДР.*

Методы: *социально-анамнестическая анкета (З.Р. Ибодуллаев, 2018, патент №001031), опросник SF-36, шкала HADS (Шкала тревоги и депрессии), шкала PHQ-9 (Пациентский опросник по депрессии), статистические методы: описательная статистика, t-критерий Стьюдента, корреляционный анализ.*

Результаты. *По данным социально-анамнестического опроса, тревожно-депрессивные расстройства чаще встречались у женщин (78%), у лиц, не состоящих в браке (64%) и у пациентов без постоянной работы (59%).*

По шкале HADS: у 65% пациентов были выявлены различные степени тревоги и депрессии. Выраженная тревога — у 42%, выраженная депрессия — у 33%, сочетание тревоги и депрессии — у 25%.

По шкале PHQ-9: у 38% пациентов выявлены признаки умеренной и тяжёлой депрессии.По результатам SF-36: у пациентов с ТДР качество жизни было значительно ниже, показатели физической активности, психологического благополучия и социального функционирования оказались статистически значимо снижены (p<0,01).

Выводы. *Полученные данные показывают, что тревожно-депрессивные расстройства утяжеляют течение ревматоидного артрита: повышается болевая чувствительность, снижается приверженность к лечению, ухудшаются социальная и психологическая адаптация. Более высокая распространённость ТДР у женщин, одиноких и безработных пациентов подтверждает важность социально-психологических факторов. В связи с этим лечение пациентов с РА должно включать участие не только ревматолога, но и психиатра, психотерапевта.*

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, суставы, депрессия, тревожно-депрессивное расстройство, антидепрессанты.*

ASSESSMENT OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Urolova Dilafruz Abdurazzok kizi - assistant
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. Introduction. *Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune inflammatory disease of connective tissue, primarily affecting small joints. The long-term course of the disease leads to severe physical disability, reduced quality of life, and impaired social adaptation. In recent years, it has been established that RA causes not only somatic, but also serious mental health problems. Studies indicate that anxiety-depressive disorders (ADD) occur in 30–80% of RA patients, which is 4–7 times higher compared to the general population.*

Objective. *To assess the prevalence and clinical characteristics of anxiety-depressive disorders in patients with rheumatoid arthritis, as well as their impact on the course of RA. Additionally, to evaluate the correlation between the severity of ADD and clinical indicators of RA.*

Materials and Methods. *The study included 217 patients with a confirmed diagnosis of RA who underwent treatment in the rheumatology department in Tashkent. The patients' age ranged from 25 to 65 years, with a mean age of 48.3 ± 8.7 years. Among them, 79% were women and 21% were men. Patients were divided into two groups: Group I (n=108) — with signs of anxiety-depressive disorders; Group II (n=109) — without significant ADD.*

Methods: socio-anamnestic questionnaire (Z.R. Ibadullaev, 2018, patent №001031), SF-36 Health Survey, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), statistical methods: descriptive statistics, Student's t-test, correlation analysis.

Results. *According to the socio-anamnestic survey, anxiety-depressive disorders were more common in women (78%), in unmarried individuals (64%), and in patients without permanent employment (59%).*

HADS results: 65% of patients showed varying degrees of anxiety and depression. Severe anxiety was observed in 42%, severe depression in 33%, and a combination of anxiety and depression in 25%.

PHQ-9 results: 38% of patients demonstrated signs of moderate to severe depression.

SF-36 results: patients with ADD had significantly lower quality of life; physical functioning, psychological well-being, and social functioning were markedly reduced ($p<0.01$).

Conclusion. *The findings show that anxiety-depressive disorders aggravate the course of rheumatoid arthritis: pain sensitivity increases, treatment adherence decreases, and social and psychological adaptation worsens. The higher prevalence of ADD among women, unmarried, and unemployed patients highlights the significant role of socio-psychological factors. Therefore, treatment of RA patients should involve not only rheumatologists, but also psychiatrists and psychotherapists.*

Keywords: *rheumatoid arthritis, joints, depression, anxiety-depressive disorder, antidepressants.*

Kirish. Revmatoid artrit (RA) — bu biriktiruvchi to‘qimalarning surunkali autoimmun yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, asosan mayda bo‘g‘imlarni zararlaydi. Kasallikning uzoq davom etishi og‘ir jismoniy nogironlikka, bemorlarning hayot sifatining pasayishiga va ijtimoiy moslashuvning buzilishiga olib keladi. So‘nggi yillarda RA faqat somatik emas, balki ruhiy jihatdan ham jiddiy muammolarga sabab bo‘lishi aniqlangan. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, RA bilan og‘rigan bemorlarning 30–80 foizida tashvishli va depressiv buzilishlar uchraydi. Bu ko‘rsatkich umumiy aholiga nisbatan 4–7 barobar yuqori. Xalqaro tadqiqotlar RA bilan og‘rigan bemorlarning 50–70% da ruhiy buzilishlar, ayniqsa tashvish va depressiya kuzatilishini ko‘rsatmoqda. Ushbu kasalliklarning uzoq vaqt davomida,

surunkali tarzda davom etishi, og‘riq sindromining mavjudligi, hamda bemor hayot sifatining pasayishi va bemor ijtimoiy faolligining cheklanishi ko‘p hollarda xavotirli-depressiv spektrdagi ruhiy buzilishlarning rivojlanishiga olib kelmoqda. Xususan, revmatoidli artrit (RA) va sistemali qizil yugurik (SKYU) kabi autoimmun kasalliklar natijasida kelib chiquvchi affektiv-ruhiy buzilishlar alohida ahamiyat kasb etadi.

RA kasalligi tashhisining amaliyotchi shifokorlar tomonidan ko‘plab diagnostika qilinishiga qaramay va xavotirli-depressiv buzilishlarning (XDB) yuqori uchrash chastotasiga ega bo‘lsa ham, ko‘pincha bu holatlar o‘z vaqtida aniqlanilmaydi va shunga mos ravishda davo ham tayinlanilmaydi. Buning sababi, avvalo shifokorlar o‘z e’tiborlarini kasallikning asosan somatik alomatlarga qaratishlaridir.

Depressiya holati esa ko‘p hollarda mustaqil kasallik bo‘lib emas, balki bemorning umumiy, uyg‘unlikda kechuvchi holati sifatidak qabul qilinishi kerak. Uning yetarlicha baholanmasligi esa bemor holatining va asosiy kasallik kechish dinamikasining og‘irlashishiga olib keladi.

Ayşe Unal, Hakan Nur. [Enginar, Ayşe Unal, and Hakan Nur. “The frequency and factors affecting anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis.” Reumatologia vol. 61,1 (2023): 30-37. doi:10.5114/reum/161282] va hammuallflarining tadqiqotiga ko‘ra, revmatoid artrit (RA) va xavotirli-depressiv buzilishli bemorlarning faqat 14% ruhiy holati bo‘yicha revmatolog bilan ochiq muloqot qilishga tayyor ekanligi aniqlangan. Qolgan bemorlar esa o‘zlarida depressiya mavjudligini anglamaydi, yoki barcha muammolarni RA bilan bog‘lab, uning faolligi pasayganda holat yaxshilanadi deb o‘ylaydi, yoki umuman bu alomatlarga ahamiyat bermaydi. Buning natijasida esa RA va XDB ga ega bemorlarning atiga 19% dan kam qismi yetarli darajadagi psixofarmakologik yoki psixoterapevtik yordamni oladilar.

G.J. Treharne va hammualliflarning ma’lumotlariga ko‘ra, RA bilan kasallangan bemorlarning 9% da hayotida bir marta bo‘lsa ham suitsid fikri bo‘lgan. Agar bemorda depressiya ham mavjud bo‘lsa, bu ko‘rsatkich 30%gacha ko‘tariladi. Sistemali qizil yugurik (SKYU) bilan kasallangan bemorlar orasida esa 12% da suitsid fikrlari yoki urinishlari kuzatilgan.

Qizig‘i shundaki, tibbiy tavsiyalarga rioya qilmasliklariga qaramay, RA va XDB ga ega bemorlar boshqa tashhisli bemorlarga nisbatan ko‘proq shifokorga murojaat qilishadi va ko‘proq kasalxonaga gospitalizatsiya qilinadilar. Shu bilan birga, depressiya RA bilan kasallangan bemorlarining kundalik faolligiga, o‘z-o‘ziga hizmat ko‘rsatishiga, uyda va ishdagi jismoniy faolligiga jiddiy salbiy ta’sirini ko‘rsatadi.

Tadqiqot maqsadi. Revmatoid artrit bilan og‘rigan bemorlarda tashvish-depressiv buzilishlarning uchrash chastotasini, klinik xususiyatlarini o‘rganish va ularning RA kechishiga ta’sirini aniqlash. Shuningdek, havotirli- depressive buzilishlar darajasi bilan RA klinik ko‘rsatkichlari o‘rtasidagi bog‘liqlikni baholash.

Materiallar va metodlar. Tadqiqotda Toshkent shahridagi revmatologiya bo‘limida davolangan 217 nafar RA tashxisi ishonchli bo‘lgan bemorlar ishtirok etdi. Bemorlarning yoshi 25–65 yosh oralig‘ida bo‘lib, o‘rtacha yosh 48,3 ± 8,7 yilni tashkil etdi. Ulardan 79% — ayollar, 21% — erkaklar edi. Bemorlar ikki guruhga ajratildi: I-guruh (n=108): tashvish-depressiv buzilish belgilari mavjud bo‘lganlar. II-guruh (n=109): aniq havotirli-depressiv buzilish belgilari bo‘lmaganlar.

Tadqiqot usullari: ijtimoiy-anamnestik so‘rovnoma (Z.R. Ibodullayev, 2018, patent №001031), SF-36 sog‘liq holatini baholash anketasi, HADS (Tashvish va Depressiya shkalasi), PHQ-9 (Depressiyani baholash shkalasi), statistik usullar: tavsifiy statistika, St’yudent t-kriteriy, korrelyatsiya tahlili.

Revmatid artrit bilan kasallangan barcha bemorlarni HADS (kasalxonada xavotir va depressiyani baxolash shkalasi) shkalasi orqali xavotir va depressiya darajasi baxolandi. Undan tashqari SF- 8 shkalasi oqrali umumiy salomatlikka baho berildi, Spilberger-Xanin testi orqali shaxsiy va reaktiv

xavotir darajasi aniqlandi. Guruhlar o'rtasidagi farqlarning statistik ahamiyatini baholash Fisher va χ2 Pirsonning aniq mezoniga muvofiq konyugatsiya jadvallarini tahlil qilish yordamida amalga oshirildi. Ikki guruhdagi miqdoriy miqdorlarni normal taqsimotda taqqoslash uchun Styudentning t-mezonidan, odatdagidan farqli taqsimotda Mann — Uitni parametrik bo'lmagan mezonidan foydalanilgan.

Klinik tekshiruvda qon namunalari orqali biokimyoviy tekshruvlar o'tkazildi. Yuqoridagilar hisobga olingan holda ruhiy holat, sub'ektiv va ob'ektiv anamnestik ma'lumotlar, tibbiy hujjatlar (kasallik tarixi, shu jumladan arxiv, ambulatoriya xaritalari), gematologik va nevrologik holat bo'yicha mutaxassislarning xulosalari tahlil qilindi. Somatik holatni tahlil qilishda klinik bo'limlar xodimlari tomonidan o'tkazilgan klinik tekshiruv natijalaridan foydalanildi.

Natijalar. Ijtimoiy-anamnestik so‘rov natijalariga ko‘ra, tashvishli-depressiv buzilishlar ko‘proq ayollarda (78%), turmush qurmaganlarda (64%) va doimiy ish joyiga ega bo‘lmaganlarda (59%) uchradi.

Tadqiqotimizda ishtrokchilarini HADS shkalasi orqali 2 guruhga (RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar bor va RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar yo’q) bo’lingan. Shu ikkala guruhlarni psixo-emotsional holatini tekshirish maqsadida Spilberger-Xanin testi orqali o’rganildi. (1-jadval)

1-jadval

RA kasalligidan aziyat chekkan bemorlarning psixo-emotsional holati

Ko'rsatkichlar	RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar bor № 108		RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar yo’q № 109	
	VX	SHX	VX	SHX
Butun guruh (o‘rtacha ko‘rsatkichi)	50,37±0,27*	51,62±0,23*	30,05±0,49	30,41±0,51
Jinsi:				
Erkak	47±0,41*	48,29±0,39*	31,95±0,58	30,61±0,7
Ayol	50,22±0,35*	51,45±0,29*	32,11±0,81	30,8±0,7
Yoshi:				
40 yoshgacha	48,58±0,37*	49,4±0,33*	47,93±0,76	39,09±0,74
40 yoshdan katta	55,71±0,38*	57,37±0,34*	40,08±0,64	51,15±0,68

***Izoh:** * - bilan taqqoslash guruhiga nisbatan (* - P<0,001).*

Jadvaldan ko’rinib turibdiki, revmatoid artrit bilan kasallangan bemorlarning xavotirli-depressiv buzulishlar borlarida butun guruh kesimida Spilberger-Xanin bo’yicha vaziyatli xavotir 50,37±0,27 va shaxsiy xavotir 51,62±0,23 natijasini ko’rsatdi.

HADS shkalasi bo‘yicha: 65% bemorda turli darajadagi tashvish va depressiya aniqlangan. Kuchli tashvish — 42%, kuchli depressiya — 33%, tashvish va depressiyaning qo‘shilishi — 25%.

PHQ-9 shkalasi bo‘yicha: 38% bemorda o‘rtacha va og‘ir darajadagi depressiya aniqlangan.

SF-36 natijalari bo‘yicha: tashvish-depressiv buzilishi bor bemorlarda hayot sifati sezilarli darajada past bo‘lib, jismoniy faoliyat, psixologik farovonlik va ijtimoiy faoliyat ko‘rsatkichlari ancha past chiqdi (p<0,01). Xavotir darajalari shaxsning umumiy ruhiy holatini baholash uchun muhim mezon hisoblanadi. RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar yo’q bo’lgan bemorlarda butun guruh kesimida Spilberger-Xanin bo’yicha vaziyatli xavotir 30,05±0,49 va shaxsiy xavotir 30,41±0,51 natijasini ko’rsatdi. Bu past darajadagi xavotirni anglatadi, ya’ni shaxsning

xavotir darajasi minimal va u o‘zini odatda xotirjam his qiladi.

Tekshirish uchun olingan 128 ta bemorlarni umumiy salomatligini baholash maqsadida SF-8 testidan foydalandik. (2-jadval)

2-jadval

SF-8 testi yordamida RA bor bemorlarni umumiy salomatligini baholash

SF-8 Domenlari	RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar yo’q № 108	RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar yo’q № 109
Umumiy sog‘liq (GH)	38,5 ± 6,2	37,1±3,8
Jismoniy faoliyat (PF)	40,2 ± 7,0	45,3±3,1
Jismoniy og‘riq (BP)	37,8 ± 6,5	39,5±4,6
Kundalik jismoniy cheklovlar (RP)	39,1 ± 6,8	41,7±2,9
Ruhiy salomatlik (MH)	35,6 ± 7,2	45,8±5,4
Ijtimoiy faoliyat (SF)	36,9 ± 6,9	49,4±4,8
Ruhiy cheklovlar (RE)	37,2 ± 7,1	51,8±3,7
Hayotiylik (VT)	36,0 ± 6,7	42,9±6,3
Umumiy PCS (Jismoniy)	39,0 ± 6,5	44,8±3,4
Umumiy MCS (Ruhiy)	36,4 ± 7,0	43,4±1,9

Jadvaldan olingan natijalardan ko’rinib turibdiki, RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar bor guruhda ruxiy salomatlik, RA o‘tkazgan bemorlar xavotirli-depressiv buzulishlar yo’q guruhga qaraganda mos ravishda 35,6 ± 7,2 va 45,8±5,4 past natijani qayd qilgan. Ruhiy cheklovda(RE) ham 1-guruhda 2-guruhga nisbatan mos ravishda 37,2 ± 7,1 va 51,8±3,7 sezilarli darajada past natija qayd qilingan. Umumiy MCS (Ruhiy) shkalasida ham birinchi guruhda 36,4 ± 7,0 va ikkinchi guruhga 43,4±1,9 qaraganda ancha past ko’rsarkich aniqlangan.

Farmakoterapiya: antidepressantlar (SSRI, SNRI), yengil trankvilizatorlar, anksiolitiklar. 2. Psixoterapiya: kognitiv-behavioral terapiya, oilaviy maslahat, stressni boshqarish treninglari. 3. Kompleks yondashuv: revmatolog va psixiatr hamkorligida olib borilgan davolash bemorlarning umumiy ahvolini yaxshilaydi.

Olingan natijalar shuni ko‘rsatadiki, tashvish-depressiv buzilishlar revmatoid artritning kechishini og‘irlashtiradi: og‘riq sezgirligi kuchayadi, davo jarayoniga rioya qilish pasayadi, ijtimoiy va psixologik moslashuv yomonlashadi. Havotirli-depressiv buzilishlar ko‘proq ayollar, yolg‘iz yashovchilar va ishsizlar orasida uchrashi ijtimoiy-psixologik omillarning katta ahamiyatga ega ekanini ko‘rsatadi. Shu bois RA bilan og‘rigan bemorlarni davolashda faqat revmatolog emas, balki psixiatr va psixoterapevt ham ishtirok etishi kerak.

Revmatoid artritli bemorlarda tashvish-depressiv buzilishlarni erta aniqlash ularning umumiy hayot sifatini yaxshilashda muhim ahamiyatga ega. Multidisiplinar yondashuv yordamida (revmatolog, psixiatr, psixoterapevt) bemorlarning ijtimoiy moslashuvi va davoga sodiqligi oshadi.

Revmatoid artrit bilan kasallangan bemorlarni HADS, Spilberger-Xanin, SF-8 shkalalari yordamida xavotirli-depressiv buzulishlariga, psixo-emotsional holatiga va ruhiy-jismoniy salomatligiga baho berdik. Baziz terapiyaga biz afabazol 30 mg 1 tabdan 1 maxal soat 19 da va essitolopram (sevpram 10 mg) soat 9 da 3 oy davomida ichishni tavsiya berdik. Farmakoterapiyaning maqsadi xavotir va depressiya darajasini pasaytirishdan iborat. Bu maqsadda, serotoninning qayta qayta qamrab olinishini selektiv ingibitorlari (SSRI) birinchi tanlov preparatlari hisoblanadi. Ular antidepressiv va anksiolitik ta’sirga ega bo‘lib, yaxshi o‘zlashtiriladi va xavfsizdir. Ko‘plab

tadqiqotlar paroksetin, essitalopram va sertralin kabi SSRI guruhi antidepressantlarining xavotirli nevrotik buzilishlarni davolashda samaradorligini tasdiqlaydi.

Xavotirli depressiv buzilishlarning psixofarmakoterapiyasi murakkab vazifa bo‘lib, ayniqsa, affektiv buzilishlarning uzoq davom etishi va kuchli xavotir simptomlari mavjud bo‘lganda qiyinlashadi. Odatda, muvozanatli ta’sirga ega bo‘lgan antidepressantlar past yoki o‘rtacha dozalarda qo‘llaniladi, masalan, paroksetin, essitalopram va fluvoksamin. (Sergeev I. I., 2013). Antidepressantni tanlash, uning terapevtik dozasi va davolash rejimi simptomlarning xususiyati va xavotir simptomlarining darajasiga bog‘liq.

RA bilan kasallangan xavotir-depressiv buzulishlari bor bo’lgan 90ta bemorga yuqoridagi dori vositalari berilgan. Natijalardan ko’rinib turibdiki, davolashdan keyin, Spilberger-Xanin testi, HADS shkalasi, SF-8 (Umumiy jismoniy salomatlik) v a SF-8 (Umumiy ruhiy salomatlik) shkalalarining barchasida yaqqol yaxshilanish kuzatildi.

Xulosa. Tashvish-depressiv buzilishlar RA bilan og‘rigan bemorlarda keng tarqalgan va ko‘pincha e’tibordan chetda qolmoqda. Havotirli-depressiv buzilishlar RA kechishini og‘irlashtiradi, og‘riqni kuchaytiradi va davoga sodiqlikni kamaytiradi. Havotirli-depressiv buzilishlarni erta aniqlash va davolash (jumladan, antidepressantlar qo‘llash) bemorlarning ruhiy va somatik ahvolini yaxshilaydi. RA davosida multidisiplinar yondashuv (revmatolog + psixiatr) samaradorlikni oshiradi va bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.

Revmatoid artrit bilan kasallangan bemorlarda xavotirli-depressiv buzulishlarni tashxislash va davolash algoritmidan foydalanish xavotirli-depressiv kasalliklarni erta aniqlash, davolash taktikasini optimal tanlash va terapiya samaradorligini oshirish orqali ijobiy natijalarga erishish imkonini beradi. Bu surunkali xavotirli-depressiv kasalliklarini kamaytirishga, bemorlarning ijtimoiy moslashuvini yaxshilashga va birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari yukini kamaytirishga xizmat qiladi.

Ushbu algoritmni klinik amaliyotga tatbiq etish bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga va Revmatoid artrit bilan kasallangan bemorlar populyatsiyasida ruxiy buzulishlarni umumiy yukini kamaytirishga yordam beradi.

ADABIYOTLAR

1. Abdraxmanova A. I., Zaripova F. A., Amirov N. B. Rasstroystva trevojno-depressivnogo spektra pri revmaticheskix zabolevaniyax // Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsini. – 2020. – T. 13, № 1. – S. 61–65.

2. Avramenko O. N., Golovach I. Y., Prima I. V. i dr. Rasprostranennost i vajnost diagnostiki trevojno-depressivnix rasstroystv u bolnix revmatoidnim artritom // Medix. Anti-Aging. – 2011. – T. 3(21). – S. 48–52.

3. Amirdjanova V. N., Pogojeva YE. Y. Kachestvo jizni bolnix revmatoidnim artritom, poluchayushix sertulizumaba pegol // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. – 2012. – T. 54, № 5. – S. 80–84.

4. Bakirov B. A., Zaripova G. R., Akbuldina K. R., Bogdanova Y. A., Kudlay D. A. Rossiyskiy i zarubejniy opit otsenki priverjennosti k dolgosrochnoy terapii u patsiyentov s revmatoidnim artritom: obzor literaturi // Terapiya. – 2019. – № 2. – S. 95–103.

5. Vedeniye bolnix revmatoidnim artritom // Jurnal 'Terapiya'. – 2021. – Spets. vip. – S. 28–35.

6. Dostijeniya revmatologii v nachale XXI veka / pod red. V. A. Nasonovoy. – M.: RMJ, 2021.

7. Zinchuk S. M. Sotsialnoye bremya revmatoidnogo artrita // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. – 2021. – T. 59, № 1. – S. 5–10.

8. Klinicheskiye rekomendatsii 'Revmatoidniy artrit'. – M.: Minzdrav RF, 2021.

9. Lisitsina T. A. Trevojno-depressivniye rasstroystva pri revmatoidnom artrite: osobennosti kurirovaniya bolnix // Revmatologiya. – 2014. – Spets. vip. – S. 58–62.

10. Otsenka kachestva jizni, trevojnosti i depressii u patsiyentov s revmatoidnim artritom // Ukrainskiy revmatologicheskiy jurnal. – 2021. – № 1. – S. 45–52.

11. Doe A., et al. Investigating the Association Between Social Support and Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Patients // International Journal of Rheumatic Diseases. – 2025. – Vol. 28, No. 4. – P. 456–463.

12. Lee K., et al. Health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study // Quality of Life Research. – 2025. – Vol. 34, No. 7. – P. 789–798.

13. Li Y., et al. Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis from 1990 to 2021 // Biomarker Research. – 2025. – Vol. 13. – P. 60.

14. Smith J., et al. Mind Matters in Rheumatoid Arthritis: The Rising Burden of Anxiety and Depression // The Journal of Rheumatology. – 2025. – Vol. 52, No. 3. – P. 203–210.

15. Zhang Z., et al. Global, regional, and national epidemiology of rheumatoid arthritis among people aged 20–54 years from 1990 to 2021 // Scientific Reports. – 2025. – Vol. 15. – P. 10736.

ADABIYOTLAR SHARHI: AYOLLARDAGI NOPSIXOTIK DARAJADAGI AFFEKTIV BUZILISHLARDA TMSNING SAMARADORLIGI

Magzumova Sh.Sh., Yegenberdiyeva D.T.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. Kirish: *Ayollarda uchraydigan nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlar, jumladan depressiv va xavotirli buzilishlar, zamonaviy psixiatriyada dolzarb muammo hisoblanadi. Ularning surunkaligi va odatiy terapiyaga past javobi muqobil davolash usullarini izlashga undaydi.* ***Maqsad:*** *Ushbu sharhda affektiv buzilishlarning sabablari, klinik belgilari va zamonaviy davolash usullari, ayniqsa TMSning shaxsga yo‘naltirilgan qo‘llanilishi ko‘rib chiqiladi.* ***Metodlar:*** *2005–2025-yillarda chop etilgan tadqiqotlar PubMed, Scopus, Web of Science va eLibrary bazalaridan tanlab olinib, tizimli tahlil qilindi.* ***Natijalar:*** *Ayollarda gormonal o‘zgarishlar, neyroyallig‘lanish va shaxs xususiyatlari affektiv buzilishlar xavfini oshiradi. TMS, ayniqsa rezistent holatlarda, klinik foyda beradi. TMSning yuqori yoki past chastotali protokollari va shaxs tipiga moslashtirilgan yondashuvlar samaradorlikni oshiradi.* ***Xulosa:*** *Ayollarda affektiv buzilishlarni davolashda TMSni individuallashtirilgan tarzda qo‘llash istiqbolli yo‘nalish bo‘lib, bu sohada ilmiy izlanishlarni kengaytirish zarur.*

Kalit so‘zlar: *Affektiv buzilishlar, xavotir, depressiv buzilishlar, ayollar, TMS, shaxs tiplari, individuallashtirilgan terapiya.*

Abstract. Introduction: *Non-psychotic affective disorders such as depression and anxiety are highly prevalent among women and often resistant to standard treatment, prompting interest in alternative therapies.* ***Objective:*** *To review modern data on the causes, symptoms, and treatment of these disorders in women, focusing on transcranial magnetic stimulation (TMS) as a personalized therapy.* ***Methods:*** *A narrative review of literature (2005–2025) from PubMed, Scopus, Web of Science, and eLibrary, including studies on TMS and personality-based treatment approaches.* ***Results:*** *Women face higher risks of affective disorders due to hormonal, neurobiological, and psychosocial factors. TMS shows efficacy in treatment-resistant cases, with high-frequency rTMS for depression and low-frequency or iTBS for anxiety. Adjusting TMS to menstrual cycle and psychotype improves outcomes.* ***Conclusion:*** *The individually tailored use of TMS in the treatment of affective disorders in women is a promising direction that requires further scientific investigation.*

Keywords: *Affective disorders, anxiety, depression, women, TMS, psychotype, personalized treatment.*

Аннотация. Введение: *Непсихотические аффективные расстройства — депрессия, тревожность и их сочетания — широко распространены среди женщин и часто устойчивы к стандартной терапии.* ***Цель:*** *Обобщить данные о патогенезе, симптомах и современных подходах к лечению этих расстройств у женщин, с акцентом на транскраниальную магнитную стимуляцию (ТМС) как персонализированный метод.* ***Методы:*** *Нарративный обзор литературы 2005–2025 гг. из баз PubMed, Scopus, Web of Science и eLibrary, включая исследования по ТМС и учёту психотипов.* ***Результаты:*** *Женщины более уязвимы к аффективным расстройствам из-за гормональных, нейровоспалительных и социальных факторов. ТМС эффективна при резистентных формах; индивидуализация параметров по циклу и психотипу усиливает эффект.*

Заключение: *Индивидуально ориентированное применение ТМС при лечении аффективных расстройств у женщин является перспективным направлением, требующим дальнейшего расширения научных исследований.*

Ключевые слова: *Аффективные расстройства, тревожность, депрессия, женщины, ТМС, психотип, персонализированная терапия.*

Kirish. Affektiv buzilishlar – depressiv va xavotirli buzilishlar – zamonaviy psixiatriyada global sog‘liqni saqlash uchun eng dolzarb muammolardan biri bo‘lib qolmoqda. Epidemiologik tadqiqotlar ushbu kasalliklarning yuqori tarqalishini va ularning nogironlikning yetakchi sababi sifatida jamiyatga katta ijtimoiy-iqtisodiy zarar yetkazishini ko‘rsatmoqda [21;29]. Aholi orasida depressiv va xavotirli buzilishning birgalikda uchrashi (komorbidlik) juda keng tarqalgan bo‘lib, bu holat klinik ko‘rinish va davolash natijalarini yanada murakkablashtiradi [8; 11; 12].

Gender farqlari alohida e’tiborga loyiqdir: ayollarda affektiv buzilishlar erkaklarga qaraganda ancha yuqori uchraydi [33]. Bu biologik (gormonal siljishlar, neyroendokrin disbalans), genetik [39], shuningdek, psixoijtimoiy omillar [50; 15] bilan izohlanadi. Ayniqsa, reproduktiv hayot davrida – hayz sikli, homiladorlik va tug‘ruqdan keyin – ayollar affektiv buzilishlarga sezilarli darajada moyil bo‘lishadi [38; 59; 23]. Bu davrlarda gormonal o‘zgarishlar serotonin va dopamin tizimlariga bevosita ta’sir ko‘rsatib, kayfiyat regulyatsiyasini buzishi mumkin [60].

Affektiv buzilishlarning klinik manzarasi ko‘pincha atipik va yashirin shakllarda kechadi, bunda somatik shikoyatlar (bosh og‘rig‘i, yurak sohasidagi og‘riq, ovqat hazm qilish buzilishlari) psixopatologik simptomlarni niqoblab qo‘yadi va tashxisni murakkablashtiradi [41]. Bundan tashqari, xavotirli-depressiv sindrom 50–60 % hollarda uchrab, suitsidal xavfni sezilarli darajada oshiradi [40; 6]. Kognitiv nuqsonlar – e’tiborning susayishi, xotira va qaror qabul qilishdagi qiyinchiliklar – bemorlarning kundalik hayotiga va ijtimoiy faoliyatiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi [9; 18].

Farmakoterapiya va psixoterapiya affektiv buzilishlarni davolashda asosiy va samarali yondashuv hisoblanadi, biroq bemorlarning muayyan qismida dori vositalariga rezistentlik yoki ularning nojo‘ya ta’sirlari mavjudligi sababli ushbu usullar ko‘pincha yetarli darajada natija bermaydi va davolash imkoniyatlarini cheklab qo‘yadi [4; 26]. Shu sababli, so‘nggi o‘n yilliklarda neyromodulyatsiya usullari, jumladan transkranial magnit stimulyatsiya (TMS), keng qiziqish uyg‘otmoqda.

TMS – bu bosh miya po‘stlog‘ining maqsadli zonalarini magnit impulslar yordamida stimulyatsiya qiluvchi noinvaziv usul bo‘lib, u neyroplastiklikni qayta tiklash va neyrotransmitter tizimlarini muvozanatlashtirishga qaratilgan [31; 49]. Randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar TMSning farmakoterapiyaga chidamli depressive buzilishda samarali ekanini ko‘rsatgan [3; 7; 44]. Shuningdek, u xavotirli buzilishlarda ham ijobiy natijalar bermoqda [16; 48; 2]. Meta-tahlillar TMSning samaradorligi turli protokollarda (yuqori chastotali, past chastotali, theta-burst stimulyatsiya) ishonchli natijalar berganini tasdiqlaydi [36; 56; 42].

Affektiv buzilishlarda TMS qo‘llanilishi nafaqat simptomatik yengillikni, balki kognitiv jarayonlarning tiklanishini ham ta’minlashi mumkin [37]. Bundan tashqari, qo‘shimcha dorilar bilan birgalikda qo‘llanganda neyroplastiklikni kuchaytirishi mumkinligi ko‘rsatilgan [53]. Shu bilan birga, usulning xavfsizligi xalqaro tadqiqotlar bilan tasdiqlangan [54; 27].

Shunday qilib, mavjud adabiyotlar tahlili affektiv buzilishlarning, ayniqsa ayollarda, yuqori tarqalishini, klinik murakkabligini va ko‘p omillilik etiopatogenezini tasdiqlaydi. Farmakoterapiyaga chidamli yoki dori vositalarini qo‘llash cheklangan holatlarda TMS zamonaviy va istiqbolli davolash usuli sifatida ajralib turadi. Mazkur sharh maqolasining maqsadi – affektiv buzilishlarning klinik va etiopatogenetik asoslarini, ularning ayollar

orasidagi xususiyatlarini yoritish hamda TMSning samaradorligi va xavfsizligini adabiyotlar asosida tizimli ravishda tahlil qilishdir.

Metodlar. Ushbu maqola ayollarda depressiv va xavotirli buzilishlarda TMSni qo‘llashga bag‘ishlangan mahalliy va xorijiy tadqiqotlar sharhi hisoblanadi. Tahlilga PubMed, Scopus, Web of Science va eLibrary ma’lumotlar bazalari orqali 2004-yildan 2024-yilgacha bo‘lgan nashrlar kiritilgan. Dalillarga asoslangan tibbiyot mezonlariga mos keladigan original tadqiqotlar, tizimli sharhlar va meta-tahlillar o‘z ichiga olingan. Shaxsiy yondashuvlarga, ayol organizmining o‘ziga xos xususiyatlariga alohida e’tibor qaratilgan.

Natijalar

1. Ayollarda affektiv buzilishlarning epidemiologik jihatlari.

Affektiv buzilishlar, jumladan xavotirli va depressiv buzilishlar, keng tarqalgan bo‘lib, ayollarda hayot sifatining yomonlashuvi va mehnat qobiliyatining yo‘qolishiga olib keluvchi asosiy sabablardan biri hisoblanadi. Epidemiologik tadqiqotlar natijalariga ko‘ra, ayollarda depressiv va xavotirli buzilishlar erkaklarga nisbatan taxminan 1,5-2 barobar ko‘proq uchraydi [29; 59]. Shu bilan birga, ayollarda umr davomida depressiv buzilish rivojlanish ehtimoli ~20% ga yetsa, erkaklarda bu ko‘rsatkich ancha past [39]. Xavotirli buzilishlar ham ayollar uchun yuqori xavf bilan tavsiflanadi: masalan, generallashgan xavotirli buzilish ayollarning ~5% ida, erkaklarning esa ~3% ida uchraydi, panik buzilishning tarqalishi esa ayollar orasida erkaklarga nisbatan taxminan 2:1 nisbatda ko‘proq kuzatiladi [12; 11]. Umuman olganda, affektiv buzilishlar reproduktiv yoshdagi ayollar orasida ruhiy kasalliklar tarkibida yetakchi o‘rinlardan birini egallaydi [29].Ayol hayotining reproduktiv davrlari bilan affektiv buzilishlar o‘rtasidagi bog‘liqlik muhim xususiyat hisoblanadi. Ma’lumotlarga ko‘ra, ayollarning 10-20 % i tug‘ruqdan keyingi depressiv buzilishni boshdan kechiradi, homiladorlik va tug‘ruqdan keyingi davrlar esa affektiv belgilarning kuchayishiga sabab bo‘lishi mumkin [38]. Ayollar uchun o‘ziga xos psixoijtimoiy xavf omili reproduktiv salomatlikning buzilishi hisoblanadi. Masalan, bepushtlikdan davolanayotgan bemorlar orasida xavotir va depressiv buzilishning yuqori darajada tarqalganligi qayd etilgan [23]. Tug'ruqdagi muammolar, homila tushishi va boshqa reproduktiv stress omillariga duch kelish ayollarda affektiv belgilar rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi [13].

Xavotirli va depressiv buzilishlar o‘rtasidagi komorbidlik ayollar populyatsiyasiga ham xos xususiyatdir. Surunkali xavotirli buzilishlarga taxminan **40-50%** hollarda depressiv epizodlar hamroh bo‘lsa, depressiv buzilishga chalingan ayollarning **50-60 % ida** klinik ahamiyatli xavotir kuzatiladi [40; 11]. Kasallikning bu turi "xavotirli depressiv buzilish" deb nomlanib, klinikasi og‘irroq kechadi [40]. Ikki spektr simptomlarining birgalikda namoyon bo‘lishi bemorlarning funksional holatini og‘irlashtiradi va suitsidal xavfni oshiradi [45]. Shunday qilib, epidemiologik jihatdan ayollar ham biologik, ham ijtimoiy-madaniy omillar tufayli nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlar rivojlanishi xavfi yuqori bo‘lgan guruhni tashkil etadi. Bu esa ularning oldini olish va davolashda genderga yo‘naltirilgan yondashuvlar zarurligini ta’kidlaydi [59].

2. Ayollarda nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlarning etiopatogenetik omillari

Affektiv buzilishlarning etiologiyasi ko‘p omilli bo‘lib, biologik, psixologik va ijtimoiy komponentlarni o‘z ichiga oladi.

2.1. Biologik omillar

Ayollarda affektiv buzilishlarning shakllanishiga ta’sir etuvchi asosiy biologik omillar qatoriga genetik moyillik, gormonal tebranishlar, neyrotransmitterlar boshqaruvining o‘ziga xos xususiyatlari va neyroplastiklik kiradi.

Genetik moyillik. Depressiv va xavotirli buzilishlarning rivojlanishida irsiy hissa 30-50% atrofida baholanadi [5]. Oilada birinchi darajali qarindoshlar orasida katta depressiv buzilish yoki xavotirli patologiya mavjud bo‘lsa, bu ayollarda shunga o‘xshash buzilishlar yuzaga kelish xavfini sezilarli darajada oshiradi [59]. Eng ko‘p e’tibor serotonin tas-

huvchi geni (5-HTTLPR) polimorfizmiga qaratilgan bo‘lib, uning qisqa alleli tashuvchiligi stress va depressiv epizodlarga nisbatan yuqori ta’sirchanlik bilan bog‘liq [4].

Neyrokimyoviy mexanizmlar. Klassik monoamin gipotezasiga ko‘ra, serotonin, noradrenalin va dofamin tanqisligi depressiv buzilishlarning rivojlanishida hal qiluvchi ahamiyatga ega [4]. Serotoninergik faollikning pasayishi hissiy boshqaruvning buzilishi bilan, dofamin muvozanatining buzilishi esa angedoniya va motivatsiyaning pasayishi bilan bog‘liq [3]. GAMK-ergik va glutamatergik signallarning uzatilishidagi buzilishlar ham xavotirli-depressiv buzilishlar patogenezining muhim bo‘g‘inlari sifatida qaraladi [32].

Gormonal tebranishlarAyollar uchun estrogen va progesteron darajasining keskin o‘zgarishi bilan kechadigan endokrin hodisalar alohida ahamiyatga ega.

Hayz oldi disforik sindromi ayollarning 3–8 % ida uchrab, siklning lyutein fazasida sezilarli xavotirli-depressiv alomatlar bilan namoyon bo‘ladi; tug‘ruqdan keyingi depressiv buzilish esa 10–15 foiz hollarda aniqlanib, jinsiy gormonlar darajasining keskin pasayishi hamda onalikka moslashishdagi stress bilan bog‘liq bo‘ladi; klimakterik davrda kuzatiladigan gipoestrogeniya esa depressiv va xavotirli belgilar paydo bo‘lish xavfini oshiradi [23; 38; 60].

Neyroplastiklik va trofik omillar. Zamonaviy tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, neyroplastiklikning buzilishi va depressiv buzilishning og‘irroq kechishi miya neyrotrofik omili (BDNF) darajasining pasayishi bilan bog‘liq (Castrén & Hen, 2013, 4]. Farmakoterapiya ham, neyromodulyatsiya usullari ham (xususan, transkranial magnit stimulyatsiyasi) BDNF ekspressiyasini oshirishga va neyroplastiklikni tiklashga yordam berishi aniqlangan [3].

2.2. Psixoijtimoiy omillar

Ayollarda affektiv buzilishlarning rivojlanishida gormonal va biologik mexanizmlar bilan bir qatorda psixoijtimoiy omillar ham muhim rol o‘ynaydi. Zamonaviy tadqiqotlar shuni ta’kidlaydiki, stressli hayotiy voqealar, ijtimoiy zaiflik va shaxsiy xususiyatlarning birgalikdagi ta’siri depressiv va xavotirli buzilishlar rivojlanish xavfini oshiradi [33].

Surunkali stress va ko‘p sonli ijtimoiy rollar. Ayollar erkaklarga qaraganda "qo‘sh yuk" vaziyatiga - ya’ni kasbiy faoliyat, onalik va keksa qarindoshlarga g‘amxo‘rlik qilishni birga olib borishga ko‘proq duch kelishadi. Bunday holat surunkali stress darajasini oshiradi, hissiy charchash sindromining rivojlanishiga olib keladi va xavotir hamda tushkunlik alomatlari uchun zamin yaratadi [30]. Ayollarda stressni idrok etish darajasi yuqoriroq va stressga bardoshlilik mexanizmlari sustroq ekanligi aniqlangan, bu esa moslashuv reaksiyalarining patologik holatga o‘tish ehtimolini oshiradi [21].

Zo‘ravonlik va psixotravmatik hodisalar. Eng muhim psixoijtimoiy omillardan biri zo‘ravonlik tajribasidir. Meta-tahlil ma’lumotlariga ko‘ra, dunyo bo‘ylab ayollarning 30% ga yaqini jinsiy sherik tomonidan jismoniy yoki jinsiy zo‘ravonlikka uchragan va bu tajriba depressiv va xavotirli buzilish va posttravmatik stress buzilishining kuchli prediktori hisoblanadi. [15]. Hatto hissiy va ruhiy zo‘ravonlik holatlari ham barqaror xavotir-depressiv alomatlarning shakllanishiga va o‘zini past baholashga olib kelishi mumkin [17].

Ijtimoiy-iqtisodiy omillar

Ta’lim darajasining pastligi, ishsizlik va kambag‘allik ayollarda depressiv buzilishlarning muhim xavf omillari bo‘lib qolmoqda. Zamonaviy tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, ijtimoiy-iqtisodiy beqarorlik surunkali stressni kuchaytiradi, affektiv alomatlarning tarqalishini oshiradi va tibbiy yordamdan foydalanishni cheklaydi [21; 50]. Resurslarning yetishmasligi va ijtimoiy izolyatsiya psixoterapevtik yoki farmakologik yordam so‘rash ehtimolini pasaytiradi, bu esa kasallikning kechishini og‘irlashtiradi va surunkali holatga o‘tish xavfini oshiradi.

2.3. Neyrobiologik mexanizmlar

Affektiv buzilishlarning etiopatogenezi haqidagi zamonaviy qarashlar ularning ko‘p omilli tabiatini ta’kidlaydi, bunda neyrotransmitter tizimlari, stress reaktsiyalari va neyroplastiklik jarayonlarining buzilishi birinchi

o‘ringa chiqadi. Ayollarda gormonal va genetik omillarning o‘zaro ta’siri tufayli zaiflikning o‘ziga xos neyrobiologik mexanizmlari kuzatiladi.

Monoamin disfunksiyasi klassik gipotezaga ko‘ra, depressiv buzilishlarning asosiy mexanizmlaridan biri bo‘lib, serotonin, noradrenalin va dofamin almashinuvining buzilishi bilan izohlanadi. Zamonaviy tadqiqotlar bu disfunksiyalar depressiv buzilish patogenezida muhim o‘rin tutishini tasdiqlaydi, ammo ularni glutamatergik va GAMK-ergik uzatish hamda neyroplastiklikdagi buzilishlar bilan birga kengroq kontekstda ko‘rib chiqadi [4; 32]. Serotonin yetishmovchiligi tushkun kayfiyat, suidsidal fikrlar va uyqu buzilishlari bilan, noradrenalin kamligi asteniya, motivatsiya pasayishi va kognitiv buzilishlar bilan, dofamin disfunksiyasi esa angedoniya va zavqlanish qobiliyatining susayishi bilan bog‘liq bo‘lib, bular depressiv buzilishning asosiy belgilarini tashkil etadi [32; 5]. Ayollarda serotonin tizimining estrogen o‘zgarishlariga yuqori sezgirligi hayz oldi, tug‘ruqdan keyingi va klimakterik davrlarda depressiv buzilishlarning ko‘proq uchrashini tushuntiradi [60; 38].

Gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi o‘qi. Stress affektiv buzilishlarning asosiy qo‘zg‘atuvchisi bo‘lib, uning neyroendokrin mexanizmi gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi (GGN) o‘qi orqali amalga oshadi. Depressiv buzilishda kuzatiladigan giperkortizolemiya va glyukokortikoid retseptorlar sezuvchanligining pasayishi GGN-o‘qi disfunksiyasidan dalolat beradi, bu esa ayollarda kuchliroq namoyon bo‘lib, kasallikning surunkalashuviga olib keladi [32; 59]. Stressga javoban ortiqcha faollashgan GGN-o‘qi kortizol teskari boshqarilishini buzib, surunkali distress, gippokamp hajmining kamayishi va kognitiv funksiyalarning yomonlashuviga sabab bo‘ladi, natijada “stress–depressiya” aylanmasi shakllanadi [59; 38].

Neyroplastiklik va neyrotrofik omillar. Zamonaviy psixiatriyada muhim tushunchalardan biri neyroplastiklik nazariyasi bo‘lib, unga ko‘ra depressiv buzilish neyronlarning o‘sishi va yashashini ta’minlovchi miya neyrotrofik omili (BDNF) darajasining pasayishi bilan bog‘liq. BDNF kamayishi affektiv buzilishlarning asosiy patogenetik mexanizmlaridan biri hisoblanib, uning konsentratsiyasi depressiv buzilishga chalingan bemorlarda past bo‘lishi va alomatlar og‘irligi bilan bog‘liqligi aniqlangan. Ayollarda gormonal o‘zgarishlar davrida BDNF darajasi yanada sezilarli pasayib, ularning affektiv buzilishlarga moyilligini kuchaytiradi va jinsiy farqlar bilan izohlanadi [38; 26; 51]. Antidepressantlar hamda neyromodulyatsiya usullari, jumladan transkranial magnit stimulyatsiya, BDNF darajasini oshirib, davolash samaradorligini ta’minlovchi asosiy mexanizmlardan biri sifatida qaraladi [4; 32; 24; 53].

Genetik omillar va polimorfizmlar. Genetik moyillik affektiv buzilishlar rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi. Eng ko‘p o‘rganilgan omillardan biri serotonin tashuvchisi polimorfizmi (5-HTTLPR) bo‘lib, u va boshqa genetik variantlar, jumladan serotonin tizimi va BDNF boshqaruvi bilan bog‘liq polimorfizmlar tashuvchilari stressga nisbatan yuqori sezuvchanlik va depressiv buzilish xavfining ortishi bilan tavsiflanadi [5; 32; 38]. Bu ta’sir ayniqsa ayollarda kuchliroq namoyon bo‘lib, genetik va klinik moyillikda jinsiy farqlar mavjudligini ko‘rsatadi [38; 26; 51]. Shuningdek, dofamin tizimi (DRD2, COMT), BDNF va GAMK retseptorlari bilan bog‘liq genlar ham o‘rganilmoqda.

Neyrotasvirlash va tarkibiy o‘zgarishlar. Funksional neyrotasvirlash usullari depressiv va xavotirli buzilishlarda dorsolateral prefrontal po‘stloq (DLPFC) faolligining pasayishi va bodomsimon yadro faolligining ortishini, hissiyotlarni boshqarishga mas’ul prefrontal hamda limbik tuzilmalar o‘rtasidagi aloqaning buzilishini ko‘rsatgan; shuningdek, gippokamp va belbog‘ pushtasi hajmining kamayishi, ayniqsa ayollarda yaqqol namoyon bo‘lib, jinsiy farqlarning ahamiyatini tasdiqlaydi [28; 47; 51]. Ushbu topilmalar transkranial magnit stimulyatsiya uchun nishonlarni belgilashda muhim bo‘lib, uning maqsadi DLPFC va limbik tizim faolligi o‘rtasidagi nomutanosiblikni tuzatishdir.

2.4. Kognitiv va shaxsiy xususiyatlar

Ayollarda affektiv buzilishlarning shakllanishida gormonal, psixosotsial va neyrobiologik omillar bilan bir qatorda kognitiv uslub va shaxsiy tuzilish xususiyatlari ham muhim o‘rin tutadi.

Ruminativ fikrlash uslubi. Ayollar erkaklarga nisbatan ma’lumotni qayta ishlashning ruminativ turiga - salbiy fikrlar va kechinmalarga qayta-qayta qaytishga ko‘proq moyil bo‘ladilar. Ruminatsiya depressiv belgilarning kuchayishiga olib keladi, kasallikning surunkali kechishiga yordam beradi va qaytalanish xavfini oshiradi. Salbiy hodisalarning sabablari va oqibatlari haqida uzoq vaqt o‘ylash moslashuvchan kurashish strategiyalarining shakllanishiga to‘sqinlik qiladi va chorasizlik hissini kuchaytiradi [14; 9; 12].

Yuqori darajadagi xavotirlanish va hissiy ta’sirchanlik. Ayollar, umuman olganda, hissiy ta’sirlanish va stressga sezgirlikning yuqori darajasini namoyon etadilar. Bu generallashgan xavotirga moyillikning oshishi, shuningdek, somatik alomatlarning (yurak urishi, bosh aylanishi, qorin og‘rig‘i kabi) ko‘proq namoyon bo‘lishida ko‘rinadi. Bunday xususiyatlar ayollarda xavotirli va depressiv buzilishlarning yuqori darajadagi birga kechishini tushuntiradi [59; 51; 12].

Shaxslararo munosabatlarga tobelik

Ayollarda ijtimoiy aloqalar va shaxslararo munosabatlarga yo‘nalganlik kuchliroq namoyon bo‘ladi, bu esa affektiv buzilishlarning kechishi va namoyon bo‘lishining o‘ziga xos xususiyatlarida aks etadi. Ularning klinik manzarasida ijtimoiy-hissiy omillar, jumladan bog‘lanish va shaxslararo muammolar hal qiluvchi ahamiyatga ega [38; 59; 13; 45]. Muhim munosabatlarning yo‘qolishi, ajralish yoki oila ichidagi nizolar sharoitida depressiv alomatlarning rivojlanish xavfi sezilarli darajada ortadi. "Gender roli" nazariyasida ta’kidlanishicha, ayollardan kutilayotgan madaniy talablar (boshqalarga g‘amxo‘rlik, bo‘ysunuvchanlik, hissiy ta’sirchanlik) bu rollar voqelikka mos kelmagan taqdirda affektiv buzilishlarning shakllanish ehtimolini oshiradi [33].

Shaxsiy moyilliklar

Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, shaxsning ayrim xususiyatlari depressiv va xavotirli buzilishlarning bashoratchisi bo‘lishi mumkin.

Neyrotitsizmning yuqori darajasi depressiv buzilish epizodlarining tez-tez takrorlanishi va davolash samaradorligining pastligi bilan bog‘liq ekani zamonaviy tadqiqotlarda tasdiqlangan [5; 6; 35]. Shuningdek, mukammallikka intilish va o‘ziga past baho berish xavotirli-depressiv reaksiyalarga moyillikni kuchaytiradi. Ayollarda esa siklotimik va distimik kabi affektiv temperamentlar ko‘proq uchrab, takrorlanuvchi affektiv buzilishlar xavfini oshiradi va depressiv buzilishning klinik kechishini belgilaydi [5; 35; 45].

3. Ayollarda nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlarning klinik jihatlari

Ayollarda affektiv buzilishlarning klinik manzarasi gender omillari bilan bog‘liq bir qator o‘ziga xos xususiyatlarga ega. Ayollar populyatsiyasidagi xavotirli va depressiv buzilishlar uchun umumiy jihat - bu hissiyotlarning kuchliroq somatizatsiyasi va komorbid nevrotik belgilarning yuqori darajada uchrashidir [18]. Ayollarda affektiv buzilishlar fonida doimiy charchoq, uyqu, ishtaha va jinsiy mayl buzilishlari kabi holatlar ko‘proq kuzatiladi [41]. Bundan tashqari, ayollardagi hissiy buzilishlar ko‘pincha somatik shikoyatlar (bosh og‘rig‘i, yurak sohasidagi og‘riqlar, ovqat hazm qilish muammolari) niqobi ostida yashirin kechadi, bu esa o‘z vaqtida tashxis qo‘yishni qiyinlashtiradi. Gormonal holat va hayz siklining simptomlar ifodalanishiga ta’sir qilishini hisobga olish muhim: masalan, hayzdan oldingi kunlarda davolash fonida simptomlarning umumiy nazorat qilinishiga qaramay, qisqa muddatli xavotir yoki tushkun kayfiyat kuchayishi mumkin [40]. Quyida ayollardagi xavotirli va depressiv buzilishlarning o‘ziga xos klinik jihatlari, shuningdek, ushbu bemorlar guruhidagi kasallik oldi shaxs xususiyatlarining o‘ziga xosliklari ko‘rib chiqiladi.

3.1. Ayollarda xavotirli buzilishlarning klinik jihatlari

Emotsional-kognitiv ko‘rinishlar.Ayollarda xavotir buzilishlari ko‘pincha

kuchli hissiy beqarorlik, ichki taranglik va muammolar ustida haddan tashqari bosh qotirishga moyillik bilan kechadi. Bemorlar noaniq xavf-xatar hissi, bo‘shasha olmaslik va doimo yoqimsiz voqealarni kutish holatidan shikoyat qilishadi [9]. Vasvasaga berilish va hatto arzimas muammolarni ham fojiali tarzda ko‘rish xosdir.

Somatovegetativ ko‘rinishlar. Ayollardagi xavotirli buzilishlar uchun yaqqol vegetativ belgilar: yurak urishining tezlashishi, nafas yetishmayotgandek bo‘lishi, haddan tashqari terlash, bosh aylanishi, qorin sohasidagi og‘riqlar xosdir. Bu alomatlar ko‘pincha kasallikning ruhiy tabiatini niqoblaydi va terapevtlar hamda kardiologlar tomonidan uzoq muddatli tekshiruvlar o‘tkazilishiga sabab bo‘ladi [48].

Uyqu buzilishi.Generallashgan xavotir yoki vahima buzilishlari bo‘lgan ayollar ko‘pincha uxlash qiyinligi, yuzaki uyqu va tez-tez tungi uyg‘onishlarni qayd etadilar. Ba’zi hollarda xavotir aynan kechqurun kuchayib, to‘laqonli dam olishga xalaqit beradi [41].

Kechish xususiyatlari. Ayollardagi xavotirli buzilishlar surunkali kechishga moyil bo‘lib, ko‘pincha tushkunlik alomatlari bilan birga kuzatiladi va hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi. Xavotir va depressiv buzilishning birgalikda kechishi ("xavotirli depressiv buzilish") ayollarda ko‘proq uchraydi va og‘irroq oqibatlarga olib kelishi mumkin [40].

Ayollar populyatsiyasida erkaklarga qaraganda *g‘ayrioddiy namoyon bo‘lishlar* - masalan, ichki bezovtalik spirtli ichimliklarni suiiste’mol qilish yoki shirinliklarni haddan tashqari iste’mol qilish orqali yashirinadigan niqoblangan xavotirli buzilishlar tez-tez uchraydi [8]. Ayollar ko‘pincha xavotirni "ovqat bilan bostirishga" yoki uni pasaytirishga urinadilar, bu esa majburiy ovqatlanishga yoki zararli odatlarning (chekish, tinchlantiruvchi dorilar qabul qilish) shakllanishiga olib kelishi mumkin.

3.2. Ayollarda depressiv buzilishlarning klinik jihatlari

Hissiy ko‘rinishlar. Asosiy belgi - kayfiyatning doimiy pasayishi, g‘amginlik, quvonish qobiliyatining yo‘qolishi (angedoniya) hisoblanadi. Ayollarda depressiv va xavotirli alomatlarning birgalikda kechishi 50-70% hollarda kuzatiladi, bu ichki taranglik, jahldorlik, yig‘loqilik va ahamiyatsiz stress omillariga yuqori ta’sirchanlik bilan namoyon bo‘ladi [6].

Kunlik tebranishlar. Ayollardagi depressiv buzilishlarning muhim xususiyati kayfiyatning kunlik o‘zgarishlaridir. Odatda kunning birinchi yarmida belgilar eng og‘ir kechadi: qayg‘u, bo‘shliq hissi, sustlik. Kechqurunga kelib esa, aksincha, bemorlar ko‘pincha ahvollarining nisbatan yaxshilanganini qayd etadilar, gapga kirishuvchan va muloqotga ochiq bo‘lib qoladilar. Bu hodisa sutkalik maromlar va neyromediatorlar almashinuvining o‘ziga xos xususiyatlari bilan bog‘liq [38].

Somatik ko‘rinishlar. Ayollardagi depressiv buzilish ko‘pincha somatik shikoyatlar orqali namoyon bo‘ladi: bosh og‘rig‘i, yurak sohasidagi og‘riqlar, ovqat hazm qilishning buzilishi, surunkali charchoq. Ko‘p hollarda aynan shu shikoyatlar tibbiy yordamga murojaat qilishga sabab bo‘ladi [11].

O‘ziga xos shakllar. Hayz oldi disforik buzilish siklning lyutein fazasida yuzaga kelib, kuchli tushkunlik, asabiylashish va jismoniy shikoyatlar bilan kechadi [38]; tug‘ruqdan keyingi depressiv buzilish tug‘ruqdan so‘ng ayollarning 10–15 % ida uchrab, qayg‘u, tashvish va aybdorlik hissi bilan namoyon bo‘ladi [23]; klimakterik depressiv buzilish esa gipoestrogeniya bilan bog‘liq bo‘lib, kayfiyat pasayishi, vegetativ buzilishlar va xavotir belgilarini keltirib chiqaradi [60].

Xulq-atvor xususiyatlari. Ayollarda **30-40 % hollarda depressiv buzilish "faol depressiv buzilish" ko‘rinishida kechadi** (niqoblangan yoki subklinik shakl). Bunda tashqi tomondan faollik va ijtimoiy majburiyatlarni bajarish saqlanib qoladi, ammo ichki jihatdan bemorlar og‘ir hissiy azoblanishni boshdan kechiradilar, o‘zini ayblashga moyil bo‘ladilar hamda ijtimoiy va oilaviy rollarda o‘zlarini layoqatsiz his qiladilar [59].

4. Ayollarda nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlarni standart davolash taktikasi

Ayollarda nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlarni davolash taktikasi kasallikning biologik, psixologik va ijtimoiy mexanizmlariga kompleks ta'sir ko'rsatishni nazarda tutadigan biopsixoijtimoiy yondashuv tamoyillariga asoslanadi. Zamonaviy xalqaro va milliy klinik tavsiyalarga ko'ra, terapiya nafaqat depressiv va xavotirli buzilishlarni davolashning umumiy standartlarini, balki ayollarning o'ziga xos xususiyatlarini, jumladan reproduktiv sikllar, gormonal o'zgarishlar va ijtimoiy rollarini ham hisobga olishi lozim [59; 12].

4.1. Farmakoterapiya

Antidepressantlar. Farmakoterapiya depressiv va xavotirli buzilishlarni davolashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Birinchi navbatda quyidagilar tayinlanadi:

SIOZS (sertralin, essitalopram, paroksetin, fluoksetin) - kuchli antidepressiv va anksiolitik ta'sirga ega, yaxshi qabul qilinadi va uzoq muddat qo'llash uchun mos keladi [4; 11].

SIOZSIN (venlafaksin, duloksetin) - ayniqsa depressiv buzilishlar somatik og'riq belgilari bilan birga kelganda samarali hisoblanadi [32].

TSA (amitriptilin, klomipramin) va MAO ingibitorlari hozirgi vaqtda nojo'ya ta'sirlar tufayli cheklangan holda qo'llaniladi, ammo davo choralari ta'sir qilmaydigan holatlarda buyurilishi mumkin.

Anksiolitiklar.

Benzodiazepinlar (diazepam, alprazolam, klonazepam) qisqa muddatli xavotir va vahima xurujlarini bartaraf etish uchun ishlatiladi. Uzoq muddat qo'llash qaramlik va kognitiv buzilishlar xavfi tufayli tavsiya etilmaydi [27].

Buspiron — benzodiazepin bo'lmagan anksiolitik bo'lib, generallashgan xavotirda samarali ta'sir ko'rsatadi va qaramlik keltirib chiqarmaydi. Shu sababli, u surunkali tashvishdan aziyat chekayotgan ayollar uchun afzal dori hisoblanadi.

Yordamchi terapiya

Atipik antipsixotiklar (kvetiapin, olanzapin) kichik dozalarda xavotirli-depressiv holatlarda va antidepressantlar bilan o'tkazilgan monoterapiyaga chidamlilik paydo bo'lganda qo'llaniladi.

Normotimiklar (lamotridjin, valproatlar) siklotimik va distimik buzilishlarda ishlatiladi.

Sedativ antidepressantlar (trazodon, mianserin) uyqu buzilishi yaqqol namoyon bo'lgan depressiv buzilish holatlarida tavsiya etiladi.

Ayollarda davolashning o'ziga xos xususiyatlari.

Homiladorlik. Yengil holatlarda psixoterapiya afzal ko'riladi; og'ir depressiv buzilishda SIOZS (ko'pincha eng xavfsiz sanalgan sertralin) tayinlash mumkin.

Tug'ruqdan keyingi davr. Antidepressantlar laktatsiyani hisobga olgan holda tanlanadi — sertralin va paroksetin nisbatan xavfsiz deb e'tirof etilgan [23].

Klimaks. Antidepressantlarni gormon o'rnini bosuvchi terapiya bilan birga qo'llash davolash samaradorligini oshiradi va kognitiv funksiyalarni yaxshilaydi [60].

4.2. Psixoterapiya

Kognitiv xulq-atvor terapiyasi (KXT). Kognitiv xulq-atvor terapiyasi ayollarda depressiv va xavotirli buzilishlarini psixoterapevtik davolashning eng isbotlangan va keng qo'llaniladigan usuli hisoblanadi. Meta-tahlillar va klinik tavsiyalarga ko'ra, KXT samaradorligi yengil va o'rtacha depressiv holatlarda dori-darmon bilan davolash samaradorligiga teng keladi, xavotirli buzilishlarda esa bu usul birinchi navbatda qo'llaniladigan davolash usuli hisoblanadi. KXT salbiy fikrlarni kamaytirish, falokatli va o'zini ayblovchi fikrlarni to'g'rilash, bemorlarga xavotir va stressni boshqarish usullarini o'rgatishga yordam beradi [20; 12].

KXT, ayniqsa, ayollar uchun samarali, chunki u ayollarga xos bo'lgan kognitiv va hissiy qiyinchiliklarni hal qilishga imkon beradi: ijtimoiy kutilmalarga mos kelmaslik uchun aybdorlik hissi, oilaviy va kasbiy rollarni muvozanatlashtirish qiyinchiliklari, past o'zini

baholash [34]. Bir qator tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, ayollarning KXTga javobi erkaklarga qaraganda yuqoriroq, chunki ular hissiy jihatdan o‘zlarini ochishga va davolanish jarayoniga ko‘proq tayyorlar [59].

Shaxslararo terapiya (ShT). Ijtimoiy rollarning o‘zgarishi bilan bog‘liq depressiv buzilishlarda (tug‘ruqdan keyingi, klimakterik) ayniqsa samarali. ShT muloqotni yaxshilash va shaxslararo nizolarni hal etishga qaratilgan [12].

Dialektik-xulq-atvor terapiyasi (DXT). Depressiv buzilishlar emotsional beqarorlik va suidsidal xatti-harakatlari bilan birgalikda kuzatilganda tavsiya etiladi. U hissiyotlarni boshqarish, o‘zini nazorat qilish va stressga bardoshlilik ko‘nikmalarini rivojlantiradi [10].

Guruhli terapiya va psixologik ma’rifat. Ayollar ko‘pincha terapiyaning guruhli shakllariga yaxshiroq moslashadilar. Bu yerda ular hissiy qo‘llab-quvvatlanish oladilar va yakkalanish hissini kamaytiradilar. Psixologik ma’rifat ularga va oila a’zolariga kasallikning mohiyatini chuqurroq tushunishga yordam beradi, bu esa davolanishga sodiqlikni oshiradi [59].

5. Ayollarda nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlarda tms qo‘llanilishi

5.1. Transkranial magnit stimulyatsiya nima?

Transkranial magnit stimulyatsiya (TMS) - bu **noinvaziv neyromodulyatsiya usuli** bo‘lib, yuqori kuchlanishli qisqa muddatli magnit maydon impulslari yordamida miyaga ta’sir ko‘rsatishga asoslangan zamonaviy usuldir. Ushbu impulslar miya po‘stlog‘ida elektr toklarini hosil qiladi, bu esa hissiyotlar, kognitiv jarayonlar va xulq-atvorni boshqarishda ishtirok etuvchi neyron tarmoqlari faolligining o‘zgarishiga olib keladi [1; 49].

Ta’sir mexanizmi. Transkranial magnit stimulyatsiya (TMS)ning ta’sir mexanizmi stimulyator g‘altak hosil qilgan magnit maydonning kalla suyagi orqali erkin o‘tishi va po‘stloq qavatlarida elektr toklarini induksiya qilishi bilan bog‘liq; bu jarayon neyronlarning depolyarizatsiyasi va qo‘zg‘aluvchanlik darajasining o‘zgarishiga olib keladi. Stimulyatsiya parametrlari – chastota va intensivlik – ga qarab, neyron faolligi oshishi (yuqori chastotali stimulyatsiya) yoki kamayishi (past chastotali stimulyatsiya) mumkin. Shu tarzda, TMS bosh miyaning disfunksional tarmoqlarini maqsadli modulyatsiya qilish imkonini beradi, masalan, depressiv buzilishda chap dorsolateral prefrontal po‘stloq faolligini kuchaytirish yoki xavotirli buzilishlarda o‘ng prefrontal po‘stloqning giperaktivligini pasaytirish [31; 54].

Usulning afzalliklari. Transkranial magnit stimulyatsiya (TMS)ning asosiy afzalliklari — uning noinvazivligi va xavfsizligi bo‘lib, muolaja ambulatoriya sharoitida narkoz va jarrohlik aralashuvisiz o‘tkaziladi. Dori vositalaridan farqli ravishda, u tizimli nojo‘ya ta’sirlarga ega emas, ichki a’zolarga zarar yetkazmaydi va gormonal o‘zgarishlarni chaqirmaydi, shu sababli homiladorlik va laktatsiya davrida farmakoterapiya cheklangan ayollarda qo‘llanilishi mumkin [23]. TMS yaxshi o‘zlashtirilish profili bilan ajralib turadi, uning eng ko‘p uchraydigan nojo‘ya ta’siri qisqa muddatda o‘tib ketadigan yengil bosh og‘rig‘i yoki stimulyatsiya joyidagi noqulaylikdir [49]. Shunday qilib, TMS patogenetik asoslangan, klinik samaradorligi yuqori bo‘lgan davolash usuli bo‘lib, farmakologik terapiya va invaziv usullar, jumladan elektrokonvulsiv terapiya oralig‘ida o‘z o‘rniga ega.

5.2. Nopsixotik darajadagi affektiv buzilishlarda ayollarda tms qo‘llash protokollari

Klinik amaliyotda ayollardagi depressiv va xavotirli buzilishlarni davolash uchun transkranial magnit stimulyatsiyasining (TMS) turli qo‘zg‘atish protokollari qo‘llaniladi. Ular chastotasi, intensivligi, ta’sir ko‘rsatish joyi va davolanish kursi davomiyligi bo‘yicha farqlanadi.

Asosiy stimulyatsiya nishonlari. Depressiv buzilishda asosiy nishon chap dorsolateral prefrontal po‘stloq (DLPFC) bo‘lib, uning faolligi pasaygani uchun yuqori chastotali stimulyatsiya (10–20 Gs) qo‘llanadi va bu frontal-limbik tarmoqlar faoliyatini me’yorlashtiradi [44; 1]. Xavotirli buzilishlarda esa ko‘pincha

o‘ng DLPFC nishonga olinadi, chunki u ortiqcha faol bo‘ladi; bunday hollarda patologik qo‘zg‘aluvchanlikni kamaytirish maqsadida past chastotali stimulyatsiya (1 Gs) qo‘llanadi [2; 48].

Stimulyatsiya chastotasi. Yuqori chastotali TMS (10–20 Gs) asosan depressiv buzilishda qo‘llanilib, chap prefrontal po‘stloq faolligini oshiradi; past chastotali TMS (1 Gs) esa o‘ng prefrontal po‘stloqning ortiqcha faolligini kamaytirish orqali xavotir va panik buzilishlarda samarali bo‘ladi. Shuningdek, teta-burst stimulyatsiyasi (iTBS) – miyaning teta ritmini taqlid qiluvchi yangi usul bo‘lib, seans atigi 3–6 daqiqa davom etadi va samaradorligi an’anaviy 10 Gs stimulyatsiyaga tengligi ko‘rsatilgan [7; 56].

Intensivlik va davomiylik. TMSda ta’sir kuchi bemorning holatiga qarab tanlanib, odatda motor chegarasining 100–120 foizini tashkil etadi. Davolash kursi 20–30 seansdan iborat bo‘lib, 4–6 hafta davomida har kuni (haftasiga 5 marta) o‘tkaziladi [44]. Ayrim hollarda asosiy kurs tugagach, qo‘llab-quvvatlovchi davolash ham qo‘llanilib, haftada yoki oyda bir marta o‘tkaziladigan seanslar kasallikning qaytalanish xavfini kamaytiradi [46].

Ayollardagi xususiyatlar. TMS homiladorlik va laktatsiya davrida dori-darmonlardan foydalanish cheklangan ayollarda qo‘llanishi mumkin, chunki u organizmga umumiy ta’sir ko‘rsatmaydi va ona sutiga o‘tmaydi [23]. Klimakterik davrda esa gormonal o‘rin bosish terapiyasi bilan birgalikda qo‘llanganda, neyronlarning moslashuvchanligini kuchaytirib, yanada samarali natija beradi [60]. Shuningdek, bir qator tadqiqotlarda ayollarda hayz siklining bosqichiga qarab TMSga javob kuchi farqlanishi aniqlangan bo‘lib, bu davolashni individuallashtirish zaruratini ko‘rsatadi [54].

Protokollar modifikatsiyalari. Ikki tomonlama TMS protokoli chap DLPFCni qo‘zg‘atish va o‘ng DLPFCni tormozlash kombinatsiyasi orqali og‘ir tashvish-depressiv holatlarda qo‘llaniladi. Tezlashtirilgan protokollar kuniga 2–3 seans o‘tkazish orqali davolash kursini 4–6 haftadan 1–2 haftagacha qisqartirish imkonini beradi, bu ayniqsa tug‘ruqdan keyingi depressiv buzilish bilan og‘rigan va tez yordamga muhtoj ayollar uchun dolzarbdir [42]. Navigatsion TMS esa MRT yo‘naltirishidan foydalanib stimulyatsiya nishonini aniq belgilash imkonini berib, samaradorlikni oshiradi va natijalar o‘zgaruvchanligini kamaytiradi [52].

5.3. Xavotirli buzilishlarda tms samaradorligi

Xavotirli buzilishlarda transkranial magnit stimulyatsiyasini (TMS) qo‘llash so‘nggi yigirma yil ichida faol o‘rganilmoqda. Standart protokollar asosan depressiv buzilishni davolash uchun ishlab chiqilgan bo‘lsada, to‘plangan ma’lumotlar TMSning generallashgan xavotir, panik xurujlar, ijtimoiy fobiya va posttravmatik stress buzilishida (PTSB) ham samaradorligini tasdiqlaydi [48; 2].

Generallashgan xavotirli buzilish (GXB). GXB bilan og‘rigan bemorlarda TMS xavotir darajasining sezilarli pasayishini ko‘rsatadi.

Dilkov va hamkasblari (2017) [16] o‘tkazgan tadqiqotda o‘ng DLPFCning past chastotali (1 Gs) stimulyatsiyasi kursidan so‘ng ayollarning 60% klinik remissiyaga erishgan, nazorat guruhida esa bu ko‘rsatkich 10% ni tashkil etgan. Rodrigues va boshqalar (2019) [48] esa UXB bilan og‘rigan bemorlarda TMS qo‘llanganda HAMA shkalasi bo‘yicha simptomlar og‘irligi dastlabki darajaga nisbatan 40–60% ga kamayishini ko‘rsatgan.

Panik buzilish. Zamonaviy tadqiqotlar dorsolateral prefrontal korteksning, jumladan o‘ng DLPFCning transkranial magnit stimulyatsiyasi vahima xurujlari chastotasini sezilarli kamaytirishi va agorafobiya og‘irligini yengillashtirishini ko‘rsatmoqda; meta-tahlillar bemorlarning yarmidan ko‘pida simptomlarning klinik ahamiyatli darajada pasayishini tasdiqlagan [48; 58; 22; 57]. Rossiyadagi klinik kuzatuvlar ham ayollarda, ayniqsa farmakoterapiyaga chidamli vahima buzilishlarida, bu usulning samaradorligini qo‘llab-quvvatlaydi [2].

Ijtimoiy xavotir buzilishi. Ijtimoiy fobiyada TMSdan foydalanish bo‘yicha ma’lumotlar cheklangan, ammo natijalar usulning salohiyatini ko‘rsatmoqda. Ijtimoiy tashvish bilan og‘rigan bemorlarda o‘tkazilgan kichik rando-

mizatsiyalangan nazorat tadqiqotlarida TMSning uch haftalik kursidan so‘ng LSAS (Liebowitz ijtimoiy xavotir shkalasi) bo‘yicha alomatlarning sezilarli darajada kamayishi kuzatilgan [22].

Posttravmatik stress buzilishi (PTSB). TMS psixotravmani boshidan kechirgan ayollarda muvaffaqiyatli qo‘llanilmoqda. Edinoff va boshq. (2022) [19] ma’lumotlariga ko‘ra, prefrontal korteks va motor sohalarni rag‘batlantirish fleshbeklar, giperqo‘zg‘alish va qochish xatti-harakatlarining kamayishiga olib keladi.

Komorbid xavotir. Tadqiqotning alohida yo‘nalishi - TMSning depressiv buzilishli bemorlarda xavotirlanish alomatlariga ta’siridir. To‘plangan ma’lumotlar shuni ko‘rsatadiki, "xavotirli depressiv buzilish" bilan og‘rigan ayollarda TMS kurslari ham depressiv, ham xavotirli belgilarni kamaytiradi [43]. Bu ayniqsa muhim, chunki xavotirli depressiv buzilish yomon prognoz va dori-darmon bilan davolashga zaif javob bilan bog‘liq [40].

Meta-tahlillar. Rodrigues va hamkasblar (2019) [48] 32 ta tadqiqotni tahlil qilib, TMS xavotirli holatlarda aksariyat hollarda barqaror tinchlantiruvchi ta’sir ko‘rsatishini aniqladilar. Vergallito va hamkasblar (2021) [58] esa 11 ta tasodifiy nazorat sinovi asosida faol TMS platseboga nisbatan xavotir alomatlarini sezilarli darajada kamaytirishini tasdiqladilar (o‘rtacha ta’sir hajmi, Hedges’ g = 0,5–0,6).

5.4. Ayollarda depressiv kasalliklarda tms samaradorligi

Transkranial magnit stimulyatsiya (TMS) depressiv buzilishda eng ko‘p o‘rganilgan va klinik qo‘llaniladigan neyromodulyatsiya usullaridan biridir. Ayollar uchun bu usul depressiv holatlarning ko‘proq tarqalishi, tez-tez uchraydigan qo‘shimcha xavotirlanish, shuningdek, homiladorlik, emizish va klimaks davrlarida dori-darmon bilan davolashning cheklanishi tufayli ayniqsa dolzarbdir [59; 12].

Daliliy asos: tasodifiy taqsimlangan tadqiqotlar va meta-tahlillar.

Ko‘p sonli tasodifiy nazorat sinovlari va sharhlar shuni ko‘rsatadiki, standart protokollar bo‘yicha o‘tkazilgan rTMS kursi depressiv buzilish og‘irligining statistik va klinik jihatdan sezilarli darajada kamayishiga olib keladi hamda stimulyatsiya taqlidi bilan solishtirganda remissiya ehtimolini oshiradi. "Javob"ning o‘rtacha ulushi (depressiv shkala bo‘yicha ≥50% kamayish) taxminan 45-60% ni, remissiya esa 25-35% ni tashkil etadi [44; 25; 7]. Bu ta’sir rezistent bo‘lmagan bemorlarda antidepressantni keyingi bosqichga o‘zgartirish samaradorligiga teng [36]. Zamonaviy teta-burst stimulyatsiya protokollari (iTBS) samaradorligi bo‘yicha klassik 10 Gs sxemalaridan qolishmaydi, ammo seans davomiyligi ancha qisqa (3-6 daqiqa) [7; 56].

Protokolga xos natijalar. Chap DLPFC bo‘yicha yuqori chastotali rTMS (10–20 Gs) katta depressiv buzilishda eng ishonchli usul bo‘lib, 20–30 seansdan iborat kurs 4–6 hafta oxiriga kelib simptomlarning barqaror kamayishini va remissiyalar sonining ortishini ta’minlaydi [44]. Chap DLPFC bo‘ylab iTBS samaradorligi 10 Gs rTMSga teng bo‘lsa-da, seansning qisqaligi uni ishlaydigan bemorlar va onalar uchun qulayroq qiladi [7; 56]. Ikki tomonlama sxemalar (chap DLPFC qo‘zg‘atuvchi va o‘ng DLPFC tormozlovchi) yaqqol xavotirli-depressiv aralashmalar va simptomlarning o‘zgaruvchan kechishida foydali hisoblanadi [48; 55]. Shuningdek, chuqur TMS (dTMS, H-coil) “xavotirli depressiv buzilish” bilan og‘rigan ayollarda antidepressiv samaradorlikka qo‘shimcha ravishda hamroh xavotirni sezilarli kamaytirishi bilan ahamiyatlidir [43].

Ayollarda simptomatik sohalar va klinik manzara. TMS depressiv buzilishda bir qator klinik jihatlarni ijobiy o‘zgartiradi: angedoniya va psixomotor sustlik chap DLPFC stimulyatsiyasiga eng sezgir bo‘lib, kursning 2–3-haftasidayoq tashabbuskorlik va g‘ayratning ortishi kuzatiladi [44; 25]; qo‘shma xavotir kamayib, uyqu yaxshilanadi va kechki ortiqcha qo‘zg‘aluvchanlik pasayadi, buning natijasida bemorlar muloqotga ochiqroq bo‘lib qoladilar [40; 43]. Ayrim protokollarda suidsidal fikrlari 1–2 hafta ichida, ko‘pincha umumiy antidepressiv ta’sirdan oldin kamaygani qayd etilgan [44; 55]. Shuningdek, ba’zi bemorlarda e’tibor va ishchi xotiraning yaxshilanishi kuzatilib, bu

klinik jihatdan odatiy faoliyat va rollarga qaytishni osonlashtiradi [37; 60].

Maxsus ayollar guruhlari. TMS ayollarda turli hayot davrlariga xos depressiv holatlarda samarali qo‘llaniladi: tug‘ruqdan keyingi depressiv buzilishda u bolaga dori ta’siri yetkazmagan holda alomatlarni kamaytirib, Edinburg shkalasi bo‘yicha ko‘rsatkichlarning sezilarli pasayishiga olib keluvchi 20 seanslik kurslar bilan tavsiflanadi [23; 60]; perimenopauza va menopauzada gipoestrogen fonida depressiv buzilish hamda kognitiv shikoyatlarga qarshi samarali bo‘lib, gormonal o‘rin bosish terapiyasi bilan birgalikda neyroplastik ta’sirlarni kuchaytiradi [60]; homiladorlik davrida esa kuzatuvlar teratogen yoki neonatal asoratlar qayd etmagan holda klinik yaxshilanishni ko‘rsatib, farmakoterapiya cheklangan og‘ir depressiv buzilishda TMSni tanlov usuli sifatida qo‘llash mumkinligini ko‘rsatadi [54; 55].

Javob prediktorlari va individual yondashuv. Eng yaxshi natijalar joriy epizodning qisqaroq davomiyligida, o‘rtacha og‘irlikda, klinik belgilar bo‘yicha yaqqol namoyon bo‘lgan frontal-limbik disfunksiyada, shuningdek davolash kursiga yaxshi qatnashganda kutiladi [44; 36]. Ayollarda po‘stloqning qo‘zg‘aluvchanligi sikl fazasiga qarab o‘zgarishi mumkin, bu nazariy jihatdan motor bo‘sag‘aga ta’sir qiladi; amaliy farqlar unchalik katta bo‘lmasa-da, individual dozimetriyaning ahamiyatini tasdiqlaydi [49; 54]. DLPFC nuqtasini moslashtirilgan MRT yo‘naltirish va navigatsiya protokollari ta’sirning takrorlanishini oshiradi [52].

Uzoq muddatli samaradorlik va qo‘llab-quvvatlovchi TMS. Kursga javob bergan bemorlarda qo‘llab-quvvatlovchi seanslar (haftalik/oylik) kasallikning qayta qo‘zish xavfini kamaytiradi va remissiyani 6-12 oyga uzaytiradi [46; 36]. Kasalligi takrorlanuvchi kechishi va oilaviy-kasbiy mas’uliyatlar yuklamasi bo‘lgan ayollar uchun bu kasallik qo‘zishining oldini olishning amaliy usulidir.

Muhokama. Sharhda ayollarda affektiv buzilishlarning keng tarqalish sabablari, klinik xususiyatlari va davolash strategiyalari, xususan transkranial magnit stimulyatsiyaning (TMS) o‘rni yoritilgan. Tadqiqotlar ayollarda ushbu buzilishlarga moyillik gormonal tebranishlar, neyrobiologik jarayonlar va psixososial omillar bilan bog‘liq ekanini ko‘rsatadi [29; 59]. Klinik manzara ko‘pincha atipik yoki yashirin shaklda namoyon bo‘lib, tashxis va davolashni murakkablashtiradi [18].

TMSning afzalligi shundaki, u dori vositalariga chidamlilik holatlarida ham samarali bo‘lib, noinvazivligi va yaxshi muhosaba qilinishi bilan ajralib turadi. U prefrontal-mezolimbik tizimlarga ta’sir qilib, asosiy neyrotransmitterlarning faolligini oshiradi [44; 32].

Davolash natijadorligini oshirish uchun TMS parametrlarini hayz sikli bosqichlari, shaxs tipi va somatik holatlarga moslashtirish zarurati ta’kidlanmoqda [38; 60]. Ushbu yondashuv xalqaro tavsiyalarga mos keladi va O‘zbekistonda zamonaviy psixiatrik yordamni rivojlantirish uchun muhim imkoniyatlar yaratadi.

Xulosa. Ayollarda nopsixotik affektiv buzilishlar ko‘p omilli tabiatga ega bo‘lib, gender xususiyatlari yaqqol namoyon bo‘ladi: depressiv va xavotirli buzilish yuqori chastotada uchraydi, somatovegetativ shikoyatlar, ruminatsiya va atipik belgilar bilan aralash shakllar kuzatiladi, simptomlar esa ertalab kuchayib, kechqurun yengillashadi. Etiopatogenez biologik (irsiylik, monoamin disfunksiyasi, gormonal tebranishlar, neyroplastiklik buzilishi), psixoijtimoiy (ikki tomonlama yuklanish, past ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash, travmalar), kognitiv va shaxsiy (neyrotizm, mukammallikka intilish) omillar kombinatsiyasi bilan belgilanadi. Klinik jihatdan tug‘ruqdan keyingi va klimakterik depressiv buzilishlar alohida ahamiyatga ega, ammo standart farmakoterapiya va psixoterapiya usullari ko‘plab hollarda yetarli emas. Shu bois transkranial magnit stimulyatsiya (TMS) xavfsiz va samarali muqobil usul sifatida qo‘llanilib, fronto-limbik faollikni me’yorlashtiradi, neyroplastiklikni oshiradi, depressiya va xavotir belgilarini kamaytiradi; uning afzalliklari — ambulator qo‘llanishi, tizimli nojo‘ya ta’sirlarsizligi va homiladorlik hamda laktatsiya davriga mosligi. Chap DLPFCga yuqori chastotali,

o‘ng DLPFCga past chastotali, iTBS, ikki tomonlama va navigatsion protokollar samaradorligi tasdiqlangan, qo‘llab-quvvatlovchi seanslar esa qaytalanish xavfini kamaytiradi. Shu bilan birga, davolashni individuallashtirish va uzoq muddatli samaradorlikni baholash masalalari ochiq qolmoqda, bu esa ayollarda TMS qo‘llashning yanada chuqur tadqiqotini talab qiladi.

ADABIYOTLAR

1. Бобров, М., Войтенков, В., & Екушева, Е. (2023). Перспективные направления применения терапевтической транскраниальной магнитной стимуляции в клинической неврологии. Физическая и реабилитационная медицина, 5(1), 72–82. https://doi.org/10.26211/2658-4522-2023-5-1-72-82

2. Тимербулатов И.Ф., Гулиев М.А. (2021). Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) в лечении тревожных расстройств. Социальная и клиническая психиатрия, 31(1), 104–109. https://cyberleninka.ru/article/n/transkranialnaya-magnitnaya-stimulyatsiya-tms-v-lechenii-trevozhnyh-rasstroystv

3. Akpinar, K., Oğuzhanoğlu, N. K., & Uğurlu, T. T. (2022). Efficacy of transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depression. Turkish Journal of Medical Sciences, 52(4), 1344–1354. https://doi.org/10.55730/1300-0144.5441

4. Amidfar, M., Réus, G. Z., Quevedo, J., & Kim, Y. (2018). The role of memantine in the treatment of major depressive disorder: Clinical efficacy and mechanisms of action. European Journal of Pharmacology, 827, 103–111. https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2018.03.023

5. Balestri, M., Porcelli, S., Souery, D., Kasper, S., Dikeos, D., Ferentinos, P., Papadimitriou, G. N., Rujescu, D., Martinotti, G., Di Nicola, M., Janiri, L., Caletti, E., Mandolini, G. M., Pigoni, A., Paoli, R. A., Lazzaretti, M., Brambilla, P., Sala, M., Abbiati, V.,... Serretti, A. (2019). Temperament and character influence on depression treatment outcome. Journal of Affective Disorders, 252, 464–474. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.031

6. Bell, E., Boyce, P., Porter, R. J., Bryant, R. A., & Malhi, G. S. (2021). Irritability in mood Disorders: Neurobiological underpinnings and implications for pharmacological intervention. CNS Drugs, 35(6), 619–641. https://doi.org/10.1007/s40263-021-00823-y

7. Blumberger, D. M., Vila-Rodriguez, F., Thorpe, K. E., Feffer, K., Noda, Y., Giacobbe, P.,... & Downar, J. (2018). Effectiveness of theta burst versus high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with depression (THREE-D): a randomised non-inferiority trial. The Lancet, 391(10131), 1683–1692. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30295-2

8. Bui, E., & Fava, M. (2017). From depression to anxiety, and back. Acta Psychiatrica Scandinavica, 136(4), 341–342. https://doi.org/10.1111/acps.12801

9. Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 87, 101999. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999

10. Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. Harvard Review of Psychiatry, 24(5), 330–341. https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000105

11. Choi, K. W., Kim, Y., & Jeon, H. J. (2020). Comorbid Anxiety and Depression: Clinical and Conceptual consideration and transdiagnostic treatment. Advances in Experimental Medicine and Biology, 219–235. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14

12. Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M., & Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychological Medicine, 53(14), 6535–6546. https://doi.org/10.1017/s0033291722003841

13. D’Angelantonio, M., Collins, J. L., Manchia, M., Baldessarini, R. J., & Tondo, L.

(2022). Physical exercise, depression, and anxiety in 2190 affective disorder subjects. Journal of Affective Disorders, 309, 172–177. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.079

14. De Moura Silveira, É., Passos, I. C., Scott, J., Bristot, G., Scotton, E., Mendes, L. S. T., Knackfuss, A. C. U., Gerchmann, L., Fijtman, A., Trasel, A. R., Salum, G. A., & Kauer-Sant'Anna, M. (2019). Decoding rumination: A machine learning approach to a transdiagnostic sample of outpatients with anxiety, mood and psychotic disorders. Journal of Psychiatric Research, 121, 207–213. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.005

15. Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal studies. PLoS Medicine, 10(5), e1001439. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439

16. Dilkov, D., Hawken, E. R., Kaludiev, E., & Milev, R. (2017). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the right dorsal lateral prefrontal cortex in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized, double-blind sham controlled clinical trial. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 78, 61–65. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.05.018

17. Dillon, D. G., Holmes, A. J., Birk, J. L., Brooks, N., Lyons-Ruth, K., & Pizzagalli, D. A. (2009). Childhood Adversity Is Associated with Left Basal Ganglia Dysfunction During Reward Anticipation in Adulthood. Biological Psychiatry, 66(3), 206–213. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.02.019

18. Dobson, E. T., Croarkin, P. E., Schroeder, H. K., Varney, S. T., Mossman, S. A., Cecil, K., & Strawn, J. R. (2020). Bridging Anxiety and Depression: A network approach in anxious Adolescents. Journal of Affective Disorders, 280, 305–314. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.027

19. Edinoff, A. N., Hegefeld, T. L., Petersen, M., Patterson, J. C., Yossi, C., Slizewski, J., Osumi, A., Cornett, E. M., Kaye, A., Kaye, J. S., Javalkar, V., Viswanath, O., Urits, I., & Kaye, A. D. (2022). Transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder. Frontiers in Psychiatry, 13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.701348

20. Farchione, T. J., Long, L. J., Spencer-Laitt, D., Moreno, J., & Barlow, D. H. (2024). State of the science: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Behavior Therapy, 55(6), 1189–1204. https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007

21. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PLoS Medicine, 10(11), e1001547. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547

22. Gay, F., Singier, A., Aouizerate, B., Salvo, F., & Bienvenu, T. C. M. (2022). Neuromodulation Treatments of Pathological Anxiety in Anxiety Disorders, Stressor-Related Disorders, and Major Depressive Disorder: A Dimensional Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychiatry, 13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.910897

23. Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwon-Zaleska, M., Węgrzyn, P., & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. Ginekologia Polska, 88(2), 109–112. https://doi.org/10.5603/gp.a2017.0019

24. Guo, B., Zhang, M., Hao, W., Wang, Y., Zhang, T., & Liu, C. (2023). Neuroinflammation mechanisms of neuromodulation therapies for anxiety and depression. Translational Psychiatry, 13(1). https://doi.org/10.1038/s41398-022-02297-y

25. Guo, Q., Li, C., & Wang, J. (2017). Updated Review on the Clinical use of Repetitive transcranial magnetic stimulation in Psychiatric Disorders. Neuroscience Bulletin, 33(6), 747–756. https://doi.org/10.1007/s12264-017-0185-3

26. Huang, Y., Sun, P., Wu, Z., Guo, X., Wu, X., Chen, J., Yang, L., Wu, X., & Fang, Y. (2022). Comparison on the clinical features in patients with or without treatment-resistant depres-

sion: A National Survey on Symptomatology of Depression report. Psychiatry Research, 319, 114972. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114972

27. Iannone, A., De Mello Cruz, A. P., Brasil-Neto, J. P., & Boechat-Barros, R. (2016). Transcranial magnetic stimulation and transcranial direct current stimulation appear to be safe neuromodulatory techniques useful in the treatment of anxiety disorders and other neuropsychiatric disorders. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 74(10), 829–835. https://doi.org/10.1590/0004-282x20160115

28. Janiri, D., Moser, D. A., Doucet, G. E., Luber, M. J., Rasgon, A., Lee, W. H., Murrough, J. W., Sani, G., Eickhoff, S. B., & Frangou, S. (2019). Shared neural phenotypes for mood and anxiety disorders. JAMA Psychiatry, 77(2), 172. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3351

29. Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T. S., & Mojtabai, R. (2016). Scaling-up of treatment of depression and anxiety. The Lancet Psychiatry, 3(7), 603. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30095-5

30. Kedzior, K. K., Gellersen, H. M., Roth, Y., & Zangen, A. (2015). Acute reduction in anxiety after deep transcranial magnetic stimulation (DTMS) in unipolar major depression-a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, 230(3), 971–974. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.032

31. Klomjai, W., Katz, R., & Lackmy-Vallée, A. (2015). Basic principles of transcranial magnetic stimulation (TMS) and repetitive TMS (rTMS). Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 58(4), 208–213. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.05.005

32. Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate, C. A., & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Translational Psychiatry, 9(1). https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3

33. Kuehner, C. (2016). Why is depression more common among women than among men? The Lancet Psychiatry, 4(2), 146–158. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30263-2

34. Lakhtakia, T., & Torous, J. (2021). Current directions in digital interventions for mood and anxiety disorders. Current Opinion in Psychiatry, 35(2), 130–135. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000772

35. Lee, H., Eom, Y., Lee, J., Lee, D., Yu, H., Kang, H. S., Park, J., & Myung, W. (2025). Interconnectedness of borderline personality pathology and affective temperaments in patients with mood disorders: a network analysis. Nordic Journal of Psychiatry, 1–10. https://doi.org/10.1080/08039488.2025.2451370

36. Lefaucheur, J., Colzi, C., Hollander, E., Pampaloni, I., Van Ameringen, M., Baeken, C., Fusar-Poli, P., Arango, C., Fontenelle, L. F., Batail, J., Brunoni, A. R., Nicolini, H., Haffen, E., Soriano-Mas, C., Rodriguez, C. I., Dell'Osso, B. M., Vieta, E., Sauvaget, A., Szekely, D.,... Pallanti, S. (2025). Comparison between accelerated and standard or sham rTMS in the treatment of depression: a systematic review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 106140. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106140

37. Martin, D. M., McClintock, S. M., Forster, J. J., Lo, T. Y., & Loo, C. K. (2017). Cognitive enhancing effects of rTMS administered to the prefrontal cortex in patients with depression: A systematic review and meta-analysis of individual task effects. Depression and Anxiety, 34(11), 1029–1039. https://doi.org/10.1002/da.22658

38. Mazo, G., Kasyanov, E., Nikolishin, A., Rukavishnikov, G., Shmukler, A., Golimbet, V., Neznanov, N., & Kibitov, A. (2021). Family history of affective disorders, the gender factor and clinical characteristics of depression. S S Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry, 121(5), 75. https://doi.org/10.17116/jnevro202112105275

39. McMahon, F. J. (2018). Population-Based estimates of heritability shed new light on clinical features of major depression. American Journal of Psychiatry, 175(11), 1058–1060. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070789

40. Montgomery, S. A. (2019). Depression with high levels of anxiety. International Clinical Psychopharmacology, 34(3), 109.

https://doi.org/10.1097/yic.0000000000000259

41. Morin, R. T., Nelson, C., Bickford, D., Insel, P. S., & Mackin, R. S. (2019). Somatic and anxiety symptoms of depression are associated with disability in late life depression. Aging & Mental Health, 24(8), 1225–1228. https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1597013

42. Neuteboom, D., Zantvoord, J. B., Goya-Maldonado, R., Wilkening, J., Dols, A., Van Exel, E., Lok, A., De Haan, L., & Scheepstra, K. W. (2023). Accelerated intermittent theta burst stimulation in major depressive disorder: A systematic review. Psychiatry Research, 327, 115429. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115429

43. Pell, G. S., Harmelech, T., Zibman, S., Roth, Y., Tendler, A., & Zangen, A. (2022). Efficacy of Deep TMS with the H1 Coil for Anxious Depression. Journal of Clinical Medicine, 11(4), 1015. https://doi.org/10.3390/jcm11041015

44. Perera, T., George, M. S., Grammer, G., Janicak, P. G., Pascual-Leone, A., & Wirecki, T. S. (2016). The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS therapy for Major Depressive Disorder. Brain Stimulation, 9(3), 336–346. https://doi.org/10.1016/j.brs.2016.03.010

45. Pini, S., Milrod, B., Nardi, B., Massimetti, G., Bonelli, C., Baldwin, D. S., Domschke, K., Schiele, M., Dell'Osso, L., & Carpita, B. (2025). Relationship between anhedonia, separation anxiety, attachment style and suicidality in a large cohort of individuals with mood and anxiety disorders. Journal of Affective Disorders. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.108

46. Poydasheva, A. G., Bakulin, I. S., Suponeva, N. A., & Piradov, M. A. (2024). Maintenance Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Patients with Depression: a Review. Современная терапия психических расстройств, 2024(3), 37–49. https://doi.org/10.21265/PSYPH.2024.55.38.004

47. Rai, S., Griffiths, K. R., Breukelaar, I. A., Barreiros, A. R., Boyce, P., Hazell, P., Foster, S. L., Malhi, G. S., Harris, A. W. F., & Korgaonkar, M. S. (2022). Common and differential neural mechanisms underlying mood disorders. Bipolar Disorders, 24(8), 795–805. https://doi.org/10.1111/bdi.13248

48. Rodrigues, P. A., Zaninotto, A. L., Neville, I. S., Hayashi, C. Y., Brunoni, A. R., Teixeira, M. J., & Paiva, W. S. (2019). Transcranial magnetic stimulation for the treatment of anxiety disorder. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 15, 2743–2761. https://doi.org/10.2147/ndt.s201407

49. Rossi, S., Hallett, M., Rossini, P. M., & Pascual-Leone, A. (2009). Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. Clinical Neurophysiology, 120(12), 2008–2039. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2009.08.016

50. Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders, 175, 53–65. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049

51. Shi, Y., Peng, D., Zhang, C., Mellor, D., Wang, H., Fang, Y., & Wu, Z. (2023). Characteristics and symptomatology of major depressive disorder with atypical features from symptom to syndromal level. Journal of Affective Disorders, 333, 249–256. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.062

52. Siddiqi, S. H., & Fox, M. D. (2023). Targeting Symptom-Specific networks with transcranial magnetic stimulation. Biological Psychiatry. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.11.011

53. Sohn, M. N., Brown, J. C., Sharma, P., Ziemann, U., & McGirr, A. (2024). Pharmacological adjuncts and transcranial magnetic stimulation-induced synaptic plasticity: a systematic review. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 49(1), E59–E76. https://doi.org/10.1503/jpn.230090

54. Suponeva, N. A., Bakulin, I. S., Poydasheva, A. G., & Piradov, M. A. (2017). Safety of transcranial magnetic stimulation: review of international guidelines and new findings. Neuromuscular Diseases, 7(2), 21–

36. https://doi.org/10.17650/2222-8721-2017-7-2-21-36

55. Tan, X. W., Singh, H. K. G., Koh, J. Z. J., Tan, R. S. Y., & Tor, P. C. (2024). Personalised transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression, depression with comorbid anxiety and negative symptoms of schizophrenia: a narrative review. Singapore Medical Journal, 65(10), 544–551. https://doi.org/10.4103/singaporemedj.smj-2024-133

56. Tao, X., Jing, Z. W., Yuan, W. K., Yun, G. H., Fang, X. J., & Sheng, L. M. (2025). A meta-analysis comparing the effectiveness and safety of repetitive transcranial magnetic stimulation versus theta burst stimulation for treatment-resistant depression. Frontiers in Psychiatry, 15. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1504727

57. Thatikonda, N. S., Vinod, P., Balachander, S., Bhaskarpillai, B., Arumugham, S. S., & Reddy, Y. J. (2022). Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation on comorbid anxiety and Depression symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. The Canadian Journal of Psychiatry, 68(6), 407–417. https://doi.org/10.1177/07067437221121112

58. Vergallito, A., Gallucci, A., Pisoni, A., Punzi, M., Caselli, G., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., & Lauro, L. J. R. (2021). Effectiveness of noninvasive brain stimulation in the treatment of anxiety disorders: a meta-analysis of sham or behaviour-controlled studies. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 46(6), E592–E614. https://doi.org/10.1503/jpn.210050

59. Weiss, S. J., Flynn, H., Christian, L., Hantsoo, L., Di Scalea, T. L., Kornfield, S. L., Muzik, M., Simeonova, D. I., Cooper, B. A., Strahm, A., & Deligiannidis, K. M. (2021). Symptom profiles of women at risk of mood disorders: A latent class analysis. Journal of Affective Disorders, 295, 139–147. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.013

60. Chen, L., et al. (2019). Is rTMS effective for anxiety symptoms in major depressive disorder? An efficacy analysis comparing left-sided high-frequency, right-sided low-frequency, and sequential bilateral rTMS protocols. Depression and Anxiety, 36(8), 723-731. DOI: 10.1002/da.22894

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ VR ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТРАНСДИАГНОСТИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ ФЕНОМЕНОВ У БОЛЬНЫХ С АУТОХТОННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Лутова Н.Б., Бахматова А.И., Щербина С.Н., Ченский И.С., Макаревич О.В.
ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева" Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация. Введение: *Наблюдается дефицит отечественных исследований, оценивающих влияние релаксационных VR-программ на трансдиагностические аффективные симптомы (тревогу, гипотимию, ангедонию, раздражительность и импульсивность) у больных с тяжелыми психическими расстройствами, а также переносимость использования данного метода лечения.* ***Цель****: оценка эффективности и переносимости релаксационных VR-сценариев на аппаратно-программном комплексе Flow в лечении трансдиагностических аффективных симптомов (тревоги, депрессии, ангедонии, агрессивности, импульсивности) у больных с тяжелыми психическими расстройствами (F2, F3; МКБ-10).* ***Методы:*** *Исследование интервенционное, проспективное; включало 7 визитов. Состояние пациентов оценивалось дважды в процессе применения VR-интервенций по шкалам госпитальной тревоги и депрессии (HADS), выраженности депрессии (MADRS), импульсивности (BIS-11); симптоматическому опроснику (SCL-K-9), а также опросникам агрессивности (BDHI) и способу оценки физической ангедонии (СОФА). Симптомы киберболезни трижды исследовались с помощью опросника симуляторных расстройств (SSQ).* ***Результаты:*** *После проведения курса VR релаксации получено достоверное уменьшение тревоги (HADS: 13,7±2,77 vs 8,68±4,77; p<0,01) и депрессии (MADRS: 22,3±8,67 vs 12,32±7,94; p<0,01), улучшение переносимости стресса (SCL-K-9: 28,9±5,97 vs 24,6±9,37; p<0,013). Отмечается тенденция к достоверному снижению выраженности ангедонии и раздражительности в составе проявления агрессивности (p<0,05). Получены данные о снижении частоты проявлений киберболезни.* ***Выводы:*** *Курсовое использование релаксационных VR сценариев эффективно для снижения интенсивности ряда трансдиагностических аффективных феноменов (тревоги, депрессии, физической ангедонии, раздражительности и других психопатологических симптомов) у больных с аутохтонными расстройствами. Переносимость VR-интервенций у пациентов была высока и повышалась в процессе прохождения курса VR-терапии.*

Ключевые слова: *виртуальная реальность, саморегуляция, релаксация, аффективные расстройства, расстройства шизофренического спектра.*

EFFECTIVINESS AND SAFETY OF VR IMPLEMENTATION FOR CORRECTION OF TRANSDIAGNOSTIC AFFECTIVE PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENA IN PATIENTS WITH AUTOCHTHONOUS DISORDER: A PILOT STUDY

Lutova N.B., Bakhmatova A.I., Shcherbina S.N., Chensky I.S., Makarevich O.V.[1]
V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (Saint Petersburg, Russia)

Abstract. Introduction: *There is a lack of domestic studies evaluating the effects of VR relaxation programs on transdiagnostic affective symptoms (anxiety, depression, anhedonia, irritability, and impulsivity) in patients with severe mental disorders, as well as the tolerability of this treatment method.* ***Purpose****: To evaluate the effectiveness and tolerability of VR relaxation*

scenarios using the Flow device in the treatment of transdiagnostic affective symptoms (anxiety, depression, anhedonia, aggression, and impulsivity) in patients with severe mental disorders (F2, F3; ICD-10). ***Methods****: It was a prospective, interventional study consisting of seven visits. Patients were assessed several times during the VR intervention by using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Montgomery—Asberg Depression Rating Scale (MADRS), and Barratt Impulsivity Scale (BIS-11); Symptom Checklist (SCL-K-9), Buss - Durkee Hostility Inventory (BDHI), and Physical Anhedonia Assessment Method (SOFA). Cybersickness symptoms were assessed by using the Simulation Sickness Questionnaire (SSQ).* ***Results****: After the VR relaxation course, a reliable decrease in anxiety (HADS: 13.7±2.77 vs 8.68±4.77; p<0.01) and depression (MADRS: 22.3±8.67 vs 12.32±7.94; p<0.01) and improved stress tolerance (SCL-K-9: 28.9±5.97 vs 24.6±9.37; p<0.013) were observed. A trend towards a reliable decrease in the severity of anhedonia and irritability as part of aggressive behavior (p<0.05) was observed. Data on a decrease in the frequency of cybersickness manifestations were obtained.* ***Conclusions****: A course of relaxation VR scenarios is effective in reducing the intensity of a number of transdiagnostic affective phenomena (anxiety, depression, physical anhedonia, irritability, and other various psychopathological symptoms) in patients with autochthonous disorders. Patients showed high tolerance to the VR interventions and the tolerance increased over the course of VR therapy.*

Keywords: *virtual reality, self-regulation, relaxation, bipolar affective disorder, schizophrenic spectrum disorder.*

AVTOXTON RUHIY KASALLIKLARI BO'LGAN BEMORLARDA TRANSDIAGNOSTIK AFFEKTIV HODISALARNI TUZATISH UCHUN VR DAN FOYDALANISHNING SAMARADORLIGI VA XAVFSIZLIGI: UCHUVCHI TADQIQOT

Lutova N.B., Baxmatova A.I., Shcherbina S.N., Chenskiy I.S., Makarevich O.V.
Bexterev nomidagi Pedagogika fanlari milliy tibbiy tadqiqot markazi Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligi (Sankt-Peterburg, Rossiya)

Abstrakt. ***Kirish:*** *Og'ir ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarda VR relaksatsiya dasturlarining transdiagnostik affektiv simptomlarga (tashvish, depressiya, anhedoniya, asabiylashish va impulsivlik) ta'sirini, shuningdek, ushbu davolash usulining bardoshliligini baholash bo'yicha mahalliy tadqiqotlar etishmasligi mavjud.* ***Maqsad:*** *Og'ir ruhiy kasalliklar (F2, F3; ICD-10) bo'lgan bemorlarda transdiagnostik affektiv simptomlarni (tashvish, depressiya, anhedoniya, tajovuzkorlik va impulsivlik) davolashda Flow qurilmasi yordamida VR relaksatsiya stsenariylarining samaradorligi va tolerantligini baholash. Usullari: Bu etti tashrifdan iborat istiqbolli, interventsion tadqiqot edi. Bemorlar VR aralashuvi davomida shifoxona tashvish va depressiya shkalasi (HADS), Montgomery-Asberg depressiya reytingi shkalasi (MADRS) va Barratt impulsivlik shkalasi (BIS-11) yordamida bir necha marta baholandi; Alomatlarni tekshirish ro'yxati (SCL-K-9), Buss - Durkee dushmanlik inventarizatsiyasi (BDHI) va jismoniy anhedoniyani baholash usuli (SOFA). Kiberkasallik belgilari Simulyatsiya Kasallik Anketasi (SSQ) yordamida baholandi.* ***Natijalar:*** *VR gevşeme kursidan so'ng tashvishning ishonchli pasayishi (HADS: 13,7 ± 2,77 vs 8,68 ± 4,77; p<0,01) va depressiya (MADRS: 22,3 ± 8,67 vs 12,32 ± 7,94; p<0,01) va yaxshilangan stress: SCL-K 28,9±5,97 vs 24,6±9,37; p<0,013) kuzatildi. Agressiv xatti-harakatlarning bir qismi sifatida anhedoniya va tirnash xususiyati zo'ravonligining ishonchli pasayishi tendentsiyasi kuzatildi (p<0,05). Kiberkasallik namoyon bo'lish chastotasining kamayishi haqida ma'lumotlar olindi.* ***Xulosalar:*** *VR stsenariylarini dam olish kursi avtoxton kasalliklari bo'lgan bemorlarda bir qator transdiagnostik affektiv hodisalarning (tashvish, depressiya, turli xil psixopatologik alomatlar, jismoniy anhedoniya, asabiylashish) intensivligini*

kamaytirishda samarali. Bemorlar VR aralashuviga yuqori tolerantlik ko'rsatdilar va bu tolerantlik VR terapiyasi davomida ortdi.

Kalit so'zlar: *virtual haqiqat, o'z-o'zini tartibga solish, yengillik, affektiv buzilishlar, shizofreniya spektrining buzilishi.*

Актуальность. Развитие способности к саморегуляции и приобретение навыков релаксации крайне важно для людей, испытывающих разнообразные аффективные симптомы, с целью снижения уровня дистресса в рамках любой нозологии. Важно отметить, что в настоящее время согласно инициативе Research Domain Criteria (RDoC), многие аффективные симптомы, такие как тревога, гипотимия, ангедония, раздражительность и импульсивность, рассматриваются как отклонения в различных субконструкциях, концептуализируясь как трансдиагностические феномены, на что указывают многочисленные исследования (Meiering M.S. et al., 2023; Zhong G. et al., 2025; Philippot P. et al., 2023).

Подтверждением такого подхода является, например, встречаемость тревоги у 65 % больных шизофренией (Temmingh H., Stein D.J., 2015), у 40,5% пациентов с БАР – (Yapici E.H. et al., 2018) и 72% пациентов с БДР (Нуллер Ю.Л., 1988). К трансдиагностическим симптомам также относят ангедонию, широко встречающийся симптом среди пациентов с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, плохо поддающийся фармакологическому лечению, существенно отягощающий течение заболеваний и повыщающий риск суицида (Guineau M.G. et al., 2023; Khazanov G.K. et al., 2022; Кибитов А.О., Мазо Г.Э., 2021; Рукавишников Г.В. с соавт., 2023). Другим трансдиагностическим феноменом с широкой распространённостью является депрессия, которая встречается и у 41,6% пациентов с шизофренией (Новицкий М.А. с соавт., 2021). В литературных источниках приводятся данные о распространенности импульсивности, её выраженности и дезадаптирующем влиянии на поведение у больных с аутохтонными психическими расстройствами (Морозовой М.А. с соавт., 2022; Reddy L.F. et al., 2014; Gao L. et al., 2023). Такие же закономерности характерны и для проявлений агрессивности у пациентов, страдающих тяжёлыми психическими заболеваниями (Smirnova L. et al., 2024; Gao L. et al. 2023).

Одновременно с широкой представленностью трансдиагностических феноменов среди пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами, высока и неудовлетворенность практиков эффектами их медикаментозного лечения, что побуждает к поиску аугментирующих лечебных подходов, которые в свою очередь подразделяются на медикаментозные и нефармакологические (Мазо Г.Э., Горобец Л.Н., 2020).

Одним из немедикаментозных подходов является использование VR-технологий, а именно релаксационных сценариев, доказавших свою пользу для снижения выраженности астении, соматических симптомов и особенно тревоги, а также для преодоления стресса как у населения в целом и больных с соматическими заболеваниями, так и у взрослых лиц, имеющих различные психические расстройства (Lepilkina T.A. et al., 2023; Adams Z.W. et al., 2018; Riches S. et al., 2023). Изучение доступной зарубежной литературы показало, что подавляющее большинство работ посвящено применению релаксационных сценариев в виртуальной среде для помощи лицам с пограничной психической патологией, и существует явный дефицит исследований относительно эффективности VR для снижения выраженности аффективных симптомов и уровня стресса среди пациентов с аутохтонными психическими расстройствами (Riches S., et al., 2021). Опубликованное пилотное исследование с применением релаксационных сценариев среди пациентов психиатрических отделений продемонстрировало до-

стоверное снижение уровня тревоги и печали после проведения VR-интервенций (Riches S,et al., 2023). Существуют лишь ограниченные данные о приемлемости и переносимости данного метода у этой когорты пациентов. Кроме того, наблюдается дефицит отечественных исследований, позволяющих оценить влияние релаксационных сценариев VR-программ на трансдиагностические аффективные симптомы у больных с тяжелыми психическими расстройствами, что затрудняет оценку перспектив внедрения этой технологии в психиатрическую практику.

На основании имеющихся данных и существующего дефицита исследований нами была сформулирована цель исследования: оценка эффективности и переносимости релаксационных VR-сценариев на аппарате Flow в лечении трансдиагностических аффективных симптомов (тревоги, депрессии, ангедонии, агрессивности, импульсивности) у больных с тяжелыми психическими расстройствами (F2, F3).

Материалы и методы.

В исследование включались стационарные и амбулаторные пациенты ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России, подписавшие информированное согласие (ИС), возрастной группы 18-70 лет, с верифицированным диагнозами согласно МКБ-10: расстройства шизофренического спектра (F2), аффективные расстройства (F3), на стадии формирования медикаментозной ремиссии, без соматических заболеваний в стадии декомпенсации, принимающие психофармакотерапию (ПФТ) согласно клиническим рекомендациям и набравшие 11 и более баллов субшкалы «Тревога» шкалы госпитальной тревоги HADS.

VR-интервенция включала 6 релаксационных сессий, проводившихся в течение 14-21 дней. При погружении пациентов в виртуальную реальность использовался аппаратно-программный комплекс VR FLOW, техническое оборудование которого включает: шлем виртуальной реальности - наголовное устройство с обзором в 360º, манипуляторы-контроллеры и кресло-кокон с вращающейся чашей. Использованная VR-программа представляет собой практику управляемой релаксации (дыхательной, мышечной) продолжительностью 8 минут, сочетающую в себе методы телесной терапии для работы с негативными эмоциональными состояниями. В данном исследовании использовалась виртуальная локация - лесная поляна с видом на водопад и текущую воду. Каждому пациенту разъяснялись задачи погружения в VR-среду и график сессий. Врач-исследователь сопровождал пациента на всём протяжении релаксационной сессии.

Состояние пациентов оценивалось с использованием следующих инструментов:

Шкала госпитальной тревоги (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; Морозова М.А. с соавт., 2023) – самоопросник, состоящий из двух разделов (тревога/депрессия), включающих по 7 вопросов, оценивающий тяжесть симптомов от 0 до 3 баллов. Выраженность тревоги и депрессии оценивается по сумме баллов, рассчитываемой по каждому разделу отдельно: от 0-7 баллов - нормальное состояние; 8-10 баллов - субклинически выраженная тревога/депрессия; до 11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

Шкала для оценки депрессии Монтгомери-Асберга (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale, MADRS; Бевз И. А., 1999) состоит из 10 пунктов, оцениваемых специалистом от 0 до 6 баллов. Основным показателем является общий балл, имеющий следующие градации: 0 - 15 баллов - отсутствие депрессивного эпизода; 16 - 25 баллов - лёгкий депрессивный эпизод; 26 - 30 баллов - умеренный депрессивный эпизод; свыше 30 баллов - тяжёлый депрессивный эпизод.

Шкала импульсивности Барратта (BIS-11) (Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., 2015) состоит из 30 вопросов, оцениваемых от 1 (редко или никогда) до 4 (всегда или почти всегда) баллов. Результирую-

щим показателем является общий балл, при этом наличие значений в 70–75 баллов указывает на патологическую импульсивность, то есть склонность действовать импульсивно без оценки последствий. При значениях в более 75 баллов диагностируется расстройство контроля импульсивности.

Опросник исследования уровня агрессивности Басса-Дарки (Buss - Durkee Hostility Inventory, BDHI; Хван А.А. с соавт., 2008) для диагностики агрессивных и враждебных реакций включает 8 субшкал: физическая агрессия, вербальная агрессия, негативизм, чувство вины; косвенная агрессия, раздражение, обида, подозрительность. Значения первых 4 шкал ранжируются по уровням: 0-30 – низкий, 31-52 – средний, 53-74 – повышенный, 75-85 – высокий, 86 и выше – очень высокий. Выраженность оставшихся четырех шкал подразделяется на: 0-14 – низкий, 15-36 – средний, 37-58 – повышенный, 59-69 – высокий, 70 и выше – очень высокий уровни. Результирующими показателями опросника являются индексы – агрессивности (низкий уровень 0-27, средний уровень 28-49, повышенный уровень 50-71, высокий уровень 72-82, очень высокий уровень - 83 балла и выше) и враждебности (низкий уровень 0-14, средний уровень 15-36, повышенный уровень 37-58, высокий уровень 59-69, очень высокий уровень - 70 баллов и выше).

Симптоматический опросник (Symptom Checklist-K-9, SCL-K-9; Золотарёва А.А., 2023) включает 9 пунктов (враждебность, обсессивность-компульсивность, депрессия, межличностная сензитивность, паранойяльные тенденции, тревожность, соматизация, фобическая тревожность, психотизм), каждый из которых по степени выраженности оценивается от 0 (совсем нет) до 4 (очень сильно) баллов. Результирующим показателем является суммарный балл. Чем выше суммарный показатель, тем сильнее общая психопатология (максимальное значение 36 баллов, медиана инструмента 18).

Для оценки уровня физической ангедонии использовался опросник способ оценки физической ангедонии (СОФА; Лутова Н.Б. с соавт., 2024), состоящий из 61 вопроса, оцениваемых бинарно (да - 1 балл/нет - 0 баллов). Результирующим показателем является общий суммарный балл. Чем выше балл, тем более выраженной является ангедония.

Переносимость VR оценивалась при помощи опросника симуляторных расстройств (Simulator Sickness Questionnaire, SSQ) с целью диагностики распространённости и выраженности симптомов киберболезни (Меньшикова Г. Я., Ковалев А. И., 2015). Опросник включает 17 пунктов (чувство дискомфорта, утомление, головная боль, напряжение глаз, сложность фокусировки, повышение слюноотделения, сухость во рту, потливость, тошнота, сложность концентрации, тяжелая голова, зрение расплывается, головокружение при открытых глазах, головокружение при закрытых глазах, ощущение вращения окружающего мира, боль в животе, отрыжка), каждый из которых оценивается по 4 степеням выраженности: от «не ощущаю» (0) до «ощущаю сильно» (3). В качестве результирующих параметров вычисляются три фактора: тошнота (N), глазодвигательные реакции (O) и потеря ориентации в пространстве (D), а также суммарный балл (TS). Суммарный балл варьируется от 0 до 2544,9, Me инструмента 1272,5. Чем выше значение суммарного балла, тем сильнее негативное воздействие симулятора.

Субъективная приемлемость использования VR оценивалась при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), где 0 - совсем некомфортно, 10 - полностью комфортно.

Статистический анализ.

Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ Jamovie, проводилось описание дескриптивных статистик, оценки нормальности распределения по Шапиро-Уилку. Параметры с нормальным распределением описывались с помощью

значения средних и стандартных отклонений (M(x)±SD), показатели с распределением отличным от нормального - с помощью значения медианы и межквартильного интервала (Me [IQR]). Сравнение параметрических данных осуществлялось методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), t-критерия Стьюдента; для непараметрических данных – с использованием H-критерия Краскела-Уоллеса и U-критерия Манна-Уитни. Результаты считались статистически значимыми при p<0,05. Дополнительно рассчитывались размеры эффектов (effect sizes [SE]) по Cohen's при выявлении различий с уровнем достоверности p<0,05.

Процедуры исследования были рассмотрены и одобрены на заседании Независимого этического комитета при ФГБУ НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева Минздрава России (ЭК-2509 от 26.06.2025г).

Дизайн исследования: Исследование интервенционное, проспективное; включало 7 визитов. Во время скринингового (первого) визита проводилось подписание ИС, верификация диагноза по MINI и критериев включения и невключения с оценкой по шкале госпитальной тревоги, сбор социо-демографических и клинико-анамнестических данных, фиксация психофармакотерапии.

На 2 и 7 визитах (первая и шестая релаксационная сессии) проводилась оценка аффективных симптомов: по шкалам Монтгомери-Асберга (MADRS) и физической ангедонии СОФА (RPAS), опросникам агрессивности Басса-Дарки (BDHI) и импульсивности Баррата (BIS-22), а также психопатологическому симптоматологическому опроснику (SCL-K-9).

Оценка симуляторных расстройств и приемлемости погружения оценивались на по завершении первой (2 визит), третьей (4 визит) и шестой (7 визит) VR сессий с помощью опросника симуляторных расстройств SSQ и шкалы приемлемости (ВАШ).

Результаты. Набор для участия в исследовании проводился с середины мая по середину июля 2025, всего было приглашено 27 человек: из них 5 пациентов выбыли на скрининге из-за значений ниже 11 баллов при заполнении шкалы HADS, 3 больных отказались от участия на этапе скрининга по иным причинам. В результате участие в исследовании и анализе данных приняли 19 пациентов.

Средний возраст в выборке составил 35,6±15,0 лет; 12 человек (63,2%) - женщины, 7 человек (36,8%) - мужчины; уровень образования пациентов: высшее - 10 человек (52,6%), среднее специальное - 4 человека (21,1%), незаконченное высшее - 3 человека (15,8%), среднее - 2 человека (10,5%); из них – 11 человек (57,9%) работают. 4 человека (21,1%) имели инвалидность.

Диагноз аффективного расстройства (F3) был верифицирован у 10 человек (52,6%), расстройства шизофренического спектра (F2) – у 9 человек (47,4%). В среднем длительность заболевания составила 12,9±10,7 лет; количество эпизодов - 7,05±5,1; возраст появления первых симптомов - 22,4±10,4 лет; возраст первого обращения за помощью - 25,2±9,61 лет.

Данные динамики аффективных симптомов в результате прохождения релаксационных VR сессий отражены в таблицах 1-3.

Таблица 1.

Динамика выраженности тревоги и депрессии при проведении курса релаксационных сессии (p<0,05)**

	1 сессия (M_x±SD)	**6 сессия (M_x±SD)**	**p**	**SE**
Значения субшкалы «Тревога» (HADS)	13,7±2,77	8,68±4,77	<0,01	1,028**

Общий балл (MADRS)	22,3±8,67	12,32±7,94	<0,01	0,908**

Отмечалось достоверное снижение интенсивности тревоги по госпитальной шкале Гамильтона (HADS) - от выраженной до субклинической и ослабление депрессии по шкале Монтогомери-Асберга (MADRS) - от её умеренной выраженности до нормальных значений.

Таблица 2.

Динамика выраженности агрессивности, импульсивности и ангедонии при проведении курса релаксационных сессий (*тенденция к достоверности; p<0,05)

	Параметр	1 визит (M_x±SD)	6 визит (M_x±SD)	p	SE
Опросник агрессивности Басса-Дарки (BDHI): Шкалы	Физическая агрессия	3,74±2,4	4,05±2,68	0,550	-0,14
	Вербальная агрессия	5,89±2,18	5,89±2,69	0.789	0,21
	Негативизм	1,74±1,15	1,95±1,08	0,480	-0,165
	Чувство вины	5,89±2,18	5,63±2,06	0,523	0,15
	Косвенная агрессия	6,42±3,11	4,84±2,36	0,122	0,372
	Раздражение	5,95±2,57	4,95±1,75	0,062	0,458*
	Обида	4,89±1,4	4,42±1,54	0,187	0,315
	Подозрительность	4,37±2,24	4,42±2,81	0,928	-0,0210
Индексы»	***«Враждебность»***	9,26±2,92	8,84±3,98	0,603	0,121
	«Агрессивность»	16,1±6,88	14,9±6,15	0,373	0,21
Шкала импульсивности Барратта (BIS-11)		70,7±9	69,4±8,98	0,318	0,236
Шкала физической ангедонии (СОФА)		20,8±8,27	17,6±7,35	0,066	0.449*

Изначально показатели опросника опросника агрессивности Басса-Дарки как по шкалам, так и по результирующим индексам находились в пределах низких показателей. Тем не менее, по завершению курса VR сессий отмечалась тенденция к достоверному уменьшению значений шкалы “Раздражение” (BDHI) [5,95±2,57 vs 4,95±1,75, p=0,062, SE=0,458]. У 43% обследованных отмечались показатели, отражающие наличие патологической импульсивности и/или нарушения контроля импульсивности (BIS-11), однако после прохождения VR-интервенции достоверных изменений показателя общего балла получено не было. При этом была обнаружена тенденция к достоверности снижения общего показателя физической ангедонии

по шкале СОФА после завершения VR-интервенций [20,8±8,27 vs 17,6±7,35, p=0,066, SE=0.449].

Полученные результаты динамики показателей психопатологического опросника SCL-K-9 приведены в таблице 3.

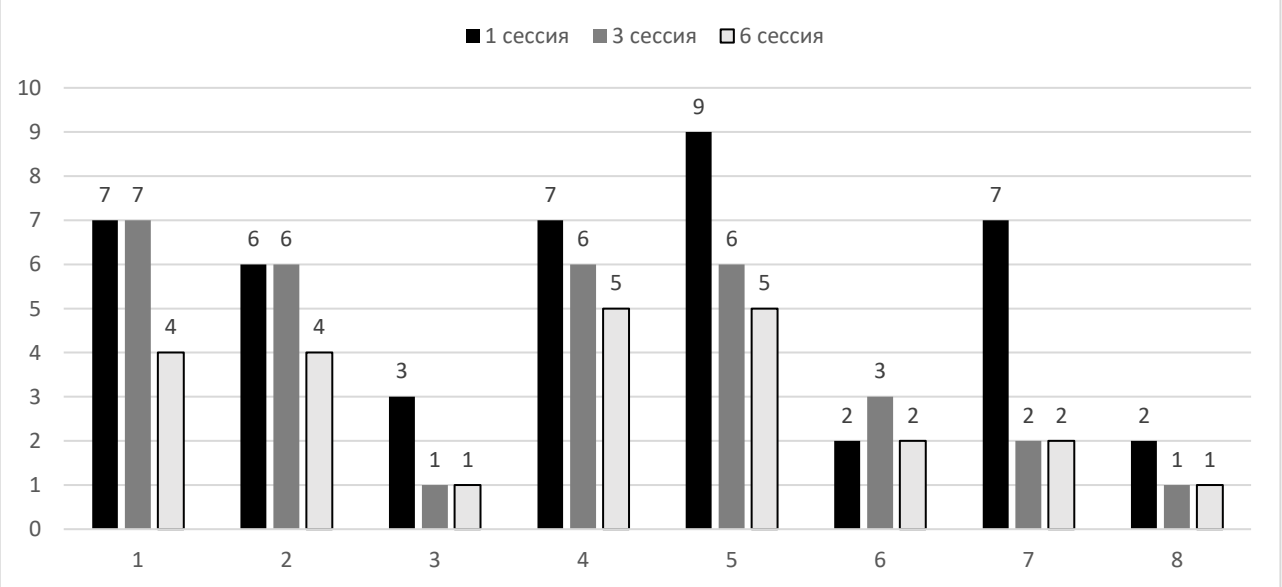
Таблица 3.

Динамика психопатологических симптомов SCL-K-9 при проведении курса релаксационных сессии (*тенденция к достоверности, **p<0,05)

Параметр	1 сессия (M_x±SD)	6 сессия (M_x±SD)	p	SE
Враждебность	2,21±1,13	2,26±1,48	0.863	-0.040
Обсессивность-компульсивность	3,58±1,22	3,26±1,41	0.301	0.244
Депрессия	4±0,94	2,84±1,3	<.001	1.208**
Межличностная сензитивность	4±1,11	3,32±1,34	0.091	0.410*
Паранойяльные тенденции	2,53±1,07	2,47±1,47	0.884	0.034
Тревожность	4±0,94	3,21±1,23	<.001	1.003**
Соматизация	2,74±1,19	2,21±1,23	0.021	0.582**
Фобическая тревожность	3±1,15	2,79±1,36	0.520	0.151
Психотизм	2, 89±1,2	2,26±1,28	0.007	0.706**
Суммарный балл	28,9±5,97	24,6±9,37	0,013	0.6310**

Согласно наблюдениям, при сравнении интенсивности симптомов до и после проведения релаксационного VR выявлялось достоверное уменьшение симптомов депрессии, тревоги, соматизации, психотизма и суммарного общего балла SCL-K-9 (p<0,05), а также тенденция к снижению межличностной сензитивности, что свидетельствует об улучшении психического состояния больных.

Встречаемость симптомов киберболезни (SSQ) отражена на рисунке 1.



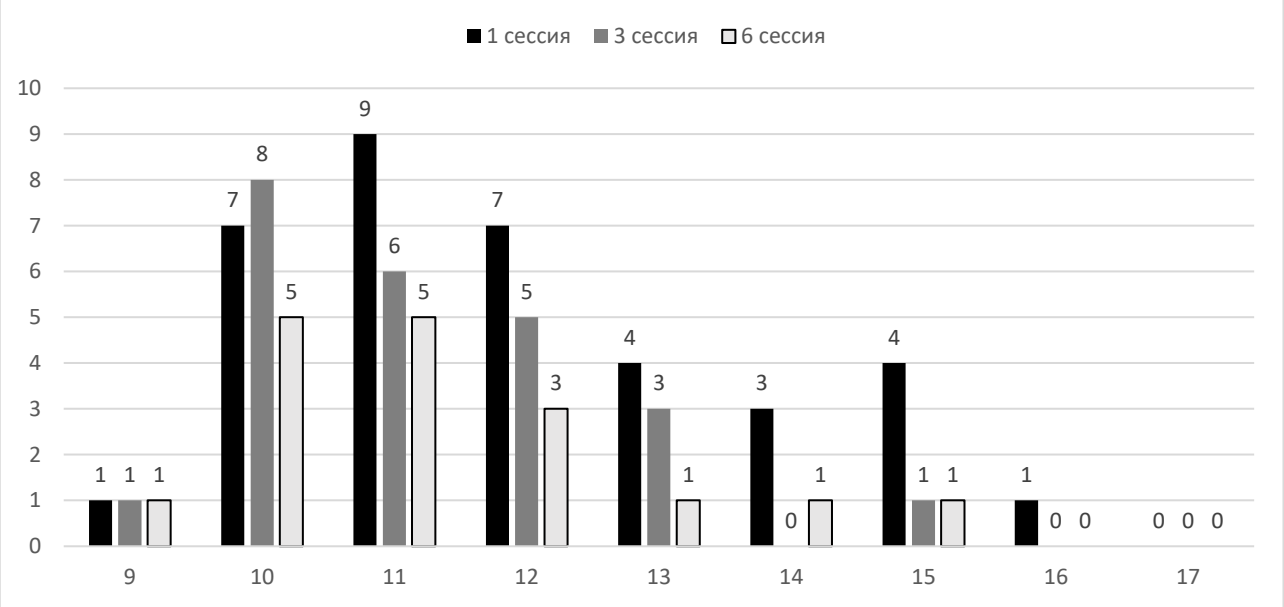


Рис. 1. Динамика частоты симптомов киберболезни в процессе курса VR (N – число пациентов, испытывающих симптом).

Примечания к рисунку 1. *Симптомы (пункты) SSQ: 1 - "Чувство дискомфорта", 2 - "Утомление", 3 - "Головная боль", 4 - "Напряжение глаз", 5 - "Сложности фокусировки", 6 - "Повышение слюноотделения", 7 - "Сухость во рту", 8 – "Потливость", 9 - "Тошнота", 10 - "Сложности в концентрации", 11 - "Тяжёлая голова", 12 - "Зрение расплывается", 13 - "Головокружение при открытых глазах", 14 - "Головокружение при закрытых глазах", 15 - Ощущение вращения окружающего мира", 16 - "Боли в животе", 17 - "Отрыжка"*

Анализ данных опросника симуляторных расстройств SSQ показал те или иные симптомы киберболезни, в разных сочетаниях выявленные после 1 сессии – у 17 (89,5%) человек; 3 сессии – у 9 (47%) человек и 6 сессии – у 12 (63%) обследованных. Несмотря на то, что достоверных различий по выраженности отдельных пунктов (симптомов киберболезни) получено не было, отмечается уменьшение их частоты встречаемости от первого к последней сессии. (рисунок 1).

Динамика выраженности факторов переносимости погружения в VR среду по SSQ отражена в таблице 4.

Таблица 4.

Динамика значений факторов опросника симуляторных расстройств SSQ (*тенденция к достоверности)

	1 сессия (2 визит)	**3 сессия (4 визит)**	**6 сессия (7 визит)**
	Me [IQR]	Me [IQR]	Me [IQR]
Тошнота	9.54 [9.54-23.9]	9.54 [9.54-19.1]	0 [0-9.54]*
Глазодвигательный фактор	15.2[15.2-34.1]	15.2[15.2-37.9]	15.2 [15.2-18.9]

Потеря ориентации	13.9 [13.9-48.7]	13.9 [13.9-27.8]	13.9 [13.9-13.9]
Общий балл	144 [144-393]	173 [173-303]	109 [109-191]

Тенденция к уменьшению интенсивности от 1-й к 6-ой сессии отмечалась только по фактору «Тошнота» (p 0,092). Важно отметить, что максимальное значение суммарного балла по SSQ среди обследованных не достигало медианы инструмента (1272,5), что свидетельствует о хорошей переносимости применяемого метода терапии.

Субъективно пациенты оценивали приемлемость использования VR по ВАШ достаточно высоко, начиная с первого сеанса [8, IQR 6-10], достоверно не различаясь между визитами (3 сессия – 8 [7,5-10]; 6 сессия – 9 [8-10]).

Обсуждение:

Проведённое нами исследование подтверждает эффективность использования сценариев VR-релаксации для пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами относительно ряда аффективных трансдиагностических феноменов.

Получено значительное снижение симптомов тревоги и депрессии в общей выборке, что соотносится с рядом зарубежных работ, продемонстрировавших снижение тревоги у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (Rault O. et al, 2022; Veling W. et al., 2021) и ослабление тревоги и депрессии среди пациентов с моно- и биполярными аффективными расстройствами (Lee J. et al, 2024; Shah, L.B. et al., 2015; Salazar de Pablo G. et al., 2024; Kjærstad, H.L et al., 2022).

В нашем исследовании обнаружена тенденция к ослаблению физической ангедонии. Хотя в ряде исследований с применением VR-интервенций, включавших элементы КПТ, описывается снижение выраженности ангедонии, эффективность релаксационных сценариев в её отношении в литературе не упоминается (Chen K. et al., 2021; Kramer Freher N. et al., 2025).

Исследования о применении VR-релаксации с целью снижения агрессивности и импульсивности проводились на неклинических контингентах (лицах, находящихся в заключении после совершения общественно опасных деяний) и носят противоречивый характер (Roncero D. et al., 2025, Tuente S.K. et al., 2020; Woicik K. et al., 2023). В части работ мета-анализа Roncero D. et al. (2025) подтверждается снижение импульсивности и агрессивности у испытуемых после курсов VR релаксации, в то время как данные Tuente S.K. et al. (2020) и Woicik K. et al. (2023) опровергают наличие эффектов. В нашем исследовании влияние VR интервенций на импульсивность отмечено не было, однако обнаружена тенденция к снижению раздражительности как одного из симптомов агрессивности.

Снижение выраженности психопатологических симптомов (SCL-К-9), выявленное в нашем исследовании, отражает уменьшение интенсивности переживания стресса у пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами, что подтверждается публикациями, описывающими улучшение адаптации к стрессу после проведения VR-релаксации у различных нозологических групп пациентов (Lee J., 2024; Lepilkina T.A. et al., 2023; Riches S. et al., 2023)

Как и в нашем исследовании, многие авторы отмечают наличие одновременно нескольких симптомов киберболезни в различных сочетаниях, однако частота отказов от программ мала. При этом, большинство пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами высоко оценивают субъективную приемлемость данного лечебного воздействия (Никонова Е.Ю. с соавт., 2023; Rault O. et al., 2022; Veling W. et al., 2021; Lee, B.M. et al., 2023; Jeon E. et al., 2025).

Ограничения исследования: учитывая малый размер и разнородность выборки, полученные результаты необходимо в дальнейшем подтвердить на большем количестве случаев и с группой контроля.

Выводы:

Курсы релаксационных VR-сценариев существенно снижают интенсивность тревоги, депрессии и дистресса, а также ослабляют проявление физической ангедонии и раздражительности как трансдиагностических симптомов у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров.

Переносимость и приемлемость VR-интервенций у пациентов являются высокими, при этом переносимость повышается в процессе прохождения курса VR терапии.

Проведенное пилотное исследование позволяет рассматривать релаксационные VR-сценарии как перспективное дополнительное воздействие, направленное на снижение выраженности аффективных симптомов у больных с аффективными расстройствами и расстройствами шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Meiering M.S., Weigner D., Enge S. et al. Transdiagnostic phenomena of psychopathology in the context of the RDoC: protocol of a multimodal cross-sectional study. BMC Psychol 11, 297 (2023). https://doi.org/10.1186/s40359-023-01335-8.

2. Zhong G., Chen T., Zhong N. et al. Transdiagnostic neuromodulation of impulsivity: current status and future trajectories. Transl Psychiatry 15, 209 (2025). https://doi.org/10.1038/s41398-025-03415-2.

3. Philippot P., Verschuren A. & Douilliez C. Transdiagnostic Processes in Depression and Anxiety: Assessing Differentiated Cognitive Modes in Repetitive Thinking. J Cogn Ther 16, 539–570 (2023). https://doi.org/10.1007/s41811-023-00171-3

4. Temmingh H., Stein D.J. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. CNS Drugs. 2015;29(10):819-32. doi: 10.1007/s40263-015-0282-7.

5. Yapici Eser H., Kacar A.S., Kilciksiz C.M., Yalçinay-Inan M., Ongur D. Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study. Front Psychiatry. 2018 Jun 27; 9:229. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00229;

6. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, Ленингр. отд., 1988. 264 с.;

7. Морозова М.А., Потанин С.С., Бурминский Д.С., Рупчев Г.Е., Бениашвили А.Г., Лепилкина Т.А. Проблема импульсивности при биполярном аффективном расстройстве: частота и коморбидность. Психиатрия. 2022; 20(1):97–109. https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-97-109

8. Reddy L.F., Lee J., Davis M.C., Altshuler L., Glahn D.C., Miklowitz D.J., Green M.F. Impulsivity and Risk Taking in Bipolar Disorder and Schizophrenia. Neuropsychopharmacology (2014) 39, 456–463; doi:10.1038/npp.2013.218

9. Gao L., Yang R., Fan H.Z., Wang L.L., Zhao Y.L., Tan S.P., Xiao C.L., Zhou S.J. Correlation Between Aggressive Behavior and Impulsive and Aggressive Personality Traits in Stable Patients with Schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023; 19:801-809 https://doi.org/10.2147/NDT.S404176

10. Smirnova L., Roshchina O., Seregin A. Clinical Characteristics and Aggression in Unipolar and Bipolar Course of Affective Disorders. *European Psychiatry*. 2024; 67(S1): S431-S432. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.894

11. Мазо Г.Э., Горобец Л.Н. Стратегия аугментации как один из видов комбинированной терапии у больных с депрессивными расстройствами (литий и тиреоидные гормоны). Социальная и клиническая психиатрия. 2020;30(2):52-61

12. Guineau M.G., Ikani N., Rinck M., Collard R.M., van Eijndhoven P., Tendolkar I., Schene A.H., Becker E.S., Vrijsen J.N. Anhedonia as a transdiagnostic symptom across

psychological disorders: a network approach. Psychol Med. 2023 Jul;53(9):3908-3919. doi: 10.1017/S0033291722000575

13. Khazanov G.K., Forbes C.N., Dunn B.D., Thase M.E. Addressing anhedonia to increase depression treatment engagement. Br J Clin Psychol. 2022 Jun;61(2):255-280. doi: 10.1111/bjc.12335.

14. Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Ангедония при депрессии: нейробиологические и генетические аспекты. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021; 121 (3): 146-154;

15. Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Шишковская Т.И., Олейчик И.В., Незнанов Н.Г., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Взаимосвязь ангедонии с коморбидными психическими расстройствами, суицидальностью и чертами личности у пациентов с депрессией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2023; 123(11-2): 85-91

16. Новицкий М.А., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф. Частота встречаемости депрессивных расстройств у пациентов с шизофренией. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2021; 55(3):45-61. https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-56-3-45-61

17. Adams Z.W., Sieverdees J.C., Brunner-Jackson B., et al. Meditation smartphone application effects on prehypertensive adults blood pressure: dose-response feasibility trail. Health Psychol.2018;37(9):850-60. Doi: 10.1037/hea0000584

18. Riches S., Jeyarajaguru P., Taylor L., Fialho C., Little J., Ahmed L., O'Brien A., van Driel C., Veling W., & Valmaggia L. (2023). Virtual reality relaxation for people with mental health conditions: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *58*(7), 989–1007.

19. Riches S., Azevedo L., Bird L., Pisani S., Valmaggia L. Virtual reality relaxation for the general population: a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 Oct; 56(10):1707-1727. doi: 10.1007/s00127-021-02110-z.

20. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г., Бурминский Д.С., Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Кибитов А.А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. Профилактическая медицина. 2023; 26(4):7–14. https://doi.org/10.17116/profmed2023260417)

21. Бевз И.А. Шкалы для оценки депрессии. Выпуск 1. М.: Пресса-1 по заказу Servier, 1999

22. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. (2015). Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). *Психология и право, 5*(3), 75–89. https://doi.org/10.17759/psylaw.2015050307

23. Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки./Психологическая диагностика, 2008, № 1, — с. 35-58.

24. Золотарёва А.А. Русскоязычная адаптация симптоматического опросник (Symptom checklist-K-9, SCL-K-9). Сибирский психологический журнал. 2023. № 89. С. 105–115. DOI: 10.17223/17267080/89/6

25. Лутова Н.Б., Хобейш М.А., Макаревич О.В., Бочарова М.О., Герасимчук Е.С., Сорокин М.Ю. Адаптация и валидация шкалы физической ангедонии (Revised Physical Anhedonia Scale): психометрические свойства русскоязычной методики. Психиатрия и психофармакотерапия. 2024; 4: 25–34. DOI: 10.62202/2075-1761-2024-26-4-25-34

26. Меньшикова Г. Я., Ковалев А. И. Векция в виртуальных средах: психологические и психофизиологические механизмы формирования // Национальный психологический журнал. — 2015. — № 4(20). — С. 91-104.

27. Rault O, Lamothe H, Pelissolo A. Therapeutic use of virtual reality relaxation in schizophrenia: A pilot study. Psychiatry Res. 2022 Mar; 309:114389. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114389. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35042064.

28. Veling W, Lestestuiver B, Jongma M, Hoenders HJR, van Driel C Virtual Reality Re-

laxation for Patients With a Psychiatric Disorder: Crossover Randomized Controlled Trial J Med Internet Res 2021;23(1):e17233 doi: 10.2196/17233

29. Lee J, Kim J and Ory MG (2024) The impact of immersive virtual reality meditation for depression and anxiety among inpatients with major depressive and generalized anxiety disorders. Front. Psychol. 15:1471269. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1471269

30. Salazar de Pablo G, Ríos Hernández O, Gómez Vallejo S, Young AH, Cella M, Valmaggia L (2024). Use of virtual reality in bipolar disorder: a systematic review. Psychological Medicine 54, 2807–2822. https://doi.org/10.1017/S0033291724001247

31. Shah, L. B., Torres, S., Kannusamy, P., Chng, C. M., He, H. G., & Klainin-Yobas, P. (2015). Efficacy of the virtual reality-based stress management program on stress-related variables in people with mood disorders: The feasibility study. Archives of Psychiatric Nursing, 29(1), 6–13. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.09.003

32. Kjærstad, H. L., Hellum, K. S., Haslum, N. H., Lopes, M. N., Noer, T. S., Kessing, L. V., & Miskowiak, K. W. (2022). Assessment of the validity and feasibility of a novel virtual reality test of emotion regulation in patients with bipolar disorder and their unaffected relatives. Journal of Affective Disorders, 318, 217–223. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.004

33. Никонова Е.Ю., Рупчев Г.Е., Морозова М.А., Бурминский Д.С. Применение технологии виртуальной реальности для релаксации при шизофрении (Пилотное исследование) // Национальный психологический журнал. 2023. Т. 18, № 4. С. 78–89. https://doi.org/10.11621/npj.2023.0407

34. Kramer Freher N., van Bennekom M., Bexkens A., Veling W., Bockting C.L.H. Virtual Reality in the treatment of depression; what therapeutic strategies does VR target? Journal of Affective Disorders Reports. Vol. 20, 2025, 100912, https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100912.

35. Roncero D., Moreno-Fernández R., Fernández-Moreno Á. (2025). Effectiveness of Virtual Reality interventions for aggression, anger and impulsiveness: A multilevel meta-analysis. Aggression and Violent Behavior. 81. 102034. 10.1016/j.avb.2025.102034.

36. Tuente, S. K., Bogaerts, S., Bulten, E., Keulen-de Vos, M., Vos, M., Bokern, H., Veling, W. (2020). Virtual reality aggression prevention therapy (VRAPT) versus waiting list control for forensic psychiatric inpatients: A multicenter randomized controlled trial. Journal of Clinical Medicine, 9(7). https://doi.org/10.3390/jcm9072258

37. Woicik, K., Geraets, C. N. W., Klein Tuente, S., Masthoff, E., & Veling, W. (2023). Virtual reality aggression prevention treatment in a Dutch prison-based population: A pilot study. Frontiers in Psychology, 14, Article 1235808. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1235808

38. Jeon E, Li L, Le TH, Kim WS, Odkhuu S, Kang CY, Setiani A, Rami FZ, Chung YC. Virtual reality therapy targeting ideas of reference in patients with psychosis: a single-blind parallel-group randomized controlled trial. Psychol Med. 2025 Apr 28;55:e121. doi: 10.1017/S0033291725000959.

39. Lee, B.M., Kim, SW., Lee, B.J. *et al.* Effects and safety of virtual reality-based mindfulness in patients with psychosis: a randomized controlled pilot study. *Schizophr* 9, 57 (2023). https://doi.org/10.1038/s41537-023-00391-8

40. Chen K, Barnes-Horowitz N, Treanor M, Sun M, Young KS and Craske MG (2021) Virtual Reality Reward Training for Anhedonia: A Pilot Study. Front. Psychol. 11:613617.doi: 10.3389/fpsyg.2020.613617

УДК: [616.89-008.454:616.441]-036.12-07-08

GIPOTIREOZNING TURLI SHAKLLARIGA EGA BEMORLARDA AFFEKTIV SIMPTOMATIKA RIVOJLANISHIGA IJTIMOIY OMILLARNING TA'SIRI

Magzumova Shaxnoza Shaxzadeyevna – t.f.d., professor
Vosiqov Botirbek Abdullaziz o'g'li – assistent
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Qalqonsimon bez patologiyalarida psixik buzilishlar biologik omillar bilan bir qatorda ijtimoiy omillar ta'sirida ham shakllanadi, biroq ijtimoiy omillarning o'rni hali yetarlicha o'rganilmagan. Ushbu tadqiqotning maqsadi gipotireozning turli shakllariga ega bemorlarda xavotir-depressiv simptomatika rivojlanishiga ijtimoiy omillarning ta'sirini aniqlashdan iborat. Tadqiqotga xavotir va/yoki depressiv buzilishlarga ega 159 nafar bemor jalb qilindi va uchta guruhga bo'lindi: manifest (yaqqol) gipotireoz (n = 41), subklinik gipotireoz (n = 68) va eutiroid nazorat guruhi (n = 50). Bemorlarning sotsiodemografik xususiyatlari, psixosotsial stressorlar anamnezi va ijtimoiy xususiytalari baholandi. Subklinik gipotireoz holatlarida xavotir va depressiya simptomlari ko'proq tashqi stress omillari bilan bog'liq bo'lib, ijtimoiy faollik nisbatan saqlanib qolgan. Aksincha, manifest gipotireozda psixoemotsional buzilishlar asosan somatik buzilishlar fonida rivojlandi va ijtimoiy moslashuvning pasayishi bilan kechdi. Ushbu farqlar individual yondashuv zarurligini ko'rsatadi: subklinik holatlarda psixosotsial korreksiya va stressni boshqarishga e'tibor qaratish, yaqqol holatlarda esa ijtimoiy reabilitatsiyaga urg'u berish lozim. Ijtimoiy omillarni individual hisobga olish kompleks terapiya samaradorligini oshirishi va psixik buzilishlar prognozini yaxshilashi mumkin.*

Kalit so'zlar. *Gipotireoz, Xavotirli-depressiv buzilish, Ijtimoiy omillar, Psixosotsial stress, Ijtimoiy moslashuvning buzilishi.*

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПОТИРЕОЗА

Магзумова Шахноза Шахзадэевна – д.м.н., профессор
Восиков Ботирбек Абдуллазиз угли – ассистент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Психические расстройства при тиреоидной патологии формируются под влиянием как биологических, так и социальных факторов, однако роль последних остаётся недостаточно изученной. Целью настоящего исследования было выявить особенности влияния социальных факторов на развитие тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с различными формами гипотиреоза. В исследование включены 159 пациентов с тревожными и/или депрессивными расстройствами, разделённых на три группы: манифестный гипотиреоз (n = 41), субклинический гипотиреоз (n = 68) и контрольная группа с эутиреозом (n = 50). Проводилась оценка социодемографических характеристик, анамнеза психосоциальных стрессов и уровня социального функционирования. Установлено, что при субклиническом гипотиреозе тревожно-депрессивная симптоматика чаще связана с внешними стрессогенными факторами на фоне относительного сохранения социальной активности. В группе манифестного гипотиреоза нарушения психоэмоционального состояния чаще обусловлены тяжёлым соматическим состоянием и сопровождаются выраженной*

социальной дезадаптацией. Эти различия указывают на необходимость дифференцированного подхода: при субклинической форме — с акцентом на психосоциальную коррекцию и стресс-менеджмент; при манифестной — на мероприятия по социальной реабилитации. Индивидуализированный учёт социальных факторов способен повысить эффективность терапии и улучшить прогноз при аффективных расстройствах, сопутствующих тиреоидной патологии.

Ключевые слова. *Гипотиреоз, Тревожно-депрессивные расстройства, Социальные факторы, Психосоциальный стресс, Социальная дезадаптация.*

THE IMPACT OF SOCIAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF AFFECTIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF HYPOTHYROIDISM

Magzumova Shakhnoza – DSc, professor
Vosikov Botirbek – assistant professor
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Mental disorders in thyroid pathology are shaped by both biological and social factors, yet the specific role of social influences remains insufficiently explored. The aim of this study was to identify the impact of social factors on the development of anxiety and depressive symptoms in patients with different forms of hypothyroidism. A total of 159 patients with anxiety and/or depressive disorders were included and divided into three groups: manifest hypothyroidism (n = 41), subclinical hypothyroidism (n = 68), and a control group with euthyroidism (n = 50). Sociodemographic characteristics, history of psychosocial stressors, and parameters of social functioning were assessed. It was found that in subclinical hypothyroidism, anxiety-depressive symptoms were more often associated with external stressors, while social activity was relatively preserved. In contrast, in manifest hypothyroidism, affective disturbances were more commonly triggered by marked somatic decompensation and accompanied by significant social maladaptation. These differences indicate the need for a differentiated approach: psychosocial intervention and stress management in subclinical cases, and social rehabilitation in manifest cases. Personalized consideration of social factors may improve the effectiveness of comprehensive therapy and enhance outcomes in affective disorders associated with thyroid dysfunction.*

Keywords. *Hypothyroidism, Anxiety-depressive disorders, Social factors, Psychosocial stress, Social maladaptation.*

Введение. Наряду с биологическими и психологическими механизмами, важную роль в развитии тревожных и депрессивных расстройств играют социальные факторы. Под ними подразумеваются как социодемографические характеристики (пол, возраст, семейное положение, уровень образования), так и жизненные обстоятельства, включая стрессовые события, качество семейной и профессиональной поддержки, доступность медицинской помощи. У пациентов с гипотиреозом эти факторы могут как усиливать психоэмоциональную уязвимость, так и влиять на течение заболевания, степень социальной дезадаптации и выраженность психических симптомов [1–5].

Несмотря на активное изучение нейроэндокринных аспектов коморбидности гипотиреоза и аффективных расстройств, влияние социальных детерминант остаётся менее исследованным и значительно недооценённым. Между тем, наличие или отсутствие стрессовых событий, особенности социальной поддержки, а также уровень социальной адаптации

могут существенно модифицировать клиническую картину и прогноз психических нарушений. Особый интерес представляет вопрос о различиях в социально обусловленных триггерах и последствиях при субклиническом и манифестном гипотиреозе [5].

Целью настоящего исследования является выявление и сравнение социальных факторов, способствующих развитию тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с различными формами тиреоидной дисфункции.

Материалы и методы:

В исследование включены 159 пациентов с клинически выраженными тревожными и/или депрессивными расстройствами, проходивших обследование и лечение в условиях психоневрологического стационара. Все участники были разделены на три группы: основная группа 1 (ОГ-1) — 41 пациент с манифестным гипотиреозом; основная группа 2 (ОГ-2) — 68 пациентов с субклиническим гипотиреозом; контрольная группа (КГ) — 50 пациентов с эутиреозом, страдающих тревожно-депрессивной симптоматикой, но без признаков тиреоидной дисфункции по данным лабораторного обследования. Диагнозы гипотиреоза устанавливались на основании уровня ТТГ и свободного Т4, в соответствии с международными диагностическими критериями.

При первичном клинико-анамнестическом обследовании собиралась подробная информация о социальном статусе пациентов: возраст, пол, семейное положение, наличие детей, уровень образования, профессиональная занятость, а также место проживания (город/село). Также регистрировались данные о трудоспособности на момент госпитализации (работает/не работает, причина нетрудоспособности). Особое внимание уделялось выявлению значимых жизненных событий, предшествовавших манифестации или обострению тревожно-депрессивной симптоматики (за 6–12 месяцев до обращения). К таким событиям относились: утрата близких, развод, острые конфликты в семье или на работе, потеря работы, тяжёлые заболевания, переезд и другие выраженные стрессовые воздействия. Наличие по крайней мере одного значимого стрессора фиксировалось как «психосоциальный стрессор (+)». Отдельно уточнялось, связывал ли пациент начало своего психического состояния с этими событиями.

Результаты и обсуждения:

Средний возраст обследованных составил около 41 года и существенно не различался между группами: 42,5 ± 10,3 лет в ОГ-1, 40,1 ± 11,7 в ОГ-2 и 41,0 ± 11,5 в КГ ($p > 0,3$). Распределение по полу было сопоставимо: доля женщин составляла 80% в ОГ-1, 75% в ОГ-2 и 78% в КГ ($p > 0,5$). Уровень образования и профессионального статуса также оказался однородным: около 60% пациентов в каждой группе имели высшее или неоконченное высшее образование. Примерно половина пациентов были трудоустроены, остальные — временно не работали, были пенсионерами или домохозяйками. Достоверных межгрупповых различий по этому признаку не выявлено ($p = 0,45$), однако в ОГ-1 наблюдалась тенденция к более низкому уровню занятости (46% против 59% в ОГ-2 и 60% в КГ), что может отражать влияние соматической декомпенсации при манифестном гипотиреозе на трудоспособность. Таким образом, демографический профиль групп в целом сопоставим и не объясняет различий в выраженности аффективной симптоматики.

Анализ анамнестических данных показал значимые различия в частоте предшествующих стрессовых событий. В группе манифестного гипотиреоза (ОГ-1) лишь около 30% пациентов связывали ухудшение психического состояния с выраженным жизненным стрессом. Напротив, в ОГ-2 и КГ наличие таких стрессоров отмечали 50–60% участников ($p < 0,01$). Это позволяет предположить, что при субклиническом гипотиреозе и эутиреоидном состоянии ключевую роль в манифестации аффективной симптоматики играют

именно внешние стрессогенные воздействия — семейные конфликты, утрата близких, профессиональные трудности. В то же время при манифестной форме гипотиреоза аффективная симптоматика, как правило, развивается вне связи с острым психосоциальным триггером, что ближе к модели эндогенной (соматогенной) депрессии.

Функциональный статус пациентов с манифестным гипотиреозом оказался более нарушенным. На момент госпитализации 44% из них находились на длительном больничном, тогда как в ОГ-2 таких было 30%, а в КГ — 25%. Кроме того, 27% пациентов ОГ-1 жаловались на выраженные затруднения в бытовой сфере, нуждаясь в помощи родных, что достоверно чаще, чем в других группах. Хотя большинство пациентов всех групп ощущали поддержку со стороны семьи (около 80%), у больных ОГ-1 чаще отмечалось снижение социальной активности: 32% сообщили о социальной изоляции, что превышало показатели ОГ-2 (22%) и КГ (18%), хотя разница не достигала статистической значимости ($p = 0,09$). Этот феномен можно интерпретировать как проявление «болезненного поведения» — защитной реакции организма на хроническое заболевание, сопровождающейся снижением активности, социальной отгороженностью и апатией.

Полученные данные демонстрируют два различных профиля социального участия и стрессовой уязвимости у пациентов с разными формами тиреоидной дисфункции. При субклиническом гипотиреозе тревожно-депрессивные расстройства чаще развиваются по сценарию «психогенной модели» — с выраженными внешними триггерами, относительно сохранным социальным функционированием и высокой чувствительностью к психотерапевтическим подходам. Напротив, при манифестном гипотиреозе наблюдается «соматогенная модель» — аффективные симптомы возникают на фоне тяжёлого физического состояния, вне явной связи с жизненными обстоятельствами, и сопровождаются большей социальной дезадаптацией. Это требует дифференцированного клинико-социального подхода: при субклинической форме акцент должен делаться на работе с внешними стрессорами и психотерапевтической поддержке, при манифестной — на восстановлении социального функционирования и устранении физиологических причин дистресса.

Выводы:

Социальные факторы играют различную роль в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств при субклиническом и манифестном гипотиреозе. При субклинической форме ключевое значение имеют внешние психосоциальные стрессоры, в то время как при манифестном гипотиреозе ведущую роль играет соматогенный фактор, связанный с выраженной физиологической дисфункцией. Нарушения социального функционирования — временная утрата трудоспособности, снижение повседневной активности и частичная социальная изоляция — чаще наблюдаются при манифестной форме заболевания. В то же время при субклиническом гипотиреозе пациенты демонстрируют относительную сохранность социальной активности, но высокую восприимчивость к внешним стрессам.

Выявленные различия подчеркивают необходимость индивидуализированного подхода к ведению пациентов: при субклиническом гипотиреозе целесообразна активная психосоциальная интервенция и работа с триггерными факторами, в то время как при манифестной форме особое внимание следует уделять социальной реабилитации, восстановлению утраченных ролей и снижению изоляции. Учет социального контекста заболевания позволяет не только улучшить качество психиатрической помощи, но и повысить эффективность терапии за счёт адаптации вмешательств к реальным условиям жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anderson K. S. [и др.]. Using the Biopsychosocial Approach to Identify Factors Associated with Major Depressive Disorder for Individuals with Hypothyroidism // Issues in Mental Health Nursing. 2022. № 8 (43). С. 755–765.

2. Dubniewicz E. [и др.]. The Association between Hypothyroidism and Mental Health: A Literature Review // Journal of Education, Health and Sport. 2025. (79). С. 57866.

3. Limeres P. C. [и др.]. Depression and hypothyroidism: Literature review and case report // European Psychiatry. 2021. № S1 (64). С. S329–S329.

4. Pankowski D. [и др.]. The Role of Illness-Related Beliefs in Depressive, Anxiety, and Anger Symptoms: An On-line Survey in Women With Hypothyroidism // Frontiers in Psychiatry. 2021. (12).

5. Samuels M. H. Psychiatric and cognitive manifestations of hypothyroidism // Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. 2014. № 5 (21). С. 377.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Кеворкова Марина Анатольевна – Ph.D., старший преподаватель
Магзумова Шахноза Шахзадаевна – д.м.н, профессор
Ядгарова Наргиза Фахритдиновна – Ph.D., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. Введение*. Пандемия COVID-19 существенно повлияла на психическое здоровье населения, вызвав рост невротических расстройств, проявляющихся тревогой, депрессией, паническими атаками и обсессивно-компульсивной симптоматикой.*

Цель исследования*. Изучить клинико-динамические особенности невротических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19, и определить факторы риска их хронизации.*

Материалы и методы. *Обследованы 204 пациента трудоспособного возраста, перенесшие коронавирусную инфекцию. Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы и психометрические шкалы (PHQ-9, GAD-7, HADS, Спилбергера–Ханина). Динамическое наблюдение велось 12 месяцев.*

Результаты. *Наиболее частыми формами постковидных невротических расстройств были неврастения (35,8%), тревожно-депрессивные состояния (20,0%) и фобические расстройства (16,6%). Тяжёлое течение COVID-19 ассоциировалось с высоким риском посттравматического стрессового расстройства. Среди значимых факторов риска выявлены женский пол, акцентуации личности, сердечно-сосудистая и эндокринная патология, неблагоприятные социальные условия и изоляция.*

Заключение. *Полученные данные подтверждают значимость раннего выявления и профилактики невротических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19.*

Ключевые слова: *COVID-19, невротические расстройства, клинико-динамические особенности, факторы риска.*

Введение. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье продолжает оставаться актуальной проблемой в постковидную эпоху. Современные исследования подтверждают, что проявления тревоги, депрессии и стрессовых состояний сохраняются у части пациентов даже спустя годы после острой фазы инфекции. Метастатический обзор показал, что уровни вероятной депрессии и тревоги после COVID-19 остаются значительно выше, чем до пандемии, особенно у групп с высокой уязвимостью (беременные, госпитализированные пациенты). В Европе отмечены устойчивые симптомы психических расстройств среди лиц, как с уже существующими психическими нарушениями, так и без них. Особое значение имели социальные факторы: экономическая нестабильность, потеря работы, неопределённость будущего, усиление роли средств массовой информации.

В условиях реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, ориентированной на международные стандарты, становится крайне важным переосмыслить подход к изучению невротических расстройств, возникающих в условиях пандемии: не просто фиксировать последствия, но выявлять динамику развития, факторы риска хронизации и потенциал адаптивной терапии.

Цель исследования – изучение клинико-динамических особенностей течения невротических расстройств после перенесённого COVID-19 с определением влияния клинических, биологических и социально-психологических факторов.

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе Ташкентского городского психоневрологического диспансера №2 и

семейной поликлиники №5. В исследование были включены 204 пациента в возрасте от 21 до 59 лет (средний возраст – 39,6 ± 9,2 лет), среди которых 80 мужчин (39,2%) и 124 женщины (60,8%). Все пациенты перенесли коронавирусную инфекцию в период 2020-2022 гг. Критериями включения стали подтверждённый факт, перенесённого COVID-19 (лабораторная верификация), наличие клинических признаков невротических расстройств (МКБ-10: F40-F48) для основной группы и информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения включили наличие эндогенных психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.), алкоголизм и наркозависимость, декомпенсированные соматические заболевания на момент обследования.

Исследование проводили с помощью клинико-анамнестического, клинико-катамнестического (динамическое наблюдение за пациентами в течение 12 месяцев), клинико-психопатологического и экспериментально-психологического метода с применением психометрических шкал: PHQ-9, GAD-7, HADS, шкала Спилбергера-Ханина.

Результаты. В исследование вошли 204 пациента в возрасте от 21 до 59 лет (средний возраст – 39,6 ± 9,2 лет). Среди них было 80 мужчин (39,2%) и 124 женщины (60,8%). Все больные распределены на 2 группы. В 1 группу – основную, вошли пациенты, у которых после перенесенного COVID-19 развились невротические расстройства, обратившиеся за квалифицированной помощью в ПНД (n=120) – 58,8%, 2-ю группу – контрольную, составили пациенты соответствующего возраста и пола, перенесшие COVID-19, не имеющие невротических расстройств (n=84) – 41,2%.

Таблица. 1.

Распределение пациентов по основным характеристикам

Название параметра	Категория	I группа (n=120)	II группа (n=84)	
Пол	Мужчины	33 (27,5%)	23 (27,4%)	χ^2 (1)=0,000 p=0,985 V=0,000
	Женщины	87 (72,5%)	61 (72,6%)	
Возраст	21-30	15 (12,5%)	14 (16,7%)	χ^2 (3)=4,30 p=0,231 V=0,150 df=3
	31-40	37 (30,8%)	27 (32,1%)	
	41-50	51 (42,5%)	25 (29,8%)	
	51-59	17 (14,2%)	18 (21,4%)	
Средний возраст пациентов	Средний возраст	43,0	41,0	H=0,017 p=0,895 ε^2=0,000
	Me [Q1, Q3]	35,0-47,0	33,8-49,0	
Степень тяжести течения COVID-19	Легкое	64 (53,3%)	45 (53,5%)	χ^2=0,659 p=0,719 V=0,057
	Средней тяжести	47 (39,7%)	35 (41,7%)	
	Тяжелое	9 (7,5%)	4 (4,8%)	
	Крайне тяжелое	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Лечение	На дому	54 (45,0%)	43 (51,2%)	χ^2(2)=3,769 p=0,152, V= 0,136
	Распределительный центр	32 (26,7%)	27 (32,1%)	
	Больница	34 (28,3%)	14 (16,7%)	

Пандемия коронавируса спровоцировала различные варианты пограничных психических расстройств, но наиболее частыми среди обследованных нами пациентов оказались: смешанное тревожное и депрессивное расстройство – F 41.2 – 20,0%;

ПТСР – F 43.1 – 6,7%; паническое расстройство – F 41.0 – 6,7%; ГТР – F 41.1 – 9,2%; смешанные навязчивые мысли и действия – F 42.2 – 5,0%; неврастения – F48.0 – 35,8%; фобические тревожные расстройства – F 40.8 -16,6%.

Сопоставив полученные данные о клинической картине невротического расстройства при распределении респондентов и степенью тяжести перенесенной коронавирусной инфекции (Таб. 2) мы получили следующие результаты: легкая форма течения коронавирусной инфекции чаще встречалась у пациентов с неврастенией (29,85%) и смешанным тревожным и депрессивным расстройством (10,09%), наименьший процент встречаемости показали пациенты с ПТСР и ПР по 1,83%. Среднетяжелая форма коронавирусной инфекции чаще встречалась также у пациентов со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (15,85%), и при фобическом тревожном расстройстве (13,41%), наименьший процент составили лица со смешанными навязчивыми мыслями и действиями (1,22%).

Таблица 2.

Распределение психических расстройств в зависимости от тяжести перенесенного COVID-19

Категория	Легкая форма	Среднетяжелая форма	Тяжелая форма	Итого	
Неврастения	33 (29,85%)	8 (9,76%)	2 (15,38%)	43 (21,08%)	χ^2=38,925 p=0,001 V=0,309
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	11 (10,09%)	13 (15,85%)	0 (0,0%)	24 (11,76%)	
Фобические тревожные расстройства	8 (7,34%)	11 (13,41%)	1 (7,69%)	20 (9,80%)	
ГТР	4 (3,67%)	7 (8,54%)	0 (0,0%)	11 (5,39%)	
ПТСР	2 (1,83%)	3 (3,66%)	3 (23,08%)	8 (3,92%)	
ПР	2 (1,83%)	4 (4,88%)	2 (15,38%)	8 (3,92%)	
Смешанные навязчивые мысли и действия	4 (3,67%)	1 (1,22%)	1 (7,69%)	6 (2,94%)	
Без невротических расстройств	45 (41,28%)	35 (42,68%)	4 (30,77%)	84 (41,18%)	

Тяжела форма течения коронавирусной инфекции чаще встречалась у пациентов с ПТСР (23,08%) и в одинаковом проценте случаев (15,38%) при неврастении и ПР, и не встречалась при смешанном тревожном и депрессивном расстройстве и ГТР (0,00%). У респондентов II группы чаще встречалась среднетяжелая форма коронавирусной инфекции (42,68%) и легкая форма (41,28%), как оказалось, но и процент всех случаев встречаемости тяжелого течения коронавирусной инфекции в данной выборке тоже приходится на данную группу (30,77%).

Таблица 3.

Показатели отношения шансов для формирования различных невротических расстройств в зависимости от степени тяжести коронавирусной инфекции

Диагноз		ОШ (95% ДИ)
Легкая форма		
Неврастения	$\chi2(1)=9,888$ p=0,002	3,53 [1,63; 7,6]
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	$\chi2(1)=0,332$ p=0,564	0,71 [0,304; 1,66]
Фобические тревожные расстройства[1]	$\chi2(1)=1,065$ p=0,302	0,55 [0,21; 1,40]
ГТР	p=0,353	0,48 [0,14; 1,69]
ПТСР	p=0,149	0,28 [0,05; 1,41]
ПР	p=0,149	0,28 [0,05; 1,41]
Смешанные навязчивые мысли и действия	p=0,687	1,77 [0,32; 9,89]
Без невротических расстройств (II группа)	$\chi2(1)=0,000$ p=1,000	1,01 [0,58; 1,77]
Среднетяжелая форма		
Неврастения	$\chi2(1)=8,764$ p=0,003	0,28 [0,12;0,64]
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	$\chi2(1)=1,599$ p=0,206	1,90 [0,81; 4,48]
Фобические тревожные расстройства	$\chi2(1)=1,396$ p=0,237	1,95 [0,77; 4,93]
ГТР	p=0,122	2,75 [0,78; 9,73]
ПТСР	p=1,000	0,89 [0,21; 3,82]
ПР	p=0,716	1,51 [0,37; 6,23]
Смешанные навязчивые мысли и действия	p=0,405	0,29 [0,03; 2,52]
Без невротических расстройств (II группа)	$\chi2(1)=0,046$ p=0,831	1,11 [0,63; 1,96]
Тяжелая форма		
Неврастения	p=1,000	0,69 [0,15; 3,22]
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	p=0,372	-
Фобические тревожные расстройства	p=1,000	0,75 [0,09; 6,13]
ГТР	p=1,000	-
ПТСР	p=0,009	11,16 [2,33; 53,45]
ПР	p=0,085	5,61 [1,01; 31,06]
Смешанные навязчивые мысли и действия	p=0,330	3,10 [0,34; 28,69]
Без невротических расстройств (II группа)	p=0,565	0,62 [0,18; 2,07]

Тяжела форма течения коронавирусной инфекции чаще встречалась у пациентов с ПТСР (23,08%) и в одинаковом проценте случаев (15,38%) при неврастении и ПР, и не встречалась при смешанном тревожном и депрессивном расстройстве и ГТР (0,00%). У респондентов II группы чаще встречалась среднетяжелая форма коронавирусной инфекции (42,68%) и легкая форма (41,28%), как оказалось, но и процент всех случаев встречаемости тяжелого течения коронавирусной инфекции в данной выборке тоже приходится на данную группу (30,77%).

В группе пациентов с легким течением коронавирусной инфекции только лишь для диагноза неврастения было выявлено значительное (в 3,5 раза) повышение вероятности развития данного расстройства ($\chi^2(1)=9,8884$; p=0,002; ОШ=3,53; 95% ДИ:[1,63; 7,66]). При остальных расстройствах статистически значимая разница отсутствует (p>0,05), что указывает на отсутствие в доказательстве увеличения или уменьшения риска в их развитии. Во II группе у респондентов без невротических расстройств ($\chi^2(1)=0,000$; p=1,000; ОШ=1,01; 95% ДИ:[0,58; 1,77]) в показателях отсутствует достоверно значимая разница.

Среднетяжелое течение коронавирусной инфекции также имело статистически достоверно значимую связь с неврастенией ($\chi^2(1)=8,764$; p=0,003; ОШ=0,28; 95% ДИ:[0,12; 0,64]) – которая может свидетельствовать о значительном снижении вероятности развития данного расстройства при утяжелении течения COVID-19, Показатели во II группе респондентов ($\chi^2(1)=0,046$; p=0,831; ОШ=1,11; 95% ДИ:[0,63; 1,96]), также свидетельствует об отсутствии связи со степенью тяжести перенесенной инфекции.

В группе пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции выявлена статистически достоверно значимая вероятность последующего развития ПТСР (p=0,021; ОШ=10,51; 95% ДИ:[1,78; 62,01]), что свидетельствует о повышенном риске развития ПТСР. Также наблюдается тенденция к повышенному риску развития ПР, однако этот анализ не достиг статистической значимости (p=0,085; ОШ=5,61; 95% ДИ:[1,01; 31,06]).

Таким образом, данный анализ между тяжестью перенесенного COVID-19 с последующими невротическим расстройствам выявил типологические особенности. У пациентов с легким течением коронавирусной инфекции достоверно значимо чаще диагностировалась неврастения, при среднетяжелом течении – фобические тревожные расстройства и ГТР, а тяжелая форма ассоциировалась с повышенным риском развития ПТСР и ПР. Полученные результаты следует учитывать не только при лечебных и реабилитационных мероприятиях в организации психиатрической помощи после перенесенного COVID-19, но и при потенциальной подготовке к возможным в будущем пандемиям.

Конституционально-биологические факторы, способствующие формированию невротических расстройств в период пандемии COVID-19. Личностные характеристики пациентов играют значительную роль в формировании клинического симптомокомплекса невротических расстройств. В обеих группах преобладали гармонично развитые личности – в I группе 35,0%, но во II группе почти в 2 раза больше 65,5%, пациенты с гармоничным типом личности значительно реже встречались в I группе (43,3% против 56,7%, $\chi^2(1N=204)=18,40$; p<0,001). Соответственно пациенты I группы составили лица без данной акцентуации (72,9%), (ОШ=3,52; 95% ДИ:[1,97; 6,30]), что подчеркивает существенное защитное влияние данного типа личности. Астеническая акцентуация выявила выраженную связь с развитием невротических расстройств в I группе (91,4%) – ($\chi^2(1N=204)=18,54$; p<0,001; V=0,40).

Таблица 4.

Распределение пациентов в зависимости от влияния конституционально-биологических факторов.

Факторы	Виды	I группа (n=120)	II группа (n=84)	Итого (n=204)	
Акцентуация характера	Гармоничный	42 (35,00%)	55 (65,48%)	97 (47,55%)	$\chi^2(6)=58,17$ p<0,001 V=0,534
	Астенический	32 (26,67%)	3 (3,57%)	35 (17,16%)	
	Истероидный	20 (16,67%)	3 (3,57%)	23 (11,27%)	
	Психастенический	18 (15,00%)	2 (2,38%)	20 (9,80%)	
	Циклоидный	4 (3,33%)	5 (5,95%)	9 (4,41%)	
	Неустойчивый	3 (2,50%)	2 (2,38%)	5 (2,45%)	
	Эпилептоидный (возбудимый)	1 (0,83%)	14 (16,67%)	15 (7,35%)	
Наследственная отягощенность психической патологией	Эндогенные заболевания	10 (8,33%)	2 (2,38%)	12 (5,88%)	$\chi^2(3)=16,09$ p=0,001 V=0,281
	Пограничные психические расстройства	23 (19,17%)	7 (8,33%)	30 (14,71%)	
	Алкогольная и др. зависимости	13 (10,83%)	2 (2,38%)	15 (7,35%)	
	Наследственность не отягощена	74 (61,67%)	73 (86,90%)	147 (72,06%)	
Сопутствующие соматическая заболевания	Ожирение	15 (12,50%)	4 (4,76%)	19 (9,31%)	$\chi^2(9)=32,82$ p<0,001 V=0,401
	Сердечно-сосудистые заболевания	32 (26,67%)	11 (13,10%)	43 (21,08%)	
	Эндокринные нарушения	14 (11,67%)	4 (4,76%)	18 (8,82%)	
	Заболевания желудочно-кишечного тракта	8 (6,67%)	17 (20,24%)	25 (12,25%)	
	Мочеполовая система	6 (5,00%)	14 (16,67%)	20 (9,80%)	
	Мигрень	13 (10,83%)	6 (7,14%)	19 (9,31%)	
	Легочные заболевания	5 (4,17%)	2 (2,38%)	7 (3,43%)	
	Заболевания опорно-двигательного аппарата	8 (6,67%)	7 (8,33%)	15 (7,35%)	
	Остеохондроз	6 (5,0%)	12 (14,29%)	18 (8,82%)	

	Онкологические заболевания	5 (4,17%)	5 (5,95%)	10 (4,90%)	
	Заболевания, требующие хирургического вмешательства	8 (6,67%)	2 (2,38%)	10 (4,90%)	

Подобные результаты наблюдалась при психастенической (90,0%, χ^2(1N=204)=8,90; p=0,003; V=0,21) и истерической акцентуациях (87,0%, χ^2(1N=204)=8,47; p=0,004; V=0,20). Согласно данным о подтверждении отношения шансов свидетельствуют, что риск формирования невротических расстройств увеличивается в 10 раз при астенической конституции (ОШ=0,10, 95 % ДИ:[0,03; 0,42]), в 7 раз при психастенической (ОШ=0,14, 95 % ДИ:[0,04; 0,53]) и в 5 раз при истерической акцентуации (ОШ=0,19, 95 % ДИ:[0,06; 0,60]). Возбудимая акцентуация продемонстрировала наиболее сильную защитную связь, так у 92,3% пациентов с данным типом личности в нашей выборке не формировались невротические расстройства (χ^2(1N=204)=0,80; p=0,470, V=0,40; ОШ=23,80; 95% ДИ:[4,32; 131,15]). Циклоидная (точный критерий Фишера p=1,00, ОШ=0,95; 95 % ДИ:[0,18; 4,94] и неустойчивая (точный критерий Фишера p=0,492; ОШ=1,84; 95 % ДИ:[0,51; 6,59]) акцентуации не показали достоверно значимых результатов между группами.

Полученные результаты исследования показывают, что преморбидный тип личности оказывает различное влияние на формирование невротических расстройств после перенесенной коронавирусной инфекции. Среди типов личностей наиболее весомыми оказались астенический, психастенический и истерический, что согласуется с их клинико-психологическими характеристиками, включающими повышенную тревожность и эмоциональную лабильность. Интересно, что у гармоничных личностей также развивались невротические расстройства, что говорит о влиянии социальных и психологических факторов на развитие тревожных состояний после перенесенного COVID-19.

Анализ данных о наследственной отягощенности психической патологией выявил статистически значимые различия между группами (χ^2(3)=16,09; p=0,001; V=0,281). В I группе наследственная отягощенность по пограничным психическим расстройствам встречалась достоверно чаще в 19,2% против 8,3% во II группе, что говорит о возможном влиянии данного фактора на формирование невротических расстройств у пациентов основной группы. Наследственная отягощенность зависимостями встречается в 10,8% против 2,4% соответственно. Достоверно чаще наследственная отягощенность отсутствовала у пациентов I группы 61,7%, против 86,9% пациентов II группы. Отягощенность алкогольной и другими зависимостями достоверно чаще присутствовала в I группе и составила 10,8% против 2,4% во II группе. Тенденция к более частой встречаемости эндогенных психических заболеваний в группе I не достигла уровня статистической значимости. Полученные данные могут свидетельствовать о роли наследственных факторов в формировании предрасположенности к невротическим расстройствам у пациентов I группы.

Проведенный анализ данных распределения пациентов в зависимости от сопутствующих соматических заболеваний продемонстрировал статистически значимые различия между группами (χ^2(9)=32,82; p<0,001; V=0,401). В I группе достоверно чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы 26,7% против 13,1% во II группе, что говорит о том, что они имели в 2 раза больше шансов на развитие невротических расстройств 19 (ОШ=2,41; 95% ДИ:[1,14; 5,12]; χ^2(1)=5,27; p=0,0217). Аналогичная тенденция про-

явилась у пациентов с ожирением 12,50% и 4,76% соответственно, риск был почти в 3 раза больше шансов (ОШ=2,86; 95% ДИ:[0,91; 8,94]; $\chi^2(1)=3,25$; p=0,0712), достоверность данных находится на границе статистической значимости. При сопутствующей эндокринной патологии 11,67% и 4,76% соответственно (ОШ=2,64; 95% ДИ:[0,84; 8,33]; $\chi^2(1)=2,75$; p=0,0974), так же выявлена тенденция к повышению развития невротических расстройств, но данные были статистически не значимы. У пациентов с заболеваниями ЖКТ 6,67% и 20,24% соответственно вероятность развития невротических расстройств была значительно ниже (ОШ=0,28; 95% ДИ:[0,12; 0,69]; $\chi^2(1)=7,73$; p=0,0054), так же как и при заболеваниях мочеполовой системы 5,0% и 16,67% соответственно (ОШ=0,26; 95% ДИ:[0,10; 0,72]; $\chi^2(1)=6,82$; p=0,009). Различия по другим видам патологий не достигли уровня статистической значимости.

Социальные факторы, участвующие в формировании невротических расстройств в период пандемии COVID-19. Не менее значимыми в формировании невротических расстройств после COVID-19 были социальные факторы, уровень образования, трудовая занятость и удовлетворенность работой, семейное положение, удовлетворенность бытовыми условиями.

Таблица 5.

Распределение респондентов в зависимости от социальных факторов, участвующих в формировании невротических расстройств

Критерий	I группа (n=120) n (%)	II группа (n=84) n (%)	Итого (n = 204)	
Уровень образования				
Среднеспециальное	51 (42,50%)	18 (21,43%)	69 (33,82%)	$\chi^2(2)=23,95$ p<0,001 V=0,443
Высшее	37 (30,83%)	55 (65,48%)	92 (45,10%)	
Среднее	32 (26,67%)	11 (13,10%)	43 (21,08%)	
Степень занятости				
Постоянная работа	78 (65,0%)	63 (75,0%)	141 (69,12%)	$\chi^2(3)=2,53$ p=0,470 V=0,111
Случ. заработки	5 (4,2%)	2 (2,4%)	7 (3,43%)	
Врем. безработные	34 (28,3%)	18 (21,4%)	52 (25,49%)	
Студенты	3 (2,5%)	1 (1,2%)	4 (1,96%)	
Удовлетворенность работой				
Удовлетворен	37 (30,8%)	52 (61,9%)	89 (43,63%)	$\chi^2(1)=18,15$ p<0,001 V=0,298
Не удовлетворен	83 (69,2%)	32 (38,1%)	115 (56,37%)	
Материальные затруднения				
С затруднениями	67 (55,83%)	28 (33,33%)	95 (46,57%)	$\chi^2(1)=9,17$ p=0,002

Без затруднений	53 (44,17%)	56 (66,67%)	109 (53,43%)	V=0,212
Семейное положение				
Женатые	50 (41,67%)	35 (41,67%)	85 (41,67%)	$\chi^2(4)=0,27$ p=0,992 V=0,036
Гражданский брак	17 (14,17%)	12 (14,29%)	29 (14,22%)	
Холостые	23 (19,17%)	16 (19,05%)	39 (19,12%)	
В разводе	22 (18,33%)	14 (16,67%)	36 (17,65%)	
Вдовый	8 (6,67%)	7 (8,33%)	15 (7,35%)	
Характер семейных отношений в семье				
Благополучные	32 (26,67%)	36 (42,86%)	68 (33,3%)	$\chi^2(3)=16,70$ p=0,001 V=0,286
Хорошие	47 (39,17%)	39 (46,43%)	86 (42,1%)	
Натянутые	38 (31,67%)	7 (8,33%)	45 (22,1%)	
Бракоразводный процесс	3 (2,50%)	2 (2,38%)	5 (2,1%)	
Удовлетворенность бытовыми условиями				
Удовлетворен	52 (43,3%)	72 (85,7%)	124 (60,78%)	$\chi^2(1)=35,48$ p<0,001 V=0,417
Не удовлетворен	68 (56,7%)	12 (14,3%)	80 (39,22%)	
Наличие вредных привычек				
Табакокурение	14 (11,7%)	11 (13,1%)	25 (12,3%)	$\chi^2(3)=1,110$ p=0,775 V=0,074
Употребление алкоголя	17 (14,2%)	8 (9,5%)	25 (12,3%)	
Табакокурение + употребление алкоголя	21 (17,5%)	14 (16,7%)	35 (17,2%)	
Не употребляют	68 (56,6%)	51 (60,7%)	119 (58,3%)	

Результаты анализа социальных факторов показывают, что они оказывают значительное влиянии в формировании невротических расстройств после перенесенной коронавирусной инфекции. Уровень образования оказался значимым защитным фактором: пациенты с высшим образованием проявляют значительно меньшую предрасположенность к невротическим расстройствам, что, вероятно, связано с более осознанным подходом к их состоянию и процессу лечения. Трудовая занятость не выявила, достоверно значимой разницы между группами, но неудовлетворенность трудовой деятельностью увеличивает риск формирования невротических расстройств, финансовые проблемы так же играют роль фактора риска в развитии невротического расстройства. Следует отметить, что семейный статус не

влияет на различия постковидных невротических расстройств. Однако качество семейных отношений играет ключевую роль: напряженные отношения в семье широко распространяются, проявляя риск невротической симптоматики, в то время как гармоничная семейная атмосфера оказывает защитное воздействие. Особым условием риска является неудовлетворенность бытовыми условиями. Наличие вредных привычек, согласно полученным данным, не показало значимой связи с развитием невротических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19.

Психологические факторы, способствующие формированию невротических расстройств в период пандемии COVID-19. Финансовая нестабильность обнаруживает сложную взаимосвязь с психическим здоровьем. Отсутствие финансовых проблем ассоциировано с почти четырехкратным увеличением риска невротических расстройств (ОШ=3,96; p=0,001), что может указывать на неоднородность психологических механизмов адаптации в различных социально-экономических группах населения.

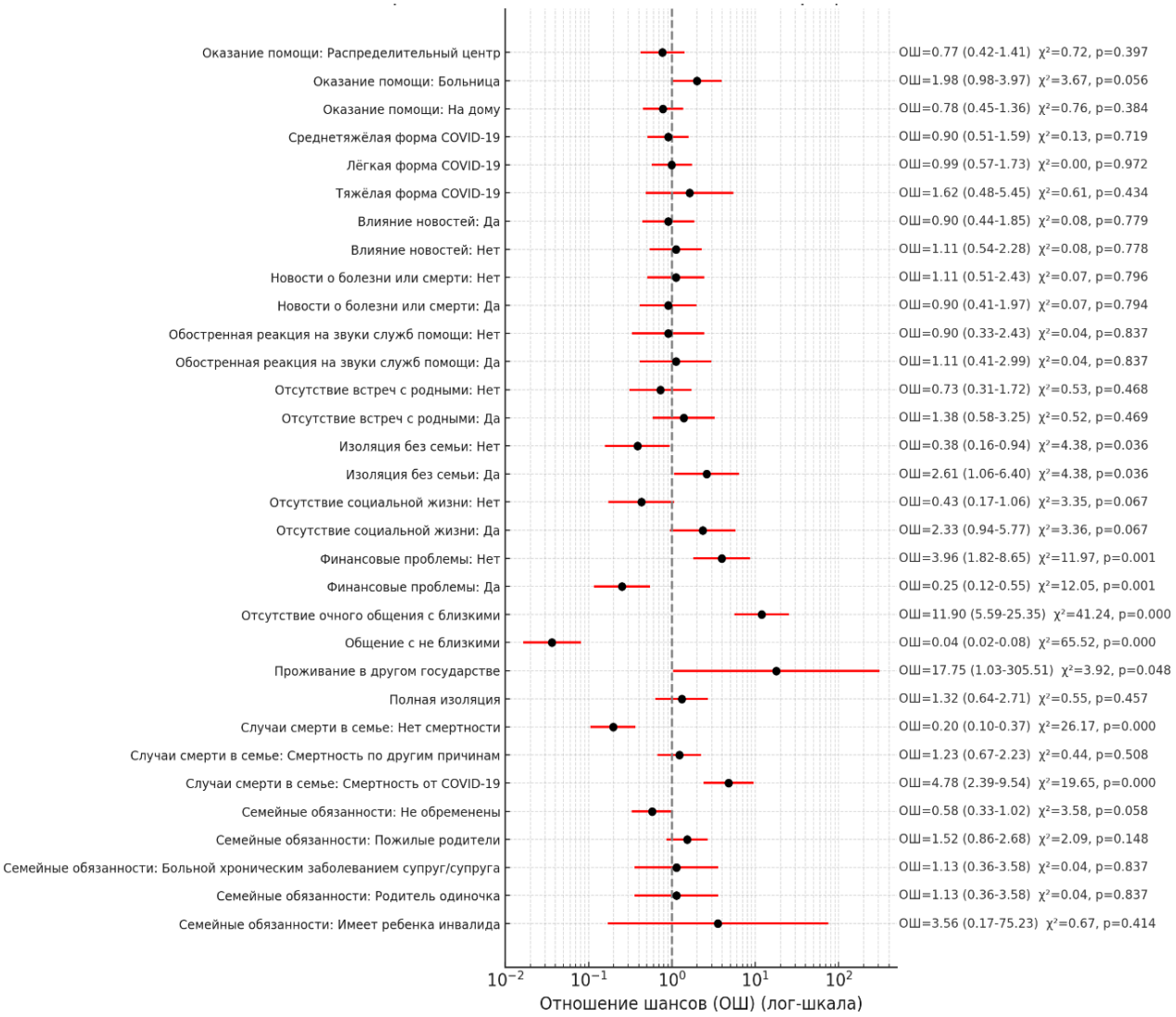


Рис. 1. Взаимосвязь между различными психосоциальными и связанными с COVID-19 стрессогенными факторами и риском развития невротических расстройств в период пандемии COVID-19

Заслуживает внимания выраженный защитный эффект общения даже с не близкими людьми (ОШ=0,04; p<0,001), что снижает шансы развития невротических расстройств на 96%. Данное наблюдение подчеркивает терапевтическую ценность даже ограниченных социальных взаимодействий в условиях пандемии и может служить основанием для разработки программ психологической поддержки с элементами групповой терапии.

Оказание медицинской помощи в больнице и тяжелая форма COVID-19 также ассоциированы с повышенным риском невротических нарушений (ОШ=1,98 и ОШ=1,62 соответственно), что согласуется с концепцией посттравматического стресса после тяжелых соматических заболеваний.

Полученные данные имеют важное клиническое и общественное значение, указывая на необходимость разнонаправленного подхода к профилактике и терапии невротических расстройств в условиях пандемии. Важно уделять особое внимание поддержанию социальных связей, даже на расстоянии, а также оказанию психологической помощи лицам, переживающим утрату близких или испытывающим последствия тяжелого течения коронавирусной инфекции.

Таким образом, влияние таких психологических факторов, как известие о тяжёлом заболевании или о смерти от близких или от соседей, возможность оказаться в изоляции без своей семьи и близких, финансовые проблемы из-за потери прежней работы или с другими причинами, связанными с карантином, Полная изоляция, отсутствие очного общения с близкими, проживание в другом государстве, общение с не близкими, смертность от COVID-19 или других причинам во время пандемии среди близких, а так же наличие ответственности за членов семьи были значимыми для формирования невротических расстройств после перенесенного COVID-19.

Анализ факторов, способствующих развитию невротических расстройств после COVID-19. Тип личности тесно связан с его реакцией на стресс и адаптацией во время пандемии, у респондентов с астеническим типом личности (26,67% в I группе против 3,57% во II группе) наблюдалась повышенная уязвимость к формированию невротических расстройств, которая может усиливаться при наличии дополнительных факторов риска, таких как отсутствие общения с близкими или потеря родственника в следствии COVID-19. Также нами отмечена взаимосвязь между уровнем образования и удовлетворенностью работой. Так у респондентов с высшим образованием (30,83% и 65,48% соответственно) проявляют меньшую вероятность развития невротических расстройств, что может быть связано с их более эффективными методами борьбы со стрессом. Тем не менее, даже высокий уровень образования не гарантирует защиту от негативных последствий неудовлетворенности работой (69,17% и 38,10% соответственно).

Существует также связь между социальными и психологическими факторами. Напряженные семейные отношения (31,67% в I группе по сравнению с 8,33% во II группе) могут усугубиться в условиях полной изоляции (19,17% и 8,33%) и невозможности вести обычную социальную жизнь (17,50% и 8,33%), что формирует сложную стрессовую ситуацию, повышающую риск развития невротических расстройств. Соматическая патология также имеет связь с другими факторами риска. У пациентов, страдающих ССЗ, формирование невротических расстройств после коронавирусной инфекции увеличивается в 2,4 раза, а у людей с ожирением этот риск почти в 3 раза выше. Эти соматические факторы могут усиливать воздействие психологических факторов, таких как страх смерти или тяжести заболевания.

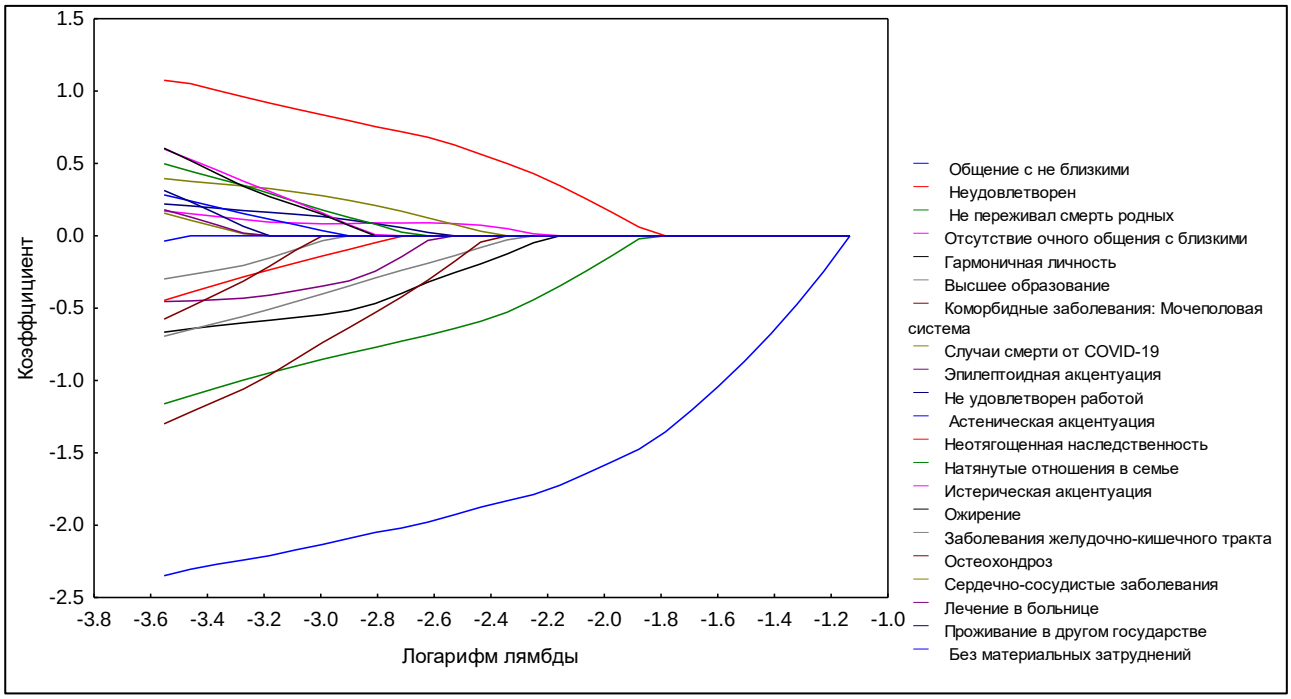


Рис. 2. Изменение значимости клинико-социальных предикторов развития невротических расстройств в зависимости от параметра регуляризации (LASSO-регрессия).

Итоговая модель логистической регрессии выявила несколько статистически значимых предикторов, влияющих на развитие невротических расстройств. Основными факторами риска стали характеристики личностного профиля, условия проживания, семейный отношения и наследственная предрасположенность.

Таблица 6.

Статистически значимые предикторы в итоговой модели логистической регрессии

Переменная	Категория	ОШ	95% ДИ	p
Условия проживания	Неудов.	12,21	[2,81; 53,03]	<0,001
Случаи смертей среди родственников	Нет смертности	0,18	[0,06; 0,56]	<0,001
	Смертность от COVID-19	2,72	[0,84; 8,84]	<0,001
Личностная акцентуация	Гармоничная	3,03	[0,40; 30,11]	0,005
	Астеническая	59,55	[4,25; 834,48]	0,013
	Истерическая	90,15	[5,93; 1369,54]	0,005
Семейные отношения	Натянутые	26,10	[1,05; 649,36]	0,003
Наследственность	Не отягощена	0,04	[0,005; 0,45]	0,001

Данные анализа показывают, что неблагоприятные условия проживания значительно повышают риск развития невротических расстройств (ОШ=12,21; 95% ДИ:[2,81-53,03]; p<0,001). Это согласуется с концепцией средовой детерминации психического здоровья и особенно актуально в условиях противоэпидемических ограничений, когда люди остаются дома в течение длительного времени. Как ни странно, но даже у людей с гармоничной личностной структурой риск развития невротических расстройств увеличивается в три раза (ОШ=3,03; 95% ДИ:[0,30; 30,11]; p=0,005), но наиболее выраженное негативное влияние наблюдается у лиц с истерической (ОШ=90,15; 95% ДИ:[5,93-1369,54]; p=0,005) и астенической (ОШ=59,55; 95% ДИ:[4,25; 834,48]; p=0,013) акцентуациями, что говорит о сниженной стрессоустойчивости и неэффективности копинг-стратегий у людей с такими личностными чертами.

Качество семейных отношений также оказалось важным предиктором развития невротических расстройств. Напряженные отношения в семье приводят к риску возникновения невротических расстройств более чем в 26 раз (ОШ=26,10; 95% ДИ:[1,05; 649,36]; p=0,003), что особенно важно в условиях вынужденной самоизоляции, когда количество проведенного совместно времени в ограниченном пространстве значительно увеличивается.

Отсутствие наследственной отягощенности пограничной психической патологией является существенным протективным фактором (ОШ=0,04; 95% ДИ:[0,005; 0,35]; p=0,001), что свидетельствует о первичности биологической предрасположенности в этиопатогенезе невротических расстройств.

Рассмотренная итоговая модель логистической регрессии имеет важное значение для разработки дифференцированных подходов к профилактике и терапии невротических расстройств у различных категорий населения в условиях пандемии. Особое внимание следует уделять лицам с истерическими и астеническими личностными чертами, неблагоприятными жилищными условиями, напряженными семейными отношениями и наследственной предрасположенностью к невротическим расстройствам.

Результаты непараметрического критерия Фридмана для каждой из этих шкал показали значимые изменения (p<0,0001), а парный анализ в сравнении с исходным обследованием через 3, 6 и 12 месяцев (с по мощью критерия Уилкоксона) подтвердили статистически значимое уменьшение выраженности симптомов. Так, заметное улучшение наблюдалось уже через 3 месяца (p<0,001) и между 3 и 6 месяцами (p<0,01). Изменения с 6 по 12 месяцы были менее выраженными, но для рядов показателей они равно оставались значимыми (p<0,05), что свидетельствует о стабильной тенденции к уменьшению симптомов во время всего периода наблюдения.

Таблица 7.

Сравнительная клинико-динамическая оценка невротических расстройств по баллам психометрических шкал (PHQ-9, GAD-7, HADS, Спилбергера-Ханина)

Шкала	Этап Обследо-вания	Среднее ± SD	Медиана (IQR)	Тест Фридмана	(95 % ДИ, p)
PHQ-9	Исходное об-следование	9,77 ± 3,63	10,0 (7,0–12,0)	F = 660,29 (3, 357), p < 0,00001	

		3 месяца	6,28 ± 3,68	6,0 (2,0–9,5)	–	–3,49 (–4,02, –2,97), p < 0,0001
		6 месяцев	3,54 ± 2,47	2,0 (2,0–5,0)	–	–6,23 (–6,89, –5,56), p < 0,0001
		12 месяцев	2,36 ± 1,78	2,0 (1,0–2,0)	–	–7,41 (–8,10, –6,72), p < 0,0001
GAD-7		Исходное обследование	11,73 ± 3,54	12,0 (10,0–15,0)	F = 821,30 (3, 357), p < 0,00001	
		3 месяца	8,08 ± 4,24	9,0 (4,0–11,0)	–	–3,65 (–4,32, –2,98), p < 0,0001
		6 месяцев	4,23 ± 3,09	2,0 (2,0–6,0)	–	–7,50 (–8,26, –6,74), p < 0,0001
		12 месяцев	2,69 ± 2,31	2,0 (2,0–2,0)	–	–9,03 (–9,77, –8,30), p < 0,0001
HADS	Т	Исходное обследование	12,75 ± 3,07	13,0 (11,0–15,0)	F = 242,32 (3, 357), p < 0,00001	
		3 месяца	10,43 ± 3,74	11,0 (6,0–13,0)	–	–2,43 (–3,05, –1,80), p < 0,0001
		6 месяцев	8,03 ± 3,64	6,0 (5,0–11,0)	–	–4,73 (–5,49, –3,96), p < 0,0001
		12 месяцев	5,92 ± 2,26	5,0 (5,0–6,0)	–	–6,83 (–7,50, –6,17), p < 0,0001
	Д	Исходное обследование	10,56 ± 3,91	10,0 (8,0–15,0)	F = 101,62 (3, 357), p < 0,00001	
		3 месяца	9,13 ± 2,96	10,0 (7,5–11,0)	–	–1,43 (–1,89, –0.98),

						p < 0,0001
		6 месяцев	7,10 ± 3,04	6,0 (5,0–10,0)	–	–3,46 (–4,17, –2,75), p < 0,0001
		12 месяцев	5,48 ± 2,10	5,0 (4,0–5,5)	–	–5,08 (–5,84, –4,31), p < 0,0001
Шкала Спилбергера-Ханина	СТ	Исходное обследование	46,27 ± 8,42	49,0 (39,0–52,0)	F = 214,57 (3, 357), p < 0,00001	
		3 месяца	40,61 ± 11,66	46,0 (29,0–50,0)	–	–5,66 (–7,55, –3,77), p < 0,0001
		6 месяцев	32,53 ± 9,88	28,0 (25,0–42,5)	–	–13,74 (–15,89, –11,60), p < 0,0001
		12 месяцев	26,88 ± 6,29	25,0 (23,0–28,0)	–	–19,38 (–21,27, –17,50), p < 0,0001
	ЛТ	Исходное обследование	46,74 ± 5,85	48,5 (46,0–50,0)	F = 229,03 (3, 357), p < 0,00001	
		3 месяца	36,91 ± 10.43	35,0 (26,5–48,0)	–	–9,83 (–11,75, –7,92), p < 0,0001
		6 месяцев	32,22 ± 9,85	28,0 (25,0–38,0)	–	–14,53 (–16,48, –12,57), p < 0,0001
		12 месяцев	27,55 ± 7,02	25,0 (24,0–28,5)	–	–19,19 (–20,83, –17,55), p < 0,0001

Данные психометрических шкал подтверждают клинические наблюдения в течение 12 месяцев, что после COVID-19 отмечается устойчивая тенденция к снижению симптомов депрессии и тревоги.

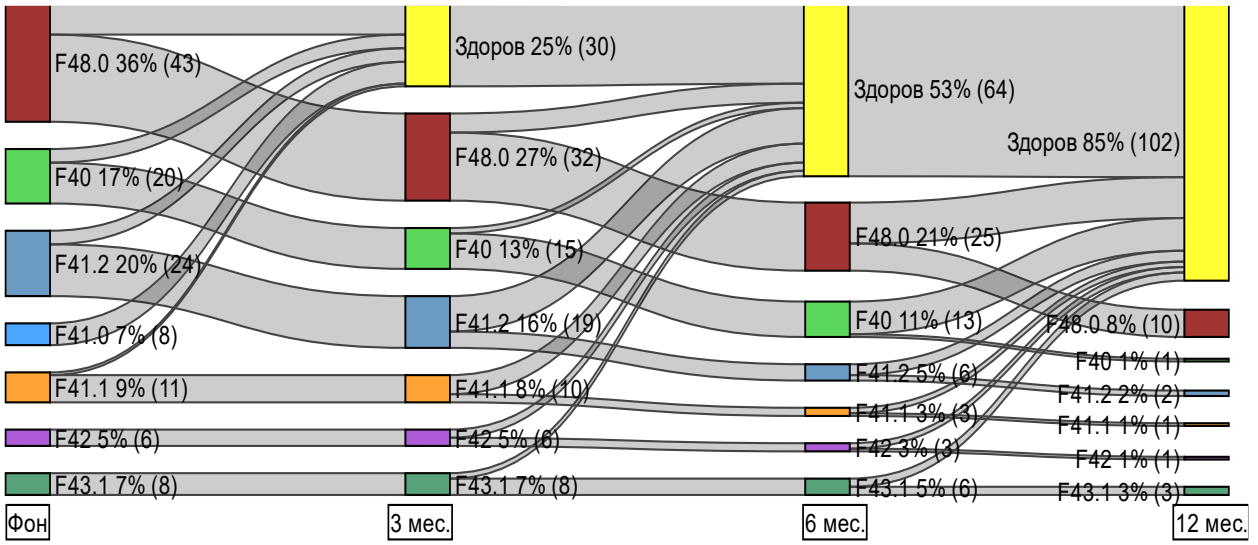


Рис. 3. Распространённости различных невротических расстройств у респондентов I группы в течении годового наблюдения

Уже через 3 месяца у большинства пациентов (около 70%) отмечалось частичное снижение выраженности симптомов. Однако у 30% сохранялись клинически значимые проявления тревоги и депрессии. Сравнительный анализ изменений в динамике различных видов невротических расстройств показал, что пациенты с паническим расстройством наиболее склонно к быстрому выздоровлению (с полной редукцией симптомов к 3 месяцу наблюдения). При сравнении динамики распространенности смешанного тревожного и депрессивного расстройства и ГТР на протяжении года отчетливо прослеживается тенденция к снижению.

Через 6 месяцев Дальнейшее уменьшение симптоматики у 65% пациентов. У 15% сохранялись панические атаки и выраженная тревожность. У части пациентов (7%) симптомы приобрели черты хронического течения. Распространенность ГТР уменьшилась с 9,17% до 0,83% соответственно. Наиболее значительное снижение смешанного тревожного и депрессивного расстройства и ГТР наблюдалось между 3-м и 6-м месяцами наблюдения.

Через 12 месяцев у 80% пациентов наблюдалась компенсация состояния.

У 10% выявлены признаки хронизации с устойчивыми тревожно-депрессивными нарушениями. Ещё у 10% отмечались колебания состояния с рецидивами на фоне стрессовых событий. Доля лиц с смешанным тревожным и депрессивным расстройством снизилась с 20,00% при исходном обследовании до 1,67% через 12 месяцев. Фобические тревожные расстройства проявлялись умеренным снижением в течение первых шести месяцев (с 16,67% до 10,83%), а затем отмечено резкое снижение в период с 6-го по 12 месяцы (с 10,83% до 0,83%). ПТСР оказалось наиболее устойчивым к терапии у отдельных лиц, и составило 3 (2,50%) пациента даже спустя 12 месяцев. Таким образом, динамика указывала на постепенное улучшение в период от начала наблюдения до 3 месяцев выздоровели 25,0% пациентов, с 3 до 6 месяца этот показатель увеличился до 53,3%, а к 12-му месяцу достиг 85,0%, но с сохранением хронического течения у части пациентов. Все это подтверждает, что наблюдаемые изменения в клинической картине и уровне тревожно-депрессивных симптомов после перенесенного COVID-19 не являются случайными и отражают реальную динамику психического состояния исследуемой группы.

Заключение. Проведённое исследование продемонстрировало, что невротические расстройства являются одним из наиболее частых психических последствий пандемии COVID-19. Они формировались у значительной части пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, и проявлялись тревожно-депрессивной симптоматикой, паническими атаками, обсессивно-компульсивными проявлениями и ипохондрическими нарушениями. Динамическое наблюдение подтвердило, что хотя у большинства пациентов отмечалось постепенное снижение выраженности симптомов в течение года, у 10–15% формировались хронические формы. Наибольший вклад в развитие затяжного течения вносили тяжесть перенесённого COVID-19, женский пол, высокий уровень личностной тревожности и недостаток социальной поддержки.

Таким образом, результаты исследования показывают, что крайне важно вовремя выявлять пациентов с высоким риском развития хронических невротических расстройств и оказывать им адресную психиатрическую и психологическую поддержку. Такой подход помогает не только снизить тяжесть последствий пандемии COVID-19, но и становится важным элементом долгосрочной подготовки системы здравоохранения к новым эпидемиологическим вызовам. Это особенно значимо с учётом того, что будущие пандемии могут вновь сопровождаться ростом тревожных и депрессивных состояний, требующих комплексного и своевременного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Altynbekov SA. Clinical dynamics of anxiety disorders in pandemic conditions. Cent Asian Med J. 2020;12(4):45-53.

2. Bloomfield MA. COVID-19 and mental health: Challenges and responses. Br J Psychiatry. 2020;217(4):598-600.

3. Bower M, Smout S, Donohoe-Bales A, O'Dean S, Teesson L, Boyle J, Lim D, Nguyen A, Calear AL, Batterham PJ, Gournay K and Teesson M (2023) A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. Front. Psychiatry. 14:1107560. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1107560.

4. Hammerton G, Lewis G, Heron J, Fernandes G, Hickman M, Lewis G. The association of alcohol dependence and consumption during adolescence with depression in young adulthood, in England: a prospective cohort study. Lancet Psychiatry 2023; 10: 490–98: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00198-0.

5. Harrison PJ, et al. Neurological and psychiatric manifestations of COVID-19. Lancet Psychiatry. 2020;7(10):875-82.

6. Mafham MM. Long-term psychiatric outcomes after COVID-19. Oxf Popul Health Rev. 2022;11(2):134-42.

7. Morozov VP. Neurotic disorders during COVID-19 pandemic. J Psychiatry. 2020;56(3):210-9.

8. Sivolap YP. Mental health consequences of COVID-19. Psychiatry Clin Neurosci. 2021;75(5):231-9.

9. Stepanova, E., Thompson, A., Yu, G. et al. Changes in mental health services in response to the COVID-19 pandemic in high-income countries: a rapid review. BMC Psychiatry 24, 103 (2024). https://doi.org/10.1186/s12888-024-05497-6

10. Taquet M, et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in COVID-19 survivors. Lancet Psychiatry. 2021;8(5):416-27.

11. Vasilyeva AV. Social determinants of mental health during the COVID-19 pandemic. Russ J Psychiatry. 2020;24(2):78-84.

12. Wang C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health. 2021;17(5):1729.

KEKSA YOSHDAGI BEMORLARDA DEPRESSIV-IPOXONDRIK BUZILISHLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI

Shadmanova L.Sh.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Keksa yoshdagi bemorlarda depressiv-ipoxondriyal buzilishlar keng uchraydi va murakkab klinik-psixopatologik tuzilma bilan xarakterlanadi. Muammoning dolzarbligi 60 yoshdan katta odamlarda affektiv patologiyaning yuqori uchrash darajasi, klinik ko‘rinishlarning geterogenligi hamda miya organik o‘zgarishlari fonida tashxis qo‘yish murakkabligi bilan belgilanadi.Tadqiqotning maqsadi — keksa yoshdagi bemorlarda depressiv-ipoxondriyal buzilishlarning klinik va psixopatologik xususiyatlarini kompleks o‘rganish. Tadqiqotga aqliy faoliyati buzilgan 40 nafar bemor (60+ yosh) kiritildi (MKX-10: F06, F30–39, F43). Ular klinik-psixopatologik usul orqali MADRS, HADS, MMSE va CGI shkalalari yordamida baholandi. Aksariyat bemorlarda yaqqol depressiv belgilar, xavotir, somatik shikoyatlar va ipoxondriyal fiksatsiyalar kuzatildi. Endogen depressiya holatlarida simptomlar og‘irligi, somatovegetativ ko‘rinishlar, depersonalizatsiya hamda barqaror ipoxondriyal g‘oyalar bilan namoyon bo‘ldi. Depressiv-ipoxondriyal sindrom ko‘pincha miya organik o‘zgarishlariga ega bemorlarda uchrashi va adaptatsiyani qiyinlashtirishi, shuningdek terapevtik javobga ta’sir ko‘rsatishi aniqlangan. Xulosa: keksa yoshdagi bemorlarda depressiv-ipoxondriyal buzilishlar yaqqol xavotir-somatik komponentning ustunligi hamda terapiyaga nisbatan rezistentlikka moyilligi bilan kechadi, bu esa diagnostika va davolashda kompleks yondashuvni talab etadi.*

Kalit so‘zlar: *depressiya, ipoxondriya, keksa yosh, affektiv buzilishlar, xavotir, moslashuv, organik o‘zgarishlar.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНО-ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Шадманова Л.Ш.
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Депрессивно-ипохондрические расстройства в пожилом возрасте встречаются часто и характеризуются сложной клинико-психопатологической структурой. Актуальность проблемы обусловлена высокой распространённостью аффективной патологии у лиц старше 60 лет, гетерогенностью проявлений и трудностями диагностики на фоне органических изменений головного мозга.Цель исследования — комплексно изучить клинические и психопатологические особенности депрессивно-ипохондрических нарушений у пациентов пожилого возраста. В исследование включены 40 пациентов (60+ лет) с аффективными расстройствами (МКБ-10: F06, F30–39, F43), обследованных клинико-психопатологическим методом с применением шкал MADRS, HADS, MMSE, CGI. Установлено, что у большинства пациентов наблюдались выраженные депрессивные проявления, тревога, соматизированные жалобы и ипохондрические фиксации. Эндогенная депрессия характеризовалась большей тяжестью, соматовегетативными симптомами, деперсонализацией и устойчивыми ипохондрическими идеями. Выявлено, что депрессивно-ипохондрический синдром чаще формируется у пациентов с органическими изменениями мозга и затрудняет адаптацию, оказывая влияние на терапевтический отклик. Заключение: депрессивно-ипохондрические расстройства в пожилом возрасте протекают с выраженной*

тревожно-соматической компонентой и склонностью к терапевтической резистентности, что требует комплексного подхода к диагностике и лечению.

Ключевые слова: *депрессия, ипохондрия, пожилой возраст, аффективные расстройства, тревога, адаптация, органические изменения.*

CLINICAL FEATURES OF DEPRESSIVE-HYPOCHONDRIAC DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS

Shadmanova L.Sh.
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Depressive–hypochondriacal presentations are relatively common in late life and are characterized by a complex clinical and psychopathological profile. The relevance of this issue is determined by the high prevalence of affective disorders among individuals aged 60 years and older, the heterogeneity of symptom manifestations, and diagnostic challenges that arise in the presence of comorbid organic brain pathology.*

The aim of this study was to comprehensively examine the clinical and psychopathological characteristics of depressive–hypochondriacal presentations in elderly patients.

A total of 40 patients aged 60 years and older with affective disorders (ICD-10: F06, F30–39, F43) were examined using a clinical-psychopathological approach supplemented with the MADRS, HADS, MMSE, and CGI scales. Most patients demonstrated pronounced depressive symptoms, anxiety, somatic preoccupation, and hypochondriacal ideation. Endogenous depression was associated with greater symptom severity, marked somatic–vegetative features, depersonalization phenomena, and persistent hypochondriacal beliefs. The findings suggest that depressive–hypochondriacal syndrome more frequently develops in patients with underlying organic brain changes, complicating psychosocial adaptation and reducing treatment responsiveness. Conclusion: In older adults, depressive–hypochondriacal presentations display a pronounced anxiety-somatic component and a tendency toward reduced treatment response, warranting a multimodal diagnostic and therapeutic strategy.

Keywords: *late-life depression; hypochondriasis; elderly patients; affective disorders; anxiety; psychosocial adaptation; organic brain changes.*

Dolzarbligi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, 60 va undan katta yoshdagi odamlarning taxminan 15 foizi ruhiy kasalliklarga ega (JSST, Ruhiy salomatlik va keksa odamlar, ma'lumotlar byulleteni, 2016 yil aprel). Katta yosh guruhlarda eng keng tarqalga ruhiy buzilishlar affektiv va organik ruhiy kasalliklardir. JSST hisob-kitoblariga ko'ra, 60 yoshdan oshgan odamlarda affektiv kasalliklarning tarqalishi o'rtacha 10-30% ni tashkil qiladi [JSST, 2012].

Depressiya muammolari bo'yicha ilmiy adabiyotlarni tahlil qilish psixiatriya sohasidagi markaziy yo'nalishlardan biridir. Bu, birinchi navbatda, involyutsion yoshda ularning yuqori tarqalishi bilan belgilanadi, ruhiy patologiyaning boshqa shakllari orasida depressiya chastotasi yosh ulg'ayishi davomida doimiy ravishda oshib boradi. [1, 7, 10, 16, 19, 21].

Qarish jarayonida deyarli barcha neyrotransmitter tizimlarida yoshga bog'liq o'zgarishlar kuzatiladi, ular depressiya patogenezida ishtirok etadilar, ammo qarish jarayonida bu o'zgarishlarning paydo bo'lish vaqti va ularning rivojlanish tezligi bir xil emas, bu qari yoshning turli davrlarida depressiya turli patogenez xususiyatlari sababli bo'lishi mumkin. [2,3,5,8,11,18,20].

Shunday qilib, moslashish buzilishidan kelib chiqadigan nevrotik depressiyaning ko'plab muhim jihatlari bugungi kunga qadar

hal qilinmagan. Tipologik farqlash masalalari maxsus o'rganishni talab qiladi; psixopatologik ko'rinishlar, bemorlarning shaxsiy xususiyatlari, psixotravmatik omillarning xususiyatlari o'rtasidagi munosabatni aniqlashtirish; moslashuv buzilishlaridan kelib chiqqan nevrotik depressiyaning klinik va psixopatologik farqlanishiga muvofiq davolash va reabilitatsiya dasturlarini optimallashtirish kabilar shular jumlasidandir. [4,6,9,12,13,14,15,17].

Tadqiqot maqsadi: keksa yoshdagi bemorlarda ipoxondrial buzilishlarning klinik va psixopatologik tuzilishini kompleks o'rganish

Materiallar va metodlar

Tadqiqot Toshkent shahridagi Respublika ruhiy kasalliklar shifoxonasi bazasida 2024-yilda o‘tkazildi.

Tadqiqotga qo'shilish mezonlari sifatida quyidagilar belgilandi:

- 60 va undan katta yosh;
- organik miya kasalliklari mavjudligida affektiv buzilishlarni tashxislash (F06; F30-39; F43).

Tadqiqot o'z ichiga olmaydi;

- o'rtacha va og'ir demensiya bilan og'rigan bemorlar (MMSE shkalasi bo'yicha 20 balldan kam);
- shizofreniya, giyohvandlik kasalliklaridagi depressiya;
- og'ir komorbid somatik patologiya.

Tanlov mezonlariga muvofiq tadqiqotga 40 nafar bemor (20 nafar ayol, 20 nafar erkak) jalb qilingan bo‘lib, o‘rtacha yoshi 65,3±5,3 yosh, kasallikning o‘rtacha boshlanish yoshi 36,1±23,8 yoshni tashkil etdi.

MKB-10 mezonlariga ko'ra, bemorlarning affektiv patologiyasi quyidagi toifalarga to'g'ri keldi: F32.1-3 - hozirgi depressiv epizod yengil, o'rtacha va og'ir - 4 bemorda (9,5%); F33.1-3 - hozirgi ruhiy depressiv epizod yengil, o'rtacha va rekurrent affektiv buzilishning bir qismi sifatida og'ir - 19 bemorda (42,9%); F31.3-4 - bipolyar affektiv buzilishning bir qismi sifatida yengil, o'rtacha va og'ir darajadagi hozirgi depressiv epizod - 5 bemorda (11,4%); F34.1 - distimiya - 1 bemorda (1,0%); F06.3 - organik depressiv buzilish (organik affektiv buzilish) - 13 bemorda (30,5%); F43.20-23 - stress bilan bog'liq kasalliklar (moslashish buzilishi) - 2 bemorda (4,8%).

Bemorlarning ruhiy holatini baholash uchun klinik-psixopatologik usul va standartlashtirilgan psixometrik shkalalar qo'llanilgan: Montgomery-Asberg depressiya og'irligini baholash shkalasi (MADRS), kasalxona xavotir va depressiya shkalasi (HADS), qisqacha ruhiy holatni tekshirish shkalasi (MMSE), Global Klinik taassurot shkalasi (CGI). Sindromik baholash uchun Tiganov A.S. tomonidan tahrirlangan psixiatriya bo'yicha qo'llanmada keltirilgan depressiyalarning tasnifi qo'llanilgan. (1999).

Bemorlarga standart diagnostika tadqiqotlari, elektroansefalogrammalar, miyaning kompyuter yoki magnit-rezonans tomografiyasi; terapevt, nevrologning tekshiruvi, kerak bo'lganda, boshqa mutaxassislarning maslahatlari, neyropsixologik tekshiruv o’tkazildi.

Organik miya kasalliklari bo'lgan keksa bemorlarda affektiv buzilishlarning psixofarmakoterapiyasi keksa bemorlarda dori terapiyasi bo'yicha tavsiyalarga muvofiq amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Psixofarmakoterapiya boshlanishidan oldin depressiv buzilishlarning og'irligi (MADRS shkalasi bo'yicha umumiy ball bo'yicha) tahlil qilindi, MADRS shkalasi bo'yicha o'rtacha umumiy ball 29,7±8,4 (14-56) ni tashkil etdi. Quyidagi taqsimot aniqlandi: 13 bemorda (32,4%) yengil depressiya kuzatildi; o'rtacha depressiya - 10 bemorda (23,8%); og'ir - 17 bemorda (43,8%).

Psixogen depressiya bilan og'rigan bemorlarda Gamilton depressiya shkalasi bo'yicha umumiy ball 20,1 ballni, endogen depressiya bilan - 30,2 ballni tashkil etdi.

Xavotir eng ko'p hollarda psixogen depressiyaning turli xil variantlarga ega bo'lgan bemorlarda kuzatilgan va eng kichik sabablarga ko'ra taranglik, tashvish, asabiylashish hissi bilan namoyon bo'lgan (2,7 ball).

Tadqiqotda xavotirning somatik ko'rinishlari endogen depressiya bilan og'rigan bemorlarda aniqlandi - 2,6 ball, 30% hollarda yurak urishi epizodlari, ko'krakning chap yarmida og'riqlar aniqlangan. Psixogen depres-

siya bilan og'rigan bemorlarda somatik xavotir darajasi Hamilton depressiya shkalasi bo'yicha 0,9 ballni tashkil etdi.

Tadqiqotda oshqozon-ichak kasalliklari ko'proq endogen depressiya (1,5 ball), kamroq - psixogen depressiya (1,0) bo'lgan bemorlarda kuzatilgan.

Ipoxondrial moyillik, somatik alomatlarga fiksatsiya endogen depressiya tarkibida dominant melanxolik komponent bilan aniqlandi, bu somatopsixik sohaning labilligini aks ettirishi mumkin, bu uzoq davom etgan depressiv reaktsiyalar bilan moslashish buzilishining shakllanishining bashoratchisi bo'lishi mumkin.

Tadqiqotda vazn yo'qotishi anamnezga ko'ra baholandi (Gamilton depressiya shkalasining 16.A bandi). Aniqlanishicha, endogen depressiya bilan og'rigan bemorlarda aniq vazn yo'qotish bemorlarning 16 foizida aniqlangan, 62 foizi vazn yo'qotish ehtimolini qayd etgan (1,86 ball). Psixogen depressiya bilan og'rigan bemorlarning 14 foizi aniq vazn yo'qotishini va 77 foizi vazn yo'qotganligini aytdi (2,3 ball).

Bemorlarning 100 foizida kayfiyatning o'zgarib turishi: ertalab yomonlashishi va kechqurun yaxshilanish tendentsiyasikuzatildi. Depersonalizatsiya o'zining o'zgarganlik hissi, energiyani yo'qotish hissi bilan ifodalangan. Bu o'zgarishlar endogen depressiya bilan og'rigan bemorlarda (2,05 ball) eng aniq namoyon bo'ldi. Gamilton depressiya shkalasi natijasida zarar, munosabat, o'zini ayblash, ta'qib qilish, ipoxondrial buzilishlar g'oyalari asosan endogen depressiya bilan og'rigan bemorlarda (81,6%) aniqlangan.

Xulosalar. Shunday qilib, serebral aterosklerozining dastlabki belgilari va anamnezida gipertoniya kasalligi bo'lgan bemorlarda xarakterli klinik ko'rinishga ega bo'lgan xavotirli-ipoxondrial sindromi aniqlandi.

Keyinchalik gipotimiya, o'z-o'zini kamsitish g'oyalari, fikrlash sekinlashuvi, past qiymatlilik va layoqatsizlik, harakat faolligining pasayishi ko'rinishida yaqqol depressiv belgilar qo'shildi.

Og'ir xavotirli-ipoxondrial depressiya sezilarli terapevtik turg'unlikka ega bo'ldi, turli bemorlarda xavotirli-depressiv belgilarning o'zgaruvchanligiga va "klassik" depressiv xususiyatlarning kuchayish tendentsiyasiga va vaqt o'tishi bilan xavotirni pasayishi tendensiyasiga ega.

ADABIYOTLAR

1. Бекенева, Л.В. Клинико-социальные особенности пациентов с длительным течением параноидной шизофрении (реабилитационный, этологический аспекты): автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.06 / Бекенева Любовь Викторовна. - Томск, 20 13. - 25с.

2. Бурминский, Д.С. Положительная динамика резидуальных психотических нарушений у больных приступообразной шизофренией, связанная с заменой терапии типичными нейролептиками на лечение рисперидоном / Д.С. Бур-минский, М.А. Морозова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2017. - Т.117, № 4. - С.123-127.

3. Гурович, И.Я. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки / И.Я. Гурович, О.О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015. - Т.25, № 2. -С. 9-18.

4. Катков, А.Л. Социальная психотерапия в эпоху глобальных вызовов / А.Л. Катков // Психотерапия. - 2015. - Т. 148, № 4. - С. 14-25.

5. Костюк, Г.П. Анализ сплошной когорты пациентов с впервые в жизни верифицированным диагнозом «шизофрения» / Г.П. Костюк, Л.А. Бурыгина, А.В. Масякин С.А. Голубев // Психическое здоровье. - 2017. - № 9. - С. 18-28.

6. Коцюбинский, А.П. Функциональный диагноз в психиатрии. / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Г.В. Бурковский и др. - СПб.: СпецЛит., 2013. - 231с.

7. Коцюбинский, А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы Часть 1. Уязвимость-ди-

атез-стресс / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, В.О. Клайман О.Д. Шмонина // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 2016. - № 2. - С. 3-7.

8. Лебедева, Г.В. Арт-терапия как одно из эффективных средств социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья / Г.В. Лебедева // Социальное обслуживание. - 2015. - № 10. - С. 44-51.

9. Махмутова, А.Д. Социальное функционирование: междисциплинарный взгляд на проблему / А.Д. Махмутова // Гуманитарные и социальные науки. -2014. - № 2. - С. 394-397.

10. Пашковский, В.Э. Показатели социального функционирования больных параноидной шизофренией, получающих амбулаторную помощь / В.Э. Пашковский, А.Г. Софронов, И.Д. Федоровский, А.Е. Добровольская // Психическое здоровье. - 2017. - № 7. - С. 45-52.

11. Попов, В.Г. К вопросу о соотношении понятий «социальная адаптация» и «социализация» / В.Г. Попов, В.В. Карпов // Вестник Челябинского государственного университета. - 2013. - № 33 (324). - С. 149-153.

12. Руденко, С.Л. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении / С.Л. Руденко, О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013. - Т. 23, № 1. - С. 27-33.

13. Рукина, Н.Ю. Динамика клинических и социально-адаптационных характеристик больных шизофренией: профилактический аспект / Н.Ю. Рукина, О.А. Макушкина // Психическое здоровье. - 2013. - № 11. - С. 51-56.

14. Спикина, А.А. Оценка эффективности ведения больных параноидной шизофренией в стационарном и амбулаторном звене / А.А. Спикина, Ю.А. Парфенов, А.П. Отмахов, О.В. Лиманкин // Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - Т. 26, № 1. - С. 32-37.

15. Федоровский, И.Д. Взаимосвязь показателей социальной адаптации с показателями частоты госпитализаций при параноидной шизофрении: тезисы доклада / И.Д. Федоровский // Сборник тезисов, посвященной 60-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии. - Чита, 2017. - С. 194-196.

16. Чуканова, Е.К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера / Е.К. Чуканова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2014. - Т. 24, № 1. - С. 21-27.

17. Шмилович, А.А. Клинические аспекты социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии / А.А. Шмилович, С.Н. Гончаренко // Психическое здоровье. - 2015. - № 10. - С. 8-16.

18. Awan N.R., Jehangir S.F., Irfan M. et al. Explanatory model of illness of the patients with schizophrenia and the role of educational intervention. Schizophr Res. 2017. doi: S0920-9964(17)30125-1.

19. Bechi, M. Exploring functioning in schizophrenia: predictors of functional capacity and real-world behavior / M. Bechi, M. Bosia, M. Spangaro et al. 11 Psychiatry Res. - 2017. - Vol. 251. - P. 118-124.

20. Bjomestad, J. «Everyone Needs a Friend Sometimes» - Social Predictors of Long-Term Remission In First Episode Psychosis. / J. Bjomestad, I. Joa, T.K. Larsen, J. Langeveld et. al // Front Psychol. - 2016. Oct 4;7:1491.

21. Bressi, C. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy with Mentalization-Based Techniques in Major Depressive Disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables - A Pilot study / C. Bressi, S. Fronza, E. Minacapelli et al. // Psychol. Psychother. - 2017. - Vol. 90, № 3. - P. 299-313.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ И АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Петрова Наталия Николаевна - д.м.н., профессор
Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский институт (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация. Введение. *Для современной клинической практики актуальна проблема дифференциальной диагностики первичных и вторичных психозов и оказания помощи пациентам с сочетанными психическими и аддиктивными расстройствами.* ***Цель исследования.*** *Нарративный обзор литературы посвящен проблеме коморбидности психических и аддиктивных расстройств.* ***Материал и методы.*** *По ключевым словам проведен поиск публикаций проводился в электронных базах данных MEDLINE и Google Scholar.* ***Результаты.*** *Раскрыто понятие «двойного диагноза». Приведены данные о распространенности коморбидных психических и аддиктивных расстройств. Описаны психические расстройства, наблюдающиеся в клинической картине аддиктивных расстройств. Особое внимание уделено проблеме психозов, индуцированных ПАВ. Дана характеристика аддиктивному поведению пациентов с аффективными расстройствами, шизофренией, пограничным расстройством личности, СДВГ у взрослых.* ***Заключение.*** *Ассоциированные психические и аддиктивные расстройства представляют собой актуальную междисциплинарную проблему, для решения которой необходимы изучение биологических механизмов этой коморбидности и разработка персонифицированных подходов к терапии пациентов с двойным диагнозом.*

Ключевые слова: *двойной диагноз; психические расстройства; аддикция*

ASSOTSIYALASHGAN RUHIY VA ADDIKTIV BUZILISHLAR

Petrova Nataliya Nikolaevna - t.f.d., professor
Sankt-Peterburg davlat universiteti, Tibbiyot instituti (Sankt-Peterburg, Rossiya)

Annotatsiya. Kirish. *Hozirgi klinik amaliyotda birlamchi va ikkilamchi psixozlarning differensial diagnostikasi hamda birga kechuvchi ruhiy va addiktiv buzilishlari bo‘lgan bemorlarga yordam ko‘rsatish muammosi dolzarb hisoblanadi.* ***Tadqiqot maqsadi****. Ruhiy va addiktiv buzilishlarning komorbidligi muammosiga bag‘ishlangan adabiyotlarning narrativ sharhi.* ***Material va metodlar****. Kalit so‘zlar bo‘yicha izlanish MEDLINE va Google Scholar elektron ma’lumotlar bazalarida amalga oshirildi.* ***Natijalar.*** *«Ikki tomonlama diagnoz» tushunchasi yoritilgan. Komorbid ruhiy va addiktiv buzilishlarning tarqalishi bo‘yicha ma’lumotlar keltirilgan. Addiktiv buzilishlar klinik manzarasida kuzatiladigan ruhiy buzilishlar tavsiflab berilgan. Alohida e’tibor PAM (psixoaktiv modda) bilan induktsiyalangan psixozlar muammosiga qaratilgan. Affektiv buzilishlar, shizofreniya, chegara tipidagi shaxs buzilishi va kattalardagi DYGS (diqqat yetishmovchiligi va giperaktivlik sindromi) bo‘lgan bemorlarning addiktiv xulq-atvori tavsiflangan.* ***Xulosa.*** *Assotsiyalashgan ruhiy va addiktiv buzilishlar ushbu komorbidlikning biologik mexanizmlarini o‘rganish va ikki tomonlama diagnozga ega bemorlar uchun individual davolash yondashuvlarini ishlab chiqishni talab etadigan dolzarb multidisiplinar muammo hisoblanadi.*

Kalit so‘zlar: *ikki tomonlama diagnoz; ruhiy buzilishlar; addiksiya.*

ASSOCIATED MENTAL AND ADDICTIVE DISORDERS

Petrova Nataliia Nikolaevna - D.M.Sc., professor
Saint-Petersburg State University, Medical Institute (Saint-Petersburg, Russia)

Abstact. Introduction. *The problem of differential diagnosis of primary and secondary psychoses and providing assistance to patients with combined mental and addictive disorders is relevant for modern clinical practice.* ***Purpose of the study.*** *The narrative review of the literature is devoted to the problem of comorbidity of mental and addictive disorders.* ***Material and methods.*** *The search for publications by keywords was carried out in the electronic databases MEDLINE and Google Scholar.* ***Results.*** *The concept of "dual diagnosis" is disclosed. Data on the prevalence of comorbid mental and addictive disorders are provided. Mental disorders observed in the clinical picture of addictive disorders are described. Particular attention is paid to the problem of psychoses induced by psychoactive substances. The characteristic of addictive behavior of patients with affective disorders, schizophrenia, borderline personality disorder, ADHD in adults is given.* ***Conclusion.*** *Associated mental and addictive disorders represent a relevant interdisciplinary problem, the solution of which requires studying the biological mechanisms of this comorbidity and developing personalized approaches to the treatment of patients with a dual diagnosis.*

Keywords: *dual diagnosis; mental disorders; addiction.*

Введение. Коморбидность - сосуществование двух или более заболеваний, синдромов у одного человека, в том числе сосуществование какого-либо психического расстройства, например, шизофрении, депрессии или расстройства личности, и аддиктивного расстройства, например, алкогольной или наркотической зависимости.

В отношении коморбидности психических расстройств и зависимостей существует устоявшийся психиатрический термин - «двойной диагноз» (dual diagnosis). Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (1994) «двойной диагноз» описывает сочетание у одногочеловека психического расстройства и аддикции. Термин часто применяется к сочетанию употребления психоактивных веществ (ПАВ) и шизофрении, биполярного аффективного и рекуррентного депрессивного расстройства [1]. Заболевания могут возникнуть одновременно или последовательно, на любом жизненном отрезке [2].

«Двойной диагноз» не является отдельной категорией в Международной классификации болезней (МКБ), а включает различные комбинации психических расстройств и зависимостей, которые имеют собственные коды и названия по МКБ. DSM-5 использует категориальный подход, но предлагает «размерный» подход, который позволяет более гибко понимать двойной диагноз и имеет потенциал для улучшения клинической практики и диагностической точности [3]. Признавая актуальность новой интегративной парадигмы, исполнительный комитет Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в ноябре 2011 года одобрил создание специальной секции по двойным расстройствам, что было поддержано на Генеральной Ассамблеи ВПА в 2014 году. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA) использовал термины «коморбидность» и «двойной диагноз» взаимозаменяемо для описания временного сосуществования двух или более психиатрических расстройств, как определено МКБ, когда одним из них является проблемное употребление ПАВ [4].

У лиц, страдающие психическим заболеванием, риск развития расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в четыре-пять раз выше, чем в общей популяции (3-4%) [5]. Диагноз психического заболевания связан с более вероятным переходом

от злоупотребления ПАВ к зависимости [6]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой распространенности двойных диагнозов у пациентов, обращающихся за помощью в психиатрические (40-60%) и наркологические (50-60%) клиники, а число людей, страдающих сочетанными формами психической и наркологической патологий, в популяции растет. До 75% пациентов с тяжелым психическим заболеванием имели сопутствующую зависимость от ПАВ, в то время как у 60% взрослых пациентов с зависимостью было диагностировано по крайней мере одно тяжелое психическое заболевание [7].

Пациенты с двойным диагнозом имеют значительно более сложные клинические профили [8] и отличаются более высокими показателями несоблюдения режима лечения и рецидивов, более низким уровнем мотивации к терапии, сниженную вовлеченность в лечение, повышенную психиатрическую заболеваемость, сниженное качество жизни и выраженные нарушения социально-экономического функционирования по сравнению с пациентами с отдельными заболеваниями [9].

Психические расстройства в клинической картине аддиктивных расстройств

Психические расстройства часто встречаются у пациентов с аддикциями и существенно влияют на их клиническую картину, течение и лечение. Их сочетание создает сложную полиморбидную картину. У пациентов с зависимостями от ПАВ часто диагностируют депрессивные, тревожные, биполярные и другие психические расстройства. Например, среди лиц с алкогольной зависимостью часто встречаются тревожные расстройства (19%), антисоциальное расстройство личности (14%), аффективные расстройства (13%) и шизофрения (4%). Для лиц с зависимостью от наркотиков типичны тревожные (28%) и аффективные расстройства (26%), антисоциальное расстройство личности (18%) и шизофрения (7%) [10].

Злоупотребление ПАВ может усугублять или инициировать развитие психических расстройств за счет нейрохимических сдвигов, когнитивных дисфункций и социального дезадаптивного поведения [11]. Некоторые из психопатологических симптомов у пациентов, обращающихся за наркологическим лечением, могут быть результатом действия самого вещества и полностью проходят в течение нескольких дней или недель на фоне воздержания от употребления ПАВ [12].

Индуцированные психозы - одни из наиболее тяжелых последствий злоупотребления наркотиками. Их частота колеблется в широких пределах от 5,2 до 100% и зависит от типа наркотического вещества [13].

Под психозом, связанным с употреблением ПАВ, понимают психотическое состояние, развивающиеся во время опьянения или отмены, длительностью не менее 48 часов. Индуцированный психоз является вторичным психотическим расстройством и характеризуется одним или несколькими психотическими эпизодами. Для того, чтобы психотическое расстройство считалось вызванным ПАВ, должно быть известно, что данное вещество способно вызвать психоз. Проявления вторичного психоза не наблюдаются в течение значительного периода времени. Для постановки диагноза первичного психоза у пациента с зависимостью психотические симптомы должны сохраняться в течение как минимум одного месяца после прекращения употребления ПАВ [14]. Следует оценить наличие признаков расстройства *до* применения ПАВ. Психотическое расстройство, вызванное употреблением ПАВ, определяется наличием бреда и/или галлюцинаций, отражающих воздействие психотропного вещества (наркотического вещества и/или лекарственного препарата) на мозг, на основании данных клинического интервью, соматического обследования и лабораторных исследований, может проявляться в фазах интоксикации или абстиненции и быть вызвано различными веществами, включая алкоголь, ко-

каин, каннабис, амфетамины и галлюциногены [15].

По клиническим проявлениям индуцированные ПАВ психозы чаще являются шизофреноподобными [16, 17]. Северцев и Буданова (2023) выделили три клинические формы психотических расстройств, развивающихся вследствие употребления синтетических катинонов: делириозная, бредовая и полиморфная, каждая из которых имела свои клинико-динамические особенности. Делириозная форма являлась наиболее тяжелой, полиморфная — наиболее длительной (более 2 недель). Постпсихотические расстройства были представлены астеническими и невротическими (тревожно-депрессивными) расстройствами, наиболее выраженными и длительными (более 6 мес) у пациентов с полиморфной формой психоза. В целом, было показано, что психозы с «экзогенной» клинической картиной (выраженным возбуждением и неспецифической психопатологической симптоматикой) проходят быстрее и психопатологические расстройства уходят одновременно с возбуждением. В то же время психозы с преобладанием бреда и галлюцинаций характеризуются более длительным течением и требуют длительной терапии [18].

Ожидается, что психоз, вызванный употреблением веществ, пройдет после 30-дневного периода трезвости, однако у таких людей выше вероятность развития тяжелой наркотической зависимости. По сравнению с первичным психозом, у пациентов с психозом, вызванным употреблением ПАВ, наследственность чаще отягощена наличием психозов, в клинической картине меньше позитивных и негативных, но больше депрессивных и тревожных симптомов. Эпизоды самоповреждения после психоза, вызванного употреблением ПАВ, тесно связаны с повышенной вероятностью развития шизофрении или биполярного расстройства. Переход в шизофрению или биполярное расстройство происходит у одного из трех пациентов, причем наибольшему риску подвергаются потребители каннабиса и лица с ранним началом злоупотребления ПАВ [19]. Вопрос о механизмах взаимосвязей индуцированных ПАВ и шизофренических психозов и возможностях их дифференциальной диагностики остается открытым. По мнению Федотова с соавт. (2020), индуцированное психотическое расстройство и шизофрения – это очень близкие по своим патогенетическим механизмам развития и клиническим проявлениям нозологии [20]. Rognli с соавт. (2023) исследовали переходы к расстройствам шизофренического спектра или биполярному расстройству после различных типов психозов, вызванных употреблением ПАВ. В исследование были включены все пациенты Норвежского регистра пациентов с психозами, вызванными ПАВ (N=3187). Шестилетняя кумулятивная скорость перехода от психоза, вызванного ПАВ, к расстройству шизофренического спектра составила 27,6%. У мужчин риск перехода был выше среди молодых людей и тех, у кого был либо психоз, вызванный каннабисом, либо психоз, вызванный несколькими веществами; для обоих полов риск перехода был выше среди тех, у кого наблюдались повторные экстренные госпитализации, связанные с психозом, вызванным ПАВ. Кумулятивная скорость перехода от психоза, вызванного веществами, к биполярному расстройству составила 4,5%, и риск этого перехода был выше у женщин, чем у мужчин. Таким образом, показатели перехода индуцированного психоза в расстройство шизофренического спектра были в шесть раз выше, чем показатели перехода в биполярное расстройство, а пол, возраст, количество экстренных госпитализаций и тип психоза опосредовали риск перехода [21].

Высокие показатели конверсии в шизофрению наблюдаются у лиц с психозами на фоне употребления амфетаминов (около 30%), галлюциногенов (24%), опиоидов (21%) и алкоголя (5%). У 23% пациентов с психозами, вызванными употреблением ПАВ, в течение 3 лет диагностируется шизофрения. Психиатрические пациенты с химической зависимостью, получают правильный диагноз позже, что

приводит к задержке необходимого лечения [22].

Аддиктивное поведение пациентов с психическими расстройствами

Клинико-динамическим особенностям синдрома зависимости от ПАВ у пациентов с «двойным диагнозом» относятся: более поздний возраст первой пробы ПАВ; выбор в качестве первого ПАВ алкоголя; более ранний возраст формирования синдрома отмены ПАВ; наиболее частые мотивации употребления ПАВ — «эксперимент» (обусловлена нарушениями мышления) и коррекция нарастающих психопатологических расстройств (ПАВ как лекарство); наиболее характерный паттерн употребления ПАВ — хаотичный; преобладание в структуре синдрома патологического влечения идеаторного компонента; преобладание в структуре абстинентного синдрома психопатологических нарушений; склонность к развитию госпитализма [23].

У пациентов с шизофренией распространено употребление наркотиков и алкоголя. Так, у стационарных больных шизофренией пожизненная распространенность употребления ПАВ составила 42,9%. Пациенты с двойным диагнозом отличались большей выраженностью продуктивных симптомов, особенно галлюцинаций, а также большей частотой попыток самоубийства и правонарушений [24]. Наличие сопутствующего алкоголизма у больных шизофренией обусловливает большую частоту госпитализаций и симптомов депрессии в структуре заболевания, повышает риск агрессии и суицидального поведения, а также соматических заболеваний, снижает комплайенс, усугубляет проблемы социального функционирования и связано с непрерывным течением заболевания [25].

У людей с ПРЛ значительна частота на протяжении жизни сопутствующих расстройств настроения (83%), тревожных расстройств (85%), расстройств, связанных с употреблением ПАВ (78%) и других расстройств личности (53%) [26]. По нашим данным, 24% пациентов с ПРЛ имели коморбидные психические расстройства: расстройства аффективного спектра, тревожные и аддиктивные расстройства (8%), нарушения пищевого поведения. В структуре употребления ПАВ преобладает злоупотребление алкоголем (76%), на втором месте – употребление каннабиноиднов (66%), следующее по частоте - употребление психостимуляторов (48%). Употребление галлюциногенов составило около 23%. Седативные препараты и опиаты употреблялись пациентами с ПРЛ заметно реже. Значимым фактором риска сопутствующего употребления ПАВ у лиц с ПРЛ является наличие асоциального окружения [27].

СДВГ у взрослых часто сочетается с тревожными расстройствами, депрессией, биполярным расстройством и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, причем в отличие от общей популяции значительная частота коморбидности наблюдается как у мужчин, так и у женщин при более высокой распространенности коморбидной зависимости у мужчин [28].

Употребление алкоголя и других ПАВ растет среди пожилых людей с депрессией. Из 687 пациентов с рекуррентной депрессией 51% употребляли алкоголь: 10% были опасными потребителями (баллы AUDIT-10 ≥5), а 41% — потребителями с низким уровнем риска (баллы 1–4). Употребление бензодиазепинов наблюдалось у 24% всех пациентов и у 21% употребляющих алкоголь. Употребление других ПАВ, в основном каннабиса, было связано с употреблением алкоголя: оно наблюдалось у 5%, 9% и 15% воздерживающихся, пьющих с низким уровнем риска и опасных потребителей, соответственно [29].

В последнее время внимание исследователей обращено к употреблению каннабиса пациентами с аффективными расстройствами. Tourjman с соавт. (2023) провели анализ 12 691 публикации, из которых в соответствии с критериями были выбраны 23 публикации по биполярному расстройству и 21 - по большому депрессивному расстройству, 11 - по обоим диагнозам и 1 - по лечению коморбидного рас-

стройства, связанного с употреблением каннабиса, и большого депрессивного расстройства. Распространенность употребления каннабиса в течение жизни составила 52%–71% при биполярном расстройстве и 6%–50% при большом депрессивном расстройстве, соответственно. Употребление каннабиса было связано с ухудшением течения и симптомов обоих расстройств настроения, с более устойчивыми ассоциациями при биполярном расстройстве, чем при большом депрессивном расстройстве: большая выраженность депрессивных, маниакальных и психотических симптомов при биполярном расстройстве и депрессивных симптомов при большом депрессивном расстройстве. Употребление каннабиса было связано с повышенной суицидальностью и снижением функционирования как при биполярном расстройстве, так и при большом депрессивном расстройстве [30].

Распространенность аддикции при биполярном расстройстве уступает только частоте коморбидного асоциального расстройства личности и составляет 32% в течение жизни независимо от типа биполярного расстройства. Частота расстройства, связанного с употреблением алкоголя, достигает 25%. Метаанализ установил, что распространенность употребления каннабиса среди больных биполярным расстройством составляет 24% и характерно для пациентов молодого возраста, мужского пола, одиноких, менее образованных и с более ранним началом аффективного расстройства [31].

Заключение. Ассоциированные психические и аддиктивные расстройства представляют собой актуальную междисциплинарную проблему, для решения которой необходимы изучение биологических механизмов этой коморбидности и разработка персонифицированных подходов к терапии пациентов с двойным диагнозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Green AI, Khokhar JY. Addiction and schizophrenia: A translational perspective. Schizophrenia Research. 2018; 194: 1–3. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.008

2. Szerman N, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga J, Casas M, Roncero C. Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals. J Dual Diagn. 2014; 10(2):84-90. doi: 10.1080/15504263.2014.906195.

3. Vitali M., Sorbo F., Mistretta M. et al. Dual diagnosis: An intriguing and actual nosographic issue too long neglected. Rivista di Psichiatria. 2018; 53(3):154–159. https://doi.org/10.1708/2925.29418

4. WHO: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines World Health Organization; 2019.

5. Simon N, Belzeaux R, Adida M, Azorin JM. Symptômes négatifs dans la schizophrénie et addiction [Negative symptoms in schizophrenia and substance-related disorders]. Encephale. 2015 Dec;41(6 Suppl 1):6S27-31. French. doi: 10.1016/S0013-7006(16)30007-0.

6. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). Am J Addict. 2013 Mar-Apr; 22(2): 93-8. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00304.x

7. Temmingh HS, Williams T, Siegfried N, Stein DJ. Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jan 22; 1(1): CD011057. doi: 10.1002/14651858.CD011057.pub2.

8. Iudici A, Girolimetto R, Volponi G, Eletto A. Dual Diagnosis and Application Problems in the Use of the Construct: A Review of Literature. J Nerv Ment Dis. 2020 Mar; 208(3): 181-189. doi: 10.1097/NMD.0000000000001092.

9. Chetty A, Guse T, Malema M. Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. Health SA. 2023 Apr 25;28:2094. doi: 10.4102/hsag.v28i0.2094.

10. Saunders JB, Conigrave KM, Latt NC, Nutt DJ,. Marshall EJ, Ling W, Higuchi S, editors. Addiction medicine. Oxford University Press, 2016 Aug

11. Sofuoglu M. Cognitive enhancement as a pharmacotherapy target for stimulant addiction. Addiction. 2010 Jan;105(1):38-48. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02791.x.

12. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. The ASAM principles of addiction medicine: Fifth edition, 2014.

13. Smith MJ, Thirthalli J, Abdallah AB, et al. Prevalence of psychotic symptoms in substance users: a comparison across substances. Comprehensive Psychiatry. 2009; 50 (3): 245-250. doi:10.1016/j.comppsych.2008.07.009

14. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2015; 154: 1-13.

15. Шерро М., Ятчавала Ч., Хандуле Д., Рансинг Р., Шайеб Ш., Ори Д., Маргарет О.И., Солер-Видаль Д., Перейра-Санчес В. Индуцированные психоактивными веществами или ассоциированные с ними первичные психозы? Продолжение дискуссии. Ответ И.А. Федотову и соавторам // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2021. - Т. 29. - №1. - С. 171-176. Cherro M, Jatchavala C, Handuleh D, Ransing R, Shoib S, Őri D, Ojeahere MI, Soler-Vidal J, Pereira-Sanchez V. Substance-induced or substance-associated primary psychoses? Continuing the discussion. A response to I.A. Fedotov, et al // I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald. - 2021. - Vol. 29. - N. 1. - P. 171-176. doi: 10.23888/PAVLOVJ2021291171-176

16. Murray RM, Paparelli A, Morrison PD, et al. What can we learn about schizophrenia from studying the human model, drug-induced psychosis? American Journal of Medical Genetics. Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2013. Vol. 162, №7. P. 661-670. doi:10.1002/ajmg.b.32177

17. Ghose S. Substance-Induced Psychosis: An Indicator of Development of Primary Psychosis? The American Journal of Psychiatry. 2018; 175(4): 303-304. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17121395

18. Северцев В.В., Буданова А.А. Клинические формы психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов. Доктор.Ру. 2023; 22(6): 21–27. Severtsev VV, Budanova AA. Clinical forms of psychotic disorders associated with synthetic cathinones consumption. Doctor.Ru. 2023;22(6):21–27. (in Russ). DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-21-27

19. Baldaçara L, Ramos A, Castaldelli-Maia JM. Managing drug-induced psychosis. Int Rev Psychiatry. 2023 Aug-Sep; 35(5-6): 496-502. doi: 10.1080/09540261.2023.2261544.

20. Федотов И.А., Кватрон Д., Шустов Д.И. Индуцированные наркотическими веществами психозы и шизофрения: точки соприкосновения. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2020; 28(4):593-604. doi: 10.23888/PAVLOVJ2020284593-604 Fedotov IA, Quattrone D, Shustov DI. Substance-induced psychosis and schizophrenia: the interaction point. I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald. 2020; 28(4):593-604. doi: 10.23888/PAVLOVJ2020284593-604

21. Rognli EB, Heiberg IH, Jacobsen BK, Høye A, Bramness JG. Transition From Substance-Induced Psychosis to Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder. Am J Psychiatry. 2023 Jun 1;180(6):437-444. doi: 10.1176/appi.ajp.22010076.

22. Starzer MSK, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. Am J Psychiatry. 2018 Apr 1;175(4):343-350. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17020223. Epub 2017 Nov 28. Erratum in: Am J Psychiatry. 2019 Apr 1; 176(4):324. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.1764correction2.

23. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Ежкова Е.В., Титков М.С., Булатова Р.А. Особенности клиники и терапии синдрома зависимости от нескольких психоактивных веществ у больных шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корса-

кова. 2021;121(4):63–69. Ivanets NN, Vinnikova MA, Ezhkova EV, Titkov MS, Bulatova RA. Clinical presentations and therapy of polysubstance dependence in patients with schizophrenia. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2021;121(4):63-69. (In Russ.) https://doi.org/10.17116/jnevro202112104163

24. Soyka M, Albus M, Immler B, Kathmann N, Hippius H. Psychopathology in dual-diagnosis and nonaddicted schizophrenics: are there differences? Eur J Health Econ. 2002 Nov;3 Suppl 2:S114-20. doi: 10.1007/s10198-002-0125-6.

25. Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Гофман А.Г., Степанов И.Л., Кибитов А.О. Алкогольная зависимость у пациентов с коморбидной депрессией: темп формирования и клинические особенности. Вопросы Наркологии. 2020; 10 (193): 45-60. Nikolishin A.E., Chuprova N.A., Gofman A.G., Stepanov I.L., Kibitov A.O. Alcohol dependence in patients with comorbid depression: rate of formation and clinical features. Questions of Narcology. 2020; 10 (193): 45-60. (In Russ.) https://doi.org/10.47877/0234-0623_2020_10_45

26. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. World Psychiatry. 2024 Feb;23(1):4-25. doi: 10.1002/wps.21156.

27. Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Хоменко А.Е., Маматходжаева Т.Б., Чумаков Е.М. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(12):111-116. Petrova NN, Charnaia DI, Khomenko AE, Mamatkhodjaeva TB, Chumakov EM. Borderline personality disorder in clinical outpatient practice. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2022;122(12):111-116. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro2022122121111

28. Hartman CA, Larsson H, Vos M, Bellato A, Libutzki B, Solberg BS, Chen Q, Du Rietz E, Mostert JC, Kittel-Schneider S, Cormand B, Ribasés M, Klungsøyr K, Haavik J, Dalsgaard S, Cortese S, Faraone SV, Reif A. Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A substantive and methodological overview. Neurosci Biobehav Rev. 2023 Aug; 151:105209. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105209.

29. Srifuengfung M, Lenze EJ, Roose SP, Brown PJ, Lavretsky H, Karp JF, Reynolds CF 3rd, Yingling M, Sa-Nguanpanich N, Mulsant BH. Alcohol and substance use in older adults with treatment-resistant depression. Int J Geriatr Psychiatry. 2024 Jun;39(6):e6105. doi: 10.1002/gps.6105. PMID: 38822571.

30. Tourjman SV, Buck G, Jutras-Aswad D, Khullar A, McInerney S, Saraf G, Pinto JV, Potvin S, Poulin MJ, Frey BN, Kennedy SH, Lam RW, MacQueen G, Milev R, Parikh SV, Ravindran A, McIntyre RS, Schaffer A, Taylor VH, van Ameringen M, Yatham LN, Beaulieu S. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: A Systematic Review and Recommendations of Cannabis use in Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. Can J Psychiatry. 2023 May; 68(5):299-311. doi: 10.1177/07067437221099769.

31. Pinto JV, Medeiros LS, Santana da Rosa G, Santana de Oliveira CE, Crippa JAS, Passos IC, Kauer-Sant'Anna M. The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. Neurosci. Biobehav. Rev. 2019; 101:78–84. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.04.004.

МЕМАНТИН - ПОСТИНСУЛЬТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, ВЛИЯНИЕ НА КОГНИЦИЮ И СПАСТИКУ

Насырова Регина Фаритовна - д.м.н.
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург, Россия)

***Аннотация**. Мемантин, неконкурентный антагонист NMDA-рецепторов, широко применяется для лечения нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера. В данной статье рассматривается его потенциал в постинсультной реабилитации, включая влияние на когнитивные нарушения, спастичность и другие двигательные расстройства. Постинсультные осложнения, такие как когнитивные и двигательные нарушения, афазия значительно ухудшают качество жизни пациентов. Мемантин, благодаря способности блокировать эксайтотоксичность, вызванную чрезмерной активацией NMDA-рецепторов, демонстрирует нейропротекторные свойства. Исследования показывают, что мемантин улучшает когнитивные функции, уменьшает афазию и способствует восстановлению двигательной активности. Кроме того, он стимулирует нейропластичность и ангиогенез, что способствует восстановлению мозга после инсульта. Однако результаты исследований влияния мемантина на объем инфаркта остается неоднозначными, а его эффективность требует дальнейших клинических изучений. Мемантин также показал хорошую переносимость с минимальными нежелательными реакциями, что делает его перспективным средством для постинсультной реабилитации.*

***Ключевые слова:** мемантин, постинсультная реабилитация, постинсультная спастичность, постинсультные когнитивные нарушения.*

MEMANTINE - POST-STROKE REHABILITATION, EFFECTS ON COGNITION AND SPASTICITY

Nasyrova Regina Faritovna - D.M.Sc.
V.M. Bekhterev National Medical Rasearch Center of Psychiatry and Neurology (St. Petersburg, Russian)

***Abstract.** Memantine, a non-competitive NMDA receptor antagonist, is widely used for the treatment of neurodegenerative diseases such as Alzheimer's disease. This article examines its potential in post-stroke rehabilitation, including its impact on cognitive impairment, spasticity, and other motor disorders. Post-stroke complications such as cognitive and motor impairments, and aphasia significantly impair the quality of life of patients. Memantine, due to its ability to block excitotoxicity caused by excessive activation of NMDA receptors, demonstrates neuroprotective properties. Studies show that memantine improves cognitive function, reduces aphasia, and promotes recovery of motor activity. In addition, it stimulates neuroplasticity and angiogenesis, which contributes to the recovery of the brain after a stroke. However, the effect of memantine on the volume of infarction remains controversial, and its effectiveness requires further clinical studies. Memantine has also shown good tolerability with minimal side effects, making it a promising treatment for post-stroke rehabilitation.*

***Keywords:** memantine, post-stroke rehabilitation, post-stroke spasticity, post-stroke cognitive impairment.*

MEMANTIN - INSULTDAN KEYINGI REABILITATSIYA, KOGNITIV QOBILIYAT VA MUSHAKLARNING TARANGLIGIGA TA'SIRI

Nosirova Regina Faritovna - t.f.d.
V.M. Bexterev nomidagi psixiatriya va nevrologiya milliy tibbiy tadqiqot markazi (Sankt-Peterburg, Rossiya)

Annotatsiya. *NMDA retseptorlarining raqobatbardosh bo'lmagan antagonisti memantin Alsgeymer kasalligi kabi neyrodegenerativ kasalliklarni davolashda keng qo'llaniladi. Ushbu maqolada uning insultdan keyingi reabilitatsiyadagi imkoniyatlari, jumladan, kognitiv buzilishlar, spastiklik va boshqa harakat buzilishlariga ta'siri ko'rib chiqiladi. Kognitiv va harakat buzilishlari, afaziya kabi insultdan keyingi asoratlar bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashtiradi. Memantin NMDA-retseptorlarining haddan tashqari faollashuvi natijasida yuzaga keladigan eksayt toksikligini bloklash qobiliyati tufayli neyroprotektiv xususiyatlarni namoyon qiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, memantin kognitiv funksiyalarni yaxshilaydi, afaziyani kamaytiradi va harakat faolligini tiklashga yordam beradi. Bundan tashqari, u neyroplastiklik va angiogenezni rag'batlantiradi, bu esa insultdan keyin bosh miyaning tiklanishiga yordam beradi. Biroq, memantinning infarkt hajmiga ta'sirini o'rganish natijalari noaniq bo'lib qolmoqda va uning samaradorligi keyingi klinik tadqiqotlarni talab qiladi. Memantin, shuningdek, minimal nojo'ya ta'sirlar bilan yaxshi chidamlilikni ko'rsatdi, bu esa uni insultdan keyingi reabilitatsiya uchun istiqbolli vositaga aylantiradi.*

Kalit so'zlar: *memantin, insultdan keyingi reabilitatsiya, insultdan keyingi spastiklik, insultdan keyingi kognitiv buzilishlar.*

1. Введение. Согласно эпидемиологическим данным 2019 года, в мире было зарегистрировано 12,2 миллиона случаев инсульта, которые привели к 6,55 миллионам смертей. Ишемические инсульты являются наиболее распространенным типом и составляют примерно 87% всех инсультов [4]. Согласно исследованию Global Burden of Disease 2016, риск инсульта в течение жизни составляет 24,9%, и риск увеличился на 8,9% с 1990 года [5]. Постинсультные осложнения, частота которых оценивается в диапазоне от 24,2% до 95%, не только влияют на функциональную реабилитацию пациентов, но и являются основной причиной смерти пациентов, перенесших инсульт. Даже незначительный по объему повреждений инсульт влияет на повседневные функции, исполнительные функции и когнитивные способности, следовательно, влияя на активность пациентов, качество жизни и способность вернуться к работе [6].

Постинсультные когнитивные нарушения являются одними из основных осложнений, у более 50% выживших после инсульта развиваются когнитивные нарушения различной степени, и примерно у 25% развивается деменция [6, 7]. Важные критические местоположения включают доминантное полушарие и поражения, затрагивающие префронтально-подкорковый контур, который опосредует исполнительную дисфункцию. Чаще всего поражаются функции лобной доли, включая скорость обработки, время реакции, рабочую память и показатели исполнительных задач. Единичное крупное ишемическое поражение корково-подкорковой области головного мозга может проявляться острым когнитивным ухудшением, если оно расположено в области, которая функционально важна для познания [6].

Спастичность встречается у 19% — 92% людей, переживших инсульт. Его распространенность может достигать 38% в первый год после инсульта [8]. Спастичность была первоначально определена Лэнсом в 1980 году как зависящее от скорости увеличение мышечного тонуса в результате гипервозбудимости тонического рефлекса растяжения у пациентов с повреждением верхнего двигательного нейрона [9].

Спастичность является следствием патологических изменений, происходящих в центральной нервной системе из-за потери корковых нейронов, снижая / отменяя нисходящий контроль торможения к спинному мозгу. Эти изменения изменяют баланс между супраспинальными тормозными и возбуждающими входами, вызывая состояние растормаживания спинальных рефлексов. Это приводит к изменениям в нервной системе как в спинном мозге, так и в супрасегментарных структурах, вызывая гипервозбудимость тонических рефлексов растяжения и отсутствие реципрокного торможения [10].

Мемантин является классическим и неконкурентным антагонистом рецепторов N-метил-D-аспартата (NMDA). Мемантин используется для замедления нейротоксичности, связанной с болезнью Альцгеймера и другими нейродегенеративными заболеваниями [11]. Поскольку чрезмерная стимуляция NMDA, вызванная ишемией, приводит к эксайтотоксичности, мемантин может защищать от дальнейшего повреждения при сосудистых когнитивных нарушениях, блокируя патологическую стимуляцию рецепторов NMDA [2]. Поскольку мемантин является низкоаффинным антагонистом, он блокирует NMDA, но быстро вытесняется из него, избегая длительной блокады рецептора и связанных с этим нежелательных реакций, влияющих на обучение и память, которые наблюдались у высокоаффинных антагонистов NMDA [12].

Цель: Проведение комплексного обзора для оценки эффективности и безопасности применения мемантина в постинсультный период.

2. Методы

В этом обзоре мы искали исследования, связанные с постинсультными осложнениями и способами их преодоления, без ограничений по цели исследования или типу публикации. Базы данных, включая PubMed, Medline и Web of Science, были просмотрены на предмет всех соответствующих документов, в основном за два предыдущих десятилетия, за исключением нескольких более давних репрезентативных исследований. Поисковые термины были следующими: («пост-инсульт» или «постинсультные осложнения» или «постинсультные нарушения») и («когнитивные нарушения при постинсультном состоянии» или «двигательные нарушения в постинсультный период») и («влияние мемантина на реабилитацию после инсульта» или «мемантин в постинсультный период»). Кроме того, мы просмотрели списки литературы в найденных публикациях.

3. Роль NMDA рецепторов и глутамата при инсульте

Эксайтотоксичность является одним из наиболее ранних обнаруженных и широко признанных молекулярных механизмов повреждения после ишемического инсульта, в котором важными факторами являются глутамат и NMDA-рецепторы [13]. Современное понимание причины гибели нейронов при инсульте обусловлено чрезмерной возбуждающей передачей в условиях ишемии, и одним из основных драйверов этих событий являются возбуждающие катионные каналы и их агонисты [14].

3.1 Действие NMDA-рецепторов

Активность глутаматергического рецептора NMDA и опосредованный им при-

ток Ca 2+ необходимы для нейронного функционирования и выживания клеток. Он экспрессируется в 80% корковых нейронов и участвует во многих физиологических процессах, таких как формирование памяти и синаптическая долгосрочная потенциация [14]. Однако ишемический инсульт может вызвать быстрое увеличение концентрации глутамата и чрезмерную активацию NMDAR, что приводит к быстрой перегрузке Ca 2+ в нейрональных клетках и острой эксайтотоксичности в течение часов и дней [15].

Как основной подтип ионотропных глутаматных рецепторов, NMDAR представляют собой гетеротетрамеры, образованные в основном двумя субъединицами GluN1 и двумя субъединицами GluN2 (в основном GluN2A и GluN2B) [16]. Синаптические GluN2A-содержащие NMDAR, как правило, связаны с выживанием клеток, тогда как внесинаптические GluN2B-содержащие NMDAR связаны с каскадами клеточной смерти [15]. Сообщалось о белок-белковых взаимодействиях с участием C-концевого домена (CTD) субъединиц NMDAR в экспериментальных моделях церебральной ишемии. Комплекс GluN2B/белок PSD95/нейрональная синтаза оксида азота (nNOS) может также играть ключевую роль в управлении эксайтотоксическими сигналами при ишемическом инсульте. Белок PSD95 может соединяться с CTD GluN2B, чтобы запустить сигнальный путь гибели нейронов, а церебральная ишемия может вызывать взаимодействие nNOS с постсинаптическим PSD95 в возбуждающих синапсах и вырабатывать NO в концентрациях, являющимися токсичными для нейронов [16].

3.2 Нарушение обмена глутамата

При ишемическом инсульте нарушается процесс выделения и обратного захвата глутамата, и тогда его внеклеточная концентрация не контролируется, что является одним из ключевых факторов в гибели клеток от эксайтотоксичности. В нормальных физиологических условиях концентрации глутамата различаются в разных частях мозга, составляя 10 ммоль/л, 100 ммоль/л и 1 мкмоль/л в цитоплазме глутаматергических нейронов, везикулах и внеклеточной жидкости соответственно. Было обнаружено, что 40–50% нейронов, подвергшихся воздействию 0,5 мл культур глутамата (25–1000 мкм), были разрушены в течение 30 мин в зависимости от концентрации. Это доказывает, что нейрональная смертность во многом зависит от концентрации глутамата [13].

Транспортер глутамата (EAAT) переносит внеклеточный глутамат по градиенту концентрации в нервные клетки и астроциты, что предотвращает нейроэксайтотоксичность из-за повышенных концентраций глутамата в синаптическом пространстве. Семейство EAAT состоит из пяти различных изоформ. EAAT1 и EAAT2 преимущественно экспрессируются на астроцитах, EAAT3–5 в основном экспрессируются в нейронах, при этом EAAT4 в мозжечке, а EAAT5 в сетчатке [17]. EAAT2 является основным транспортером клиренса глутамата, и его перекачка глутамата зависит от разницы концентраций Na+ [18]. Однако из-за дисфункции ионного насоса при ишемическом инсульте баланс Na+ нарушается, а внутриклеточная концентрация Na+ резко возрастает, что приводит к последующему угнетению функции EAAT и высвобождению глутамата [13].

xCT — это специфическая цепь антипортера цистина/глутамата, которая поддерживает антиоксидантную защиту in vivo. xCT-система является натрий-независимым антипортером, который импортирует цистин и экспортирует глутамат в соотношении 1:1. Внутриклеточный цистин легко восстанавливается до цистеина, ограничивающего предшественника синтеза глутатиона [19]. Высвобожденный

глутамат может быть повторно захвачен EAAT для поддержания баланса концентрации глутамата. Во время инсульта функция xCT-системы подавляется из-за повышенных внеклеточных концентраций глутамата [13]. Поскольку цистин участвует в синтезе поглотителя свободных радикалов глутатиона внутриклеточно, блокирование захвата цистина приводит к снижению глутатиона, что приводит к накоплению свободных радикалов, что, в свою очередь, повреждает митохондрии и вызывает ряд цитотоксических реакций, таких как высвобождение цитохрома с [13, 20].

Объемно-регулируемый анионный канал VRAC может быть активирован отеком клеток, вызванным ишемическим инсультом, тем самым опосредуя высвобождение возбуждающих аминокислот, что примерно соответствует вкладу транспортера глутамата. Снижение высвобождения глутамата, регулируемого VRAC, является важным механизмом лечения эксайтотоксической гибели клеток. К примеру тамоксифен, блокатор VRAC, оказывает сильное нейропротекторное действие при церебральной ишемии [13].

4. Мемантин и постинсультная реабилитация

Мемантин, как антагонист NMDA-рецепторов может уменьшать эксайтотоксический эффект активации NMDAR. Мемантин оказывает нейропротекторное действие при назначении до инсульта, а иногда и в течение первых 2 часов после него. Ранее было показано, что в острой фазе инсульта доставка мемантина уменьшает ишемическое повреждение мозга у крыс и мышей [3]. Интересно, что в двух более поздних исследованиях мемантин снижал поведенческие дефициты, не влияя на повреждение мозга, при введении в течение 2 ч после инсульта [3].

4.1 Постинсультные когнитивные нарушения и нейропротекция

Было показано, что мемантин улучшает поведенческие нарушения (снижает агрессию), задерживает снижение когнитивных функций и улучшает общее настроение при назначении в дозе 20 мг в день в качестве монотерапии или вместе с ингибитором холинэстеразы (ривастигмином, галантамином или донепезилом) пациентам с умеренной и тяжелой болезнью Альцгеймера [14, 21]. Это позволяет предположить, что при инфарктных состояниях также может наблюдаться улучшение когнитивного состояния при приёме мемантина.

Wang YC et al. [3] показали устойчивое постишемическое неврологическое восстановление при введении мемантина в постинфарктную фазу, начинающуюся через 72 часа после инсульта. Мемантин, принимаемый в дозе 20, устойчиво улучшал координацию движений и пространственную память. Вторичная атрофия полосатого тела была уменьшена при приеме мемантина. Эта отсроченная нейропротекция была связана с уменьшением астроглиоза и увеличением образования капилляров вокруг края инфаркта. Концентрации нейротрофических факторов и фактора роста эндотелия сосудов (BDNF, GDNF и VEGF) были повышены под действием мемантина в полосатом теле и коре головного мозга. В контралатеральной моторной зоне коры головного мозга субъединица NMDA-рецептора GluN2B, которая преимущественно экспрессируется во внесинаптических NMDA-рецепторах, через 14 дней после приёма мемантина временно снижалась, в то время как GluN2A и PSD-95, которые преимущественно локализуются в синаптических NMDA-рецепторах, через 28 дней повышались. В двух более поздних исследованиях Babu C.S. et al. [40] и Héctor E. et al. [29] выявлено, что мемантин улучшает состояние пациентов после инсульта, повышая уровень нейротрофического фактора головного мозга, сни-

жая реактивный астроглиоз и улучшая васкуляризацию, что связано с улучшением восстановления сенсорных и моторных функций коры головного мозга.

Li Y et al. [37] показал, что антагонисты NMDA и мемантин, в частности, могут улучшить неврологический дефицит и повседневную активность у пациентов с когнитивными нарушениями после инсульта. Кроме того, не было никаких серьезных нежелательных явлений во время лечения антагонистами NMDA. Culmsee et al. [41] на мышиной модели установили, что введение 20 мг/кг мемантина через 5 минут после инсульта уменьшает размер кортикального инфаркта на 10%. Тем не менее, есть доказательства того, что мемантин может уменьшать объем инфаркта в сочетании с реперфузией [42]. В другом исследовании Kim GS et al. [43] продемонстрировали, что мемантин не влияет на размер первичного инфаркта, но уменьшал вторичную атрофию таламуса.

Уменьшение астроглиоза и другие результаты, которые показывают снижение образования отёка, продемонстрировали, что мемантин ослабляет воспалительную реакцию вследствие инсульта [42]. Также было показано, что введение мемантина приводило к прорастанию волокон из латерального кортикоспинального тракта и их перекресту в направлении двигательных ядер и улучшению пластичности мозга после инсульта. Было показано, что функциональное улучшение моторики после инсульта происходит отчасти благодаря формированию новых трактов и синапсов нейронов в области инфаркта [44]. Положительные эффекты мемантина наиболее значительны при раннем введении [14]; нейропротекторный эффект со временем снижается, однако значительный эффект сохраняется, если прием мемантина начинается даже через 72 часа после инсульта [45].

Нейротрофический фактор мозга (BDNF) играет важную роль в развитии нервной системы и участвует в развитии глиальных клеток, серотонинергических, гиппокампальных и корковых нейронов, помогает регулировать нейронный метаболизм, обеспечивает нормальную функциональную активность нейронов, модулирует нейротрансмиссию [30]. BDNF после инсульта представляет особый интерес, поскольку было показано, что он уменьшает апоптоз, вызванный инсультом, улучшает синаптическое ремоделирование, стимулирует нейрогенез и улучшает сенсомоторное восстановление после инсульта [14, 31]. Мемантин увеличивает экспрессию BDNF, в частности мРНК BDNF в периинфарктной коре после инсульта, а также экспрессию рецептора фосфорилированной тропомиозин-связанной киназы-B [32]. Это увеличение было специфичным для инфарктного полушария, что позволяет предположить, что передача сигналов, связанная с периинфарктным восстановлением и пластичностью, играет важную роль в постинфарктном восстановлении. Помимо этого, BDNF связан со значительным снижением астроглиоза и стимуляцией ангиогенеза в поврежденных участках мозга [29]. При различных патологических состояниях, в том числе при болезни Альцгеймера и Паркинсона повышение содержания BDNF коррелировало с улучшением когнитивных способностей [38, 39].

4.2 Коррекция афазии в постинфарктном периоде

Примерно у 1/3 людей, перенесших инсульт, диагностируется афазия, которая является приобретенным расстройством речи, при котором у пациентов наблюдаются нарушения различных видов речи [22]. В настоящее время доступно множество стратегий лечения афазии после инсульта, и реабилитация должна быть скорректирована в соответствии с индивиду-

альными потребностями пациентов. Логопедическая и медикаментозная терапия в настоящее время рассматривается как ключевой элемент реабилитации после инсульта, но другие варианты включают когнитивную нейрореабилитацию, телереабилитацию и компьютерное управление [23, 24]. Более того, в некоторых исследованиях было доказано, что лекарственная терапия и транскраниальная прямая стимуляция играют важную роль в лечении афазии после инсульта [24].

Исследования по фармакологическому восстановлению приобретенных языковых расстройств характеризуются большой гетерогенностью, охватывая небольшое количество пациентов с различными видами афазии [26]. Кроме того, часто бывает трудно дифференцировать улучшение в результате спонтанного выздоровления и выздоровления в результате терапии. Однако некоторые из этих исследований дали многообещающие результаты: в некоторых случаях речевой дефицит у пациентов с афазией можно улучшить с помощью фармакотерапии [27].

Имеются веские доказательства эффективности мемантина при лечении постинсультной афазии. Наиболее значительное улучшение наблюдалось в языковых модальностях, таких как повторение, называние и спонтанная речь [25]. В двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании изучалось влияние мемантина на хроническую постинсультную афазию [33]. Установлено, что мемантин улучшил речевую и коммуникативную функции пациентов и снизил тяжесть афазии, при этом клинический эффект сохранялся в течение длительного времени и был устойчив [34].

Barbancho et al. [35] в своём исследовании использовали мемантин отдельно и в комбинации с методом языковой терапии, индуцированной ограничениями (CIAT). Было показано, что мемантин в отдельности улучшил отклик на языковые задачи у пациентов с хронической постинсультной афазией; мемантин в сочетании с CIAT значительно улучшил тяжесть течения афазии, при этом наблюдался стабильный эффект от терапии [34].

Fu et al. [36] провели рандомизированное исследование пациентов с афазией после инсульта. Основная группа получила перорально мемантин. В результате было продемонстрировано, что мемантин отдельно или в сочетании с ритмической транскраниальной магнитной стимуляцией значительно уменьшал проявление расстройств речи после инсульта. Исследование, проведенные Zhang et al. [28], не выявил выраженного изменения слухового восприятия у пациентов с постинсультной афазией при применении мемантина, но он улучшил способность называть предметы, спонтанную речь и способность к повторению.

4.3 Постинфарктные двигательные нарушения

Наблюдалось значительное улучшение двигательной активности у животных, получавших мемантин, по сравнению с животными, получавшими плацебо через 28 дней после инсульта. Установлено восстановление двигательной активности только передних конечностей, что, вероятно, было связано с техникой воспроизведения инсульта [29]. В свою очередь Wang Y.C. et al. [3] в своём исследовании показали, что мемантин почти сразу же улучшил координацию движений в течение 7–14 дней после инъекции при этом восстановление координации движений сохранялось после прекращения приема мемантина, улучшилась также пространственная ориентация в лабиринте Барнса.

Источник	Объект исследования	Терапия	Продолжительность	Клинические эффекты	Оцениваемые параметры	Тип исследования	Основные выводы
Wang YC et al. [3]	Крысы с моделью инсульта	Мемантин (начало восстановления через 72 часа после инсульта)	28 дней	Неврологическое восстановление, двигательная координация (лабиринт Барнса)	Периинфарктное восстановление, астроглиоз, ангиогенез, уровни тау-белка, факторы роста, кортикорубральная пластичность, компоненты NMDAR (GluN2B, GluN2A, PSD-95)	Ткань мозга	Устойчивое неврологическое и двигательное восстановление; предотвращение вторичной атрофии мозга; снижение астроглиоза; стимуляция ангиогенеза и пластичности
Culmsee et al. [41]	Мыши с моделью инсульта	Мемантин (20 мг/кг через 5 минут после инсульта)	Острое вмешательство (оценка через 24 часа)	Объем инфаркта	Размер кортикального инфаркта	Ткань мозга	Снижение объема инфаркта на 10% при раннем введении; эффект не сохранился при введении через 30 минут
Kim GS et al. [43]	Мыши с моделью инсульта	Мемантин	Не указана	Объем инфаркта, атрофия таламуса	Размер первичного инфаркта, вторичная атрофия таламуса	Ткань мозга	Не влиял на размер первичного инфаркта; уменьшал вторичную атрофию таламуса
Berthier et al. [33]	Пациенты с хронической постинсультной афазией	Мемантин (20 мг в день)	Длительное (эффект устойчивый)	Речевая коммуникативная функция, тяжесть афазии	Показатели повторения, называния, спонтанной речи	Клиническая оценка	Улучшение речевой функции; снижение тяжести афазии; эффект сохранялся длительно

Barbancho et al. [35]	Пациенты с хронической постинсультной афазией	Мемантин (отдельно и с CIAT*)	Не указана	Тяжесть афазии	Ответ на языковые задачи	Клиническая оценка	Мемантин отдельно улучшил языковые задачи; в комбинации с CIAT значительно снижал тяжесть афазии со стабильным эффектом
Fu et al. [36]	24 пациента с постинсультной афазией	Мемантин (перорально и с rTMS**)	Не указана	Выраженность афазии	Общие языковые способности	Клиническая оценка	Мемантин отдельно или в комбинации с rTMS значительно уменьшал выраженность афазии
Zhang et al. [28]	Пациенты с постинсультной афазией	Мемантин	Не указана	Слуховое восприятие, называние, спонтанная речь, повторение	Языковые способности	Клиническая оценка	Улучшение называние, спонтанной речи и повторения
Li Y et al. [37]	Пациенты с постинсультными когнитивными нарушениями	Мемантин	Не указана	Неврологический дефицит, повседневная активность	Когнитивные функции	Клиническая оценка	Улучшение неврологического дефицита и повседневной активности; серьезных нежелательных явлений не выявлено

*CIAT – языковая терапия, индуцированная ограничениями
**rTMS - ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция

5. Заключение

Значительное количество доклинических данных подтверждает, что мемантин является нейропротекторным средством при ишемическом инсульте, но некоторые выявленные факторы влияния остаются противоречивыми, например влияние мемантина на объём инфаркта [29, 41, 43]. Помимо этого, затруднительно переносить некоторые полученные с помощью животных моделей данные на людей — использовались относительно простые тесты на координацию движений. Еще один фактор - межвидовая разность в фармакокинетике - период полувыведения мемантина из плазмы у людей (60–100 ч), а у грызунов (2–5 ч), уровни мемантина в плазме практически сопоставимы (~0,5–1,0 мкМ), а уровни в мозге примерно на 30–40% ниже [46]. Все эксперименты проводились с использованием молодых животных без сопутствующих заболеваний, что может быть нерепрезентативно относительно пожилых людей, которые чаще молодых страдают от инсульта [14].

Было проведено несколько клинических испытаний, показывающих, что мемантин может улучшить неврологические функции и эффективен в отношении лечения постинсультной афазии [25, 33, 35, 36, 47]. Ещё одно клиническое исследование влияния мемантина на постинсультную реабилитацию должно завершится в 2025 году, идентификатор NCT02144584.

Установлено, что мемантин, являясь ингибитором эксайтотоксического каскада, обладает превосходной переносимостью по сравнению с другими блокаторами каналов NMDA, при этом только у 2% пациентов наблюдались значительные нежелательные реакции по сравнению с плацебо при стандартной дозе приема препарата 20 мг/день [14, 47]. Наиболее распространенными нежелательными явлениями при этих дозировках была тошнота, распространенность которой составляла 10–25 % [47, 48]. Эти исследования подтверждают высокую безопасность и переносимость мемантина. Несмотря на многообещающие результаты, эффективность мемантина в качестве нейропротекторного средства при состояниях, отличных от болезни Альцгеймера, все еще требует дальнейших исследований. Необходимы более обширные клинические испытания с определением эффективных и безопасных доз мемантина для терапии пациентов после ишемического инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Glass O.M., Hermida A.P., Hershenberg R., Schwartz A.C. Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service // Curr Psychiatry Rep. 2020. -V. 13;22(5). – P. 21. doi: 10.1007/s11920-020-01147-2.

2. Jin B.R., Liu H.Y. Comparative efficacy and safety of cognitive enhancers for treating vascular cognitive impairment: systematic review and Bayesian network meta-analysis // Neural Regen Res. 2019. – V. 14(5). – P. 805-816. doi: 10.4103/1673-5374.249228.

3. Wang Y.C., Sanchez-Mendoza E.H., Doeppner T.R., Hermann D.M. Post-acute delivery of memantine promotes post-ischemic neurological recovery, peri-infarct tissue remodeling, and contralesional brain plasticity // J. Cereb Blood Flow Metab. – 2017 – V. 37(3). – P. 980-993. doi: 10.1177/0271678X16648971.

4. Nilles K.L., Williams E.I., Betterton R.D., Davis T.P., Ronaldson P.T. Blood-Brain Barrier Transporters: Opportunities for Therapeutic Development in Ischemic Stroke // Int J Mol Sci. – 2022. – V. 8;23(3). – P. 1898. doi: 10.3390/ijms23031898.

5. Xu J., Zhou Y., Yan C., Wang X., Lou J., Luo Y., Gao S., Wang J., Wu L., Gao X., Shao A. Neurosteroids: A novel promise for the treatment of stroke and post-stroke complications // J Neurochem. – 2022. - 160(1). – P. 113-127. doi: 10.1111/jnc.15503.

6. Kim K.Y., Shin K.Y., Chang K.A. Potential Biomarkers for Post-Stroke Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis // Int J Mol Sci. – 2022. – V. 6;23(2). – P. 602. doi: 10.3390/ijms23020602.

7. Zhou J., Fangma Y., Chen Z., Zheng Y. Post-Stroke Neuropsychiatric Complications: Types, Pathogenesis, and Therapeutic Intervention // Aging Dis. – 2023. – V. 1;14(6). – P. 2127-2152. doi: 10.14336/AD.2023.0310-2.

8. Francisco G.E., Wissel J., Platz T., Li S. Post-Stroke Spasticity. 2021. - 15. In: Platz T, editor. Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021

9. Suputtitada A., Chatromyen S., Chen C.P.C., Simpson D.M. Best Practice Guidelines for the Management of Patients with Post-Stroke Spasticity: A Modified Scoping Review. Toxins (Basel). 2024 Feb 10;16(2):98. doi: 10.3390/toxins16020098.

10. Avvantaggiato C., Casale R., Cinone N., Facciorusso S., Turitto A., Stuppiello L., Picelli A., Ranieri M., Intiso D., Fiore P., Ciritella C., Santamato A. Localized muscle vibration in the treatment of motor impairment and spasticity in post-stroke patients: a systematic review // Eur J Phys Rehabil Med. – 2021. – V. 57(1):44-60. doi: 10.23736/S1973-9087. 20.06390-X.

11. Kuns B., Rosani A., Patel P., Varghese D. Memantine. 2024 Jan 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2025.

12. Folch J., Busquets O., Ettcheto M., Sánchez-López E., Castro-Torres R.D., Verdaguer E., Garcia M.L., Olloquequi J., Casadesús G., Beas-Zarate C., Pelegri C., Vilaplana J., Auladell C., Camins A. Memantine for the Treatment of Dementia: A Review on its Current and Future Applications // J Alzheimers Dis. – 2018. - 62(3). - 1223-1240. doi: 10.3233/JAD-170672.

13. Shen Z., Xiang M., Chen C., Ding F., Wang Y., Shang C., Xin L., Zhang Y., Cui X. Glutamate excitotoxicity: Potential therapeutic target for ischemic stroke. // Biomed Pharmacother. – 2022. - 151. – P. 113125. doi: 10.1016/j.biopha.2022.113125.

14. Pichardo-Rojas D., Pichardo-Rojas P.S., Cornejo-Bravo J.M., Serrano-Medina A. Memantine as a neuroprotective agent in ischemic stroke: Preclinical and clinical analysis // Front Neurosci. – 2023. – 19 (17). - 1096372. doi: 10.3389/fnins.2023.1096372.

15. Yu S.P., Jiang M.Q., Shim S.S., Pourkhodadad S., Wei L. Extrasynaptic NMDA receptors in acute and chronic excitotoxicity: implications for preventive treatments of ischemic stroke and late-onset Alzheimer's disease // Mol Neurodegener. – 2023. – 3. - 18(1). - 43. doi: 10.1186/s13024-023-00636-1.

16. Wu T., Chen S.R., Pan H.L., Luo Y. The α2δ-1-NMDA receptor complex and its potential as a therapeutic target for ischemic stroke // Front Neurol. – 2023. – 20. – 14. - 1148697. doi: 10.3389/fneur.2023.1148697.

17. Susan G Amara, Andreia C.K Fontana, Excitatory amino acid transporters: keeping up with glutamate // Neurochemistry International. – 2002. – V. 41, Issue 5. – P. 313-318. ISSN 0197-0186, https://doi.org/10.1016 /S0197-0186(02)00018-9

18. Anderson C.M., Swanson R.A. Astrocyte glutamate transport: review of properties, regulation, and physiological functions Glia. – 2000. - 32 (1) - P. 1-14.

19. Fournier M., Monin A., Ferrari C Baumann P.S., Conus P., Do K. Implication of the glutamate-cystine antiporter xCT in schizophrenia cases linked to impaired GSH synthesis // NPJ Schizophr. - 2017. – V. 18;3(1). – P. 31. doi: 10.1038/s41537-017-0035-3.

20. McBean G.J. Cerebral cystine uptake: a tale of two transporters Trends Pharm // Sci. –2002. - V. 23 (7) – P. 299-302.

21. McShane R., Westby M.J., Roberts E., Minakaran N., Schneider L., Farrimond L.E., Maayan N., Ware J., Debarros J. Memantine for dementia // Cochrane Database Syst Rev. – 2019. – 20. 3(3). - CD003154. doi: 10.1002/ 14651858.CD003154.pub6.

22. Sheppard S.M., Sebastian R. Diagnosing and managing post-stroke aphasia // Expert Rev Neurother. – 2021. – V. 21(2). – P. 221-234. doi: 10.1080/14737175.2020.185 5976.

23. Haro-Martínez A., Pérez-Araujo C.M., Sanchez-Caro J.M., Fuentes B., Díez-Tejedor E. Melodic Intonation Therapy for Post-stroke Non-fluent Aphasia: Systematic Review and Meta-Analysis // Front Neurol. – 2021. – 4

(12). – P. 700115. doi: 10.3389/fneur. 2021. 700115.

24. García-Casares N., Barros-Cano A., García-Arnés J.A. Melodic Intonation Therapy in Post-Stroke Non-Fluent Aphasia and Its Effects on Brain Plasticity // J Clin Med. – 2022. - 17. - 11(12). P. 3503. doi: 10.3390 /jcm11123503.

25. Cichon N., Wlodarczyk L., Saluk-Bijak J., Bijak M., Redlicka J., Gorniak L., Miller E. Novel Advances to Post-Stroke Aphasia Pharmacology and Rehabilitation // J Clin Med. – 2021. – V. 24. - 10(17). – P. 3778. doi: 10.3390 /jcm10173778.

26. Stockbridge M.D. Better language through chemistry: Augmenting speech-language therapy with pharmacotherapy in the treatment of aphasia. Handb. Clin. Neurol. – 2022. – 185. – P. 261–272. doi: 10.1016/B978-0-12-823384-9.00013-X.

27. Katsari M., Angelopoulou G., Laskaris N., Potagas C., Kasselimis D. Common Neuroanatomical Substrate of Cholinergic Pathways and Language-Related Brain Regions as an Explanatory Framework for Evaluating the Efficacy of Cholinergic Pharmacotherapy in Post-Stroke Aphasia: A Review // Brain Sci. – 2022. – V. 21. - 12(10). – P. 1273. doi: 10.3390/ brainsci12101273.

28. Zhang X., Shu B., Zhang D., Huang L., Fu Q., Du G. The Efficacy and Safety of Pharmacological Treatments for Post-stroke Aphasia // CNS Neurol Disord Drug Targets. – 2018. – V. 17(7). – P. 509-521. doi: 10.2174/ 1871527317666180706143051.

29. Héctor E., Andrew N., Yan A., Andrew C., Stanley T., Michael V., Kevin C. Memantine Enhances Recovery From Stroke. – 2014. – V. 45 (7) – P. 2093-2100. https://doi.org/ 10.1161/STROKEAHA.113.004476

30. Górna S., Domaszewska K. The Effect of Endurance Training on Serum BDNF Levels in the Chronic Post-Stroke Phase: Current Evidence and Qualitative Systematic Review // J Clin Med. – 2022. – V. 20. - 11(12). – P. 3556. doi: 10.3390/jcm11123556.

31. Liu W., Wang X., O'Connor M., Wang G., Han F. Brain-Derived Neurotrophic Factor and Its Potential Therapeutic Role in Stroke Comorbidities // Neural Plast. - 2020. - 1969482. doi: 10.1155/2020/1969482.

32. MartInez-Coria H., Arrieta-Cruz I., Cruz M.E., López-Valdés H.E. Physiopathology of ischemic stroke and its modulation using memantine: evidence from preclinical stroke // Neural Regen Res. – 2021. – V. 16(3). – P. 433-439. doi: 10.4103/1673-5374.293129.

33. Berthier M.L., Green C., Lara J.P., et al. Memantine and constraint-induced aphasia therapy in chronic poststroke aphasia // Ann Neurol. – 2009. – V. 65(5). – P. 577-585.

34. Wang Y., Du W., Yang X., Yan J., Sun W., Bai J., Zhou J., Zhou A., Niu J., Li C., Wang J. Diagnosis and differential diagnosis flow diagram of Chinese post-stroke aphasia types and treatment of post-stroke aphasia // Aging Med (Milton). – 2021. – V. 26. - 4(4). – P. 325-336. doi: 10.1002/agm2.12183.

35. Barbancho M.A., Berthier M.L., Navas-Sánchez P. et al. Bilateral brain reorganization with memantine and constraint-induced aphasia therapy in chronic post-stroke aphasia: an ERP study // Brain Lang. – 2015. – V. 145–146. – P. 1-10.

36. Fu J., Xiao J., Yi G. et al. Effects of memantine and speech training on stroke patients with lateral fissure aphasia // Pract J Clin Med. – 2014. – V. 11(5). – P. 104-106.

37. Li Y., Cui R., Liu S., Qin Z., Sun W., Cheng Y., Liu Q. The efficacy and safety of post-stroke cognitive impairment therapies: an umbrella review // Front Pharmacol. – 2023. – V. 24 (14) – P. 1207075. doi: 10.3389/ fphar.2023.1207075.

38. Kang E.J., Cha M.G., Kwon G.H., Han S.H., Yoon S.J., Lee S.K., Ahn M.E., Won S.M., Ahn E.H., Suk K.T. Akkermansia muciniphila improve cognitive dysfunction by regulating BDNF and serotonin pathway in gut-liver-brain axis // Microbiome. – 2024. – V. 28. - 12(1). – P. 181. doi: 10.1186/s40168-024-01924-8.

39. Choi S.H., Bylykbashi E., Chatila Z.K., Lee S.W., Pulli B., Clemenson G.D., Kim E., Rompala A., Oram M.K., Asselin C., Aronson J., Zhang C., Miller S.J., Lesinski A., Chen J.W., Kim D.Y., van Praag H., Spiegelman B.M., Gage F.H., Tanzi R.E. Combined adult neurogenesis and

BDNF mimic exercise effects on cognition in an Alzheimer's mouse model // Science. – 2018. - V. 7. - 361(6406):eaan8821. doi: 10.1126/science.aan8821.

40. Babu C.S., Ramanathan M. Pre-ischemic treatment with memantine reversed the neurochemical and behavioural parameters but not energy metabolites in middle cerebral artery occluded rats // Pharmacol Biochem Behav. – 2009. – V. 92(3). – P. 424-32. doi: 10.1016/j.pbb.2009.01.010.

41. Culmsee C., Junker V., Kremers W., Thal S., Plesnila N., Krieglstein J. Combination therapy in ischemic stroke: synergistic neuroprotective effects of memantine and clenbuterol // Stroke. – 2004. – V. 35(5). – P. 1197-202. doi: 10.1161/01.STR.0000125855.17686.6d.

42. Kilic U., Yilmaz B., Reiter R.J., Yüksel A., Kilic E. Effects of memantine and melatonin on signal transduction pathways vascular leakage and brain injury after focal cerebral ischemia in mice // Neuroscience. – 2013. – V. 1 (237). – P. 268-76. doi: 10.1016/j.neuroscience.2013.01.059.

43. Kim G.S., Stephenson J.M., Al Mamun A., Wu T., Goss M.G., Min J.W., Li J., Liu F., Marrelli S.P. Determining the effect of aging, recovery time, and post-stroke memantine treatment on delayed thalamic gliosis after cortical infarct // Sci Rep. – 2021. – V. 15. - 11(1). – P. 12613. doi: 10.1038/s41598-021-91998-3.

44. Grefkes C., Fink G.R. Recovery from stroke: current concepts and future perspectives // Neurol Res Pract. – 2020. – V. 16 (2) – P. 17. doi: 10.1186/s42466-020-00060-6.

45. Seyedsaadat S.M., F Kallmes D. Memantine for the treatment of ischemic stroke: experimental benefits and clinical lack of studies // Rev Neurosci. – 2019. – V. 28. - 30(2). – P. 203-220. doi: 10.1515/revneuro-2018-0025. PMID: 30067513.

46. Parsons C.G., Stöffler A., Danysz W. Memantine: a NMDA receptor antagonist that improves memory by restoration of homeostasis in the glutamatergic system--too little activation is bad, too much is even worse // Neuropharmacology. – 2007. – V. 53(6). – P. 699-723. doi: 10.1016/j.neuropharm.2007.07.013.

47. Kafi H., Salamzadeh J., Beladimoghadam N., Sistanizad M., Kouchek M. Study of the neuroprotective effects of memantine in patients with mild to moderate ischemic stroke // Iran J Pharm Res. – 2014. – V. 13(2). – P. 591-598. PMID: 25237355; PMCID: PMC4157035.

48. Beladi Moghadam N, Pourheidar E, Ahmadpour F, Kafi H, Salamzadeh J, Nasiri S, Sistanizad M. The effects of memantine on the serum concentrations of matrix metalloproteinases and neurologic function of patients with ischemic stroke // J Clin Neurosci. – 2021. – V. 90. – P. 268-272. doi: 10.1016/j.jocn.2021.06.005.

УДК: 616.895.87:316.6

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ: ОБЗОР МИРОВОЙ ПРАКТИКИ

Хамидуллаев Х.Ш.
Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)
Ашуров З.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Шизофрения с бредом преследования представляет собой одно из наиболее социально неблагоприятных психических расстройств. Для этой формы характерны хроническое течение, выраженные нарушения социального функционирования и значительные межличностные конфликты. Параноидные идеи сопровождаются повышенным риском виктимизации и агрессивных реакций, особенно при наличии внешних провоцирующих факторов, включая употребление психоактивных веществ. Существенный вклад в ухудшение функционального прогноза вносят негативные симптомы — снижение мотивации, эмоциональная уплощённость и изоляция, что в итоге ведёт к стойкому снижению трудоспособности. Цель работы — обобщить современные данные о возможностях психосоциальной реабилитации лиц с шизофренией, сопровождающейся бредом преследования, и проанализировать доступный международный опыт применения соответствующих программ. В обзор включены публикации 2020–2025 гг., отобранные по ключевым запросам в ведущих научных базах данных. Анализ показал, что наиболее убедительные результаты связаны с использованием когнитивно-поведенческой терапии, программ когнитивной ремедиации, обучения социальным навыкам и психообразования. Показатели эмоционального интеллекта и субъективного качества жизни выступают значимыми прогностическими факторами успешной адаптации и эффективности лечения. Комплексный подход, учитывающий когнитивные и эмоциональные особенности пациента, а также гендерные различия, способствует повышению терапевтической приверженности, улучшению социального функционирования и снижению частоты повторных госпитализаций.*

Ключевые слова: *шизофрения, паранойя, эмоциональный интеллект, психосоциальная реабилитация, качество жизни.*

PARANOID SHIZOFRENIYA BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI PSIXO-IJTIMOIY REABILITATSIYASI: JAHON AMALIYOT SHARXI

Xamidullaev X.Sh.
O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika psixiatriya klinik shifoxonasi (Toshkent, O‘zbekiston)
Ashurov Z.Sh.
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Ta'qib qilish mazmunidagi vasvasa bilan kechuvchi shizofreniya ijtimoiy hayotning Keskin buzilishi bilan kechadigan ruhiy buzilishlardan biridir. Ushbu holat surunkali davom etishi, ijtimoiy funksiyalarning sezilarli darajada buzilishi hamda shaxslararo ziddiyatlarning kuchayishi bilan tavsiflanadi. Paranoid g'oyalar viktimizatsiya va agressiv reaksiyalar xavfining ortishi bilan bog'liq bo'lib, ayniqsa psixoaktiv moddalarni iste'mol qilish kabi tashqi omillar ta'sirida yanada kuchayadi. Kasallik prognozining og'irlashuvida negativ simptomlar — motivatsiyaning pasayishi, emotsional tekislik va ijtimoiy izolyatsiya muhim o'rin tutadi; bu esa mehnatga layoqatning barqaror pasayishiga olib keladi. Tadqiqotning maqsadi — ta'qib vasvasasi bilan kechuvchi shizofreniyaga chalingan bemorlarni psixosotsial reabilitatsiya qilish imkoniyatlari haqida zamonaviy ma'lumotlarni tizimlashtirish va mazkur yo'nalish bo'yicha xalqaro tajribani tahlil qilishdir. Sharhga 2020–2025-yillarda chop etilgan, yirik ilmiy bazalarda kalit so'zlar orqali topilgan nashrlar kiritildi. Tahlil natijalariga ko'ra, eng samarali yondashuvlar qatoriga kognitiv-xulqiy terapiya, kognitiv reabilitatsiya dasturlari, ijtimoiy ko'nikmalarni rivojlantirish hamda ruhiy holat haqida ma'lumotlar berish kiradi. Emotsional intellekt darajasi va sub'ektiv hayot sifati ko'rsatkichlari bemorlarning moslashuvi va davolash samaradorligini oldindan belgilovchi muhim omillar sifatida namoyon bo'ldi. Bemorning kognitiv va emotsional xususiyatlari hamda gender farqlarini hisobga olgan holda kompleks yondashuv qo'llash, terapevtik hamkorlikni oshirish, ijtimoiy funksional imkoniyatlarni yaxshilash va qayta shifoxonaga yotqizish holatlarini kamaytirishga yordam beradi.*

Kalit so'zlar: *shizofreniya, paranoiya, emotsional intellekt, psixosotsial reabilitatsiya, hayot sifati.*

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: A REVIEW OF WORLD PRACTICE

Khamidullaev Kh.Sh.
Republican Clinical Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

Ashurov Z.Sh.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Mental Health, (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Schizophrenia with prominent persecutory delusions is among the most socially disabling psychotic disorders. This clinical form is typically characterized by a chronic course, marked impairment in social functioning, and pronounced interpersonal difficulties. Persecutory beliefs are associated with an elevated risk of victimization and reactive aggression, particularly in the context of contributing environmental factors, including psychoactive substance use. Negative symptomatology—such as avolition, affective flattening, and social withdrawal—plays a major role in functional decline, ultimately resulting in persistent occupational dysfunction. The aim of this review is to summarize contemporary evidence on psychosocial rehabilitation in individuals with schizophrenia presenting with persecutory delusions and to evaluate relevant international experience in implementing structured rehabilitation programs. Publications from 2020–2025 were identified through major scholarly databases using predefined search terms. Findings indicate that the most substantiated interventions include cognitive-behavioral therapy for psychosis, cognitive remediation training, structured social skills training, and psychoeducational programs. Measures of emotional intelligence and subjective quality of life emerge as informative predictors of adaptive functioning and treatment response. A multimodal rehabilitation approach that accounts for patients' cognitive and emotional characteristics, as*

well as potential sex-related differences, enhances treatment adherence, improves functional outcomes, and reduces rehospitalization rates.

Keywords: *schizophrenia; persecutory delusions; emotional intelligence; psychosocial rehabilitation; quality of life*

Введение. Шизофрения остаётся одним из наиболее тяжёлых психических расстройств, сопровождающихся выраженными нарушениями социального функционирования и существенным ограничением жизненных возможностей пациентов. Бред преследования (паранойя) является одним из наиболее распространённых и клинически значимых проявлений заболевания, ассоциированным с межличностными конфликтами, виктимизацией и повышенным риском агрессивного поведения при сочетании с психоактивными веществами и социальными неблагополучными факторами (5,10).

Параноидная форма шизофрении считается одной из наиболее инвалидизирующих: до 40–46% пациентов сталкиваются с неблагоприятным течением и стойкой утратой трудоспособности. Негативные симптомы (апатия, эмоциональное обеднение, аутизация) играют ключевую роль в формировании дезадаптации и социальной изоляции (4,6).

Современные программы психосоциальной реабилитации направлены на восстановление утраченных навыков, развитие адаптационно-компенсаторных механизмов, формирование стратегий совладания и раннюю социальную интеграцию. Более половины пациентов находятся в социально активном возрасте, что подчёркивает высокую общественную значимость разработки эффективных реабилитационных стратегий (2,15,16).

Изучение эмоционального интеллекта и качества жизни у данной группы больных приобретает особое значение, так как трудности в распознавании и осознании эмоций усугубляют нарушения социального функционирования, препятствуют адаптации и снижают комплаентность (3).

Целью исследования является систематизация данных о психосоциальной реабилитации при шизофрении с выраженными параноидальными симптомами (бред преследования), включая поведенческие нарушения, а также анализ мирового опыта реализации реабилитационных программ.

Материалы и методы. Поиск литературы проводился в базах данных PubMed, PMC, а также методом ручного поиска в электронных библиотеках издательств. Использовались поисковые термины: *schizophrenia*, *paranoid schizophrenia*, *persecutory delusions*, *violence*, *aggression*, *behavior*, *stigma*, *theory of mind*, *attachment*, *trauma*, *family*, *psychosocial problems*, *rehabilitation*.

В обзор включались преимущественно систематические обзоры, метаанализы и крупные клинические исследования, опубликованные на русском и английском языках в 2020–2025 гг. Концептуальной основой анализа служила Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Учитывая, что термин «параноидная шизофрения» исключён из DSM-5 как устаревший, в настоящем обзоре для сохранения клинической точности используется обозначение «шизофрения с выраженным бредом преследования».

Результаты. В клинических исследованиях выделены группы пациентов в зависимости от мотивов обращения (бредовые, небредовые психопатологические и непсихопатологические) и уровня социальной адаптации (компенсированные, декомпенсированные, адаптированные и конфликтные). Для каждой категории разработаны дифференцированные программы реабилитации, включающие психообразование, когнитивную ремедиацию,

когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), тренинг социальных навыков и социальное сопровождение (15,16). Эффективность интервенций варьировала: у пациентов с небредовыми мотивами наблюдалось статистически значимое улучшение по шкалам PANSS и PSP, тогда как при выраженной декомпенсации положительные эффекты были ограниченными.

Показано, что значительная доля госпитализаций (около 38%) не имеет строгой клинической обоснованности и могла бы быть заменена амбулаторными или стационарозамещающими формами помощи. Эти модели позволяют снизить затраты системы здравоохранения, уменьшить частоту госпитализаций и повысить уровень социальной адаптации пациентов (2).

В исследовании 128 пациентов установлено, что показатели эмоционального интеллекта в среднем остаются низкими, что ассоциируется с неэффективностью межличностного взаимодействия и социальной дезадаптацией. Гендерные различия проявлялись в меньшей способности женщин управлять и интерпретировать эмоции других людей, что коррелировало с более выраженной негативной симптоматикой (эмоциональное обеднение, апатия, аутизация). Нарушение баланса между когнитивной и эмоциональной регуляцией формировало единый патогенетический механизм дезадаптации (1,12).

Качество жизни рассматривается как важный индикатор эффективности лечения и реабилитации. В выборке из 115 пациентов не было зафиксировано высокого уровня качества жизни: большинство имели низкие или средние показатели, особенно в сферах межличностных отношений, досуга и повседневной активности (10).

КПТ продемонстрировала высокую эффективность у пациентов с тревожно-депрессивными проявлениями (в том числе в постковидном синдроме у молодёжи), снижая выраженность симптоматики до субклинического уровня (8,13).

Арт-терапия, апробированная у подростков с параноидной шизофренией и коморбидными расстройствами пищевого поведения, в сочетании с музыкотерапией и рациональной психотерапией показала улучшение эмоционального состояния и социальной адаптации. Отмечены гендерные различия в предпочтениях методов работы (9,14).

Оценка критичности к собственному состоянию рассматривается как ключевой прогностический фактор терапевтического поведения и комплаентности. Разрабатываются комплексные методики её оценки, включающие клинико-психологические и психометрические подходы (7).

Обсуждение

Современные исследования подтверждают, что реабилитация пациентов с параноидной формой шизофрении требует интеграции клинических, психотерапевтических и социальных подходов (2,15,16). Ключевыми направлениями являются:

- персонализированная фармакотерапия,
- психообразование и когнитивно-поведенческая терапия,
- развитие когнитивных и социальных навыков,
- организация амбулаторной и стационарозамещающей помощи,
- учёт гендерных различий в эмоциональной и когнитивной регуляции.

Оценка качества жизни и эмоционального интеллекта позволяет разрабатывать более точные реабилитационные стратегии (6,10,12). Нарушения в эмоциональной сфере и снижение критичности связаны с высокой вероятностью дезадаптации, что требует применения интегративных психокоррекционных методик (4,11,17).

Заключение. Шизофрения с выраженным бредом преследования сопровождается стойкими нарушениями социального функционирования, снижением качества жизни и эмоциональной дезадаптацией. Наиболее перспективным направлением является комплексная психосоци-

альная реабилитация, включающая когнитивно-поведенческую терапию, арт-терапию, тренинг социальных навыков и меры социальной поддержки. Учёт гендерных различий и показателей эмоционального интеллекта повышает эффективность интервенций, способствует сокращению госпитализаций и продлению ремиссии.

Качество жизни пациентов должно рассматриваться как интегральный критерий успешности терапии и реабилитации, а также как ориентир для разработки индивидуализированных программ психосоциальной поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганиханов А. А. Особенности терапии тревожных и поведенческих нарушений у пожилых // Биопсихосоциальная психиатрия: новые подходы и перспективы развития. – 2023. – Т. 1. – № 1. – С. 24-27

2. Гончаренко С.Н., Шмилович А.А. Разработка мероприятий по совершенствованию медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией. Доктор.Ру. 2024;23(7):63–70. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-63-70;

3. Матвеева А. А. Роль эмоционального интеллекта у пациентов с параноидной шизофренией //Человеческий фактор: Социальный психолог. – 2021. – №. 1. – С. 468-472

4. Матвеева А. А., Абдуллаева В. К. Гендерные особенности эмоционального интеллекта при параноидной шизофрении //VolgaMedScience. – 2022. – С. 424-426,

5. Матвеева, А. Вопросы социальной адаптации больных параноидной шизофренией Современные тенденции в психиатрии и медицинской психологии: интегрированный подход к социальной психиатрии, лечению аддикций и повышению комплаенса, 2024. 2(2), 37–40

6. Набиева У., Туйчиев Ш., Агзамова Т. Применение психологических методик в исследовании лиц в период после инфекции COVID-19 //Современные аспекты инфекционных заболеваний. – 2023. – Т. 1. – №. 1. –С. 35-36

7. Пеккер М.В., Щелкова О.Ю. Когнитивные корреляты критичности больных параноидной шизофренией: методология и программа исследования. Psychology. Psychophysiology. 2020. Vol.13, no.3, pp.44-53. DOI: 10.14529/jpps200305

8. Рогов А. Аутоагрессивные действия подростков в инициальном периоде шизофрении //Современные тенденции в психиатрии и медицинской психологии: интегрированный подход к социальной психиатрии, лечению аддикций и повышению комплаенса. – 2024. – Т. 2. – №. 2. – С. 54-55.

9. Саттаров Т.Ф., Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у детей и подростков // Человеческий фактор Социальный психолог, №1(45), 2023; С. 348-353,

10. Саятова Г.У., Распопова Н.И. Факторы, определяющие качество жизни больных параноидной шизофренией. //Вестник КазНМУ. №2-2021. С.136-140

11. Сулейманов Ш.Р. Эффективность арт-терапии у пациентов с параноидной шизофренией // Современные тенденции в психиатрии и медицинской психологии: интегрированный подход к социальной психиатрии, лечению аддикций и повышению комплаенса, 2024, – С.70-72

12. Туйчиев Ш. Применение опросника EQ-5D-5L для изучения качества жизни у больных, перенесших Ковид-19 //Современные тенденции в психиатрии и медицинской психологии: интегрированный подход к социальной психиатрии, лечению аддикций и повышению комплаенса. – 2024. – Т. 2. – №. 2. – С. 80-81,

13. Туйчиев Ш. Т., Абдуллаева В. К., Набиева У. П. Психологические симптомы и иммунные реакции у пациентов с COVID-19 //Педиатрия. – 2024. – С. 469-485.

14. Babarakhimova S.B., Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R. Art therapy of digestive disorders in patients with paranoid schizo-

phrenia // Problems of biology and medicine. 2023. – No 1(142). – pp. 29-33.

15. Fusar-Poli P., Estradé A., Stanghellini G., Venables J. et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. World Psychiatry. 2022;21(2):168–88. DOI: 10.1002/wps.20959,

16. Ritunnano R., Kleinman J., Whyte Oshodi D., Michail M. et al. Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis. Lancet Psychiatry. 2022;9(6):458–76. DOI: 10.1016/S2215- 0366(22)00104-3]

17. Sattarov T.F. Optimization of the rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia/ Sciences of Europe.Vol 1, No 127 (2023) pg. 7-8

УДК: 616.89 - 008.441.13: 616.98: 578.834.1

ИНТЕГРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Таджибаев У.А., Абдукахарова Г.К., Равшанов Ж.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья, (Ташкентская область, Узбекистан)
Ашуров З.Ш., Хайрединова И.И.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья, (Ташкентская область, Узбекистан)
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. Введение: *Проблема поддержания длительной ремиссии у больных с алкогольной зависимостью остаётся одной из ключевых задач современной наркологии. Несмотря на совершенствование методов терапии, высокая частота рецидивов и недостаточная продолжительность ремиссии остаются актуальной проблемой. В отечественной практике недостаточно комплексных исследований, оценивающих влияние клинических, социальных и демографических факторов на устойчивость ремиссии.* ***Цель:*** *Провести интегративный анализ длительности ремиссии и факторов, влияющих на её продолжительность, у пациентов с хроническим алкоголизмом второй стадии.* ***Методы:*** *Проведён ретроспективный анализ данных 1109 пациентов, лечившихся в Республиканском специализированном научно-практическом центре психического здоровья в 2023 году. Изучались демографические характеристики (возраст, пол, семейное положение), социально-экономический статус (занятость), клинические особенности течения заболевания (первичное или повторное лечение, тип прогредиентности), а также участие в программах медико-социальной реабилитации. Статистическая обработка включала описательную, корреляционную и сравнительную аналитику (t-тест, ANOVA).* ***Результаты:*** *Среди обследованных преобладали мужчины – 94,8% (n=1051), пациенты в возрасте 36–50 лет – 41,3%. Ремиссия более 6 месяцев отмечена у 17,6%, от 1 до 6 месяцев – у 40,3%, отсутствие ремиссии – у 42,1% пациентов. Наличие постоянной работы и стабильного семейного положения достоверно увеличивало длительность ремиссии ($p<0,05$). Первичные пациенты чаще достигали продолжительных ремиссий по сравнению с повторно лечившимися. Участие в программах медико-социальной реабилитации способствовало увеличению длительности ремиссии и снижению частоты рецидивов.* ***Выводы:*** *Ключевыми детерминантами длительности ремиссии являются занятость, семейная поддержка, характер течения заболевания и участие в программах реабилитации. Индивидуализированный подход с учётом этих факторов повышает эффективность терапии и устойчивость ремиссии у больных с алкогольной зависимостью.*

Ключевые слова: *алкогольная зависимость, длительность ремиссии, демографические характеристики, коронавирусная инфекция, рецидив.*

SPIRTLI ICHIMLIKLARGA QARAM BO'LGAN BEMORLARDA REMISSIYA DAVOMIYLIGI VA UNING DAVOMIYLIGIGA TA'SIR QILUVCHI OMILLARNI INTEGRAL TAHLIL QILISH

Tadjibayev U.A., Abdukaharova G.K., Ravshanov J.A.
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent viloyati, O‘zbekiston)
Ashurov Z.Sh., Khayredinova I.I.
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent viloyati, O‘zbekiston)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. Kirish: *Spirtli ichimliklarga qaram bemorlarda uzoq muddatli remissiyani saqlab qolish zamonaviy narkologiyaning muhim masalalaridan biridir. Davolash usullari takomillashgan bo‘lishiga qaramay, qaytalanish holatlari yuqori va remissiya davomiyligi qisqa bo‘lib qolmoqda. Mahalliy amaliyotda kasallik kechishi, ijtimoiy va demografik omillarning remissiya barqarorligiga ta’sirini baholovchi tadqiqotlar yetarli emas.* ***Maqsad:*** *Surunkali alkogolizmning ikkinchi bosqichidagi bemorlarda remissiya davomiyligi va unga ta’sir qiluvchi omillarni integrativ tahlil qilish.* ***Uslublar:*** *2023-yilda Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazida davolangan 1109 bemorning tibbiy ma’lumotlari retrospektiv tahlil qilindi. Demografik ko‘rsatkichlar (yosh, jins, oilaviy holat), ijtimoiy-iqtisodiy holat (bandlik), kasallikning klinik xususiyatlari (birinchi yoki takroriy davolanish, kechish turi) hamda tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturlarida ishtirok etish baholandi. Statistik tahlil tavsiflovchi, korrelyatsion va taqqoslovchi (t-test, ANOVA) usullar yordamida amalga oshirildi.* ***Natijalar:*** *Tadqiqotda erkaklar ustunlik qildi – 94,8% (n=1051), 36–50 yoshdagi bemorlar – 41,3%. 6 oydan ortiq remissiya 17,6% bemorlarda, 1–6 oylik remissiya 40,3% bemorlarda kuzatildi, 42,1% bemorlarda remissiya qayd etilmadi. Doimiy ish joyi va barqaror oilaviy munosabat remissiya davomiyligini sezilarli darajada oshirdi ($p<0,05$). Birinchi bor davolangan bemorlar takroriy davolanganlarga nisbatan ko‘proq barqaror remissiyaga erishdilar. Tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturlarida ishtirok etgan bemorlar orasida remissiya davomiyligi yuqoriroq bo‘ldi.* ***Xulosa:*** *Remissiya davomiyligiga eng ko‘p ta’sir etuvchi omillar – bandlik, oilaviy qo‘llab-quvvatlash, kasallik kechish xususiyatlari va reabilitatsiya dasturlarida ishtirokdir. Ushbu omillarni hisobga olgan holda individual yondashuv terapiya samaradorligini oshiradi va remissiyaning barqarorligini ta’minlaydi.*

Kalit so'zlar: *spirtli ichimliklarga qaramlik, remissiya davomiyligi, demografik xususiyatlar, koronavirus infektsiyasi, recidiv.*

INTEGRATIVE ANALYSIS OF THE DURATION OF REMISSION AND FACTORS AFFECTING ITS DURATION IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Tadjibaev U.A., Abdukakharova G.K., Ravshanov Zh.A.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Mental Health (Tashkent Region, Uzbekistan)
Ashurov Z.Sh., Khayredinova I.I.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Mental Health (Tashkent Region, Uzbekistan)
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. Introduction: *Maintaining long-term remission in patients with alcohol dependence remains a major challenge in modern addiction medicine. Despite advances in treatment strategies, relapse rates remain high, and remission periods are often short. In Uzbekistan, comprehensive studies evaluating the influence of clinical, social, and demographic factors on remission stability are limited.* ***Objective:*** *To conduct an integrative analysis of remission duration and the factors affecting its sustainability in patients with stage II chronic alcoholism.METHODS: A retrospective analysis was conducted on 1109 patients treated at the Republican Specialized Scientific and Practical Center of Mental Health in 2023. Demographic parameters (age, sex, marital status), socio-economic status (employment), clinical characteristics (first-time or repeated treatment, type of disease progression), and participation in medical-social rehabilitation programs were assessed. Statistical analysis included descriptive, correlational, and comparative* ***methods (t-test, ANOVA). Results:*** *Males predominated (94.8%, n=1051), with most patients aged 36–50 years (41.3%). Remission lasting more than 6 months was recorded in 17.6% of patients, 1–6 months in 40.3%, and no remission in 42.1%. Stable employment and marital status were significantly associated with longer remission duration ($p<0.05$). First-time patients achieved more prolonged remission compared to relapsed individuals. Participation in medical-social rehabilitation programs improved remission outcomes and reduced relapse frequency.* ***Conclusions:*** *Employment, family support, disease course, and engagement in rehabilitation programs are the key determinants of remission duration. An individualized approach that considers these factors enhances therapeutic effectiveness and long-term recovery among patients with alcohol dependence.*

Keywords*: alcohol dependence, duration of remission, demographic characteristics, coronavirus infection, relapse.*

Введение.

Обзор проблемы алкогольной зависимости

Алкогольная зависимость представляет собой одну из наиболее серьёзных и широко распространённых проблем современного общества, оказывая глубокое воздействие на физическое, психическое и социальное здоровье человека. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), употребление алкоголя связано более чем с 200 заболеваниями и травматическими состояниями, включая цирроз печени, сердечно-сосудистые патологии, различные формы онкологических заболеваний и психические расстройства. В мировом масштабе алкоголь ежегодно становится причиной около 3 миллионов смертей, что составляет примерно 5,3% всех случаев летальных исходов. Злоупотребление алкоголем также способствует росту уровня заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности, существенно снижая качество жизни населения и увеличивая нагрузку на систему здравоохранения.

Проблема на локальном уровне

На уровне отдельной страны или региона алкогольная зависимость также имеет серьезные последствия. В условиях постсоветского пространства, включая Узбекистан, проблема алкоголизма является актуальной и требует внимания. В 2023 году в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре психического здоровья (РСНПМЦПЗ), в клиническом отделении по лечению алкоголизма было пролечено 1109 пациента с хроническим алкоголизмом второй стадии, что свидетельствует о высокой распространенности этого заболевания в регионе. Несмотря на существующие программы лечения, длительность ремиссии у многих пациентов остается недостаточной, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований и улучшения лечебных стратегий.

Значение исследования длительности ремиссии

Ремиссия при алкогольной зависимости является ключевым показателем успешности лечения. Длительность ремиссии определяется периодом времени, в течение которого пациент воздерживается от употребления алкоголя после завершения лечения. Достижение длительной ремиссии является сложной задачей, поскольку алкогольная зависимость имеет рецидивирующий характер, и многие пациенты сталкиваются с повторными эпизодами употребления алкоголя. Важность исследования факторов, влияющих на длительность ремиссии, заключается в возможности разработки более эффективных программ лечения и реабилитации, направленных на поддержание трезвости и улучшение качества жизни пациентов.

Цель и задачи исследования

Целью настоящего исследования является анализ длительности ремиссии и выявление факторов, влияющих на ее продолжительность у пациентов с хроническим алкоголизмом второй стадии. Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Оценка демографических характеристик пациентов: Пол, возраст, социальный статус, семейное положение.
2. Анализ истории заболевания: Первичное или повторное лечение, тип течения прогредиентности заболевания.
3. Изучение социально-экономического статуса: Наличие постоянной работы, статус занятости.
4. Оценка влияния наследственной предрасположенности: Наличие семейного анамнеза алкоголизма.
5. Изучение эффективности программы медико-социальной реабилитации: Влияние участия в реабилитационных программах на длительность ремиссии.

Научная новизна и практическая значимость

Научная новизна исследования заключается в комплексном анализе факторов, влияющих на длительность ремиссии у пациентов с хроническим алкоголизмом в условиях Центра психического здоровья. Исследование охватывает широкий спектр демографических, медицинских и социально-экономических факторов, что позволяет получить целостное представление о проблеме и разработать рекомендации для улучшения существующих программ лечения и реабилитации.

Практическая значимость работы заключается в возможности применения полученных результатов для оптимизации лечебных программ, разработки индивидуализированных планов лечения и реабилитации, а также внедрения новых подходов к поддержке пациентов с алкогольной зависимостью. Это, в свою очередь, может способствовать снижению уровня рецидивов, увеличению длительности ремиссии и улучшению общего качества жизни пациентов.

Заключение.

Таким образом, проведённое исследование было ориентировано на детальное рассмотрение проблемы хронической алкогольной зависимости, а также на выявление ключевых факторов, определяющих продолжительность ремиссии у пациентов со второй стадией заболевания. Полученные данные могут служить основой для совершенствования лечебных и реабилитационных подходов, направленных на повышение эффективности терапии, улучшение клинических исходов и снижение социальной нагрузки, связанной с алкоголизмом.

Методология научного исследования

Дизайн исследования

Настоящее исследование выполнено в формате ретроспективного анализа медицинской документации пациентов, проходивших лечение в Центре психического здоровья в течение 2023 года. Основной задачей работы стало изучение клинико-демографических характеристик лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, а также выявление факторов, оказывающих

влияние на продолжительность ремиссионного периода.

Выборка

В исследование были включены 1109 пациентов с подтверждённым диагнозом хронического алкоголизма, находившихся на лечении в специализированном отделении центра. Участие в исследовании предполагало соответствие ряду критериев отбора, включая:

Критерии включения:

- Диагноз хронический алкоголизм второй стадии.
- Возраст от 20 лет и старше.
- Прохождение курса лечения в Республиканском специализированном научно-практический медицинском центре психического здоровья в 2023 году.

Критерии исключения:

- Наличие тяжелых соматических заболеваний, не связанных с алкоголизмом.
- Наличие тяжелых психических расстройств, не связанных с алкоголизмом.

Методы сбора данных

Данные были собраны из медицинских карт пациентов, включая следующую информацию:

- Демографические характеристики: пол, возраст.
- История заболевания: первичное или повторное лечение, тип течения заболевания (среднепрогредиентный, высокопрогредиентный).
- Социально-экономический статус: наличие постоянной работы, статус занятости (работающие, безработные или временно не работающие, пенсионеры).
- Семейное положение: женаты/замужем, разведены или холост.
- Длительность ремиссии: более 6 месяцев, от 1 до 6 месяцев, без ремиссии.

Методы анализа данных

Анализ данных проводился с использованием статистических методов, включающих описательную статистику, корреляционный анализ и сравнительный анализ.

Описательная статистика: Использовалась для определения средних значений, стандартных отклонений, медиан и процентных распределений по различным демографическим и клиническим характеристикам.

Корреляционный анализ: Применялся для выявления взаимосвязей между длительностью ремиссии и различными факторами, такими как пол, возраст, статус занятости, семейное положение, тип течения заболевания и история лечения.

Сравнительный анализ:

- **t-тест для независимых выборок**: Использовался для сравнения средних значений между двумя группами (например, первичные и повторные пациенты).
- **Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA)**: Применялся для сравнения средних значений между более чем двумя группами (например, возрастные категории).

Этические соображения

Исследование проводилось в соответствии с этическими нормами и принципами конфиденциальности. Все данные были анонимизированы, а информация о пациентах использовалась исключительно в научных целях с соблюдением правил защиты личных данных.

Лимитации исследования

- **Ретроспективный характер**: Исследование основано на ретроспективном анализе данных, что может ограничивать возможность контроля за качеством и полнотой собранной информации.
- **Выборка**: Ограничение исследования пациентами одного центра может ограничивать обобщаемость результатов на более широкую популяцию.

Эта методология обеспечивает комплексный подход к анализу данных, позволяя выявить ключевые факторы, влияющие на длительность ремиссии у пациентов с хроническим алкоголизмом, и разработать рекомендации по оптимизации лечения и реабилитации.

Результаты

Демографические характеристики

Из 1109 пациентов, пролеченных в клиническом отделении по лечению алкоголизма в РСНПМЦПЗ за 2023 год, было выявлено следующее распределение по полу и возрасту:



Диаграмма 1: Пол:

- Мужчины: 1051 (94.8%)
- Женщины: 58 (5.2%)

Это распределение подчеркивает значительное преобладание мужчин среди пациентов с хроническим алкоголизмом.

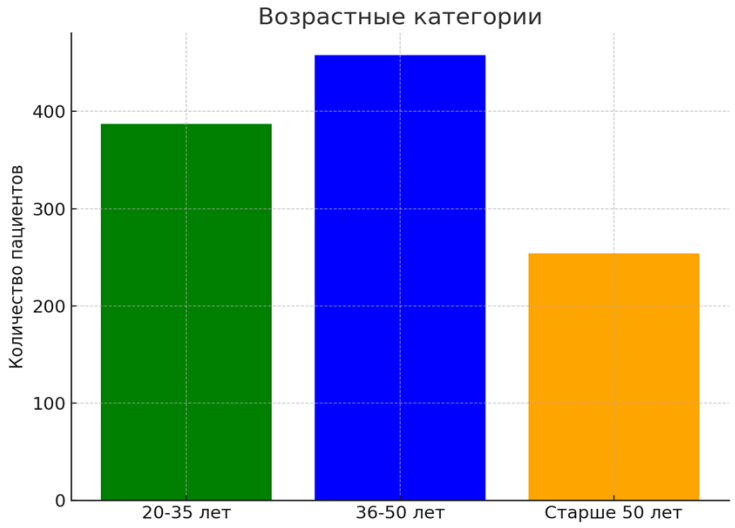


График 1: Возрастные категории:

- 20-35 лет: 387 (34.9%)
- 36-50 лет: 458 (41.3%)
- Старше 50 лет: 254 (23.8%)

Большинство пациентов находились в возрастных группах от 20 до 50 лет, что свидетельствует о высокой распространенности алкоголизма в этом возрастном диапазоне.

История заболевания

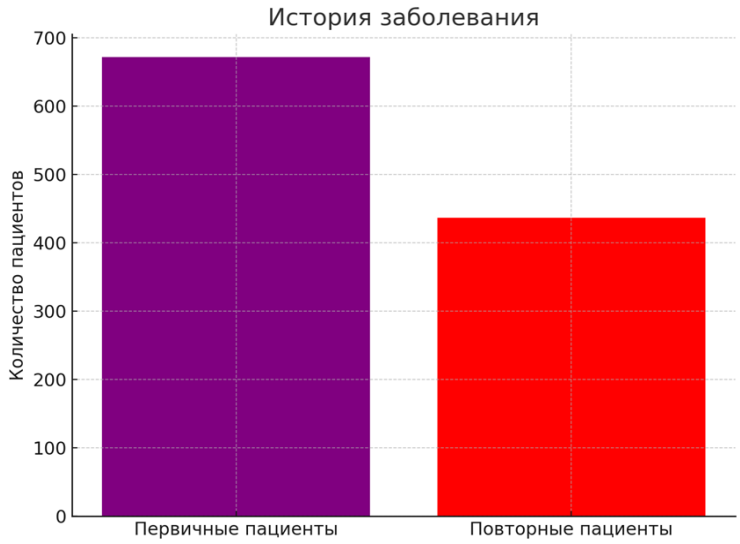


График 2: Первичные и повторные пациенты:

- Первичные пациенты: 672 (60.6%)
- Повторные пациенты: 437 (39.4%)

Это распределение показывает, что более половины пациентов обращались за помощью впервые, в то время как значительная доля (почти 40%) проходила лечение повторно, указывая на необходимость особого внимания к этой группе для предотвращения рецидивов.

Социально-экономический статус

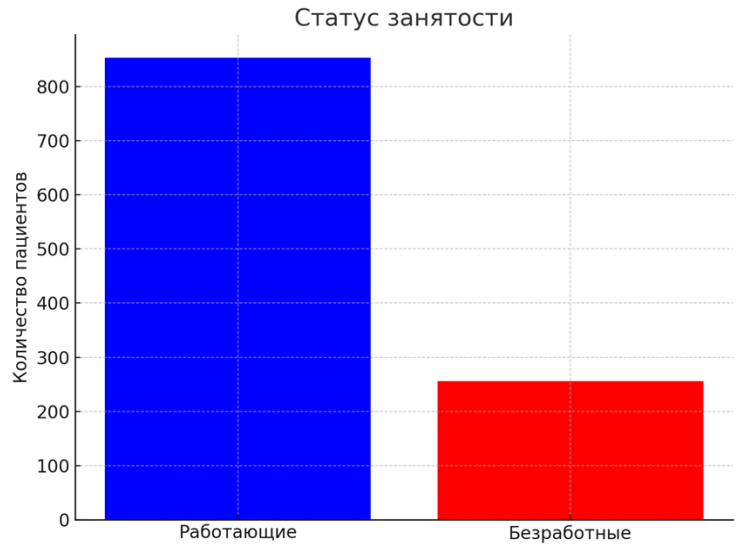


Диаграмма 2: Статус занятости:

- Работающие: 853 (77%)
- Безработные или временно не работающие: 256 (23%)

Большинство пациентов имели постоянную работу, что может быть положительным фактором для успешного лечения и ремиссии.

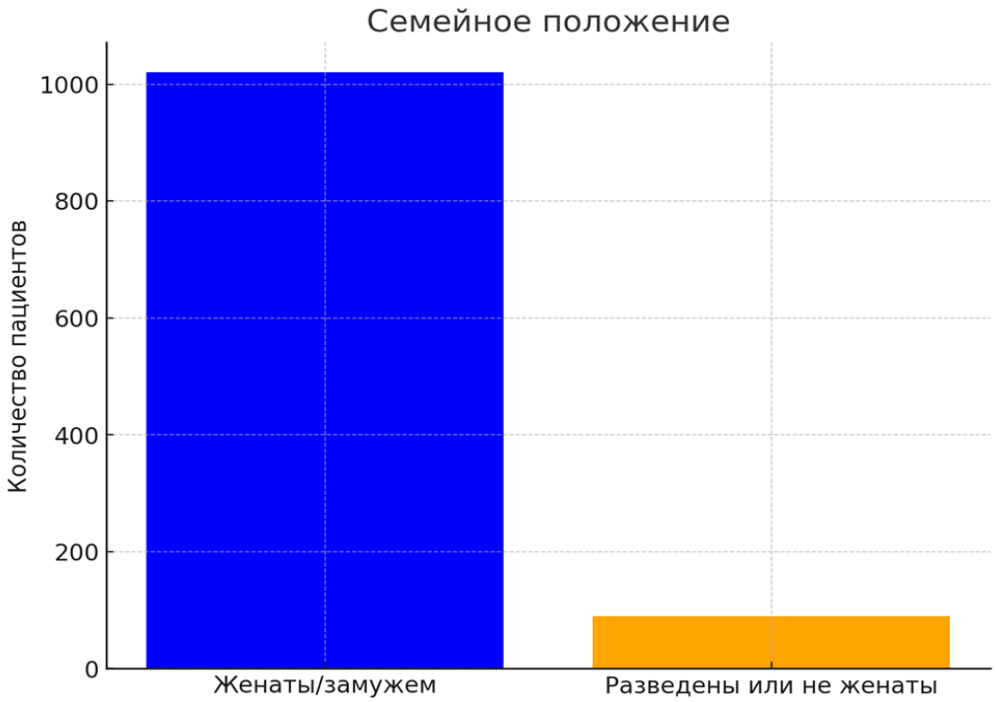


График 3: Семейное положение:
- Женаты/замужем: 1020 (92%)
- Разведены или не женаты: 89 (8%)

Высокий процент пациентов, состоящих в браке, указывает на потенциальную роль семейной поддержки в процессе лечения.

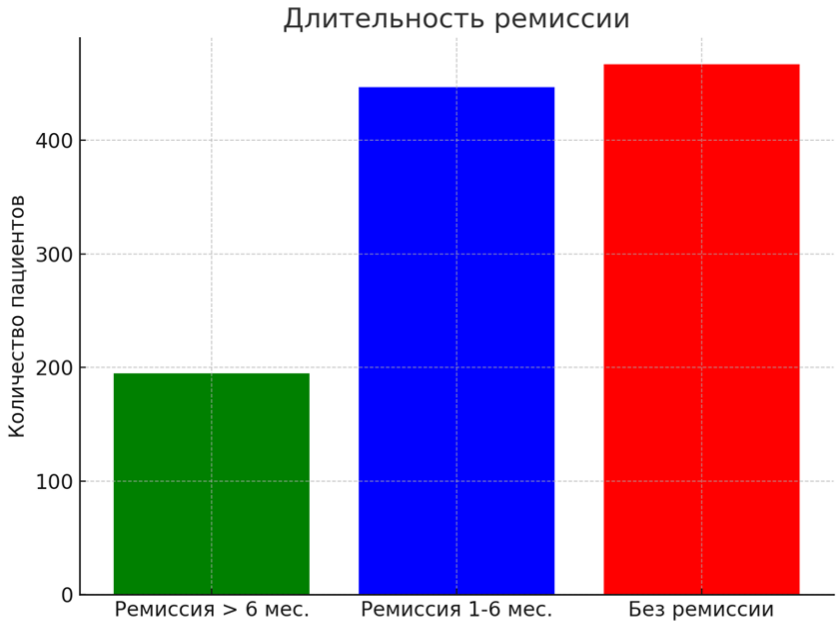


График 4: Длительность ремиссии:
- **Ремиссия более 6 месяцев**: 195 (17.6%)
- **Ремиссия от 1 до 6 месяцев**: 447 (40.3%)
- **Без ремиссии**: 467 (42.1%)

Это распределение показывает, что значительная часть пациентов не достигает длительной ремиссии, что указывает на необходимость улучшения существующих программ лечения и реабилитации.

Влияние различных факторов на длительность ремиссии

1. **Пол и возраст**:

Среди пациентов, достигших ремиссии более 6 месяцев, мужчины составили подавляющее большинство. Возрастное распределение показало, что наиболее успешными были пациенты в возрастных группах 30-45 и 46-60 лет.

2. **История лечения**:

Первичные пациенты чаще достигали длительной ремиссии по сравнению с повторными пациентами. Это может свидетельствовать о важности качественного первичного лечения для предотвращения рецидивов.

3. **Тип заболевания**:

Пациенты с хроническим алкоголизмом имели более высокие показатели длительной ремиссии по сравнению с пациентами с делирием и галлюцинозом.

4. **Социально-экономический статус**:

Наличие постоянной работы и стабильного семейного положения положительно коррелировали с длительностью ремиссии. Безработные и разведенные пациенты имели более низкие показатели успешного восстановления.

5. **Участие в программе медико-социальной реабилитации**:

Пациенты, прошедшие программу медико-социальной реабилитации, показали более высокие показатели длительной ремиссии. Из 28 пациентов, прошедших реабилитацию, большинство достигли ремиссии более 6 месяцев.

Обсуждение результатов

Анализ полученных данных подтверждает, что успешное лечение и длительная ремиссия у пациентов с хроническим алкоголизмом зависят от множества факторов, включая демографические характеристики, социально-экономический статус, историю заболевания и участие в реабилитационных программах. Комплексный подход, учитывающий все эти аспекты, является ключевым для улучшения исходов лечения и поддержки пациентов на пути к восстановлению.

Эти результаты подчеркивают необходимость разработки индивидуализированных программ лечения, ориентированных на конкретные потребности пациентов, с учетом их социального и медицинского фона. Дальнейшие исследования должны быть направлены на углубление понимания взаимодействия различных факторов и разработку новых, более эффективных стратегий лечения и реабилитации пациентов с хроническим алкоголизмом.

Выводы

Гендерные и возрастные различия

Результаты исследования показывают значительное преобладание мужчин среди пациентов с хроническим алкоголизмом, что требует особого внимания к гендерным аспектам при разработке лечебных программ. Мужчины составляют 94,8% от общего числа пациентов, что подчеркивает необходимость целенаправленных интервенций для этой группы. Возрастной анализ выявил, что большинство пациентов находятся в возрасте от 20 до 50 лет, при этом наибольшая группа составляет 36-50 лет (41,3%). Это указывает на то, что наиболее уязвимыми для хронического алкоголизма являются люди среднего возраста, что требует разработки возрастно-специфических программ лечения и профилактики.

Первичное и повторное лечение

Одним из ключевых выводов исследования является различие в длительности ремиссии между первично лечившимися и повторно проходившими лечение пациентами. Первичные пациенты (60,6%) показали более высокие показатели длительной ремиссии, чем повторные пациенты (39,4%). Это подчеркивает важность качественного первичного лечения и необходимость усиленной под-

держки для пациентов, возвращающихся на лечение повторно. Повторные пациенты часто сталкиваются с более сложными вызовами, включая устойчивость к лечению и сопутствующие психосоциальные проблемы, что требует более интенсивных и комплексных подходов.

Тип заболевания и его влияние

Анализ типов заболеваний выявил, что пациенты с хроническим алкоголизмом и среднепрогредиентным типом заболевания достигали более длительной ремиссии по сравнению с пациентами с высокопрогредиентный типом, делирием или галлюцинозом. Из 1109 пациентов, 92,2% страдали хроническим алкоголизмом, и эти пациенты показали лучшие результаты в плане длительности ремиссии. Это указывает на необходимость более пристального наблюдения и специализированного подхода к пациентам с тяжелыми формами алкоголизма, такими как делирий и галлюциноз.

Социально-экономический статус и его роль

Социально-экономический статус оказал значительное влияние на длительность ремиссии. Пациенты с постоянной работой (77%) показали более высокие показатели длительной ремиссии, чем безработные или временно не работающие пациенты (23%). Это подчеркивает важность социальной стабильности и занятости в процессе восстановления. Наличие работы может способствовать лучшему соблюдению режима лечения, снижению стресса и увеличению мотивации к поддержанию трезвого образа жизни. Аналогично, пациенты, состоящие в браке (92%), демонстрировали лучшие результаты по сравнению с разведенными или неженатыми (8%), что указывает на важность семейной поддержки в процессе реабилитации.

Наследственная предрасположенность

Наследственная предрасположенность к алкоголизму была отмечена у 17 пациентов. Несмотря на небольшую численность этой группы, важно учитывать генетические факторы при разработке индивидуализированных планов лечения. Пациенты с наследственной предрасположенностью могут требовать более тщательного наблюдения и специализированных интервенций для снижения риска рецидива.

Медико-социальная реабилитация

Программа медико-социальной реабилитации показала свою эффективность в достижении длительной ремиссии. Из 28 пациентов, прошедших реабилитацию, большинство достигли ремиссии более 6 месяцев. Это подчеркивает важность комплексного подхода, включающего не только медицинские, но и социальные, психологические аспекты реабилитации. Участие в таких программах способствует улучшению социальных навыков, восстановлению социальной активности и повышению качества жизни пациентов.

Практические рекомендации

На основании результатов исследования можно сделать несколько практических рекомендаций:

1. **Разработка гендерно-специфических программ лечения**: Учитывая преобладание мужчин среди пациентов, необходимо разрабатывать и внедрять программы, ориентированные на мужскую популяцию, с учетом их специфических потребностей и вызовов.

2. **Усиление первичной помощи и поддержки повторных пациентов**: Повышение качества первичного лечения и создание специализированных программ поддержки для пациентов, возвращающихся на лечение повторно.

3. **Возрастно-специфические интервенции**: Разработка и внедрение программ, ориентированных на возрастные группы, с особым вниманием к людям среднего возраста.

4. **Поддержка занятости и семейных отношений**: Включение в программы лечения элементов, способствующих социальной и трудовой адаптации пациентов, а также поддержка семейных отношений.

5. **Индивидуализированный подход к лечению с учетом наследственной предрасположенности**: Учет генетических факторов при разработке планов лечения и реабилитации.

6. **Расширение программ медико-социальной реабилитации**: Внедрение и развитие комплексных программ, включающих медицинскую, социальную и психологическую поддержку.

Заключение

Обобщение результатов исследования позволяет сделать вывод о необходимости комплексного подхода к лечению хронического алкоголизма, основанного на мультифакторном анализе состояния пациента. Такие переменные, как возраст, социальная стабильность, клинические особенности течения болезни, генетические факторы и участие в восстановительных программах, играют определяющую роль в достижении долгосрочной ремиссии. Персонализированные реабилитационные решения, адаптированные под конкретные условия, способны значительно повысить эффективность терапии и улучшить повседневное функционирование пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2008). "Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: A randomized controlled trial". Addiction, 103(12), 2059–2066. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02359.x

2. Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). "Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders". Addiction, 101(2), 212–222. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x

3. Kelly, J. F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2014). "Recovery benefits of the mutual-help organization LifeRing for people with alcohol use disorders". Alcoholism Treatment Quarterly, 32(2–3), 197–211. DOI: 10.1080/07347324.2014.907022

4. Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., & Lu, Y. (2001). "Integrating primary medical care with addiction treatment: A randomized controlled trial". JAMA, 286(14), 1715–1723. DOI: 10.1001/jama.286.14.1715

5. Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2007). "Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: A 5-year follow-up study". Addiction, 103(1), 119–125. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02050.

6. Petrunko, O. V., & Bryukhanova, E. N. (2018). "Факторы формирования длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью". Acta Biomedica Scientifica, (5), 125–132. DOI: 10.12737/article_5a3a0e7bd7d985.70954570.

7. Agibalova, T. V., Nobatova, V. N., Tuchina, O. D., Leonov, E. V., Pinegin, A. R., & Tukhvatullina, E. I. (2023). "Обзор факторов, влияющих на формирование ремиссии у наркологических больных". Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, 31(1), 155–163. DOI: 10.17816/PAVLOVJ105809.

УДК: 616.89-008.454.1-07

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шукуров Баходир Лутфуллаевич - директор
Клиника Ментал Мед Сервиз (Ташкент, Узбекистан)
Ашуров Зарифжон Шарифович - д.м.н., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Психическое благополучие врачей, особенно психиатров, напрямую влияет на качество и безопасность медицинской помощи. Тревожность специалистов рассматривается как ключевой фактор, модифицирующий клинические решения и организационные исходы. Целью исследования явилось обобщить современные данные о влиянии различных уровней тревожности врачей-психиатров (реактивной, личностной, невротической и клинического тревожного расстройства) на тактику ведения пациентов и клинические исходы. Материалы и методы. Проведён нарративно-аналитический обзор публикаций за 2009–2025 гг. (PubMed, Scopus, Web of Science). Включались систематические обзоры, мета-анализы, рандомизированные исследования, когортные работы и валидизационные статьи по шкалам STAI и HADS. Рассматривались механизмы тревожности (риск-аверсия, непереносимость неопределённости, оборонительная медицина) и её влияние на полипрагмазию, госпитализации, недоэскалацию и преждевременные смены терапии.Результаты. Реактивная тревога усиливает ситуативные оборонительные решения, ведёт к «госпитализациям на всякий случай», недоэскалации доз и ранней смене препаратов (8–13,14–19). Личностная тревожность формирует устойчивый стиль осторожной практики, связанный с полипрагмазией и избеганием инноваций (8–13,14–18). Невротический уровень тревожности сопряжён с выгоранием (1–7,19), удлинением госпитализаций (29–32) и ухудшением терапевтического альянса (21–24), что снижает приверженность пациентов. Клинические тревожные расстройства у психиатров усугубляют все перечисленные тенденции (14–19,21–24,27–28). Современные инструменты (38–45) позволяют проводить скрининг тревожности у специалистов. Эффективность коррекции подтверждена программами mindfulness, когнитивно-поведенческими техниками и организационными изменениями (46–50). Заключение. Тревожность психиатра является измеряемым и модифицируемым фактором, определяющим качество и безопасность психиатрической помощи. Учёт её уровней позволяет объяснить механизмы полипрагмазии, избыточных госпитализаций, недоэскалации и преждевременной смены терапии. Включение мониторинга тревожности в программы качества и внедрение многоуровневых интервенций способно улучшить исходы лечения и благополучие как пациентов, так и врачей.*

Ключевые слова: *психиатрия; тревожность врача; state-trait anxiety; оборонительная медицина; полипрагмазия; терапевтический альянс; клинические исходы*

THE IMPACT OF PSYCHIATRISTS' ANXIETY ON TREATMENT STRATEGIES AND CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Shukurov Bakhodir Lutfullaevich - director
Clinic Mental Med Service (Tashkent, Uzbekistan)
Ashurov Zarifjon Sharifovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *The mental well-being of physicians, particularly psychiatrists, directly impacts the quality and safety of medical care. Anxiety among these specialists is considered a key factor influencing clinical decisions and organizational outcomes.* ***Objective.*** *To synthesize current evidence on the impact of different levels of psychiatrists' anxiety (reactive, trait, subclinical neurotic, and clinical anxiety disorders) on management strategies and clinical outcomes in patients with mental disorders.* ***Materials and Methods.*** *A narrative analytical review of publications from 2009–2025 (PubMed, Scopus, Web of Science) was performed. Eligible studies included systematic reviews, meta-analyses, randomized controlled trials, cohort studies, and validation papers for the STAI and HADS. Mechanisms such as risk aversion, intolerance of uncertainty, and defensive medicine were examined in relation to polypharmacy, hospitalizations, under-escalation, and premature therapy switching.* ***Results.*** *Reactive anxiety triggered situational defensive decisions, including precautionary hospitalizations, under-escalation of dosages, and early treatment switching. Trait anxiety shaped a persistent cautious style of practice characterized by polypharmacy and avoidance of innovations. Subclinical neurotic anxiety was associated with burnout, prolonged hospital stays, and impaired therapeutic alliance, reducing patient adherence. Clinical anxiety disorders in psychiatrists exacerbated all these trends, resulting in multiple prescriptions, frequent therapy changes, and a preference for inpatient care. Brief validated tools (STAI-6, STAI-5, HADS-A) are available for clinician screening. Effective interventions include mindfulness programs, cognitive-behavioral techniques, and organizational measures such as supervision and proactive consultation-liaison psychiatry.* ***Conclusions.*** *Psychiatrists' anxiety is a measurable and modifiable determinant of psychiatric care quality and safety. Differentiating its levels helps explain the mechanisms underlying polypharmacy, excessive hospitalizations, under-escalation, and premature treatment switching. Integrating anxiety monitoring into quality programs and implementing multi-level interventions may improve outcomes for both patients and clinicians.*

Keywords: *psychiatry; physician anxiety; state-trait anxiety; defensive medicine; polypharmacy; therapeutic alliance; clinical outcomes*

PSIXIATR-SHIFOKORLARNING XAVOTIRLANISHINING RUHIY KASALLIKLARGA CHALINGAN BEMORLARNI OLIB BORISH TAKTIKASI VA KLINIK NATIJALARIGA TA'SIRI

Shukurov Bahodir Lutfullaevich - direktor
Mental Medical Service klinikasi (Toshkent, O'zbekiston).
Ashurov Zarifjon Sharifovich - t.f.d., dotsent
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Shifokorlarning, ayniqsa psixiatrlarning ruhiy salomatligi tibbiy yordam sifati va xavfsizligiga bevosita ta'sir ko'rsatadi. Mutaxassislarning xavotirlanishi klinik qarorlar va tashkiliy natijalarni o'zgartiruvchi asosiy omil sifatida qaraladi. Maqsad. Psixiatrlardagi turli darajadagi xavotir (reaktiv, shaxsiy, nevrotik va klinik xavotir buzilishi) bemorlarni boshqarish strategiyasi va klinik natijalarga ta'sirini umumlashtirish. Materiallar va usullar. 2009–2025 yillar davomida PubMed, Scopus va Web of Science bazalarida nashr qilingan sistematik sharhlar, meta-tahlillar, randomizatsiyalangan tadqiqotlar, kohort tadqiqotlar va STAI hamda HADS shkala validatsiyasi ishlari ko'rib chiqildi. Xavotir mexanizmlari (xavfdan qochish, noaniqlikka chidamsizlik, mudofaa meditsinasi) va ularning polifarmaziya, hospitalizatsiyalar, terapiya eskalatsiyasini kechiktirish va erta almashtirishga ta'siri tahlil qilindi. Natijalar. Reaktiv xavotir situatsion mudofaa qarorlarini kuchaytiradi, "zaxira" hospitalizatsiyalarga, dozalarning oshirilmasligiga va erta dori almashtirishga olib keladi. Shaxsiy xavotir barqaror ehtiyotkor amaliyot uslubini shakllantiradi, bu polifarmaziya va innovatsiyalarni cheklash bilan bog'liq. Nevrotik darajadagi xavotir charchash, hospitalizatsiya muddatining uzayishi va terapevtik alyansning yomonlashishi bilan bog'liq. Klinikal xavotir buzilishlari esa barcha tendensiyalarni kuchaytiradi. STAI-6, STAI-5 va HADS-A kabi qisqa validatsiyalangan vositalar xodimlarni skrining qilish imkonini beradi. Mindfulness dasturlari, kognitiv-behavioral texnikalar va tashkilot ichidagi choralar xavotirni kamaytirishda samarali. Xulosa. Psixiatrdagi xavotir psixiatriya yordamining sifat va xavfsizligiga ta'sir qiluvchi o'lchanadigan va modifikatsiyalanadigan omildir. Xavotir darajasini hisobga olish polifarmaziya, ortiqcha hospitalizatsiyalar, terapiya eskalatsiyasini kechiktirish va erta dori almashtirish mexanizmlarini tushuntirishga yordam beradi.*

Kalit so'zlar: *psixiatriya; shifokor xavotiri; state-trait anxiety; mudofaa meditsinasi; polifarmaziya; terapevtik alyans; klinik natijalar.*

Введение. За последние десятилетия проблема психического благополучия врачей получила значительное внимание в научной литературе. Особенно активно изучается феномен профессионального выгорания, охватывающий эмоциональное истощение, деперсонализацию и снижение удовлетворённости работой. Систематический обзор Ротенштейна и соавт. показал, что распространённость выгорания среди врачей колеблется от 0% до 80,5%, что объясняется разнородностью методологий и определений (1). Другие исследования подтвердили, что уровень эмоционального истощения у врачей выше, чем в общей популяции (2,3), а психиатры и врачи смежных специальностей демонстрируют ещё более высокий риск (4–7). Эти данные подчёркивают, что в контексте психиатрической практики следует рассматривать не только здоровье пациентов, но и эмоциональное состояние самих специалистов.

Особое место среди факторов профессионального неблагополучия занимает **тревожность**. Её традиционно разделяют на несколько уровней: **реактивная тревожность (state-anxiety)**, возникающая в конкретной ситуации; **личностная тревожность (trait-anxiety)**, являющаяся устойчивой характеристикой индивида; **невротическая тревожность**, проявляющаяся как хронически повышенный, субклинический фон; и **клинические тревожные расстройства**, соответствующие диагностическим категориям (например, генерализованное тревожное расстройство или паническое расстройство). Такое разделение принципиально важно, так как каждый уровень по-разному влияет на принятие решений и взаимодействие врача с пациентом.

Нейропсихологические и нейроэкономические исследования показали, что тревожность усиливает избегание риска и снижает толерантность к неопределённости (14–16). При повышенной тревоге активируются механизмы «самозащиты», в результате чего врач принимает решения, направленные на минимизацию возмож-

ных неблагоприятных последствий, но не всегда соответствующие принципам доказательной медицины. Концептуальные модели подтверждают, что именно непереносимость неопределённости является центральным звеном, связывающим тревожность с клинической практикой (17–19).

Психиатры, в силу характера своей работы, оказываются особенно уязвимыми. Исследования оборонительной медицины показали, что эта группа врачей часто принимает решения, продиктованные не клинической необходимостью, а стремлением снизить собственную тревогу или юридические риски. Так, в опросах значительная доля психиатров признавали госпитализацию пациентов «на всякий случай», множественные назначения препаратов без достаточных оснований и избыточное использование консультаций (8–13). В юридической литературе даже закрепился термин «оборонительная психиатрия», отражающий распространённость этой практики (20).

Наряду с этим тревожность психиатра влияет на **коммуникацию с пациентом**. Мета-анализы продемонстрировали, что качество врачебной коммуникации прямо коррелирует с приверженностью пациентов к лечению (21), а в психиатрии качество терапевтического альянса является одним из наиболее надёжных предикторов исходов, включая эффективность терапии при психозах (22–24). Современные подходы, основанные на совместном принятии решений (shared decision-making), также зависят от способности врача сохранять ясность и уверенность в условиях неопределённости, тогда как тревожность снижает эту способность (25–28).

Организационные последствия тревожности выражаются в изменении структуры госпитализаций. Систематические обзоры предикторов длительности стационарного лечения указывают, что субъективная неуверенность врача является одной из причин увеличения продолжительности пребывания пациента в стационаре (29). Дополнительно исследования по моделям консультационно-линейзанской психиатрии (consultation-liaison psychiatry) показали, что проактивное взаимодействие специалистов снижает длительность госпитализации и улучшает исходы (30–32). При этом ранний поствыписочный период остаётся зоной повышенного риска: когорты показывают высокий уровень суицидов в течение первых двух недель после выписки, что требует точного баланса между осторожностью и своевременной деэскалацией стационарной помощи (33–35).

Таким образом, можно выделить **рабочую гипотезу**: разные уровни тревожности у психиатра по-разному модулируют ключевые тактические решения — назначение множества препаратов (полипрагмазия), продление или инициирование госпитализации, задержку в эскалации терапии и преждевременную смену препаратов. Эти решения, в свою очередь, влияют на приверженность пациентов, терапевтический альянс и конечные исходы. Включение оценки и коррекции тревожности в систему качества психиатрической помощи может стать важным шагом к улучшению как профессионального здоровья врачей, так и результатов лечения пациентов.

Материалы и методы

Поиск и анализ литературы проводились в трёх международных базах данных — PubMed/MEDLINE, Scopus и Web of Science — за период с 2009 по 2025 годы. Выбор именно этого временного промежутка был обусловлен необходимостью охватить как наиболее актуальные исследования, так и ключевые работы, сформировавшие современное понимание тревожности у врачей и её последствий для клинической практики. Для полноты картины использовались также списки литературы из найденных обзоров и мета-анализов, что позволило включить наиболее значимые публикации в области психиат-

рии, психологии и медицинской этики (1–7, 29–32, 46–50).

Поисковая стратегия строилась на сочетании терминов, отражающих как сам феномен тревожности, так и его поведенческие проявления. В запросах использовались ключевые слова *psychiatrist*, *anxiety*, *burnout*, *defensive medicine*, *risk aversion*, *uncertainty tolerance*, *therapeutic alliance*, *shared decision-making*, *polypharmacy*, *hospitalization*, *length of stay*, *premature switching*, *STAI*, *HADS*. Такой подбор терминов позволил структурировать поиск в соответствии с теоретической моделью, предполагающей рассмотрение тревожности на четырёх уровнях: реактивном, личностном, невротическом субклиническом и клиническом. Для первого уровня особое внимание уделялось работам, где тревожность оценивалась с помощью подшкалы состояния STAI-S и её кратких форм STAI-6 и STAI-5 (38–40). Для личностной тревожности были отобраны публикации с использованием STAI-T, чья психометрическая надёжность подтверждена многими исследованиями (41,42). Невротическая тревожность анализировалась через исследования хронической тревожности и эмоционального выгорания, описанных у врачей, включая психиатров, с акцентом на их организационные последствия (1–7, 19, 29–32). Для клинических тревожных расстройств включались публикации, где описывались генерализованное тревожное расстройство и другие диагностируемые формы, влияющие на профессиональные решения врачей (14–19, 21–24, 27,28).

При отборе источников учитывались только рецензируемые статьи с чёткой операционализацией тревожности. Включались работы, использовавшие валидированные шкалы (STAI, HADS, GAD-7) или концепты риск-аверсии и непереносимости неопределённости (14–19, 38–45). Обязательным условием было наличие данных о влиянии тревожности на тактические решения врача или на клинические исходы пациентов. Так, для полипрагмазии в обзор вошли исследования оборонительной медицины в психиатрии (8–13), для госпитализаций и длительности пребывания — систематические обзоры по предикторам LOS (29–32), для недоэскалации терапии и преждевременных смен — работы о влиянии риск-аверсии и альянса на приверженность и стабильность схем лечения (14–19, 21–24, 27,28). Исключались нерецензируемые публикации, клинические наблюдения единичных случаев и статьи с невалидными методами измерения тревожности.

Синтез данных осуществлялся через объединение эмпирических находок в рамках единой логической модели, где тревожность психиатра рассматривалась как независимая переменная, модифицирующая тактику ведения. Результаты анализировались в разрезе четырёх исходов: полипрагмазии, избыточных госпитализаций и увеличения длительности пребывания, недоэскалации терапии и преждевременной смены препаратов. В случаях, когда были доступны мета-аналитические оценки, приоритет отдавался именно им (21–24, 26, 29–32, 46–50). При отсутствии суммарных данных в анализ включались когортные исследования или опросы специалистов. Такой подход позволил не только выделить общие закономерности, но и продемонстрировать, каким образом разные уровни тревожности проявляются в конкретных клинических решениях и организационных практиках.

Результаты

Анализ литературы показал, что разные уровни тревожности врачей-психиатров обладают специфическим влиянием на тактику ведения пациентов и клинические исходы. Реактивная тревога, описываемая как ситуативное состояние, напрямую связана с непереносимостью неопределённости и усилением риск-аверсии (14–16). В условиях угрозы суицида, агрессивного поведения пациента или высокой юридической ответственности психиатры чаще прибегают к госпитализациям «на всякий случай», что подтверждается исследованиями по оборонительной меди-

цине (8–13). В такой ситуации также возникает тенденция к отказу от повышения доз препаратов до терапевтического уровня и к их преждевременной замене, поскольку врач стремится минимизировать вероятность негативных последствий уже в краткосрочной перспективе (14–19).

Личностная тревожность, являясь устойчивой характеристикой, формирует целостный стиль клинической практики. Врачи с высоким уровнем trait-anxiety демонстрируют склонность к полипрагмазии: назначение нескольких препаратов воспринимается ими как более безопасное решение, чем монотерапия (8–13). Те же специалисты чаще избегают инновационных подходов, предпочитая традиционные методы лечения даже при наличии доказательств эффективности новых стратегий (14–18). Кроме того, исследования фиксируют более высокую частоту дополнительных консультаций и продлений госпитализаций среди психиатров с высоким уровнем личностной тревожности, что объясняется стремлением снизить собственное чувство неопределённости и тревожного ожидания возможных осложнений.

Субклинически выраженная, невротическая тревожность проявляется в профессиональной деятельности в виде эмоционального выгорания, когнитивного истощения и соматизации (1–7,19). Она оказывает влияние прежде всего на организационные аспекты помощи. Врачи с высоким уровнем хронической тревожности склонны задерживать выписку пациентов и тем самым увеличивать среднюю длительность госпитализаций (29–32). Влияние этого фактора подтверждается систематическими обзорами, указывающими на субъективную неуверенность врача как один из предикторов увеличения LOS. Одновременно в этой группе наблюдается снижение качества коммуникации: общение становится более формальным и лишённым эмпатии, что негативно отражается на терапевтическом альянсе. Метаанализы убедительно показывают, что качество альянса предсказывает приверженность к терапии и клинические исходы при тяжёлых психических расстройствах, включая психозы (21–24). Таким образом, невротическая тревожность не только удлиняет пребывание пациентов в стационаре, но и косвенно снижает эффективность лечения через ослабление терапевтического взаимодействия.

Клинические тревожные расстройства у психиатров описаны реже, однако имеющиеся данные позволяют сделать вывод о выраженном их влиянии на принятие решений. Врачи с диагностируемыми тревожными расстройствами, такими как генерализованное тревожное или обсессивно-компульсивное, демонстрируют резко повышенную склонность к оборонительным стратегиям. Их практика характеризуется множественными назначениями, преждевременными сменами терапии и предпочтением стационарного ведения даже при возможности амбулаторного контроля (14–19,21–24,27,28). Дополнительным фактором становится ухудшение коммуникации: пациенты воспринимают таких специалистов как напряжённых и неуверенных, что подрывает доверие и приверженность лечению.

Сопоставление данных по всем уровням тревожности позволяет выделить общую закономерность. Независимо от того, идёт ли речь о реактивной тревоге, личностной черте, субклиническом фоне или клиническом расстройстве, ключевым механизмом остаётся усиление риск-аверсии и снижение толерантности к неопределённости. Эти механизмы проявляются в четырёх типичных тактических решениях: полипрагмазии, избыточных госпитализациях, недоэскалации доз и преждевременной смене препаратов. Совокупность таких решений формирует своеобразный «паттерн оборонительной психиатрии», при котором стратегии врача направлены не столько на оптимизацию терапии паци-

ента, сколько на снижение его собственной тревоги.

Обсуждение

Обзор выявил, что тревожность психиатров нельзя рассматривать как единый феномен: её проявления варьируют от кратковременных ситуативных всплесков до устойчивых личностных черт и диагностируемых расстройств. Каждая из этих форм по-разному модулирует клинические решения и влияет на исходы лечения пациентов. При этом объединяющим звеном является снижение толерантности к неопределённости и усиление риск-аверсии, что неоднократно подтверждалось экспериментальными и наблюдательными исследованиями (14–16,18,19).

Реактивная тревога особенно ярко проявляется в острых клинических ситуациях, когда психиатр оказывается перед лицом потенциального риска суицида, агрессии или судебных последствий. В таких условиях решения принимаются с акцентом на самозащиту, что ведёт к избыточным госпитализациям и преждевременным сменам терапии. Данные по оборонительной медицине подтверждают, что значительная часть психиатров в разных странах прибегают к подобным стратегиям, руководствуясь больше собственным чувством тревоги, чем объективной клинической необходимостью (8–13). Эти решения временно снижают тревожность врача, но увеличивают нагрузку на систему здравоохранения и не всегда способствуют оптимальным исходам у пациентов.

Личностная тревожность задаёт более устойчивый стиль профессиональной деятельности. Врачи с высоким уровнем trait-anxiety систематически склонны к полипрагмазии и избеганию инноваций. Полипрагмазия в этом случае выступает как инструмент «подстраховки», позволяющий врачу снизить субъективное ощущение риска, но при этом повышающий вероятность побочных эффектов и снижения приверженности пациентов (8–13,14–18). Кроме того, у таких специалистов выше вероятность продлевать госпитализации и чаще обращаться к коллегам за дополнительными консультациями, что подтверждается исследованиями оборонительных стратегий (12,13). В результате личностная тревожность формирует устойчивый паттерн избыточно осторожной практики, который влияет на систему здравоохранения не эпизодически, а постоянно.

Субклинический невротический уровень тревожности связан прежде всего с выгоранием и когнитивным истощением (1–7,19). Влияние этого уровня проявляется не только в индивидуальных решениях, но и в организационных исходах. Так, врачи с хронической тревожностью чаще задерживают пациентов в стационаре, увеличивая среднюю длительность госпитализации (29–32). Эти находки согласуются с данными о том, что субъективная неуверенность врача является одним из важных предикторов LOS, наряду с клиническими факторами. Кроме того, хроническая тревожность сопровождается изменением стиля коммуникации: общение становится более формальным и менее эмпатичным. Мета-анализы показывают, что качество терапевтического альянса является ключевым предиктором приверженности к лечению и клинических исходов (21–24). Таким образом, невротическая тревожность оказывает двойное влияние: она удлиняет пребывание в стационаре и одновременно снижает эффективность амбулаторного сопровождения из-за ослабления альянса.

Клинические тревожные расстройства у психиатров, такие как генерализованное тревожное расстройство или обсессивно-компульсивное расстройство, наиболее радикально изменяют тактику ведения. У таких специалистов наблюдается выраженная склонность к оборонительным госпитализациям, множественным назначениям и постоянным сменам терапии (14–19,21–24,27,28). Их практика характеризуется высокой непредсказуемостью для пациента: терапевтические схемы часто меняются ещё до того, как можно объективно оценить их эффектив-

ность. Пациенты воспринимают таких врачей как неуверенных, что снижает доверие и приверженность к лечению. В итоге личная психопатология специалиста становится фактором риска для самого пациента.

Таким образом, можно выделить общую причинно-следственную модель: тревожность психиатра ведёт к росту рискаверсии и непереносимости неопределённости, что, в свою очередь, вызывает четыре типичных тактических искажения — полипрагмазию, избыточные госпитализации, недоэскалацию терапии и преждевременные смены препаратов. Эти решения снижают качество терапии, подрывают терапевтический альянс, увеличивают длительность госпитализаций и повышают риск осложнений после выписки (29–35).

Особое значение имеет тот факт, что тревожность врача является не только фактором риска, но и измеряемым, а значит — потенциально модифицируемым индикатором качества. Современные психометрические инструменты позволяют быстро и достоверно оценить тревожность специалистов. Краткие формы STAI (STAI-6, STAI-5) продемонстрировали высокую надёжность и применимость в медицинских выборках (38–40), в то время как валидность подшкалы личностной тревожности STAI подтверждена крупными мета-аналитическими обобщениями (41,42). Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS-A) широко используется для экспресс-оценки тревожности у медицинского персонала и обладает доказанной валидностью (43–45). Это делает возможным регулярный скрининг состояния врачей в рамках программ управления качеством.

Не менее важно, что тревожность поддаётся коррекции. Индивидуальные интервенции, включающие программы осознанности, когнитивно-поведенческие техники и тренинги стресс-менеджмента, демонстрируют значимый эффект в снижении тревожности и симптомов выгорания у медицинских работников (46–49). Организационные меры — супервизии, командные разборы сложных случаев, оптимизация нагрузки и внедрение проактивной консультационно-линейзанской психиатрии — позволяют снизить вероятность оборонительных решений и улучшить исходы пациентов (29–32,50). Эти подходы формируют среду, где врач не остаётся один на один с неопределённостью, что снижает тревожность и уменьшает риск деструктивных стратегий.

Таким образом, тревожность психиатра выступает медиатором между системой здравоохранения и исходами пациентов. Её своевременное выявление и коррекция открывают возможности не только для улучшения состояния самих специалистов, но и для повышения эффективности и безопасности психиатрической помощи в целом.

Заключение

Рассмотрение тревожности психиатра как многослойного феномена позволило показать её глубокое влияние на клинические решения и исходы лечения пациентов. Реактивная тревога, возникающая в острых ситуациях, приводит к ситуативным оборонительным стратегиям, включая «госпитализацию на всякий случай», отказ от повышения дозы препарата и преждевременную смену терапии (8–13,14–19). Личностная тревожность формирует устойчивый стиль профессиональной деятельности, выражающийся в хронической склонности к полипрагмазии, избеганию инновационных методов и избыточной осторожности при выборе тактики ведения (8–13,14–18). Невротическая тревожность проявляется в организационных последствиях: удлинении сроков госпитализаций, задержках выписки и ухудшении качества коммуникации, что в конечном счёте ослабляет терапевтический альянс и снижает приверженность пациентов (1–7,19,21–24,29–32). Клинические тревожные расстройства у врачей оказывают наиболее радикальное воздействие, сочетая в себе все перечисленные проявле-

ния и усиливая их за счёт патологического уровня тревоги (14–19,21–24,27,28).

Таким образом, тревожность психиатра не ограничивается индивидуальной проблемой специалиста, а выступает системным фактором качества и безопасности психиатрической помощи. Её воздействие реализуется через снижение толерантности к неопределённости и усиление риск-аверсии, что закономерно приводит к четырём типичным тактическим искажениям — полипрагмазии, избыточным госпитализациям, недоэскалации терапии и преждевременной смене препаратов. Эти искажения напрямую влияют на эффективность лечения, длительность госпитализаций, приверженность пациентов и риск осложнений после выписки (29–35).

Практическая значимость полученных данных заключается в том, что тревожность психиатра является измеряемым и модифицируемым фактором. Надёжные инструменты, такие как краткие формы STAI (38–40), подшкала личностной тревожности STAI (41,42) и госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS-A (43–45), позволяют проводить регулярный скрининг состояния специалистов в рамках систем управления качеством. Включение таких инструментов в клиническую практику открывает возможность раннего выявления проблем и своевременной профилактики негативных последствий.

Не менее важным является то, что тревожность поддаётся коррекции. Индивидуальные психотерапевтические и образовательные программы, включая mindfulness-интервенции, когнитивно-поведенческие техники и тренинги стресс-менеджмента, доказали эффективность в снижении тревожности и выгорания у медицинских работников (46–49). Организационные изменения, такие как супервизии, командные разборы сложных случаев, внедрение проактивной консультационно-линейзанской психиатрии и стандартизация поствыписочного наблюдения, позволяют снизить вероятность оборонительных решений и повысить клиническую стабильность (29–32,50).

Итоговый вывод заключается в том, что тревожность психиатра является одним из ключевых, но до сих пор недооценённых предикторов качества психиатрической помощи. Её системное изучение, регулярный мониторинг и целенаправленная коррекция способны существенно улучшить эффективность терапии, снизить избыточные расходы системы здравоохранения и повысить удовлетворённость пациентов. Включение данного направления в стратегию развития психиатрической службы может стать важным шагом к созданию более устойчивой, безопасной и ориентированной на пациента модели психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. JAMA. 2018;320(11):1131-1150. doi:10.1001/jama.2018.12777

2. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012; 172(18):1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199

3. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009; 374(9702):1714-1721. doi:10.1016/S0140-6736(09)61424-0

4. Bykov KV, et al. Prevalence of burnout among psychiatrists: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2022;311:153-163. doi:10.1016/j.jad.2022.05.048

5. Macaron MM, et al. A systematic review and meta-analysis on burnout in physicians. Front Psychiatry. 2023;14:1113456. doi:10.3389/fpsyt.2023.1113456

6. Shanafelt TD, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance of US physicians between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc. 2015;90(12):1600-1613. doi:10.1016/j.mayocp.2015.08.023

7. Navinés R, et al. Burnout and mental health in medical residents during the COVID-19 pandemic. Front Psychiatry. 2024; 15: 1376482. doi:10.3389/fpsyt.2024.1376482

8. Passmore K, Leung WC. Defensive practice among psychiatrists: questionnaire survey. BMJ. 2002; 325(7354):1102-1103. doi:10.1136/bmj.325.7354.1102

9. Reuveni I, et al. Defensive practices among psychiatrists in Israel: a cross-sectional survey. Isr J Health Policy Res. 2017 ;6:20. doi:10.1186/s13584-017-0148-3

10. Morena D, et al. Predictors of defensive practices among Italian psychiatrists. Medicina (Kaunas). 2023;59(1):68. doi:10.3390/medicina59010068

11. Lorenc T, et al. Defensive healthcare practice: a systematic review. PLoS One. 2024; 19(3):e0304512. doi:10.1371/journal.pone.0304512

12. Bishop TF, et al. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. JAMA Intern Med. 2010;170(12):1081-1083. doi:10.1001/archinternmed.2010.171

13. Özdemir RC, et al. Fear of malpractice and defensive medicine among physicians. JAREM. 2024; 14(2):81-88. doi: 10.4274/jarem.galenos.2024.84530

14. Lawton R, et al. Are more experienced clinicians better able to tolerate uncertainty? An observational study. BMJ Qual Saf. 2019; 28(5): 382-389. doi:10.1136/bmjqs-2018-008390

15. Hartley CA, Phelps EA. Anxiety and decision-making: a neuroeconomic perspective. Biol Psychiatry. 2012;72(2):113-118. doi:10.1016/j.biopsych.2011.12.027

16. Charpentier CJ, et al. Enhanced risk aversion in pathological anxiety. Biol Psychiatry. 2017;82(11):855-862. doi:10.1016/j.biopsych.2017.04.015

17. Patel B, et al. Navigating uncertainty in clinical practice: conceptual frameworks. Patient Educ Couns. 2024;117(3):541-548. doi:10.1016/j.pec.2024.01.007

18. Yang Z, et al. Medical decision-making under risk and uncertainty. Risk Anal. 2025;45(4):765-780. doi:10.1111/risa.14232

19. Politi MC, et al. Physicians' reactions to uncertainty and the impact on patients. Patient Educ Couns. 2010;80(2):155-157. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.030

20. Tellefsen C. "Lawyer phobia": commentary on defensive psychiatry. J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37(3):364-368. PMID: 19767402

21. Zolnierek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence: a meta-analysis. Med Care. 2009;47(8):826-834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

22. Flückiger C, et al. The alliance-outcome relation in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. Psychother (Chic). 2018;55(4):316-340. doi:10.1037/pst0000172

23. Browne J, et al. Therapeutic alliance and outcomes in schizophrenia and early psychosis: a meta-analysis. Schizophr Res. 2021; 231: 108-115. doi:10.1016/j.schres.2021.02.016

24. Priebe S, et al. Does the therapeutic relationship predict outcomes in patients with psychosis? Psychother Psychosom. 2011; 80(2):70-77. doi:10.1159/000320976

25. Hamann J, et al. Effect of SDM-PLUS in acute psychiatry: cluster-randomised trial. J Med Internet Res. 2020;22(7):e15928. doi: 10.2196/15928

26. Thomas EC, et al. Shared decision-making in mental health: a systematic review. Psychiatr Serv. 2021;72(2):163-176. doi: 10.1176/appi.ps.202000082

27. Vitger T, et al. Digital shared decision-making interventions in mental health: meta-analysis. Front Psychiatry. 2021; 12:648596. doi:10.3389/fpsyt.2021.648596

28. Vitger T, et al. Randomized controlled trial of a digital SDM tool in psychiatry. J Med Internet Res. 2022;24(4):e29138. doi: 10.2196/29138

29. Carranza Navarro F, et al. Predictors of psychiatric inpatient length of stay: systematic review. Front Psychiatry. 2024; 15: 1352154. doi:10.3389/fpsyt.2024.1352154

30. Oldham MA, et al. Proactive consultation-liaison psychiatry reduces length of stay: systematic review. Gen Hosp Psychiatry.

2019;61:1-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.08.001

31. Triplett PT, et al. Proactive vs. on-request C-L psychiatry service outcomes. Psychosomatics. 2024; 65(2):124-133. doi: 10.1016 /j.psym.2023.11.002

32. Sharpe M, et al. Proactive integrated consultation-liaison psychiatry in older inpatients (HOME Study). Lancet Psychiatry. 2024; 11(2): 123-132. doi:10.1016/S2215-0366 (23) 00452-1

33. Che SE, et al. Association of early follow-up after psychiatric hospital discharge with suicide risk. JAMA Netw Open. 2023; 6(5): e2312154. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.12154

34. König D, et al. Risk factors for suicide after psychiatric hospital discharge. J Affect Disord. 2024;352:117-124. doi: 10.1016/j.jad.2024.03.047

35. Bickley H, et al. Suicide within two weeks of psychiatric discharge: a national cohort study. Psychiatr Serv. 2013;64(7):653-659. doi:10.1176/appi.ps.201200389

36. de las Cuevas C, et al. Health locus of control, doctor–patient relationship and adherence in psychiatry. Healthcare (Basel). 2023;11(12):1655. doi:10.3390/healthcare11121655

37. Deng M, et al. Factors influencing medication adherence in severe mental disorders: a qualitative review. BMC Psychiatry. 2022; 22:635. doi: 10.1186/s12888-022-04325-8

38. Zsído AN, et al. Development and validation of the STAI-5 short form. J Affect Disord. 2020;265:73-81. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.064

39. Marteau TM, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the STAI. Br J Clin Psychol. 1992; 31(3):301-306. doi:10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x

40. Tluczek A, et al. Reliability and validity of the STAI-6 in medical settings. J Nurs Meas. 2009;17(1):19-28. doi:10.1891/1061-3749.17.1.19

41. American Psychological Association. State-Trait Anxiety Inventory (STAI): reliability data. APA PsycTests. 2025.

42. Barnes LLB, et al. Reliability generalization of the STAI. Educ Psychol Meas. 2002; 62(4): 603-618. doi:10.1177/0013164402062004005

43. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983; 67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

44. Bjelland I, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated review. J Psychosom Res. 2002; 52(2): 69-77. doi:10.1016/S0022-3999(01)00 296-3

45. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory, HADS, and others. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011; 63(S11): S467-S472. doi:10.1002/acr.20561

46. West CP, et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016; 388(10057):2272-2281. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X

47. Panagioti M, et al. Controlled interventions to reduce physician burnout: a meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017;177(2):195-205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674

48. Ong NY, et al. Mindfulness-based interventions for healthcare staff: systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2024; 14(2):e072894. doi:10.1136/bmjopen-2023-072894

49. Ameli R, et al. Brief mindfulness program for healthcare professionals: a randomized trial. JAMA Netw Open. 2020; 3(12): e2025751. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25751

50. Haslam A, et al. Interventions to reduce burnout in healthcare professionals: meta-analysis of RCTs. Am J Med. 2024;137(5):495-506. doi:10.1016/j.amjmed.2023.11.009

УДК: 616.89-008.454.1-053.2

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИНАМИКУ ТЕЧЕНИЯ ФОБИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Усербаева Роза Куралбаевна - докторант
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Ашуров Зарифжон Шарифович - д.м.н., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Фобические тревожные расстройства у детей характеризуются высокой распространённостью и значительным влиянием на функционирование и качество жизни. Их течение отличается гетерогенностью, и, помимо терапии, на исход влияют семейные, школьные и индивидуальные факторы. В литературе Центральной Азии крайне ограничено количество исследований, посвящённых динамике подобных состояний. Цель настоящей работы заключалась в выявлении факторов, модифицирующих течение и прогноз фобических тревожных расстройств у детей на основании 12-месячного продольного наблюдения. В исследование было включено 127 детей в возрасте от 6 до 14 лет (средний возраст 10,2 года) с диагнозами F40 и F93 по МКБ-10. Все участники получали базисную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями. Оценка состояния проводилась при включении, а также через три, шесть и двенадцать месяцев с использованием шкалы тревожности Спенса (SCAS), опросника АСВ (типы воспитания), опросника Айзенка (темперамент) и опросника Олвеуса (буллинг). Для анализа применялись методы дисперсионного анализа с повторными измерениями, χ^2 и логистическая регрессия. За год наблюдения средний балл SCAS снизился с 82,2 до 59,4, что отражает значимое общее улучшение, однако динамика оказалась неравномерной. Наиболее неблагоприятное течение отмечалось у детей, воспитывающихся в условиях эмоционального отвержения и гиперпротекции; в этих случаях снижение тревожности было минимальным. Высокий нейротизм по Айзенку также предсказывал сохранение симптомов, тогда как экстраверсия ассоциировалась с более выраженным улучшением. Буллинг и семейная отягощённость тревожными расстройствами существенно замедляли редукцию симптомов. Таким образом, течение фобических тревожных расстройств у детей определяется не только терапевтическими вмешательствами, но и типом воспитания, личностными характеристиками и социальным окружением.*

Ключевые слова:*фобические тревожные расстройства; дети; динамика симптомов; семейные факторы; тип воспитания; темперамент; буллинг; продольное исследование; SCAS; прогноз.*

BOLALARDA FOBIK XAVOTIRLI BUZILISHLAR KECHISHINING DINAMIKASIGA TA’SIR ETUVCHI OMILLAR: 12 OYLIK KUZATUV NATIJALARI

Userbaeva Roza Kuralbaevna - doktorant
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Ashurov Zarifjon Sharifovich - t.f.d., dotsent
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Bolalarda fobik trevojli buzilishlar keng tarqalgan va ularning funksional faoliyati hamda hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Bu holatlarning kechishi geterogen va terapiyadan tashqari oilaviy, maktab va individual omillar bilan ham bog'liq. Markaziy Osiyo adabiyotida bu holatlar dinamikasiga bag'ishlangan tadqiqotlar soni juda cheklangan. Ushbu ishning maqsadi – bolalarda fobik trevojli buzilishlarning kechishi va prognozini modifikatsiya qiluvchi omillarni 12 oylik uzluksiz kuzatuv asosida aniqlash. Tadqiqotga MKB-10 bo'yicha F40 va F93 diagnozlari qo'yilgan 6–14 yoshdagi 127 nafar bola (o'rtacha yosh 10,2) qo'shildi. Barcha ishtirokchilar klinik tavsiyalarga muvofiq bazis terapiya oldilar. Holat baholash kirishda hamda 3, 6 va 12 oydan keyin Spens trevojlik shkalasi (SCAS), ASV so'rovnomasi (ta'lim turlari), Ayzenk so'rovnomasi (temperament) va Olveus so'rovnomasi (bulling) orqali amalga oshirildi. Tahlilda takrorlangan o'lchovlar bilan dispersion tahlil, χ^2 va logistik regressiya metodlari qo'llanildi. Yillik kuzatuvda SCAS o'rtacha ko'rsatkich 82,2 dan 59,4 gacha pasaydi, bu umumiy sezilarli yaxshilanishni aks ettiradi, ammo dinamika nomutanosib edi. Eng noqolayli kechish emotsional rad etish va giperproteksiya sharoitida o'sgan bolalarda kuzatildi; bu hollarda trevojlik pasayishi minimal edi. Ayzenk shkalasi bo'yicha yuqori neyrotizm ham simptomlarning saqlanishini oldindan aytib berdi, ekstraversiya esa sezilarli yaxshilanish bilan bog'liq edi. Bulling va oilaviy trevojli buzilishlarga moyillik simptomlarning kamayishini sezilarli sekinlashtirdi. Shuningdek, bolalarda fobik trevojli buzilishlarning kechishi faqat terapevtik aralashuvlar bilan emas, balki tarbiya turi, shaxsiy xususiyatlar va ijtimoiy muhit bilan ham belgilanadi.*

Kalit so'zlar:*fobik trevojli buzilishlar; bolalar; simptomlar dinamikasi; oilaviy omillar; tarbiya turi; temperament; bulling; uzluksiz tadqiqot; SCAS; prognoz.*

FACTORS AFFECTING THE DYNAMICS OF FOBIC ANXIETY IN CHILDREN: RESULTS OF 12-MONTH OBSERVATION

Userbaeva Roza Kuralbaevna - doctoral student
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Ashurov Zarifjon Sharifovich - D.M.Sc., associate professor
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Phobic anxiety disorders in children are highly prevalent and significantly affect functioning and quality of life. Their course is heterogeneous and, beyond therapy, is influenced by family, school, and individual factors. In Central Asian literature, studies focusing on the dynamics of these conditions are very limited. The aim of this study was to identify factors modifying the course and prognosis of phobic anxiety disorders in children based on a 12-month longitudinal follow-up. The study included 127 children aged 6–14 years (mean age 10.2) diagnosed with F40 and F93 according to ICD-10. All participants received baseline therapy in accordance with clinical guidelines. Assessments were conducted at baseline and at 3, 6, and 12 months using the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), the Parenting Styles Questionnaire (PSQ), Eysenck Personality Questionnaire (temperament), and Olweus Bullying Questionnaire. Data analysis employed repeated-measures ANOVA, χ^2, and logistic regression. Over one year, the mean SCAS score decreased from 82.2 to 59.4, reflecting significant overall improvement, though the trajectory was uneven. The least favorable course was observed in children raised under emotional rejection and overprotection; in these cases, anxiety reduction was minimal. High neuroticism predicted symptom persistence, whereas extraversion was associated with greater improvement. Bullying and family history of anxiety disorders significantly slowed symptom reduction. Thus, the course*

of phobic anxiety disorders in children is influenced not only by therapeutic interventions but also by parenting style, individual personality traits, and social environment.

Keywords: *phobic anxiety disorders; children; symptom dynamics; family factors; parenting style; temperament; bullying; longitudinal study; SCAS; prognosis.*

Введение. Фобические тревожные расстройства у детей и подростков являются одной из ведущих форм психопатологии раннего возраста и оказывают значительное влияние на учебную и социальную адаптацию [1]. Несмотря на доступность базисной терапии, течение таких состояний остаётся непредсказуемым: часть пациентов демонстрирует быстрое улучшение, у других сохраняются выраженные проявления или отмечается хронификация [6]. Международные исследования указывают на ключевую роль родительской тревожности [2], особенностей воспитания [3–5], темперамента [7,10,14], школьных условий и буллинга [11,12,15] в формировании динамики симптомов.

Особое внимание уделяется семейным факторам. Авторитарное воспитание, гиперпротекция и эмоциональное отвержение повышают риск хронификации тревожных расстройств, тогда как поддерживающий и тёплый стиль воспитания способствует положительной динамике [3–5]. Наряду с этим темпераментные особенности — высокий нейротизм, поведенческая ингибиция — формируют уязвимость ребёнка к стрессу и тревожности [7,10,14]. Социальные факторы, такие как буллинг, дополнительно усиливают негативные сценарии развития [11,12,15].

Однако в литературе Центральной Азии крайне ограничено количество исследований, посвящённых сочетанию этих предикторов, особенно в рамках продольных проектов. В связи с этим мы провели 12-месячное наблюдение за детьми с фобическими тревожными расстройствами, чтобы определить факторы, модифицирующие динамику симптомов и прогноз.

Материалы и методы. Исследование имело продольный дизайн с 12-месячным наблюдением за динамикой состояния детей с фобическими тревожными расстройствами. В выборку были включены 127 пациентов в возрасте от 6 до 14 лет (средний возраст 10,2±2,8 года), наблюдавшихся амбулаторно или стационарно в специализированных учреждениях. Все дети соответствовали критериям МКБ-10 для диагнозов F40.x и F93.x.

Критериями включения являлись: наличие клинически верифицированного диагноза ФТР, возраст 6–14 лет и согласие родителей на участие ребёнка в исследовании. В исследование не включались дети с тяжёлыми неврологическими заболеваниями, выраженной интеллектуальной недостаточностью, а также в случаях отказа семьи от участия.

Для анализа рассматривались клинико-демографические характеристики, семейные условия, особенности воспитания и темперамента, а также факторы школьной и социальной среды. Измерения проводились четырежды: на исходном этапе, через 3, 6 и 12 месяцев. У всех участников оценивались уровни тревожности по шкале Спенса (SCAS), стиль воспитания по опроснику ACB, темпераментные характеристики по опроснику Айзенка и опыт буллинга по опроснику Олвеуса.

Дети не распределялись на группы заранее: подгруппы формировались постфактум при анализе данных в зависимости от выявленных особенностей воспитания, темперамента или социальных условий. Такой подход позволил сопоставить траектории течения тревожных расстройств у детей с разными факторами риска.

Статистическая обработка данных выполнялась в программе SPSS (версия 25). Для изучения динамики SCAS применялся дисперсионный анализ с повторными измерениями (ANOVA). Категориальные переменные сравнивались с помощью χ^2, а для выявления независимых предикторов неблагоприятного течения ис-

пользовалась бинарная логистическая регрессия с расчётом отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов. Уровень значимости принимался равным $p<0,05$.

Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом. Родители всех участников подписали информированное согласие, а данные собирались и обрабатывались в обезличенном виде в соответствии с принципами Хельсинкской декларации.

Результаты. В течение года наблюдения тревожные симптомы в общей группе снизились значимо: с 82,2 балла по SCAS при включении до 65,0 через полгода и 59,4 к концу наблюдения ($p<0,001$). Однако за этой усреднённой динамикой скрывались различные траектории.

У детей, воспитывающихся в условиях эмоционального отвержения, тревожные проявления практически не изменились: снижение было минимальным, и показатели SCAS оставались близкими к исходному уровню. При гиперпротекции улучшение происходило медленнее и не достигало клинически значимой выраженности. Напротив, у детей, получавших тёплую эмоциональную поддержку от родителей, тревожность снижалась наиболее заметно, и уже к шестому месяцу различия с другими подгруппами стали статистически значимыми.

Темперамент также определял характер динамики. Высокий нейротизм ассоциировался с сохранением симптомов и слабым улучшением в течение года, в то время как экстраверсия сопровождалась более быстрым и выраженным снижением тревожности. У экстравертированных детей к концу исследования показатели часто опускались ниже клинического порога, чего почти не наблюдалось в подгруппе с высоким нейротизмом.

Социальная среда усиливала эти тенденции. У подвергавшихся буллингу детей улучшение было значительно менее выраженным: к концу года их уровень тревожности оставался высоким, особенно в сферах, связанных со школой и социальными контактами. Дополнительным неблагоприятным фактором выступала семейная отягощённость тревожными расстройствами. Дети с таким анамнезом улучшались медленнее, и у них чаще сохранялись выраженные симптомы, несмотря на терапию.

Таким образом, общее снижение тревожности в выборке сочеталось с высокой неоднородностью индивидуальных траекторий. Наиболее неблагоприятное течение наблюдалось у детей с сочетанием эмоционального отвержения, высоким нейротизмом и опытом буллинга, тогда как сочетание поддерживающего воспитания и экстраверсии обеспечивало наиболее благоприятный прогноз.

Обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что течение фобических тревожных расстройств у детей определяется не только самой терапией, но и целым рядом факторов, связанных с семьёй, личностными особенностями ребёнка и социальной средой.

Особенно заметной оказалась роль стиля воспитания. Там, где ребёнок сталкивался с эмоциональным отвержением или чрезмерной опекой, тревожные симптомы уменьшались гораздо медленнее. Эти данные хорошо согласуются с результатами других исследований, которые показывают, что отсутствие эмоциональной поддержки и гиперпротекция создают для ребёнка дополнительный стресс и мешают формированию навыков самостоятельного преодоления трудностей [4,5]. Напротив, тёплое и поддерживающее отношение родителей связано с более благоприятной динамикой, что подчёркивает значимость семьи как защитного ресурса.

Немаловажное значение имеют и особенности темперамента. Дети с высоким уровнем нейротизма чаще сохраняли выраженные проявления тревожности, что указывает на их повышенную уязвимость к стрессу. В то же время экстраверсия оказалась фактором, способствующим более быстрому улучшению состояния. Эти

наблюдения согласуются с данными международных исследований, где именно личностные особенности ребёнка рассматриваются как один из ключевых предикторов долгосрочного прогноза [7,10].

Важным фактором оказалось и влияние школьной среды. Буллинг и виктимизация значительно снижали вероятность улучшения, что подтверждается многочисленными зарубежными данными [11,12,15]. В совокупности с семейной отягощённостью тревожными расстройствами эти социальные факторы создают замкнутый круг, усиливающий тревожную симптоматику.

Таким образом, наше исследование показывает, что динамика фобических тревожных расстройств у детей формируется на пересечении семейных условий, индивидуальных особенностей и внешних социальных стрессоров. Это подтверждает необходимость комплексного подхода, который выходит за рамки медикаментозной терапии и должен включать работу с семьёй и школой.

Ограничения. Исследование проводилось в клинической, а не популяционной выборке, что ограничивает обобщаемость. Отдельные подгруппы (например, дети с выраженной гиперпротекцией) были малочисленными, что могло повлиять на стабильность оценок. Также не анализировалось влияние конкретных схем терапии.

Заключение. Наше исследование показало, что динамика фобических тревожных расстройств у детей далеко не одинакова. Несмотря на общее снижение симптомов в течение года, у разных групп детей наблюдались совершенно разные траектории. Наиболее уязвимыми оказались те, кто воспитывался в условиях эмоционального отвержения или гиперпротекции, имел высокий уровень нейротизма или сталкивался с буллингом. У таких детей тревожность снижалась минимально, а иногда сохранялась на клинически значимом уровне на протяжении всего периода наблюдения. В противоположность этому дети, получавшие эмоциональную поддержку в семье и обладавшие чертами экстраверсии, демонстрировали более благоприятное течение, и у многих симптомы значительно уменьшались уже в первые месяцы наблюдения.

Эти результаты подчёркивают, что терапия тревожных расстройств у детей должна дополняться работой с семейными и школьными факторами. Поддерживающее воспитание, профилактика буллинга и учёт индивидуальных особенностей ребёнка, включая темперамент, способны существенно повлиять на исход. Таким образом, успешная помощь при фобических тревожных расстройствах должна строиться на интеграции медицинских, психосоциальных и образовательных подходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Waite P, Creswell C. Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: Differences in clinical characteristics. J Affect Disord. 2023; 331:179–187. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.038.

2. Allen JL, O'Brien D, Rapee RM. Parental influences on the maintenance of child anxiety: A longitudinal perspective. J Child Psychol Psychiatry. 2021; 62(4):436–446. doi: 10.1111/jcpp.13344.

3. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF. Parents in prevention and early intervention for anxiety disorders in children: A systematic review. Clin Child Fam Psychol Rev. 2022; 25(2):311–329. doi:10.1007/s10567-022-00387-2.

4. Zhou Q, Lin C, Guo X. Family dysfunction, parenting stress, and child mental health: Associations with bullying involvement. Front Psychol. 2025; 16:1644696. doi:10.3389/fpsyg.2025.1644696.

5. Ytreland K, Stenseng F, Skogen JC, Hysing M. Parental involvement in child anxiety and depression: A systematic review. J Child Fam Stud. 2025; 34:1814–1829. doi: 10.1007/s10826-025-03124-7.

6. Essau CA, de la Torre-Luque A. Longitudinal course of anxiety symptoms in chil-

dren and adolescents: Risk and protective factors. Anxiety Stress Coping. 2020;33(5):457–473. doi:10.1080/10615806.2020.1755550.

7. Muris P, Ollendick TH. Temperament and anxiety disorders in children and adolescents: A review. J Child Fam Stud. 2021; 30: 2166–2184. doi:10.1007/s10826-021-01985-6

8. Valdes V, Munoz LC, Perez A, Harris B. Unraveling the relationship between stress exposure and child anxiety symptoms: A longitudinal analysis. Child Psychiatry Hum Dev. 2024; 55(1): 119–133. doi:10.1007/s10578-023-01590-1.

9. Shek DTL, Lin L, Ma CM, Dou D, Zhu X. Is parental anxiety related to child anxiety? Insights from a 4-wave longitudinal Chinese parent-child sample. Front Psychiatry. 2025; 16: 1570652. doi:10.3389/fpsyt.2025.1570652.

10. Bayer JK, Rapee RM, Hiscock H, Ukoumunne OC, Mihalopoulos C, Wake M. The role of temperament in the course of childhood anxiety disorders: A prospective study. J Abnorm Child Psychol. 2022; 50:1321–1334. doi:10.1007/s10802-022-00957-3.

11. Han ZY, Li H, Liu J, Zhang J, He Y. School bullying and mental health among adolescents: A nationwide study. Front Public Health. 2025; 13:11982999. doi: 10.3389/fpubh.2025.1198299.

12. Iannello NM, Esposito C, Cassibba R, Coppola G. Social anxiety and bullying victimization in children and adolescents: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2023; 20(1):61516. doi:10.3390/ijerph2001061516.

13. Chen H, Sun Y, Lin Y, Li H, Wang J. Protective and risk factors of anxiety in children and adolescents: A systematic review. J Affect Disord. 2025; 363:35–44. doi:10.1016/j.jad.2024.12.007.

14. Lewis-Morrarty E, Degnan KA, Chronis-Tuscano A, Pine DS, Henderson HA, Fox NA. Infant temperament and anxiety disorders across childhood: A 12-year prospective study. Dev Psychopathol. 2019; 31(4):1399–1413. doi:10.1017/S0954579419000790.

15. Grama DI, Georgescu D, Coşa IM, David OA, Rusu A. Parental risk and protective factors associated with bullying victimization in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2024; 27(4):627–657. doi:10.1007/s10567-024-00494-2.

УДК: 159.947:616.89-008.441.13

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПАТТЕРНЫ ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ ИСПОЛЬЗУЮЩЕЙ НПВ (МЕФЕДРОН, АЛЬФА-ПВП, СПАЙСЫ, ПАВ В ТАБЛЕТИРОВАННОЙ ФОРМЕ)

Zoxidova G.A. [1,2,3], Syunyakov T.S.[3], Alimov U.X.[4]

[1] Бухарский государственный медицинский институт

[2] SOLID. Франкфуртский университет прикладных наук

[3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья МЗРУЗ

[4]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент)

Annotatsiya. *Ushbu tadqiqotda O‘zbekistondagi yangi psixoaktiv moddalarni (YPM) — mefedron, alfa-PVP, sintetik kannabinoidlar va tabletkalardagi stimulyatorlar — iste’mol qilayotgan yoshlarning xarakterologik xususiyatlari va xulq-atvori o‘rganildi. Zararni kamaytirish xizmatlaridan foydalanayotgan respondentlar bilan olib borilgan yarimstrukturali suhbatlar asosida YPM iste’moliga olib keluvchi asosiy ehtiyoj va motivatsiyalar aniqlandi: lazzatlanish istagi, jinsiy ehtirosning oshishi, hissiy bo‘shashish, haqiqatdan qochish va ijtimoiy xavotirni yengish. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, giyohvandlik ruhiy holatlar, oilaviy nizolar, aybdorlik hissi va o‘z-o‘zini qadrlash muammolari bilan chambarchas bog‘liq. Ushbu holatlarni inobatga olgan holda, shaxsga moslashtirilgan va kompleks yondashuvlar, hamda zararni kamaytirish va psixososial yordam dasturlarini ishlab chiqish zarur.*

Abstract. *This study explores the characterological features, motivations, and behavioral patterns of young people using new psychoactive substances (NPS) in the Republic of Uzbekistan. Based on semi-structured interviews with respondents receiving harm reduction services, the research identified key needs and motives behind NPS use, including the pursuit of pleasure, increased sexual drive, emotional relief, escape from reality, and overcoming social anxiety. The findings emphasize the need for individualized and comprehensive approaches in prevention efforts and psychosocial support for youth at risk of NPS use.*

Аннотация. *Настоящее исследование посвящено изучению характерологических особенностей, мотивации и поведенческих паттернов молодежи, употребляющей новые психоактивные вещества (НПВ) в Республике Узбекистан. На основе полуструктурированных интервью с респондентами, получающими услуги по снижению вреда, были выявлены ключевые потребности и мотивы, способствующие потреблению НПВ, включая стремление к получению удовольствия, повышению сексуального влечения, эмоциональной разрядке, уходу от реальности и преодолению социальной тревожности. Результаты подчеркивают необходимость комплексных и персонализированных подходов к профилактике и поддержке молодежи, употребляющей НПВ.*

Введение: Анализ данных правоохранительных органов Узбекистана за 2021 год [4, стр.49] в контексте противодействия незаконному обороту наркотиков выявил следующее. В результате применения организационно-практических и оперативно-профилактических мер было обнаружено 7 142 случая (против 6 032 в предыдущем году), что на 18,4% больше, чем за аналогичный период прошлого года. Эти преступления связаны с незаконным оборотом наркотиков.

За 2021 год в Узбекистане зарегистрировано почти в два раза больше пре-

ступлений связанных с распространением синтетических каннабиноидов и их употреблением– 181 (95) [4, стр.53]. Основная доля наркопреступлений, связанных с новыми психоактивными веществами (НПВ), приходится на город Ташкент – 170 (93). Это составило 10,1% от общего числа наркопреступлений в городе Ташкенте.[3] В Узбекистане, в общественных местах г. Ташкента и других городов в виде надписей на стенах и тротуарах (т.н. «наркограффити») [, стр.54] все чаще появляется реклама данных «Telegram» каналов, профилей и ботов. Впервые, в Республике Узбекистан в 2021 году выявлены 5 фактов изготовления наркотиков в лабораторных условиях.[3]

В законе Узбекистана о наркотиках и психотропных веществах, утвержденном 19 августа 1999 года под номером 813-I[3], содержатся следующие определения: 1-наркотические средства - вещества синтетического или природного происхождения, наркотико-содержащие препараты и растения, внесенные в списки наркотических средств и подлежащие контролю в Республике Узбекистан; 2-психотропные вещества - вещества синтетического или природного происхождения, внесенные в список психотропных веществ и подлежащие контролю в Республике Узбекистан; 3-аналоги наркотических средств и психотропных веществ - вещества синтетического или природного происхождения, по химической структуре и свойствам сходные с наркотическими средствами и психотропными веществами, психоактивное действие которых они воспроизводят.[1]

В Узбекистане термин "НПВ" не является распространенным и в основном используется в медицинских кругах среди специалистов. Используя термин НПВ, написаны научные статьи специалистами наркологами из Узбекистана.[1] В законодательной документации Республики Узбекистан этот термин отсутствует. Однако, в Законе Республики Узбекистан «О наркотических средствах и психотропных веществах» (от 19 августа 1999 г., No 813-I) [4] применяются следующие понятия:

- наркотические средства - вещества синтетического или природного происхождения, наркотико-содержащие препараты и растения, внесенные в списки наркотических средств и подлежащие контролю в Республике Узбекистан;

- психотропные вещества - вещества синтетического или природного происхождения, внесенные в список психотропных веществ и подлежащие контролю в Республике Узбекистан;

- аналоги наркотических средств и психотропных веществ - вещества синтетического или природного происхождения, по химической структуре и свойствам сходные с наркотическими средствами и психотропными веществами, психоактивное действие которых они воспроизводят.

Основываясь на статистические данные, В 2020 году в Узбекистане было зарегистрировано 22 человека, зависимых от синтетических каннабиноидов, и 7 человек, зависимых от синтетических катинонов. В 2021 году эти числа выросли до 25 и 17 соответственно.[1] Важно отметить, что эти данные могут касаться только тех, кто зарегистрирован как потребитель синтетических наркотиков. Кроме того, существует группа потребителей, которая употребляет различные наркотики, такие как марихуана, героин, анаша и гашиш, и при этом также использует синтетические наркотики

В Узбекистане не проводились оценочные исследования по количеству людей, употребляющих наркотики, в том числе и НПВ, кроме, как оценочное интервью среди потребителей наркотиков и других психоактивных веществ, проведенное UNODC.[2] Неизвестно, точное количество людей являющихся пользователями НПВ в Узбекистане.

На вопрос о потребностях, респонденты не всегда давали прямой ответ.

«Была депрессия. Хотела выйти из нее. Нужно было в общество выходить. Как допинг. Фальшивые эмоции.» (002)

«Они очень сильно повышают сексуальное влечение. Есть элемент спокойствия и удовольствия. Можешь быть веселым и позитивным. Болтать и быть в приподнятом настроении. Эйфория.» (004).

Респондент: «Типа, зачем я употреблял? Исследователь: «Зачем? У вас какие-то потребности были? Что Вы хотели удовлетворить?» Респондент: «Лично мой опыт — это сексуальное желание.» Исследователь: «Сексуальное желание? Оно появлялось после употребления?» Респондент: «Просмотр… зачастую иногда, чтобы ощутить те же эмоции. Я шел употреблять только за этим. Вот лично мое.» Исследователь: «Т.е. вы употребляли, и потом вступали в связь?» Респондент: «Хм. Хах. Этого не было. Хмм. Это был просмотр и мастурбация. Очень долгая. По 12 часов, все такое, да, до мозолей, я узнал, что я, ни один такой. Раньше стеснялся, теперь мне все равно. Хэх.» Исследователь: «Ну да. В принципе.» Респондент: «Это частая проблема, многие, многие, многие очень. Это либо связь, физический контакт с другим человеком, вот, либо это, вот, мастурбация. Очень долго, прям такая жесткая, хэх, только для этого оно.». Исследователь: «Т.е. для этого вы употребляете?» Респондент: «Да. Я не слушал музыку, не занимался чем-то другим, кроме этого. Т.е. это сделал, пошел, сделал, пошел. Т.е. вот так.» Исследователь: «Спасибо за откровенность и за доверие.»» (Дима 27, 28, Поз. 24)

В итоге, треть респондентов говорила, что их потребность в получении удовольствия, расслабиться, получить драйв, кайф и потанцевать. Тех, кто ответил, что их потребности в том, чтоб успокоить нервы, быть более общительными, повышать сексуальное желание и удовольствие было равное количество. Кроме того, были потребности, связанные с физическим состоянием: чтобы голова лучше работала, чтобы двигаться и быть активным. Были также ответы другого плана: не знаю, нет потребностей, уход от людей, справиться со стеснительностью, было интересно, вынужден и привык. (Таблица 8)

Таблица 8.

Потребности

Потребности	Число респондентов
Получить удовольствие, драйв, потанцевать, расслабиться	9(33%)
Успокоить нервы	5(18,5%)
Быть более общительным	5(18,5%)
Повышать сексуальное желание и удовольствие	5(18,5%)
Чтобы двигаться и быть активным	2(7,4%0
Было интересно	3(11%)
Привык и вынужден	4(15%)
Уход от людей	1(3,7%)
Чтобы голова лучше работала	1(3,7%)
Не знаю	2(7,4%)
Нет потребностей	2(7,4%)
Справиться со стеснительностью	1(3,7%)

Были ответы, где респонденты рассказывали о желании избавиться от потребностей и приема веществ, но это было сложно.

«Я успокаивал нервы. Все терялось. Я успокаивался. В последнее время количество приема увеличилось. Потом, что меня стало тянуть. Я хотел успокоить свой мозг. Когда хотел бросать, не получилось и мне

пришлось обратиться сюда.» (REC 40, Поз. 18)

«Не знаю. Я сам путаюсь. У меня было все нормально. Была нормальная работа…Именно на этот наркотик я не знаю почему так. Именно на этот наркотик. Вот героин, когда я его бросил, я не возвращался к нему уже. Просто я перенес ломку в том году, на «сухую». Дома. А потом уже лег сюда. А у меня была доза большая. Героин я бросил. А вот альфа-пвп если появится, не могу устоять.» Исследователь: «Т.е. у Вас идет тяга и Вы не можете отказать?» Респондент: «Да. Героин я увижу, я могу отказать. У меня есть еще побочный эффект, когда иду за закладками (альфапвп, прим. автора), меня начинает рвать. Уже психологически я думаю, что я пойду, возьму и уколюсь, то у меня начинаются позывы рвоты. Не то, что позывы, а я и вырывал. Это от мысли, что я возьму его и буду употреблять его внутривенно, у меня такое происходит. Да, я не знаю, зачем я ее беру. Я мозгами понимаю, что от нее все рушится. И работа, и дела, и при употреблении этой альфы я не позволю себе куда-то прийти в наркотическом опьянении. Не позволю. Я дома лучше буду. Я на улицу не выйду.» (Паша39, Поз. 23)

«Чтобы голова лучше работала. Чтобы я мог с людьми нормально общаться.» Исследователь: «У вас плохо получалось общаться с людьми?» Респондент: «Нет. У меня, как было. Я стеснительный, вообще, человек. И, как бы первый, первый вопрос никогда не задавал. Даже если мне задавали, я отвечал, но не четко. Неясно. А с этими веществами, как… психическими… активными веществами, я, мне становилось легче отвечать, и состояние у меня уходило. Но я много врал.» Исследователь: «Но вы врали?» Респондент: «Да.» Исследователь: «После употребления этих веществ?» Респондент: «Чтобы показать себя лучше.» Исследователь: «Вы врали до того, как используете вещества, или после?» Респондент: «Нет, после вещества. После вещества… Я придумывал себе разные мысли.» Исследователь: «Вам хотелось врать?» Респондент: «Да.» Исследователь: «Чтоб показать себя лучше?» Респондент: «Чтоб показать себя лучше.» (Far019, Поз. 23)

«Изначально просто мне нравилось находиться в одиночестве. Я ушла из дома, употребляла у одного. Я года три, по-моему, просто употребляю. Ни с кем не общалась. Потом меня закрыли просто в психушку, и я только в первый раз оказалась в реальности, и развеялись все иллюзии. Я просто употребляла одна, и никто даже со стороны не говорил: плохо это или хорошо.» исследователь: «То есть вы даже не знали плохо или хорошо?» Респондент: «Мне было все равно. Я даже не задумывалась… Сначала, я задумывалась...» Исследователь: «Это, что, был уход от реальности?» Респондент: «Уход от реальности. Уход от людей… Все мне не нравилось, до сих пор не нравится, не хочу домой возвращаться.» Исследователь: «Они что, ругаются? Или что там?» Респондент: «Они с детства ругались. Папа, у него афганский такой менталитет, он постоянно хотел меня переделать, а мама, не знаю...» исследователь: «Что с мамой?» Респондент: «Ну, постоянно истерит, мне кажется, управляет папой, постоянно угрожала сделать меня недееспособной, постоянно угрозы были со стороны мамы…» (Gugusha 35,36, Поз. 27)

«Если я не употребляю и выхожу на работу, то сижу, как «капуста». Просто сижу, не ем, не пью. Настроение ноль-нольноль. Посижу, посижу и потом возвращаюсь. Сил двигаться даже нет. Вот сейчас пришел к доктору, попросил лекарства и немного в себя пришел. Два дня спал. Потом укол сделали, и мне лучше стало. А так, в "капусту" превратился. Это все пройдет через 15-20 дней. Но до этого буду мучиться, как собака. Будут кости болеть и все ныть.» (REC 24, Поз. 23)

«Мне было интересно, а после уже вынужден. Кайф понравился. А потом был уже вынужден. Потому что, если не покурил, то работать не хочется, и нет настроения, и ничего не нравится. Кайф, а потом

уже «вынужденность». Например, даже разговаривать не хочешь, если не принял. Ни с кем. Если, так посмотреть, даже свои дети вам не нравятся, если не принял.» (REC46, Поз. 20)

Основные мотивы и причины употребления где-то были схожи с потребностями. Потребности определяются, как нужды для удовлетворения (социальные, физические, материальные, духовные и т.д.) Мотивы и причины объясняют и оправдывают те или иные поступки, совершенные для удовлетворения потребностей. Большинство респондентов имели несколько различных мотивов и причин для употребления. В первую очередь, это было получение кайфа и удовольствия, для отдыха, а также мотивы и причины для получения активности и бодрости, в некоторых случаях "стоять на ногах". Проблемы в семье также вызывали употребление ПАВ, чтобы уйти от реальности и отвлечься. В двух семейных проблемах участвовали родители респондентов, а в двух случаях семейные проблемы были между парами. Кроме того, причиной для употребления явилось чувство вины, из-за собственной неверности. Мотивы и потребности: успокоиться, уход от реальности, сексуальное удовлетворение, забыть проблемы, для эмоций, для разговорчивости, чтоб не стесняясь говорить. (Таблица 9)

Талица 9.

Мотивы и причины.

Кайф, эйфория, удовольствие, расслабление, развлечение	11(41%)
Бодрость, на ногах стоять, работать, успевать	5(18,5%)
Семейные проблемы	4(15%)
Уход от реальности	3(11%)
Для сексуального удовлетворения	3(11%)
Успокоится	2(7,4%)
Тяга, необходимость	2(7,4%)
Для отдыха	2(7,4%)
Забыться, забыть проблемы	2(7,4%)
Для эмоций	2(7,4%)
Для разговорчивости, чтоб не стесняясь говорить	2(7,4%)
Элексир правды для жены	1(3,7%)
Обида на себя, из-за неверности	1(3,7%)
Не будем об этом говорить, напоминает (об веществе)	1(3,7%)
Чтобы не спать	1(3,7%)
От безделья	1(3,7%)
Не знаю	1(3,7%)
Для похудения	1(3,7%)

На вопрос о причинах и мотивах были даны различные объяснения:

«…он ходил всегда в серых красках. А тут у него поверх серой краски на него сверху одели розовые очки. Он такой, как замечательно и всё. И человеку уже… т.е. ему не хочется обратно в серый мир, человек не знает, что можно трезвому быть в этом мире.» (Макс004, Поз. 32).

«…может быть там не совсем в тему вопросы, но из-за того, что это не дёшево, это ещё и получает некую эксклюзивность, это модно… мода на это идет… То есть, у нас много лет все молчали, и никто ничего не знал. И тут, раз. Что-то появляется, а люди всегда хотели кайфовать и убегать от реальности… Вот пожалуйста, результат…» (Макс004, Поз. 54)

«Я так понимаю, что для меня это, наверное, такой вот некий побег от реальности. Потому, что дела шли очень-очень-очень туго. Плюс ещё отъезд родителей, остался один.» (Макс004, Поз. 30).

«Родители…Когда мне 2-3 года было, когда мама с папой решили развестись, но как они мне говорят, что из-за меня они сохранили семью. Они после этого не начали хорошо жить. Постоянная ругань, постоянные драки, постоянные разбирательства и всегда мне предъявляли то, что мы из- за тебя сохранили семью, мы из-за тебя сохранили семью… У меня мама очень с характером, соц зависимый человек. Я даже больше маму боюсь, чем мужа, Я больше буду думать, что скажет мама, или, что сделает мама, чем мой муж, даже, чем моя свекровь или свекр.» Исследователь: «Вы думаете, что вы из-за этого начали?» Респондент: «Обиду я начала в себе. И, почему еще я углубленно начала это употреблять, были свои причины. Все говорить, да? Измена у меня началась.» Исследователь: «Измена мужа?» Респондент: «Нет.» Исследователь: «У Вас?» Респондент: «Да. С моей стороны.» Исследователь: «Вы стали изменять мужу?» Респондент: «Да. Так получилось, что я забеременела... Обида на себя была. Потом, это же надо скрывать. Это же надо подыгрывать, что-то делать. Я начала углубленно принимать вот эти все таблетки, без него, он не знал.» Исследователь: «Чтобы скрыть?» Респондент: «Он думал, что только вечером с ним курю и все. Он ничего не знал об этом, в течении 1.5-2 года.» Исследователь: «У вас были отношения?» Респондент: «Двойная жизнь была у меня. Да. Из-за этого. А без употреблений я это не могла делать. Я конкретно подсела. Это конкретно. У меня и психика полетела… я совсем другим человеком стала. Совсем.» (Шахз8, Поз. 19)

Обсуждения: Респонденты употребляли вещества, чтобы удовлетворить разнообразные потребности.

Некоторые упоминают стремление получить удовольствие, расслабиться или получить эмоциональный подъем. Это отражает желание искать новые сенсации и эмоциональные переживания, что может быть типичным для молодежи, особенно в период исследования и экспериментирования с новыми веществами. Другие выделяют потребность в повышении сексуального желания и удовлетворении в этой сфере. Это подчеркивает влияние наркотиков на сексуальную функцию и влечение, что может играть роль в мотивации для употребления. Также были отмечены потребности в расслаблении нервов, повышении общительности и физической активности. Это указывает на желание улучшить физическое и эмоциональное благополучие, а также на поиск средств для достижения этой цели.

Важно отметить, что некоторые респонденты не могли явно определить свои потребности или указали на отсутствие таковых. Это может указывать на сложность осознания собственных мотиваций или на другие психологические факторы, влияющие на употребление наркотиков.

Эти результаты подтверждают важность понимания как потребностей, так и мотивов, лежащих в основе употребления наркотиков. Потребности, такие как удовлетворение, успокоение, уход от реальности или сексуальное удовлетворение, могут стать источником мотивации для употребления наркотиков.

Очевидно, что употребление наркотиков может быть способом справиться с различными стрессовыми ситуациями или проблемами, как семейными, так и личными. Например, проблемы в семье или в отношениях могут стать причиной для употребления наркотиков, чтобы уйти от реальности или забыть проблемы на время. Чувство вины или стыда также может быть мотивом для употребления, так как наркотики могут стать способом временного убежища от неприятных эмоций.

Социальные мотивы также играют роль в употреблении наркотиков, например, желание быть более разговорчивым или не стесняться общаться. Это может быть связано с желанием социальной при-

надлежности или удовлетворения социальных ожиданий.

Важно отметить, что у каждого респондента могут быть разные комбинации мотивов и потребностей, и понимание этих индивидуальных факторов может помочь в разработке персонализированных стратегий поддержки и вмешательства для тех, кто сталкивается с проблемой наркотической зависимости. Также важно проводить более глубокие исследования для более полного понимания сложной природы употребления наркотиков и его влияния на различные аспекты жизни человека.

Выводы:

Полученные данные свидетельствуют о том, что потребление НПВ среди молодежи в Узбекистане тесно связано с эмоциональными, сексуальными, социальными и психологическими потребностями. Употребление часто выступает как способ компенсации, избегания или краткосрочной адаптации к стрессу и проблемам. Эти особенности подчеркивают необходимость индивидуального подхода в профилактике, терапии и поддержке молодых людей, употребляющих НПВ.

Рекомендации: • Внедрение программ психообразования о рисках НПВ, с акцентом на влияние на психику и сексуальное поведение; • Обучение специалистов навыкам ведения диалога с молодыми потребителями веществ; • Разработка гендерно-чувствительных подходов; • Включение тематики сексуальности и стыда в работу с мотивацией отказа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдукахарова Г. К., Ашуров З. Ш., Хайрединова И. И, Равшанов Ж. А., «Новые психоактивные вещества»., Фундаментальная и клиническая медицина.,2022,4., Доступно: https://repository.tma.uz/jspui/bitstream/1/6057/1/8.Ашуров%

2. Виктор Мравчик., Опросное исследование среди потребителей наркотиков и других психоактивных веществ в Узбекистане., Доступно: https://procurement-notices.undp.org/view_file.cfm?doc_id=228356

3. Закон Республики Узбекистан о наркотических средствах и психотропных веществах, 19.08.1999, N813-I, доступно: https://nrm.uz

4. Информационный бюллетень о наркоситуации за 2021 год. Центральноазиатский регион.2022. НИАЦКН при кабинете министров Узбекистана. УНП ООН.

ШИФОКОРЛАР ЎРТАСИДА ЭМОЦИОНАЛ ЧАРЧОҚ СИНДРОМИ: ГЕНДЕР, МУТАХАССИСЛИК ВА СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚЛИКНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Ядгарова Наргиза Фахритдиновна – Ph.D.
Тошкент давлат тиббиёт университети (Тошкент, Ўзбекистон)
Сюняков Тимур Сергеевич – Ph.D.
Республика ихтисослаштирилган рухий саломатлик илмий-амалий марказ илмий маслахатчиси (Тошкент, Ўзбекистон)
Кеворкова Марина Анатолевна – Ph.D.
Тошкент давлат тиббиёт университети (Тошкент, Ўзбекистон)

Аннотация. *Мазкур мақолада Ўзбекистондаги амалдаги шифокорлар орасида эмоционал чарчоқ синдромининг тарқалиши, гендер ва мутахассислик хусусиятлари ҳамда касбий фаолиятга боғлиқ стрессор омиллар таҳлил қилинди. N=232 нафар шифокор (улардан 70,3% аёл ва 29,7% эркак) иштирокида ўтказилган онлайн сўровнома натижалари асосида аниқланишича, аёлларда касаллик таътиллари, эндокрин касалликлар ва остеохондроз кўпроқ учрайди, эркакларда эса бошқа соматик касалликлар ва ёрдам сўрашда пассив ёндашув кузатилади. Гендер бўйича профессионал мутахассисликлар тақсимотида умумий амалиёт шифокорлари, педиатр ва психиатрлар асосий гуруҳни ташкил этган. Мақолада эмоционал чарчоққа таъсир этувчи омиллар, психосоматик ҳолатлар ва уларнинг профилактикадаги аҳамияти илмий таҳлил қилинган.*

Калит сўзлар: *эмоционал чарчоқ синдроми, мутахассилик, гендер хусусиятлар, соматик касалликлар.*

Аннотация. *В данной статье рассматривается распространённость синдрома эмоционального выгорания среди практикующих врачей в Узбекистане с учётом гендерных, профессиональных и социальных характеристик. На основе онлайн-опроса, охватившего 232 врача (70,3% женщин и 29,7% мужчин), выявлены значимые различия: у женщин чаще встречаются длительные больничные листы, эндокринные заболевания и остеохондроз, тогда как мужчины демонстрируют более высокую распространённость других соматических заболеваний и менее охотно обращаются за медицинской помощью. Распределение по специальностям показало доминирование врачей общей практики, педиатров и психиатров. В статье даётся научный анализ факторов, влияющих на эмоциональное выгорание, с акцентом на психосоматические проявления и их значение для профилактики и коррекции.*

Ключевые слова: *эмоциональное выгорания врачей, специальность, гендерные особенности, соматические заболевание.*

Abstract. *This article investigates the prevalence of emotional burnout syndrome among practicing physicians in Uzbekistan, analyzing gender-specific, occupational, and social characteristics. Based on a specially designed online survey involving 232 physicians (70.3% female, 29.7% male), the study identified key differences: female doctors reported more frequent and prolonged sick leaves, as well as a higher incidence of endocrine disorders and osteochondrosis. In contrast, male doctors showed a greater prevalence of other somatic diseases and were less likely to seek medical help. The distribution by medical specialty revealed a predominance of general practitioners, pediatricians, and psychiatrists. The article provides a scientific analysis of contributing factors to emotional burnout, with particular focus on*

psychosomatic manifestations and their relevance for early prevention and intervention strategies.

Keywords: *Emotional burnout, gender differences, speciality. psychosomatic symptoms.*

Долзарблиги. Шифокорлардаги эмоционал чарчоқ синдроми (ЭЧС) — бу касбий фаолият билан боғлиқ равишда ривожланадиган руҳий-эмоционал зўриқиш ҳолати бўлиб, унинг оқибатлари шифокорнинг иш унумдорлиги, беморлар билан мулоқот сифати, қарор қабул қилиш қобилияти ва умумий соғлиғига жиддий таъсир кўрсатади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, сўнгги ўн йилликда шифокорлар орасида сўниш (burnout) синдроми билан боғлиқ ҳолатлар анча кўпайган. Шунингдек, аёл шифокорлар ўртасида эндокрин бузилишлар, психосоматик касалликлар, меҳнатга лаёқатнинг пасайиши, касаллик варақаларининг узоқ давом этиши каби ҳолатлар кўпроқ кузатилмоқда. Бу гендерга хос физиологик ва ижтимоий омиллар, жумладан, гормонал фон ўзгаришлари, оилавий юклама ва профессионал мажбуриятларнинг тўқнашуви билан боғлиқ бўлиши мумкин. Айни пайтда, эмоционал сўниш синдроми ва унинг соматик касалликлар билан боғлиқлиги тўғрисидаги маълумотлар маҳаллий шароитда етарлича ўрганилмаган. Масалан, ушбу тадқиқот доирасида 232 нафар шифокорнинг касбий фаолияти, соғлиги ва руҳий ҳолати чуқур таҳлил қилиниб, гендер, мутахассислик, касаллик таътили давомийлиги, эндокрин ва ортопедик касалликлар билан боғлиқ жиҳатлар ўртасидаги муносабатлар илмий асосда очиб берилди.

Мақсад. Турли соха шифокорларда эмоционал чарчоқ синдромининг (ЭЧС) тарқалиши, унинг гендер ва мутахассисликка доир фарқларини, касаллик таътиллари давомийлиги ва соматик касалликлар билан боғлиқлигини аниқлашдан иборат. Шунингдек, тадқиқот шифокорларда сўниш синдромининг клиник кўринишлари, саломатлик ҳолати ва касбий фаолият ўртасидаги боғлиқликни илмий асосда таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Шифокорлардаги эмоционал чарчоқ синдромини аниқлаш мақсадида n=232 та шифокорлар орасида ўзимиз махсус ишлаб чиқилган онлайн сўровнома асосида демографик хамда ижтимоий статуси, касбий фаолияти, навбатчилик сони, касаллик варақасининг давомийлиги, стрессорлар ва соғлиги шу билан биргаликда соматик касалликлари ўрганилди. Тадқиқотдаги аёллар n=163 (70,3%), эркаклар n=69 (29,7%) ташкил этди. Аёлларнинг ўртача ёши 50 ёшни ташкил этган бўлса, эркакларнинг ўртача ёши 53 ёш, ўртача касбий тажриба 25±2,8 йил мос равишда ташкил этди (таблица 1.).

Таблица 1.

Демографик кўрсатгич

Кўрсатгич	N = 232	
	аёллар (n=163)	эркаклар (n=69)
Ўртача ёш	50	53
Ўртача иш муддати	25	27
Навбатчиликнинг ўртача сони	4	2

Шифокорларнинг оилавий ахволи ўрганилганда қуйидагилар аниқланди: бева аёллар – 7 (3,0%), бева эркаклар эса – 7 (4,3%) ($\chi^2(4) = 19,51$; $p < 0,001$). Бева шахслар турмуш ўртоғининг йўқотилиши натижасида психологик ва ижтимоий қўллаб-қувватлаш манбаидан маҳрум бўлганлиги, бу ҳолат уларда ёлғизлик

ҳисси, депрессияга мойиллик ва стрессга бардошсизликни кучайтириши билан баҳоланди. Шу боис, бева шифокорларда ЭСС ривожланиш хавфи юқори бўлиши мумкин. Шарий никохдаги аёллар – 3 (1,3%) ни ташкил этган бўлса, эркакларда – 3 (1,8%), турмуш қурмаган аёллар – 7 (3,0%), эркаклар – 1(0,6%), турмуш қурган аёллар – 204 (87,9%), эркаклар 141 (86,5%). Ажрашган аёллар – 11 (4,7%), эркаклар – 11 (6,7%) ташкил этди. Ажрашиш инсоннинг психологик барқарорлигига жиддий таъсир этувчи стресс ҳолатлардан бири ҳисобланади. Ажрашган шифокорлар турмушнинг издан чиқиши натижасида руҳий босимни бошдан кечиради, бу эса касбий фаолиятга ҳам салбий таъсир кўрсатади. ЭСС ривожланиш эҳтимоли уларда турмуш қурганларга нисбатан анча юқори.

Тадқиқотда шуни кўрсатдики, турмуш қурган шахслар, одатда, ижтимоий ва эмоционал жиҳатдан яқинлари томонидан қўллаб-қувватланиши сабабли стрессга нисбатан бардошлироқ бўлишади. Уларда уйдаги барқарор муҳит, руҳий суянчлар мавжудлиги, ЭСС даражасини пасайтиришда муҳим омил бўлади. Бироқ, иш ва оилавий мажбуриятлар ўртасидаги мувозанат бузилиши аёллар учун икки карра юкни келтириб чиқариши мумкин, бу эса уларда ЭСС ривожланиш хавфини оширади. Юқоридаги маълумотлар шундан далолат берадики, шифокорларнинг оилавий ҳолати уларнинг эмоционал сўниш синдромига чалиниш хавфига бевосита таъсир кўрсатади. Турмуш қурган шифокорлар нисбатан барқарор психологик ҳолатга эга бўлишса-да, аёллар учун юк икки карра бўлиши мумкин. Бева, ажрашган ва турмуш қурмаган шифокорлар орасида ЭССга мойиллик юқори бўлиб, улар учун махсус психологик ёрдам ва қўллаб-қувватлаш дастурлари зарурдир.

Шифокорларнинг ижтимоий эгаллаган ўрни тахлили: аёл шифокорлар 166 (71,6%), эркаклар – 125 (76,7%) ($\chi^2(6) =16,26$; $p = 0,012$). Бош шифокор аёллар 9 (3,9%), бош шифокор эркаклар – 7 (4,3%) ни ташкил этди. Бош шифокорлар — юқори лавозимдаги мансабдорлар бўлиб, уларнинг масъулиятлари ва иш миқдори, бошқарув қарорларини қабул қилиш, иш жадвали ҳамда ишчилар билан муносабатларнинг мураккаблиги уларда юқори даражадаги стресс ва ҳиссий чидамсизликни келтириши мумкин. Аёллар бош шифокорларининг кам сонда бўлиши уларнинг иш шартларининг оғирлигини кўрсатади, чунки оилавий ва шахсий ҳаёт билан иш фаолиятини мувофиқлаштиришда қийинчиликлар бўлиши мумкин. Бу уларда эмоционал сўниш синдроми ривожланишининг олий эҳтимолига олиб келади. Аёл бўлим бошлиқлари – 34 (14,7%), эркак бўлим бошлиқлари – 21 (12,9%) иборат. Кафедра ходимлари аёллар – 13 (5,6%), эркак кафедра ходими – 8 (4,9%) ташкил этди. Кафедра ходимлари тиббиёт соҳасида юқори таълим ва илмий иш билан шуғулланадиган шифокорлардан иборат. Уларда профессионал ўрганиш ва таълим олиш учун бошқа ишчиларга нисбатан қўшимча психологик ва эмоционал юк бўлиши мумкин. Айниқса, аёл кафедра ходимларига нисбатан жамиятдаги роллари ва оилавий мажбуриятлари таъсир этган ҳолда, уларда эмоционал сўниш синдроми ва стресснинг юқори даражаси кузатилиши мумкин.

Жами шифокорлар орасида аёллар сони 71,6% ташкил этади, бу уларнинг тиббиёт соҳасидаги катта ҳиссасини кўрсатади. Шифокорлар орасида аёллар ишлаганида, уларнинг ижтимоий даражаси ва иш шартлари муҳим роль ўйнайди. Аёллар шифокорлар турли ижтимоий ва оилавий вазифалар билан юкланганлиги уларда стресс ва ЭСС хавфини оширишга олиб келиши мумкин. Айниқса, аёллар шифокорларда, меҳнат шароити, хонадон вазифалари ва касбий мажбуриятлар ўртасидаги мувозанатни топишда қийинчиликлар бўлиши мумкин.

Шифокорларнинг мутахасислик бўйича жинслар орасидаги тақсимоти: аёл умумий амалиёт шифокори n=77 (33,2%), эркаклар n= 16 (6,8%), педиатр аёллар n=22 (9,5%) эркаклар эса n=5 (2,2%), аёл

психиатрлар n=20 (8,6%) эркаклар n=15 (6,5%), n=10 (4,3%) аёл терапевтлар, эркаклар n=4 (1,7%), невролог аёллар n=4 (1,7%), эркаклар n=4 (1,7%), кардиолог аёллар 4 (1,7%) ва эркак кардиологлар n= 3 (1,3%) ни ва шу юилан биргаликда аёл наркологлар n=1 (10,43%) ва эркак наркологлар эса n=5 (2,15%) ни ташкил этди, ($\chi^2(6) = 22,49$; p=0.001; V=0,344) бу эса статистик жихатдан ўртача ва кучли боғлиқликни кўрсатди. Асосан, умумий амалиёт шифокорлари ва педиатрлар; эркаклар орасидаги наркологларнинг нисбатан катта қисми ва мутаносиб равишда кўпроқ психиатрлар мавжудлиги билан ажралиб турди (таблица 2.).

Таблица 2.

Мутахассислик бўйича тақсимланиши (n=232)

Мутахассислик	N = 232	
	аёллар (n=163)	**эркаклар (n=69)**
Администратор (бўлим бошлиғи)	2 (0.9%)	1 (0.6%)
Акушер-гинеколог	1 (0.4%)	1 (0.6%)
Анестезиолог-реаниматолог	4 (1.7%)	2 (1.2%)
Умумий амалиёт шифокори	93 (40.1%)	77 (47.2%)
Педиатр	4 (1.7%)	4 (2.5%)
Тез ёрдам шифокори	1 (0.4%)	1 (0.6%)
Функционал текширув шифокори	2 (0.9%)	1 (0.6%)
Гематолог	1 (0.4%)	1 (0.6%)
Гинеколог	2 (0.9%)	2 (1.2%)
Дерматовенеролог	3 (1.3%)	1 (0.6%)
Болалар психиатри	1 (0.4%)	1 (0.6%)
Болалар стоматологи	2 (0.9%)	2 (1.2%)
Инфекционист	1 (0.4%)	0 (0.0%)
Кардиолог	7 (3.0%)	4 (2.5%)
ЛОР	2 (0.9%)	2 (1.2%)
Нарколог	6 (2.6%)	1 (0.6%)
Невролог	8 (3.4%)	4 (2.5%)
Офтальмолог	3 (1.3%)	2 (1.2%)
Педиатр	27 (11.6%)	22 (13.5%)
Психиатр	35 (15.1%)	20 (12.3%)
Психотерапевт	1 (0.4%)	0 (0.0%)
Пульмонолог	1 (0.4%)	0 (0.0%)
Радиолог	1 (0.4%)	1 (0.6%)
Ўрта тиббиёт ходими	1 (0.4%)	1 (0.6%)
Терапевт	14 (6.0%)	10 (6.1%)
Жаррох	1 (0.4%)	0 (0.0%)
Травматолог	2 (0.9%)	0 (0.0%)
Трансфузиолог	1 (0.4%)	1 (0.6%)
Уролог	1 (0.4%)	0 (0.0%)
Фтизиатр	1 (0.4%)	1 (0.6%)

***Изох**: $\chi^2(6) = 22,49$; p=0.001; V=0,344*

Умумий амалиёт шифокорлари (33,2%) ва педиатрлар (9,5%) сони юқори. Бу мутахассисликлар, одатда, мулоқот ва парвариш талаб қиладиган йўналишлар

бўлиб, жамиятдаги гендер рольларига мос тушади. Аёллар мазкур соҳаларда кўпроқ ишлашга мойил эканлиги кузатилмоқда. Психиатрлар (8,6%), терапевтлар (4,3%) ва неврологлар/кардиологлар (1,7%) каби мутахассисликлар ҳам аёллар орасида учрайди, лекин камроқ миқдорда. Наркология каби юқори хавфли, стрессли ва ижтимоий жиҳатдан оғир соҳага аёллар деярли жалб қилинмаган — атиги 1 нафар (0,43%). Психиатрлар (6,5%) сони нисбатан юқори. Бу соҳада эркаклар ва аёллар ўртасида тақсимот нисбатан мутаносиб. Наркологлар (2,15%) кўпроқ учраётгани — эркаклар оғир, хавфли ва юқори стресс даражасига эга бўлган мутахассисликларга мойил эканини кўрсатади. Бу мутахассисликда эркаклар сони аёллардан анча юқори. Умумий амалиёт шифокорлари (6,8%) ва педиатрлар (2,2%) эса эркаклар орасида нисбатан кам. Бу эса мазкур йўналишларнинг "гендерлашган" характерини кўрсатади. Аёллар устун бўлган мутахассисликлар (УАШ, педиатр, терапевт): бу соҳаларда беморлар билан яқин мулоқот, юқори даражада эмпатия, тинимсиз алоқа ва доимий руҳий фаолият талаб қилинади. Бундай касбий юк, айниқса аёлларда (у бўлмиш оилавий мажбуриятлар билан бирга), эмоционал сўниш синдроми хавфини кучайтиради. Аёллар танлаган соҳалар кўпинча "қадрланмаслик" эҳтимоли юқори бўлган, камроқ тўланадиган йўналишлар бўлиб, бу ҳам уларнинг касбий мотивациясини пасайтиради. Эркаклар устун бўлган мутахассисликлар (психиатрия, наркология): бу соҳалар психологик жиҳатдан оғир ва беморлар билан ишлашда хавф юқори бўлган йўналишлар бўлиб, руҳий чарчоқ ва сўниш синдроми ривожланиши эҳтимоли ҳам юқори. Шу билан бирга, бундай лавозимлар кўпроқ автономия ва назоратни талаб қилади, бу баъзи эркак шифокорлар учун мотивацион омил бўлиши мумкин.

Касбий фаолият давомида оилавий шариот ва соматик касалликлари туфайли олинган касаллик варақалари давомийлигини аниқлаш мақсадида ўрганилган натижалар қуйидагиларни кўрсатди: аёллар орасида 36,8% шифокорлар касаллик варақасини умуман олмаган бўлиб, бу уларда профессионал фаолиятга юқори даражада садоқат, ёки ўз соғлиғини етарли даражада баҳолай омаслик тенденциясини кўрсатади. Шу билан бирга, эркаклар орасида бу кўрсаткич 59,4% ни ташкил этиб, уларнинг меҳнатга лаёқат ҳолати аёлларга нисбатан камроқ бузилганини ёки тиббий ёрдам сўрашда нисбатан пассив ёндашув мавжудлигини кўрсатади. Бир неча кунлик касаллик варақасини очган шифокорлар аёллар орасида 41,1% ни ташкил этган бўлса, эркаклар орасида бу кўрсаткич 34,8% бўлган. Бу аёллар жисмоний ёки психоэмоционал чарчоққа нисбатан сезгир эканликларини кўрсатди. Аёллар кўпроқ *қисқа муддатли стресс ёки соматик касалликларга* жавоб сифатида касаллик варақасини очишга мойилдир. Бу ҳолат психофизиологик ўзгаришлар билан боғлиқ хам бўлиши мумкин. узоқ муддатли касаллик варақаси олувчи аёллар 17,25% ни ташкил этган бўлса, эркаклар орасида бу кўрсаткич 2,95% ни ташкил қилди $\chi^2(2) = 13{,}70$; $p = 0{,}00106$; $V = 0{,}248$, аёлларда *мураккаб психосоматик касалликлар* ва сурункали чарчоқ синдроми ҳолатлари кўпроқ учраши мумкинлиги, эркакларда эса даволанишга мурожаат қилиш кечикиши, ёки ишдан узоқлашишни инкор этиш тенденцияси кузатилди.

Соматик касалликлар билан касалланиш кўрсатгичи эндокрин касалликлар аёлларда 25,2%, эркакларда 4,3 %. Эндокрин касалликлар аёллар орасида анча юқори. Бу ҳолат, биринчи навбатда, гормонал ўзгаришлар**,** тиреоид функциясининг бузилиши **ва** климактерик синдромлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бундан ташқари, аёлларда стрессларга сезувчанлик юқори бўлиб, гипоталамо-гипофиз-буйрак усти бези тизими фаолиятига салбий таъсир кўрсатиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Остеохондроз аёлларда 35,0 %, хамда эркакларда 20,3 % бўлиб, узоқ вақт бир ҳолда ишлаш (ўриндиқда ўтириб қабул

қилиш), соматик-нафас тизимларидаги функционал юкламалар, ҳар кунлик турмуш юкламаларини ҳам кўтариш мумкин (иш + оилавий юклама). Бошқа турли соматик касалликлар аёлларда – 6,75 эркакларда 17,4% ташкил этди. Эркаклар орасида бошқа турли соматик касалликлар (артериал гипертония, юрак ишемик касаллиги, гастрит, бронхиал астма ва бошқалар)нинг салмоғи юқори. Бу ҳолат эркакларда иш билан боғлиқ стресслар**,** нотўғри овқатланиш одатлари**,** чиндан ҳам камроқ тиббий ёрдам сўраш тенденцияси каби омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин (Таблица 3).

Таблица 3.

Касаллик варақасининг давомийлиги (жинс гурухи бўйича %)

Кўрсатгич	**N = 232**	
	аёллар (n=163)	**эркаклар (n=69)**
Кузатилмаган	36,8	59,4
Бир неча кун	41,1	34,8
Бир неча хафта	17,2	2,9

Изох: $\chi^2(2) = 13{,}70;\ p = 0{,}00106;\ V = 0{,}248$

Мухокама. Адабиётда келтирилган гендер фарқлар хилма хилдир: айрим тадқиқотлар аёлларда кўпроқ ҳиссий чарчоқни кўрсатади, эркаклар эса аниқроқ деперсонализацияни ёки турли хил доминант стрессларни кўрсатади; 2022–2024 йиллардаги таҳлилий тадқиқотлар гендер модификаторлар (оилавий масъулият, жамоадаги рол, мутахассислик) орқали ҳаракат қилишини таъкидлайди (Nagle, 2024; Alenezi va boshq., 2024). Бизнинг кузатувларимиз қуйидаги натижаларга мос келади: чақирув бўйича сменаларнинг кўплиги, узоқ муддатли касаллик таътилининг тез-тез бўлиши ва аёлларда эндокрин касалликларнинг кўп улушининг комбинацияси сўнишнинг клиник кўринишларига ва соматизацияланган реакцияларга нисбатан заифлик ошиган бўлиши мумкин [1].

Хулоса. Ўтказилган тадқиқот натижалари шифокорлар ўртасида эмоционал чарчоқ синдроми (ЭЧС) кенг тарқалганлигини ва унинг гендер ҳамда мутахассислик хусусиятлари билан яққол боғлиқлигини кўрсатди. Аёл шифокорларда эмоционал чарчоқ белгилари, эндокрин ва ортопедик (остеохондроз) турдаги соматик касалликлар эркакларга нисбатан анча юқори бўлиб чиқди. Бу ҳолат аёллар томонидан касаллик таътилларидан фойдаланиш даражаси билан ҳам тасдиқланди. Эркаклар орасида эса касаллик варақаларини кам олиш, бошқа турдаги (юрак-қон томир, меъда-ичак, бронх-ўпка) соматик касалликларнинг кўпроқ қайд этилиши ва ёрдам сўрашда пассив ёндашув кузатилди. Бу гендер фарқлари шифокорларнинг стрессга жавоб реакцияларида, ўз саломатлигига бўлган муносабатида ва касбий фаолиятни давом эттиришга бўлган ёндашувдаги фарқлардан далолат беради.

Шунингдек, тадқиқот давомида мутахассисликка қараб шифокорларда ЭЧСнинг тарқалиши турлича эканлиги — айниқса, умумий амалиёт шифокорлари, педиатрлар ва психиатрлар орасида юқори даражада эканлиги аниқланди. Бу мутахассислар кўпроқ психоэмоционал юкламаларга дуч келишади ва бу ҳолат уларнинг саломатлигига ҳамда иш унумдорлигига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Умуман олганда, шифокорлар орасида эмоционал чарчоқ синдромига олиб келувчи асосий омиллар қуйидагилар эканлиги тасдиқланди: узоқ иш стажи ва юқори касбий юклама, навбатчилик сменаларининг кўплиги, соматик касалликлар

фондаги стрессор таъсирлар, гендер ва мутахассислик фарқлари. Ушбу натижалар соғлиқни сақлаш тизимида шифокорларда ЭЧСни эрта аниқлаш, олдини олиш ва индивидуал ёндашув асосида коррекция қилиш бўйича профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш заруратини тасдиқлайди. Мутахассислик танловида жинс муҳим роль ўйнайди, ва у шифокорларнинг касбий соғлиғига таъсир қилади.

Аёллар парваришга асосланган йўналишларда, эркаклар эса хавфли ва руҳий жиҳатдан оғир мутахассисликларда кўпроқ ишлайди. Бундай тақсимот шифокорлар орасидаги эмоционал сўниш синдромининг гендерга хос хусусиятларини тушунишга ёрдам беради. Қуйидаги тавсиялар берилади: гендер балансига эътибор қаратиш, юқори стрессли мутахассисликларда ишловчи шифокорлар учун психологик ёрдам дастурларини жорий қилиш, аёл шифокорлар учун иш-ҳаёт мувозанатини таъминлашга қаратилган шароитлар яратиш, мутахассислик танлашда шахсий қобилиятлар ва қизиқишлардан келиб чиққан ҳолда, жинсий стереотиплардан холис ёндашишни тарғиб қилишдан иборат.

АДАБИЁТЛАР

1. Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, A., et al. (2021). A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during COVID-19. Frontiers in Psychiatry.

2. Macaron, M. M., et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of burnout among physicians during early and late COVID-19 pandemic. Frontiers (2023).

3. Li, L. Z., et al. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality: a systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open (2024).

4. Nagle, E., et al. (2024). Factors affecting healthcare workers burnout and their conceptual models.BMC Psychology (2024).

5. Anger, W. K., et al. (2024). Addressing health care workers' mental health: a systematic review.American Journal of Public Health (2024).

UO'K: 61689-008

ALFA-PVP: JAMIYATNING SOG'LIQNI SAQLASH SOXASIDAGI YANGI CHAQIRIQNI O'RGANISH

Yuldasheva Hurziyo Faxiddinovna – bo'limi mudiri
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi narkologiya xizmati bo'yicha Toshkent viloyati filiali, (Toshkent viloyati, O'zbekiston)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Xayredinova Ilnara Ilgizovna – Ph.D., katta o'qituvchi
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Ushbu maqolada sintetik katinonlar turkumiga kiruvchi alfa-pirrolidinovalerofenonning jadal tarqalishi, uning jamoat salomatligiga tahdidi va sog'liqni saqlash tizimi uchun yuzaga keltirayotgan yangi chaqiriqlari keng qamrovda yoritiladi. Tadqiqotda ushbu moddaning kimyoviy tuzilishi, organizmda o'zgarish jarayonlari, farmakologik ta'sir mexanizmlari hamda toksikologik omillari bosqichma-bosqich tahlil qilinadi. Alfa-PVP iste'moli natijasida kuzatiladigan klinik holatlar — keskin psixomotor qo'zg'alish, ongning buzilishi, tajovuzkorlik, xavotir va gallyutsinatsiyaga o'xshash kechinmalar, shuningdek yurak-qon tomir va vegetativ tizimdagi o'zgarishlar batafsil bayon etiladi. Maqolada moddaning internet orqali tez tarqalishi, yangi psixoaktiv moddalar bozorining murakkab va moslashuvchan tuzilishi, nazorat mexanizmlarining yetarli emasligi natijasida yuzaga kelayotgan profilaktik va tashkiliy qiyinchiliklar alohida ko'rsatib o'tiladi. Sud-toksikologik ma'lumotlar, o'tkir intoksikatsiya holatlari hamda o'lim bilan bog'liq vaziyatlardan olingan kuzatuvlar shuningdek ham umumlashtiriladi. Mualliflar sintetik katinonlar salbiy oqibatlarini kamaytirish uchun erta aniqlash tizimlarini kuchaytirish, klinik boshqaruv standartlarini takomillashtirish, reabilitatsiya dasturlarini rivojlantirish va jamiyatda xabardorlikni oshirish zarurligini ta'kidlaydilar. Mazkur ish yangi psixoaktiv moddalar ta'sirini chuqur o'rganishga qaratilgan ilmiy izlanishlarning dolzarbligini asoslab beradi.*

Kalit so'zlar*: yangi psixoaktiv moddalar, sintetik katinonlar; Alfa-PVP.*

ALFA-PVP: ИЗУЧЕНИЕ НОВОГО ВЫЗОВА ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОБЩЕСТВА

Аннотация. *В статье анализируется быстрое распространение синтетического катинона альфа-пирролидиновалерофенона, его влияние на здоровье населения и формирование новых вызовов для системы здравоохранения. Подробно рассматриваются химическая структура вещества, особенности биотрансформации в организме человека, ключевые фармакологические механизмы действия и возможные токсические эффекты при остром и повторяющемся потреблении. Описываются клинические проявления интоксикации: выраженное психомоторное возбуждение, агрессивное или непредсказуемое поведение, нарушения сознания, тревожно-бредовые переживания, соматические осложнения, требующие интенсивного наблюдения. Отдельный раздел посвящён трудностям регулирования оборота, росту онлайн-продаж и высокой адаптивности нелегального рынка новых психоактивных соединений, что затрудняет контроль, эпиднадзор и профилактику. Приводится аналитическое*

обобщение сведений о случаях отравлений, госпитализациях, летальных исходах и судебно-токсикологических находках, демонстрирующих значимость проблемы для клинической практики и общественной безопасности. Авторы обосновывают необходимость укрепления профилактических программ, внедрения скрининга раннего выявления, стандартизации ведения пациентов, межведомственного взаимодействия и расширения реабилитационных мероприятий. Работа подчёркивает приоритет междисциплинарных исследований, направленных на углублённое понимание влияния альфа-пирролидиновалерофенона на организм и разработку эффективных клинических и организационных решений. Практическая ценность статьи заключается в формулировании ориентиров для клиницистов и организаторов здравоохранения при оценке рисков, планировании помощи и выборе приоритетных профилактических мер.

***Ключевые слова**: новые психоактивные вещества, синтетические катиноны; Альфа-ПВП.*

ALFA-PVP: EXPLORING A NEW CHALLENGE FOR PUBLIC HEALTH

***Abstract.** The article analyzes the rapid dissemination of the synthetic cathinone alpha-pyrrolidinovalerophenone, its effects on population health, and the new challenges it creates for healthcare systems. It provides an expanded overview of the compound's chemical structure, biotransformation in the human body, principal pharmacodynamic actions, and potential toxic outcomes during acute and repeated exposure. The clinical picture of intoxication is summarized, including marked psychomotor agitation, aggressive or unpredictable behavior, disturbances of consciousness, anxiety-delusional experiences, and somatic complications that may require intensive monitoring. A separate section addresses regulatory difficulties, the growing role of online distribution, and the high adaptability of the illicit market for new psychoactive compounds, which complicate control, surveillance, and prevention. The review integrates available observations on poisonings, hospital admissions, fatal outcomes, and forensic toxicology data, underscoring the relevance of the issue for clinical practice and public safety. The authors argue for strengthening prevention programs, implementing early detection screening, standardizing patient management pathways, enhancing intersectoral collaboration, and expanding rehabilitation services. The work highlights the priority of interdisciplinary research aimed at deepening understanding of alpha-pyrrolidinovalerophenone's impact on the human organism and at developing effective clinical and organizational responses. Its practical value lies in outlining guidance for clinicians and health administrators when assessing risks, planning care, and selecting priority preventive measures.*

***Keywords**: new psychoactive substances, synthetic cathinones; Alpha-PVP.*

1.Kirish Hozirgi vaqtda giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish jamoat salomatligi sohasida jiddiy muammo hisoblanadi. Yangi psixoaktiv moddalar (YPM) misli ko‘rilmagan tezlikda tarqalib, sog‘liq uchun jiddiy tahdidga aylanmoqda. YPMning salomatlik va jamiyatga zararli ta’siri to‘g‘risida ma’lumot yetarli emasligi sababli, bunday holatlarning oldini olish va davolashda qiyinchiliklar yuzaga kelmoqda [1].

"YPM" atamasi Birlashgan Millatlar Tashkilotining Giyohvand moddalar va jinoyatchilik bo‘yicha boshqarmasi (UNODC) tomonidan joriy qilingan. Terminologik aniqlik uchun ushbu atama quyidagicha belgilanadi: "moddalar, toza holda yoki preparat tarkibida suiiste'mol qilinadigan, ammo 1961 yilgi Konvensiyaga 1972 yilgi Protokolga muvofiq kiritilgan o‘zgartirishlar yoki 1971 yilgi Konvensiya doirasida nazoratga olinmagan, biroq aholining salomatligiga tahdid solishi mumkin

bo‘lgan moddalar". "Yangi" so‘zi ushbu moddalarning yangiligini emas, balki ularning bozorda yaqinda paydo bo‘lganligini anglatadi — ba'zilari 40 yil avval sintez qilingan [1].

Bu moddalar "dizayner giyohvand moddalari" sifatida ham tanilgan. Ular davlat organlari tomonidan qat'iy nazorat qilinadigan va xalqaro konvensiyalar ro‘yxatiga kiritilgan "klassik" narkotik moddalar ta’sirini taqlid qilish uchun ishlab chiqilgan. Ushbu sintetik birikmalarning kimyoviy formulasi butunlay o‘zgartirilgan bo‘lib, mavjud qonunchilik cheklovlarini chetlab o‘tishga mo‘ljallangan va noqonuniy kimyoviy laboratoriyalarda ishlab chiqariladi [2].

Aslida, xalqaro nazorat ostidagi giyohvand moddalarni iste'mol qilish kamayishi yoki barqarorlashishi bilan birga, YPM bozori o‘sishda davom etmoqda, bunda Internet ushbu murakkab jarayonda muhim rol o‘ynamoqda [3].

YPM bozori ko‘plab moddalarni o‘z ichiga oladi va doimiy ravishda yangi birikmalar bilan to‘ldirilib boradi [4,5,6]. 2022 yil oxiriga kelib, Yevropa Giyohvand moddalarni nazorat qilish va ularning asoratlarini monitoring qilish markazi (EMCDDA) qariyb 930 ta yangi psixoaktiv moddalarni kuzatib borgan, shulardan 41 tasi Yevropada ilk bor 2022 yilda qayd etilgan.

Sintez qilingan katinonlar (SK) noqonuniy bozordagi eng keng tarqalgan YPM sinflaridan biri hisoblanadi. EMCDDA hisobotiga ko‘ra, 2022 yil oxiriga kelib, Yevropada jami 164 ta SK qayd etilgan. 2021 yilda SK YPMlarning noqonuniy aylanmasida musodara qilingan moddalar orasida birinchi o‘rinda turib, jami 4,3 tonnadan ortiq miqdorda tashkil etgan [4].

SK O‘zbekiston Respublikasida tez sur’atlar bilan tarqalmoqda. Masalan, agar 2019 yilda O‘zbekiston huquq-tartibot organlari tomonidan noqonuniy aylanmadan 194,1 gramm SK olib qo‘yilgan bo‘lsa, 2022 yilga kelib bu ko‘rsatkich 32 kg dan oshgan [7,8].

Sintez qilingan katinonlar tabiiy kation (Catha edulis) o‘simligida uchraydigan psixostimulyator alkaloid katsionining tuzilish analoglari hisoblanadi [9]. Ular internet-do‘konlarda "vanna tuzlari" nomi ostida sotiladi, ammo aslida bunday emas. “Tuzlar” odatda oq yoki jigarrang kristall shaklidagi kukun ko‘rinishida bo‘ladi. Ushbu moddalar haqiqiy vanna tuzlari yoki magniy va sulfat aralashmasidan tayyorlangan Epsom tuzlariga hech qanday aloqasi yo‘q. Epsom tuzlari vannaga qo‘shiladigan mineral aralashma bo‘lib, stressni kamaytirish va mushaklarni bo‘shashtirish uchun ishlatiladi.

Kimyoviy jihatdan, sintez qilingan katinonlar β-feniletilamin (FEA) hosilalari bo‘lib, metaмfetamin (N-metil-1-fenilpropan-2-amin) va MDMA (3,4-metilendioksi-N-metilamfetamin, ya'ni "Ekstazi") kabi birikmalarni o‘z ichiga oladi. FEA hosilalaridan olinadigan kation (β-ketoamfetamin) asosidagi birikmalar quyidagilarni o‘z ichiga oladi: metilendioksipirovaleron (3,4-metilendioksipirovaleron, MDPV), 4-metilefedron, mefedron (4-MMC, Mef), metilon (3,4-metilendioksi-N-metilkation, MDMC) va boshqa ko‘plab moddalar. Ushbu birikmalarning kimyoviy tuzilish diapazoni juda keng va doimiy ravishda o‘zgarib bormoqda.

SK iste’moli juda xavfli bo‘lishi mumkin [10]. Ularning iste’moli ko‘pincha jiddiy zaharlanishga olib keladi va inson salomatligiga katta ta’sir qiladi. Odatda, SK iste’mol qilgan odamlar bezovta va tajovuzkor bo‘lib qoladilar, yuqori dozalarda (70–100 ng/ml) esa tajovuzkor xatti-harakatlar namoyon qiladi [11]. Ayrim hollarda ushbu moddalar o‘limga ham sabab bo‘lgan [12,13,14].

Sintez qilingan katinonlarni suiiste’mol qilish jamoat salomatligi uchun jiddiy muammo hisoblanadi. SK iste’moli odatda simpatomimetik toksiklikka olib keladi, bu esa maniya, taxikardiya, qon bosimi oshishi, ba’zan esa gallyutsinatsiyalar, giponatriemiya, ko‘krak og‘rig‘i va ko‘ngil aynishi bilan namoyon bo‘ladi. Og‘ir holatlarda epileptik xuruj, periferik organlarning jiddiy zararlanishi va rabdomioliz kabi holatlar yuzaga kelishi mumkin [15]. Bu boradagi ma’lumotlar faqat ushbu xavfli asoratlarni boshdan kechirgan iste’molchilardan olingan [16].

Ushbu tadqiqotning maqsadi ushbu xavfli sintetik giyohvand moddalar bo‘yicha

ekspert ma'lumotlarini ularning kimyoviy tarkibi, metabolizmi, farmakologiyasi va toksikologiyasi nuqtayi nazaridan ko'rib chiqishdan iborat.

2. Sintez qilingan katinonlar tarixi

Ba'zi SKlar (masalan, mefedron) ilk bor o'tgan asrning 20-yillarida sintez qilingan bo'lib, ularning kimyoviy xususiyatlari tabiiy katinonlarga o'xshash [17]. Biroq "katinon" atamasi faqat 1970-yillarda paydo bo'lgan, "sintez qilingan katinon" atamasi esa undan ham kechroq kiritilgan [18]. Uzoq vaqt davomida bu moddalar deyarli unutilgan edi. Biroq, qonunchilikdagi bo'shliqlar sababli, yer osti kimyogarlari ularni "dizayner giyohvand moddalar" tarkibida qo'llay boshladi [19,20,21].

15 yil avval katinon iste'moli yana ortib, dastlab Buyuk Britaniyada, keyin Yevropaning boshqa qismlarida va oxir-oqibat AQShda tarqala boshladi [22]. SKlar AQShda 2010 yilda paydo bo'lib, mamlakat toksikologik markazlari tomonidan qayd etilgan [20]. Katinonlardan foydalanish keskin oshdi [23,24].

Buyuk Britaniya Milliy zaharlanish bo'yicha axborot xizmati mefedron va boshqa katinon bilan bog'liq rekreatsion giyohvand moddalar toksikligi haqidagi telefon xabarlarini yig'ib borgan. 2009 yilgacha Buyuk Britaniyada bu moddalar bo'yicha hech qanday xabar qayd etilmagan. 2009–2010 yillarda katinon bilan bog'liq 188 ta telefon xabari qayd etilgan, ulardan aksariyati (157 ta qo'ng'iroq) mefedron bilan bog'liq bo'lgan.

Biroq, 2010 yildan keyin katinonlar bilan bog'liq qo'ng'iroqlar soni MDMA ("Ekstazi") va kokain bilan bog'liq qo'ng'iroqlar soniga tenglashgan. Bundan tashqari, ushbu moddalar osonroq topilayotganligi, ularning iste'moli ortib borayotgani va Buyuk Britaniya hamda Yevropada kasalxonaga yotqizish holatlari ko'payayotgani kuzatilgan [25].

2015 yilning o'rtalariga kelib, α-PVP Yevropada 105 ta o'lim bilan bog'liq zaharlanishga sabab bo'lgan [26]. Yevropada ushbu moddalar asosan internet saytlari orqali yoki kichik qadoqlarda "sovg'a" sifatida sotib olingan.

Shundan beri dizayner giyohvand moddalarining yangi iste'mol holatlari ko'p marotaba qayd etilgan. Qisqa muddat ichida ko'plab SKlar ayniqsa yosh avlod orasida mashhur bo'lib ketdi [27].

Rekreatsion giyohvand moddalar bozorida qayta paydo bo'lganidan beri bir qancha mamlakatlarda SKlar bilan bog'liq - suiiste'mollik, giyohvandlik va o'lim holatlari haqida ko'plab xabarlar berilgan [28,29,30]. Sintez qilingan katinonlar tabiiy monoaminlar bo'lgan katinonlarning kimyoviy hosilalari bo'lib, ular asrlar davomida Afrika shoxi va Arabiston yarim oroli tub aholisi tomonidan psixostimulyator xususiyatlari uchun ishlatilgan [31]. Ko'pgina sintez qilingan katinonlar Xitoy yoki Hindistonda ishlab chiqariladi va dunyo bo'ylab tez tarqaladi [32,33].

3. "Tezlik"

Sintez qilingan katinon α-pirrolidinovalerofenon, ya'ni α-PVP O'zbekistonda "Tezlik" nomi bilan tanilgan. O'zbekistonda α-PVPning boshqa jargon nomlari ham keng tarqalgan, masalan, "tuz" yoki "SK" (ya'ni "sintetik katinon").

Kimyoviy tarkibiga ko'ra, α-PVP bir necha yil oldin AQShda noodatiy intoksikatsiya va hayajon holatlarining ko'payishiga sabab bo'lgan MDPV bilan o'xshash [34].

Garchi odamlar α-PVPni eyforiya holatiga erishish uchun ishlatsalar ham, uning ta'siri tezda dahshatli gallyutsinatsiyalar, paranoidal psixoz, kuchli hayajon va boshqa turli psixik holatlarga olib kelishi mumkin. α-PVP "hushyor alahlash" deb nomlanuvchi holatni keltirib chiqaradi, bu esa ortiqcha simpatik faollik oqimini chaqiradi [35].

Bu holat quyidagi psixik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi:

- G'alati/noto'g'ri xatti-harakatlar
- Bezovtalik
- Hayajon
- Tajovuzkorlik
- Ongning buzilishi
- Miyoklonus va tutqanoqlar [36,37]

Klinik jihatdan hushyor alahlash quyidagi belgilar bilan namoyon bo'ladi:

- Taxikardiya
- Gipertenziya

• Gipetermiya
• Haddan tashqari terlash
• Midriaz (ko‘z qorachig‘ining kengayishi) [38]

α-PVP juda xavfli giyohvand modda bo‘lishiga qaramay, bu yangi SK AQSh va Yevropada giyohvand moddalar bozorida yetakchilik qila boshladi [39].

3.1. Farmakologiya

Tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki [40,41], sintetik katinonlardan biri bo‘lgan α-PVP monoamin tashuvchilari NET va DAT (mos ravishda norepinefrin va dopamin tashuvchilari) hamda vezikulyar monoamin tashuvchisi (VMAT) inhibitori sifatida ekstrasellyulyar neyromediatorlar darajasini oshirishi mumkin. α-PVP, ehtimol, norepinefrin va dopamin qayta qabul qilish inhibitora o‘xshash ta’sir ko‘rsatadi, xuddi MDPV kabi [42]. Metzler va uning hamkasblari α-PVP dopamin va norepinefrin retseptorlarini tanlab o‘zlashtirish faolligiga ega ekanligini aniqladilar, bu esa serotonin tashuvchisi (SERT) transporti/qayta qabul qilishiga kam ta’sir qiladi [43].

α-PVP sezilarli darajada harakat faolligini oshiradi va bu metamfetaminlar tomonidan qo‘zg‘atilgan harakat faolligidan ancha tez yuzaga keladi [44]. α-PVP (25 mg/kg, og‘iz orqali qabul qilinganida) striatumda ekstrasellyulyar dopamin kontsentratsiyasini oshiradi. Bu esa α-PVP dopamin chiqarilishini rag‘batlantirishini ko‘rsatadi [45,46], natijada harakat faolligining oshishiga olib keladi. Shunday qilib, α-PVP markaziy asab tizimi (MAT) faoliyatiga D1 va D2 retseptorlari orqali ta’sir qiladi [45,47].

α-PVPning kokain bilan o‘xshash stimulyatorlik xususiyatlariga egaligi haqida ko‘proq dalillar to‘planmoqda. Aslida, u kokain va amfetamin kabi oddiy psixostimulyatorlarga qaraganda samaraliroq hisoblanadi [48,49]. Gannon va uning hamkasblari [48] kalamush miyasining sinaptosomalarida so‘rilish inhibitori testidan foydalanib, MDPV, 3',4'-metilendioksi-α-pirrolidinobutiofenon (MDPBP), 3',4'-metilendioksi-α-pirrolidinopropiofenon (MDPPP), α-PVP, α-pirrolidinopropiofenon (α-PPP) va kokainning DAT, NET va SERTga ta’sirini to‘g‘ridan-to‘g‘ri taqqosladilar. Natijalar shuni ko‘rsatdiki, α-PVP yuqoridagi moddalar orasida DATga eng kuchli selektivlik va SERTga eng past selektivlik ko‘rsatgan.

Collins va uning hamkasblari [49] to‘rtta katta yoshli rezus-makak maymunlarida MDPV va α-PVPning mustaqil qabul qilinishini o‘rganib, ularni kokain va metamfetamin ta’siri bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri taqqosladilar. Natijalar shuni tasdiqladiki, sintetik katinonlar MDPV va α-PVP uzoq vaqt davomida yuqori javob reaktsiyasini saqlab turishi mumkin va ular kokain yoki metamfetamindan ham kuchliroq ta’sirga ega.

3.2.Toksikologiya Sintetik katinonlarning to‘g‘ridan-to‘g‘ri miyotoksikligi bor yoki yo‘qligini aniqlash uchun, Zhou va hamkasblari [50] α-PVP va boshqa moddalar miyoblast C2C12 (sichqon skelet mushak hujayralari liniyasi) ga toksik ta’sirini o‘rganishdi. α-PVP va boshqa moddalar bilan 1 yoki 24 soat davomida ta’sirlangandan so‘ng, hujayra membranasi yaxlitligi, ATF darajasi, mitoxondriyalar kislorod iste’moli va mitoxondrial superoksid anion-radikal ishlab chiqarilishi o‘lchandi. Natijalar shuni ko‘rsatdiki, α-PVP ATF ni iste’mol qiladi, hujayra membranasi yaxlitligini yo‘qotadi va C2C12 miyoblastlarida superoksid-radikal anionlar miqdorini oshiradi. Bundan tashqari, pirrolidon hosilasi sifatida α-PVP hujayra nafas olishini buzadi, bu esa mitoxondriyalarning anormal funksiyasini ko‘rsatadi. Shunday qilib, α-PVP simpatik asab tizimiga ta’sir qilishdan tashqari, skelet mushaklari mitoxondriyalariga to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta’sir qilib, miyotoksiklikka olib kelishi mumkin.

Kemiruvchilarda o‘tkazilgan tadqiqotda α-PVP ning 1–10 mg/kg dozalari (bug‘ yoki in’eksiya shaklida) dozaga bog‘liq giperlokomosiyaga sabab bo‘ldi, bu, ehtimol, D1 va D2 dopamin retseptorlarining faollashishi bilan bog‘liq [51]. Odamlarda α-PVP ning psixofarmakologik ta’siri bitta qabuldan 10 daqiqa o‘tib boshlanadi (odatda 15 dan 300 mg gacha), 10–40 daqiqa ichida eng yuqori darajaga yetadi va 2–3 soat davom etadi.

Kolesnikova va hamkasblari α-PVP ning balog‘at yoshidagi danio baliqlariga ta’sirini qisqa muddatli (1, 5, 25 va 50 mg/L 20 daqiqa

davomida) va uzoq muddatli (1, 5 va 10 mg/L yetti kun davomida) tadqiq qilishdi [52]. Umuman olganda, α-PVP ning o‘tkir ta’siri psixostimulyatsiyani (lekin anksiolitik ta’sir emas) keltirib chiqardi va baliqlarning suv tubida xos va stereotipik "yonma-yon" harakatlanishiga sabab bo‘ldi (5, 25 va 50 mg/L kontsentratsiyalarda). Yuksak samarali suyuqlik xromatografiyasi/mass-spektrometriya usuli yordamida danio baliqlari miyasida α-PVP ning aniqlangan darajasi ushbu kuzatilgan xatti-harakatlarning sababi bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatdi. α-PVP miya to‘qimalarida kuzatilgan eng yuqori darajadagi signal darajasi tizimli qabul qilingan preparat konsentratsiyasiga mos keldi.

Ikki kunlik keskin to‘xtatishdan so‘ng α-PVP ni uzoq muddatli (7 kun) iste’mol qilgan baliqlarda hech qanday ta’sir kuzatilmadi, ammo uzoq muddatli iste’moldan keyin gipolokomosiyaga (faollikning pasayishi) va qayta chekinish alomatlariga olib kelishi mumkin bo‘ldi, bu esa ba’zi psixostimulyatorlarga o‘xshash ta’sirlarni ko‘rsatdi. Ushbu natijalar danio baliqlarining α-PVP ga sezgirligini tasdiqlaydi va uning sutemizuvchilarga ta’siri bilan ba’zi o‘xshashliklarni ko‘rsatadi. Ushbu tadqiqot shuningdek, α-PVP ning markaziy asab tizimiga ta’sirini o‘rganishda hamda yangi sintetik psixoaktiv moddalarni tadqiq qilishda danio baliqlariga asoslangan suvli modellar yordam berishi mumkinligini ko‘rsatadi.

Biroq, α-PVP ning inson salomatligiga uzoq muddatli ta’sirini o‘rganishga qaratilgan eksperimental tadqiqotlar olib borilmagan. Aslida, α-PVP ning uzoq muddatli qo‘llanilishining odamlar uchun oqibatlari haqida yetarlicha ma’lumot mavjud emas.

3.3.Metabolizm Sintetik katinonlarning metabolizmini tushunish nafaqat antidoping va sud tibbiyoti maqsadlarida, balki kelajakda suiiste’mol qilinishi mumkin bo‘lgan va qo‘shimcha farmakologik baholashni talab qiladigan metabolitlarni aniqlashda ham foydalidir. Masalan, bir nechta sintetik katinonlar, jumladan α-PVP, sport tadbirlarida taqiqlangan moddalarning ro‘yxatiga kiritilgan [53]. α-PVP va MDPV ning metabolizmi o‘rganilgan, ammo bu yerda faqat I fazaning metabolizmi tavsiflanadi. Ko‘plab metabolitlar II fazaning metabolitlari sifatida sulfatlar yoki, ko‘pincha, glukuronidlar yoki boshqa kon'yugatlarni hosil qilishi mumkin. α-PVP ning metabolizmi asosan sichqonlarda o‘rganilgan [32,54]. Sichqonlarda va iste’molchilar siydik namunalari orasida α-PVP ning o‘n birta metaboliti aniqlangan. I fazaga kiritilishi kerak bo‘lgan metabolizm bosqichlari, ya’ni yon zanjirning gidroksillanishi va keyinchalik tegishli ketonga dehidratlanishi va pirrolidin halqasining 2-pozitsiyasining gidroksillanishi va keyinchalik tegishli laktamga dehidratlanishi tavsiya etiladi.

Boshqa yo‘l - fenil halqasini gidroksillash orqali pirrolidin halqasini tegishli birinchi aminlarga ajratish, ehtimol, 4-pozitsiyada va pirrolidin halqasini tegishli karbon kislotasiga ochish. II fazaning metabolik bosqichlariga glukuronidlanish [55] kiradi. Shunga qaramay, bu metabolitlarning farmakologik jihatdan funktsional bo‘lishi haqida yetarlicha bilim yo‘q.

Shima va boshqalar [56] α-PVP ga suiiste'mol qiladigan odamlarning 19 ta siydik namunalarini tahlil qilganda, metabolizmning asosiy yo'llari ketonlar to'plamining kamayishi va pirrolidino halqasining oksidlanishi ekanligini aniqladilar. 2’’-OH-α-PVP ning siydikdagi darajasi 2’’-okso-α-PVP ga qaraganda yuqori edi. Ushbu ma'lumot, α-PVP ning inson metabolizmida ketonlar to'plamining kamayishi yoki 2’’ pozitsiyasidagi pirrolidino halqasining oksidlanishi orqali individuallararo farqlarni aniqladi. α-PVP va uning metabolitlarining (2’’-OH-α-PVP + 2’’-okso-α-PVP) siydikdagi juda yuqori konsentratsiyasi (11200 va 5300 ng/ml), shuningdek buyraklardagi nisbatan yuqori konsentratsiyalar (1580 va 972 ng/g, mos ravishda) shuni ko'rsatadiki, α-PVP buyraklar orqali tezda siydik bilan chiqariladi [57]. α-PVP va/yoki uning metabolitlarining odam salomatligiga ta'siri bo'yicha tajriba asosidagi tadqiqotlar o'tkazilmagan.

Shunday qilib, α-PVP metabolitlarining biologik hayot davomiyligi va asosiy turlarda biologik faoliyat mavjudligini tushunish uc-

hun yana ham ko'proq inson va hayvon modellarini (odamlar, kemiruvchilar va suv organizmlari) integratsiyalash zarur.

3.4. Klinik rivojlanish va salomatlikka xavflar α-PVP bilan bog'liq salomatlik xavflari bir nechta omillarga bog'liq: qo'llash tezligi va usuli, moddalar mavjudligi va xususiyatlari, foydalanuvchilarning salomatlikka zararli ta'sirlari haqidagi bilim darajasi. α-PVP ni epizodik va surunkali qo'llash haqida mos ma'lumot yo'qligi, α-PVP bilan bog'liq xavflarni oldini olishga yordam berishi mumkin. Ta'qiqlangan narkotiklar foydalanishini qayta tiklash va ularni suiiste'mol qilish shifokorlar uchun skrining, diagnostika va davolashni murakkablashtiradi, shuningdek, narkotiklarni kuzatish bo'yicha turli agentliklarga tegishli qoidalarni aniqlashga to'sqinlik qiladi.

α-PVP ni ichki ravishda, chekish, nafas olish, parenteral usulda qabul qilish va elektron sigaretalarda bug'lash mumkin. Elektron sigaretalarda narkotiklarni bug'lash, SC va klassik stimulyatorlarni qabul qilishning keng tarqalgan usuliga aylanmoqda. Bug'lash jarayonida isitish, foydalanuvchini boshlang'ich birikmalar va termolitik parchalanish mahsulotlarining aralashmasiga duchor qilishi mumkin, bu esa faqat inyeksiya yoki burun orqali inhalatsiya qilish orqali qabul qilingan moddaning toksikologik va farmakologik ta'sirlarining turlicha bo'lishiga olib keladi [58,59]. So'nggi usul tezda qon oqimiga kirib boradi va bu ortiqcha dozani olish xavfini oshiradi. α-PVP qo'llanilganda turli xil simptomlarga olib keladi. Dori depressiya, vahima hujumlari, ko'krak og'rig'i, paranoiya, gallyutsinatsiyalar, agressiv xulq-atvor, o'ziga qo'zg'atish (shu jumladan, o'z joniga qasd qilish) va surunkali psixozni keltirib chiqaradi deb xabar berilgan [35]. Yangi psixoaktiv moddalar paydo bo'lish tezligi xavotir uyg'otadi. Yangi strukturalar yangi xususiyatlarga ega bo'lib, bu esa intoksikatsiya vaqtida xulq-atvorning o'ziga xos xususiyatlarini yaratadi. Yangi preparatlarni qo'llashga bo'lgan moyillik oshishi mumkin va klinik amaliyotda holatlar soni ortadi deb taxmin qilish mumkin. Shifokorlar buni hisobga olib, tegishli davolanishni tayinlashlari va noxush zararlarni minimallashtirishlari kerak.

Heikman va boshqalar [60] α-PVP ni qabul qiladigan bemorlarda bir nechta moddalarni tez-tez ishlatish odatiy hol bo'lishi mumkinligini ko'rsatdilar. Taxminlarga ko'ra, 2016/2017 yillarda 0,8% o'rta maktab o'quvchilari o'tgan yil davomida α-PVP ni ishlatgan [61]. O'quvchilarning ota-onalari o'rtacha ta'lim darajasiga ega bo'lmaganlarida foydalanish ehtimoli ko'proq edi. α-PVP ni ishlatadigan iste'molchilar, boshqa narkotiklarni, xususan, sintetik kanabinoidlarni (85,6%), ketamini (72,3%), marixuanani (59,1%) va GOMKni (47,5%) keng tarqalganligini bildirgan. α-PVP ni ishlatish, shuningdek, boshqa narkotiklar bilan ishlatishning ko'pligi va tez-tezligini ko'rsatadi: 51,7% iste'molchilar 4 dan 12 gacha turli xil PAVlarni ishlatadi.

3.5. Intoksikatsiyalar va o'lim holatlari 2012 yilda α-PVP ning zaharlanishi ayniqsa Skandinaviyadagi Daniya va Islandiyada aniqlangan. Finlandiyada 2012 yilda turli taqiqlangan narkotiklarni ishlatish bo'yicha 162 holat qayd etilgan, bu testlar orqali tasdiqlangan. Ulardan 4,9% zaharlanish holatlari α-PVP bilan bog'liq edi. Shvetsiyada 255 ta taqiqlangan narkotiklar bilan ishlatish holatlari qayd etilgan, bu testlar orqali tasdiqlangan. Ulardan 0,4% α-PVP bilan zaharlanish holatlari edi. Ko'pgina hollarda boshqa NPV va/yoki "klassik" moddalarga duch kelingan [62]. 2013 yil aprelidan 2015 yil noyabrigacha Shvetsiyada α-PVP bilan intoksikatsiyalangan 31 bemor qayd etilgan, ularning 73% giyohvand moddaga bog'liq edi [63]. Barcha holatlarda boshqa NPV va/yoki "klassik" narkotiklar ham aniqlangan. PAVlar orasida α-pirrolidinobutiofenon (α-PBP) va pirrolidon analoglari eng keng tarqalgan NPVlar bo'lib, benzodiazepinlar esa markaziy nerv tizimi (MNT) ingibitorlari sifatida eng keng tarqalgan edi. Intensiv terapiya bo'limida kuzatuvni talab qilgan 14 ta holatdan sakkiztasi og'ir zaharlanishlar sifatida tasniflangan. O'lim holatlari haqida xabarlar yo'q edi.

3.6.Sud-toksikologiya Finlyandiyada ikki o'limli zaharlanish holati ro'y berdi: o'limning sababi o'z joniga qasd qilish va tasodifiy

hodisa natijasida o'lim bo'ldi. O'z joniga qasd qilishda doksepin bilan zaharlanish natijasida qonida α-ПВП (70 ng/ml), shuningdek, doksepin, citalopram, kvetiapin, MDPV, buprenorfin va temazepam aniqlangan. Tasodifiy hodisa natijasida ko'plab jarohatlar bilan o'limda qonida α-ПВП (60 ng/ml), amfetamin va ketamin aniqlangan [64]. Shuningdek, Richards-Waugh va boshqalar [65] α-ПВП bilan bog'liq o'lim holatlarini tasvirladilar, uch nafar 31, 35 va 51 yoshdagi kattalar orasida. Toksikologik tahlil qonidagi konsentratsiyalarni 29, 52 va 10 ng/ml deb aniqladi. Uchala erkakda ham ushbu narkotiklarni iste'mol qilishga xos bo'lgan xususiyatlar ko'rildi: birinchi holatda agressiv xulq-atvor va o'z joniga qasd qilishga moyillik, ikkinchi holatda esa kramplar. Toksikologik tahlil, shuningdek, sertralin, oksikodon va 7-aminoklonazepamning mavjudligini ko'rsatdi. Uch holatda ham α-ПВП ularning o'limiga sabab bo'lgan, lekin bu modda asosiy omil emas edi [65].

Bunday o'lim holatlari O'hayo shtatida ham qayd etilgan [33]. O'limli zaharlanish natijasida 32 yoshdan 44 yoshgacha bo'lgan to'rtta ayol va 34 yoshdan 51 yoshgacha bo'lgan ikki erkak vafot etdi. α-ПВП ularning qonida va siydikida obduksiya jarayonida aniqlangan. Shuningdek, to'rt holatda boshqa narkotiklar (morfin, kodein, gidrokodon va 6-monoasetatilmorfin) mavjudligi tasdiqlangan, bitta holatda kokaindan va uning metabolitlaridan, uch holatda esa sintetik katinonlardan (MDPV, pentilon va metedron) aniqlangan. Kvetiapin bitta holatda, amitriptilin, citalopram, venlafaksin va norvenlafaksin esa uch holatda aniqlangan [33]. α-ПВП ning birinchi o'limli zaharlanish holatlaridan birida, unda α-ПВП o'limning yagona tavsiflangan sababi sifatida ko'rsatilgan [66], dori vositasining qonidagi konsentratsiyasi 486 ng/ml ni tashkil qilgan.

Yaponiyada 2014-yilda 41 yoshli erkakda yurak yetishmovchiligi sababli kutilmagan o'lim holati ro'y berdi, u α-ПВП iste'mol qilgan edi [67]. Toksikologik tahlil boshqa moddalarni aniqladi, lekin α-ПВП o'limdan keyingi qon namunalarida (411 ng/ml) va o'ng va chap yurak kamarlaridan va son venasidan olingan qon namunalarida aniqlangan [57]. α-ПВП ning qonidagi konsentratsiyalari 597, 635 va 580 ng/ml tashkil qildi. α-ПВП shuningdek siydikda ham aniqlangan. α-ПВП bilan zaharlanish holatlarining soni oshmoqda. AQShning faqatgina janubiy Floridadagi bitta okrugda 18 o'lim holati qayd etilgan [69].

4. Xulosa

Tadqiqot sintetik katinonlarning, ayniqsa α-ПВП ning qo'llanilishini sezilarli darajada oshganligini ta'kidlaydi. Bu moddalar yuqori toksikligi va qaramlik keltirib chiqarish potentsiali tufayli jiddiy jamoat salomatligi xavfini yaratmoqda. Sintetik katinonlarning tarqalishiga qarshi kurashda asosiy qiyinchilik ular yuqori moslashuvchanligi va mavjud qonunchilik me'yorlarini chetlab o'tish qobiliyatida yotadi, bu esa xalqaro hamkorlikni kuchaytirishni va qonunchilik choralari yangilanishini talab qiladi. Sintetik katinonlarning farmakologiyasi va toksikologiyasi bo'yicha qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazishga jiddiy ehtiyoj bor, bu ularning inson organizmiga ta'sirini yaxshiroq tushunish va qaramliklarni davolash va reabilitatsiya qilish uchun samarali usullar ishlab chiqish imkonini beradi.

ADABIYOTLAR

1. Birlashgan Millatlar Tashkiloti Narkotiklar va Jinoyatlarni Nazorat qilish boshqarmasi. Yangi psixoaktiv moddalar (YPM). [Elektron manba]. Mavjud: https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_leaflet_2016_Russian.pdf.

2. Varì M.R., Mannocchi G., Tittarelli R., Campanozzi L.L., Nittari G., Feola A., Ronchi F.U., Ricci G. Yangi Psixoaktiv Moddalar: Ma'lumotlar almashish va Evropa Ittifoqida yangilangan huquqiy javoblar. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020;17:8704.

3. Schifano F. So'nggi o'zgarishlar narkotiklarni suiiste'mol qilishda: Yangi /novel psixoaktiv moddalar (YPM) fenomeni. Brain Sci 2018; (8):221.

4. Evropa Narkotiklar Monitoring Markazi. Evropa Narkotiklar Hisoboti 2023. Tendensiyalar va Rivojlanish. [Elektron

manba]. Mavjud: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances_en

5. Asadullin A.R., Axmetova E.A., Galeeva E.K., Nikolaev I.V. "Dizayner" dorilar va yangi potentsial xavfli kimyoviy moddalarni tasniflash yondashuvi, muammoni qisqacha ko'rib chiqish. International Journal of Environmental and Science Education 2016; 11(14):6697-6703.

6. Asadullin A.R., Galeeva E.X., Lisovskaya S.B., Axmetova E.A., Nikolaev I.V. Sintetik "dizayner" narkotik moddalar va yangi potentsial xavfli kimyoviy moddalarni tizimlashtirish. Narkologiya 2017; 16(3):94-10.

7. O'zbekiston Respublikasida narkotik moddalar bilan bog'liq vaziyat 2019 yil. [Elektron manba]. Mavjud: https://ncdc.uz/uploads/image/17122020-110017_551-6.pdf

8. https://repost.uz/stali-chasto-provozit-sintetiku

9. Ageely H.M.A. Xat iste'mol qilish bilan bog'liq sog'liq va ijtimoiy-iqtisodiy xavflar. Journal of Family and Community Medicine 2008; (15):3–11

10. Mas-Morey, P.; Visser, M.H.M.; Winkelmolen, L.; Touw, D.J. Sintetik katinonlar (“bath salts”) bilan zaharlanishlar va ularni boshqarish. J. Pharm. Pract. 2012, 26, 353–357.

11. Dumestre-Toulet, V.; Brault, S.; Labadie, M.; Penouil-Pucheu, F. Besh dollar bilan aqldan ozish: Flakka (α-PVP) bilan ikki yangi hollarda o'limsiz zaharlanishlar. Toxicol. Anal. Clin. 2017, 29, 111–116.

12. Murray, B.L.; Murphy, C.M.; Beuhler, M.C. “Bath salts” deb nomlanuvchi dizayner dori vositasidan foydalanganda o'lim, 3, 4-metilenedioksipirovaleron (MDPV) tarkibida. J. Med. Toxicol. 2012, 8, 69–75.

13. Kesha, K.; Boggs, C.L.; Ripple, M.G.; Allan, C.H.; Levine, B.; Jufer-Phipps, R.; Doyon, S.; Chi, P.L.; Fowler, D.R. Metilenedioksipirovaleron (“bath salts”) bilan bog'liq o'lim: Hodisalar va adabiyotlarni ko'rib chiqish. J. Forensic Sci. 2013, 58, 1654–1659.

14. Desharnais, B.; Dazé, Y.; Huppertz, L.M.; Mireault, P.; Skinner, C.D. Dizayner dori 3, 4-metilenedioksipirovaleron (MDPV) ga nisbatan idiosinkratik reaktsiya holati va adabiyotlarni ko'rib chiqish. Forensic Sci. Med. Pathol. 2017, 13, 350–354.

15. Luethi, D.; Liechti, M.E. Dizayner dorilar va salbiy ta'sirlar mexanizmi. Arch. Toxicol. 2020, 94, 1085–1133.

16. Zaami, S.; Giorgetti, R.; Pichini, S.; Pantano, F.; Marinelli, E.; Busardò, F.P. Sintetik kationlar bilan bog'liq o'limlar: Yangilangan ma'lumot. Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2018, 22, 268–274.

17. Winstock, A.R.; Mitcheson, L.R.; Deluca, P.; Davey, Z.; Corazza, O.; Schifano, F. Mephedron, yangi kishi kesiladimi? Addiction 2011, 106, 154–161.

18. Glennon, R.A. Bath salts, mephedron va metilenedioksipirovaleron kabi yangi paydo bo'lgan noqonuniy dorilar, ular maqsadli terapevtik aralashuvni talab qiladi. Adv. Pharmacol. 2014, 69, 581–620.

19. Gibbons, S.; Zloh, M. “Yuridik yuqori” mefiedronni tahlil qilish. Bioorg. Med. Chem. Lett. 2010, 20, 4135–4139.

20. Spiller, H.A.; Ryan, M.L.; Weston, R.G.; Jansen, J. Amerika Qo'shma Shtatlarida “bath salts” va “yuridik yuqori” (sintetik kationlar) bilan bog'liq klinik tajriba va tahliliy tasdiqlash. Clin. Toxicol. 2011, 49, 499–505.

21. Fass, J.A.; Fass, A.D.; Garcia, A.S. Sintetik kationlar (“bath salts”): Yuridik holati va suiiste'mol qilish odatlari. Ann. Pharmacother. 2012, 46, 436–441.

22. Prosser, J.M.; Nelson, L.S. Bath salts toksikologiyasi: Sintetik kationlar haqida ko'rib chiqish. J. Med. Toxicol. 2012, 8, 33–42.

23. Bronstein, A.C.; Spyker, D.A.; Cantilena, L.R., Jr.; Green, J.L.; Rumack, B.H.; Dart, R.C. 2010 yilgi Amerika Zararli Moddalarni Nazorat qilish Markazlari Assotsiatsiyasining Milliy Zahar Ma'lumotlari Tizimi (NPDS) Yillik Hisoboti: 28-yillik Hisobot. Klin. Toksikol. 2011, 49, 910–941.

24. Gummin, D.D.; Mowry, J.B.; Spyker, D.A.; Brooks, D.E.; Fraser, M.O.; Banner, W. 2016 yilgi Amerika Zararli Moddalarni Nazorat qilish Markazlari Assotsiatsiyasining Milliy Zahar Ma'lumotlari Tizimi (NPDS) Yillik Hisoboti: 34-yillik Hisobot. Klin. Toksikol. 2017, 55, 1072–1552.

25. James, D.; Adams, R.D.; Spears, R.; Cooper, G.; Lupton, D.J.; Thompson, J.P.; Thomas, S.H.L. Mephedron toksikligi bo'yicha klinik xususiyatlar, Buyuk Britaniyaning Milliy Zaharlar Ma'lumotlari Xizmati tomonidan xabar qilingan. Tez yordam. Med. J. 2011, 28, 686–689.

26. EMCDDA. Yevropa Narkotiklar va Narkomaniyaga Qarshi Kurash Markazi. EMCDDA-Europol birgalikda hisobot yangi psixoaktiv moddalar bo'yicha: 1-fenil-2-(1-pirrolidinil)-1-pentanone (α-PVP). 2015. Onlayn mavjud: http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-reports/alpha-pvp_en (1 sentyabr 2015 da kirish).

27. German, C.L.; Fleckenstein, A.E.; Hanson, G.R. Bath salts va sintetik kationlar: Yangi dizayner dorisi fenomeni. Life Sci. 2014, 97, 2–8.

28. Watterson, L.R.; Kufahl, P.R.; Nemirovsky, N.E.; Sewalia, K.; Grabenauer, M.; Thomas, B.F.; Marusich, J.A.; Wegner, M.; Olive, M.F. Sintetik kation 3, 4-metilenedioksipyrovaleron (MDPV) ning kuchli mukofotlash va kuchaytirish ta'siri. Addict. Biol. 2014, 19, 165–174.

29. Karila, L.; Megarbane, O.; Lejoyeux, B.; Cottencin, M. Sintetik kationlar: Yangi jamoat salomatligi muammosi. Curr. Neuropharmacol. 2015, 13, 12–20.

30. Weinstein, A.M.; Rosca, P.; Fattore, L.; London, E.D. Sintetik kation va kannabinoid dizayner dorilari jamoat salomatligi uchun katta xavf tug'diradi. Front. Psychiatry 2017, 8, 156.

31. Al-Hebshi, N.N.; Skaug, N. Khat (Catha edulis)—Yangilangan ko'rib chiqish. Addict. Biol. 2005, 10, 299–307.

32. Sauer, C.; Peters, F.T.; Haas, C.; Meyer, M.R.; Fritschi, G.; Maurer, H.H. Yangi dizayner dori a-pirrolidinovalerofenon (PVP): Uning metabolizmi va toksikologik tahlili, sichqonlar siydigida gaz xromatografiyasi/massa spektrometriya texnikalari yordamida. J. Mass Spectrom. 2009, 44, 952–964.

33. Marinetti, L.J.; Antonides, H.M. Bath saltsda tez-tez uchraydigan sintetik kationlar tahlili, inson faoliyati va postmortem toksikologiya: Metodologiya ishlab chiqish, dori tarqatilishi va natijalarni talqin qilish. J. Anal. Toxicol. 2013, 37, 135–146.

34. DiSalvo, D. Flakka va boshqa sintetik dorilar haqidagi haqiqiy tarixiy ma'lumot. Forbes jurnali. 2015. Onlayn mavjud: https://www.forbes.com/sites/daviddisalvo/2015/04/15/the-backstory-you-really-need-to-know-about-flakka-and-other-synthetic-drugs/#369ec24a4a4d

35. Crespi, C. Flakka bilan bog'liq davom etayotgan psixoz. Case Rep. Psychiatry 2016, 2016, 3460849.

36. Gómez-Arnau, J.; Rodríguez-Salgado, B.; Sánchez-Mateos, D.; Dolengevich-Segal, H. FLAKKA: Ispaniyada yangi psixoaktiv modda. Revista. Patol. Dual. 2015, 2, 6–7.

37. Gussow, L. Toksikologiya bo‘yicha raundlar: Flakka: G‘alati xulq-atvorni keltirib chiqaradigan noqonuniy dori. Emerg. Med. News. 2015, 37, 24.

38. Beck, O.; Franzén, L.; Bäckberg, M.; Signell, P.; Helander, A. α-Pirrolidinovaleroferonon (α-PVP) ning toksikologik baholanishi: STRIDA loyihasida zaharlanish holatlari natijalari. Clin. Toxicol. 2016, 54, 568–575.

39. Katselou, M.; Papoutsis, I.; Nikolaou, P.; Spiliopoulou, C.; Athanaselis, S. α-PVP (“flakka”): Yangi sintetik kationonlar narkotiklar bozoriga kiradi. Forensic Toxicol. 2016, 34, 41–50.

40. Aarde, S.M.; Huang, P.K.; Creehan, K.M.; Dickerson, T.J.; Taffe, M.A. Yangi rekreativ dori 3,4-metilen-dioxipirovaleron (MDPV) kuchli psixomotorli stimulandır: Sichqonlarda o‘z-o‘zini boshqarish va lokomotor faoliyat. Neuropharmacology 2013, 71, 130–140.

41. Rickli, A.; Hoener, M.C.; Liechti, M.E. Yangi psixoaktiv moddalarining monoamin transporterlari va retseptorlari bilan o‘zaro ta’sir qilish profillari: Para-xaloglangan amfetaminlar va pirovaleronli kationonlar. Eur. Neuropsychopharmacol. 2015, 25, 365–376.

42. Simmler, L.D.; Buser, T.A.; Donzelli, M.; Schramm, Y.; Dieu, L.-H.; Huwyler, J.; Chaboz, S.; Hoener, M.C.; Liechti, M.E. Dizayner kationonlarining farmakologik xarakteristi-

kasi in vitro. Br. J. Pharmacol. 2013, 168, 458–470.

43. Meltzer, P.C.; Butler, D.; Deschamps, J.R.; Madras, B.K. 1-(4-Metilfenil)-2-pirrolidiniyl-pentan-1-on (piralveron) analoglari: Monoaminlar olishni inhibe qiluvchi istiqbolli sinf. J. Med. Chem. 2006, 49, 1420–1432.

44. Naylor, J.E.; Freeman, K.B.; Blough, B.E.; Woolverton, W.L.; Huskinson, S.L. Ikkinchi avlod sintetik kationonlarining metanfetamin bilan o‘rgatilgan sichqonlarda diskriminativ stimulyatsiya ta’siri. Drug Alcohol. Depend. 2015, 149, 280–284.

45. Kaizaki, A.; Tanaka, S.; Numazawa, S. Yangi rekreativ dori 1-fenil-2-(1-pirrolidiniyl)-1-pentanon (alpha-PVP) dopaminergik neyronlar orqali markaziy nerv tizimini faollashtiradi. J. Toxicol. Sci. 2014, 39, 1–6.

46. Marusich, J.A.; Antonazzo, K.R.; Wiley, J.L.; Blough, B.E.; Partilla, J.S.; Baumann, M.H. “Soliq hammomlar” tarkibiga oid 3,4-metilen-dioxipirovaleron (MDPV) bilan struktura jihatdan bog‘liq yangi sintetik stimulyatorlarning farmakologiyasi. Neuropharmacology 2014, 87, 206–213.

47. Gatch, M.B.; Dolan, S.B.; Forster, M.J. Uchta pirrolidin tarkibidagi sintetik kationon derivativlarining taqqoslashli farmakologiyasi. J. Pharmacol. Exp. Ther. 2015, 354, 103–110.

48. Gannon, B.M.; Baumann, M.H.; Walther, D.; Jimenez-Morigosa, C.; Sulima, A.; Rice, K.C.; Collins, G.T. Pirrolidin tarkibidagi kationonlarning suiiste’molga oid ta’sirlari, ularning kuchi va dopamin transporteri inhibe qilishdagi tanlanganligi bilan bog‘liq. Neuropsychopharmacology 2018, 43, 2399–2407.

49. Collins, G.T.; Sulima, A.; Rice, K.C.; France, C.P. Sintetik kationonlar 3,4-metilendioxipirovaleron (MDPV) va α-pirrolidinopentiofenon (α-PVP) ning rhesus maymunlarida o‘z-o‘zini boshqarish. Psychopharmacology 2019, 236, 3677–3685.

50. Zhou, X.; Luethi, D.; Sanvee, G.M.; Bouitbir, J.; Liechti, M.E.; Krähenbühl, S. Sintetik kationonlarning C2C12 mioblashlaridagi molekulyar toksikologik mexanizmlari. Int. J. Mol. Sci. 2019, 20, 1561.

51. Kolesnikova, T.O.; Khatsko, S.L.; Demin, K.A.; Shevyrin, V.A.; Kalueff, A.V. DARK Klassik kimyoviy neyrofanlilar: α-Pirrolidinovaleroferon (“Flakka”). ACS Chem. Neurosci. 2019, 10, 168–174.

52. Kolesnikova, T.O.; Khatsko, S.L.; Eltsov, O.S.; Shevyrin, V.A.; Kalueff, A.V. Baliqlar hammom qabul qilganda: Sintetik katinon bath salt “flakka” ning kattalar baliqlariga bo‘lgan psixofarmakologik ta’sirlarini xarakterlash. Neurotoxicol. Teratol. 2019, 73, 15–21.

53. Jahon Antidoping Agentligi. Ta’qiqlangan moddalar va usullar ro‘yxati. Katiyonlar va uning analoglari (masalan, mefedron, metedron, α-pirrolidinovaleroferon). 2016. Onlayn mavjud: http://list.wada-ama.org/list/s6-stimulants/cathinone-and-its-analogues-e-g-mephedrone-methedrone-%CE%B1-pyrrolidinovalerophenone/

54. Haas, C.; Sauer, C.; Meyer, M.R.; Fritschi, G.; Maurer, H.H.; Peters, F.T. Yangi dizayner dorisi α-pirrolidinovaleroferon (PVP) ning sichqonlar siydigida GC-MS usullari yordamida metabolizmi va toksikologik tahlili. Current Contributions to Forensic and Clinical Toxicology; Pragst, F., Aderjan, R., Eds.; GTFCH: Bad Vilbel, Germaniya, 2008; b. 269–276.

55. Negreira, N.; Erratico, C.; Kosjek, T.; van Nuijs, A.L.N.; Heath, E.; Neels, H.; Covaci, A. In vitro α-pirrolidinovaleroferon (α-PVP), metilen-dioxipirovaleron (MDPV) va metedronning I va II faza metabolizmi inson jigar mikrosomlari va jigar sitozolida. Anal. Bioanal. Chem. 2015, 407, 5803–5816.

56. Shima, N.; Katagi, M.; Kamata, H.; Matsuta, S.; Sasaki, K.; Kamata, T.; Nishioka, H.; Miki, A.; Tatsuno, M.; Zaitsu, K.; va boshqalar. Yangi uchragan dizayner dori α-pirrolidinovaleroferonning odamda metabolizmi: Siydikdagi metabolitlarning identifikatsiyasi va miqdori. Forensic Toxicol. 2014, 32, 59–67.

57. Hasegawa, K.; Suzuki, O.; Wurita, A.; Minakata, K.; Yamagishi, I.; Nozawa, H.; Gonmori, K.; Watanabe, K. Postmortem taqsimoti α-pirrolidinovaleroferon va uning metabolitlari o‘limga olib kelgan zaharlanish

holatida tananing suyuqliklari va qattiq to‘qimalarida LC-MS-MS yordamida standart qo‘shish usuli bilan o‘lchangan. Forensic Toxicol. 2014, 32, 225–234.

58. Banks, M.L.; Worst, T.J.; Rusyniak, D.E.; Sprague, J.E. Sintetik kationonlar (“hammom tuzlari”). J. Emerg. Med. 2014, 46, 632–642.

59. Marusich, J.A.; Lefever, T.W.; Blough, B.E.; Thomas, B.F.; Wiley, J.L. Metamfetamin va α-PVP bug‘lari va inyeksiyalarining farmakologik ta’siri. Neurotoxicology 2016, 55, 83–91.

60. Heikman, P.; Sundström, M.; Pelander, A.; Ojanperä, I. Yangi psixoaktiv moddalarining opioidlarni saqlab qolish davolashida polidoriysi suiiste’moli sifatida o‘rganilishi yuqori aniqlikdagi mass-spektrometrik siydik dori tahlilida ko‘rsatilgan. Hum. Psychopharmacol. 2016, 31, 44–52.

61. Palamar, J.J.; Rutherford, C.; Keyes, K.M. Qo‘shma Shtatlardagi o‘rta maktab o‘quvchilari orasida “Flakka” foydalanish. Drug Alcohol. Depend. 2019, 196, 86–90.

62. Wiese Simonsen, K.; Edvardsen, H.M.E.; Thelander, G.; Ojanpera, I.; Thordardottir, S.; Andersen, L.V.; Kriikku, P.; Vindenes, V.; Christoffersen, D.; Delaveris, G.J.M.; va boshqalar. 2012 yilda Shimoliy Yevropa mamlakatlarida narkomanlarda o‘limga olib kelgan zaharlanishlar. Forensic Sci. Int. 2015, 248, 172–180.

63. Franzén, L.; Bäckberg, M.; Beck, O.; Helander, A. α-Pirrolidinobutiofenon (α-PBP) bilan bog‘liq o'ta zaharlanishlar: Shvetsiya STRIDA loyihasidan olingan natijalar. J. Med. Toxicol. 2018, 14, 265–271.

64. EMCDDA. Yevropa narkotiklar va narkomaniyani kuzatish markazi. EMCDDA–Europolning Yangi Psixoaktiv Modda bo‘yicha Birlashgan Hisoboti: MDPV (3,4-metilen-dioksipirovaleron); Yangi psixoaktiv moddalar bo‘yicha axborot almashish, xavfni baholash va nazorat qilish to‘g‘risidagi 2005/387/JHA kengash qarori 5-moddasiga asosan; EMCDDA: Lisabon, Portugaliya, 2014.

65. Richards-Waugh, L.L.; Bailey, K.M.; Clay, D.J.; Gebhardt, M.A.; Newsome-Sparks, C.L.; Mahmoud, H.E.; Venuti, S.E.; Kraner, J.C. α-PVP (α-pirrolidinopentiophenon) dan rekreativ foydalanish bilan bog‘liq o‘limlar. AAFS Proc. 2013, 16, 521–522.

66. Saito, T.; Namera, A.; Osawa, M.; Aoki, H.; Inokuchi, S. SPME-GC-MS yordamida α-pirrolidinovaleroferonning qon tahlili va o‘limga olib kelgan zaharlanish holati. Forensic Toxicol. 2013, 31, 328–332.

67. Nagai, H.; Saka, K.; Nakajima, M.; Maeda, H.; Kuroda, R.; Igarashi, A.; Tsujimura-Ito, T.; Nara, A.; Komori, M.; Yoshida, K. Dizayner dori α-pirrolidinovaleroferonini o‘z-o‘zini boshqarishdan keyin doimiy ushlab turish natijasida yuzaga kelgan to‘satdan o‘lim. Int. J. Cardiol. 2014, 172, 263–265.

68. Minakata, K.; Yamagishi, I.; Nozawa, H.; Hasegawa, K.; Wurita, A.; Gonmori, K.; Suzuki, M.; Watanabe, K.; Suzuki, O. MALDI-TOF mass-spektrometrik usuli bilan inson qonida to‘rtta pirrolidino-kationonlarni aniqlash. Forensic Toxicol. 2014, 32, 169–175.

69. Robles, F. Florida politsiyasi arzon va xavfli yangi dori bilan kurashmoqda. New York Times. 2014. Onlayn mavjud: http://www.nytimes.com/2015/05/25/us/police-in-florida-grapple-with-flakka-a-cheap-anddangerous-new-drug.html?_r=0

НАУЧНЫЕ ТЕЗИСЫ

GIPERAKTIVLIK SINDROMIDA KOGNITIV BUZILISHLAR TIBBIY-PSIXOLOGIK KORREKSIYASI

Madirimova L. O., Ibadullayev B.B., Komilova D.R.
Urganch davlat tibbiyot instituti (Urganch, O‘zbekiston)

Maqsad. Giperaktivlik rivojlangan bog‘cha yoshidagi bolalarda kognitiv buzilishlar strukturasini skrining diagnostika qilish va ularda tibbiy-psixologik korreksiya o‘tkazish**.**

Material va metodlar. 2023-2024 yillar davomida maktabgacha ta’lim muassasalarida tarbiyalanayotgan va yaqinlari tomonidan giperaktivlik va diqqat sustligi sindromiga taalluqli shikoyatlar bilan murojaat qilgan 50 nafar bolalar kuzatuvga olindi, bolalarning o‘rtacha yoshi 4,5±0,12 ni tashkil qildi, shulardan 36 (72%) ini o‘g‘il bolalar, 14 (28%) ini qiz bolalar tashkil qildi, nazorat guruhiga esa sindrom bilan bog‘liq shikoyatlari yo‘q bo‘lgan 25 nafar bolalar olindi, 14 (56%) ini o‘g‘il bolalar, 11 (44%) ini qiz bolalar tashkil qildi. Bolalarda giperaktivlik sindromi natijasida rivojlanuvchi kognitiv buzilishlar mualliflar tomonidan maxsus moslashtirilgan trexomatik SADHD-II so‘rovnomasidan foydalanildi. Bemorlarda rivojlangan kognitiv buzilishlari korreksiyasi maxsus bog‘cha yoshidagi bolalar uchun ya’ni ***“program of fairy tales and stories”*** va ***“who is both an active and a passive program”*** ishlab chiqilgan ikkita dasturdan tashkil topgan tibbiy-psixologik algoritm asosida ikki oy davomida olib borildi, olingan natijalar SADHD-ekspress so‘rovnomasi yordamida davodan oldingi va davodan keyingi olingan ko‘rsatkichlar asosida tahlil qilinib borildi.

Natijalar. Ko‘rsatkichlar tahlili ikkala guruhda solishtirilganda, bunda nazorat guruhidagi bolalar ko’rsatkichlari, asosiy guruhdagi bolalar ko’rsatkichlari uchun etalon vazifasini bajardi unga ko’ra nazorat guruhidagi bolalarda (n=25) SADHD-so‘rovnomasi tahlillari 64 % (n=16) ida normal (7,0±0,1), 36% (n=9) ida yengil (14,5±0,1) tashkil qilgan bo’lsa, asosiy guruhdagi bolalarda ya’ni giperaktivlik sindromi rivojlangan bolalarda (n=50), davodan oldingi tahlillari 28% (n=14) ida yengil (15,3±0,3), 56% (n=28) ida o‘rta (23,7±0,2) va 16% (n=8) ida yuqori (32,7±0,2) darajalardagi kognitiv buzilishlar borligi ko‘rsatgan bo‘lsa ($p<0.05$), olib borilgan tibbiy-psixologik korreksiyadan keyin bu ko‘rsatkichlar 58 % (n=29) ida normal (7,4±0,2), 24% (n=12) ida yengil (15,6±0,2), 18% (n=9) ida o‘rta (25,4±0,3) darajalargacha kamayganligini ko‘rsatdi. Bu ko‘rsatkichlar o’zaro nazorat guruhidahi bolalar tahlillari bilan solishtirilganda ko’rsatkichlar statistik jihatdan sezilarli darajda yaxshilanganini ko ‘rsaatib berdi ($p\leq0,05$).

Xulosa. Olingan natijalardan shuni tahlil qilishimiz kerakki, giperaktivlik sindromi rivojlangan har bir bolada kognitiv va psixoemotsionla buzilishlar darajasi oshib boraveradi, bu esa bolaning o‘qish jarayonlariga va tashqi muhitga moslashishiga o’zining salbiy ta’sirini o‘tkazmasdan qolmaydi, yuqorida biz tomonimizdan taklif qilingan psixometrik va psixokorreksion usullar giperaktiv sindrom rivojlangan bolalarda sindrom va u bilan bog ‘liq ruhiy o’zgarishlarni skrining qilishda hamda korreksiya o‘tkazishda samarali metodlar ekanligi kuzatuvlarimizda o‘z isbotini topdi.

AYOLLARDA GIPOTERIOZNING UCHRASH CHASTOTASI VA ULARDAGI PSIXOEMOTSIONAL BUZILISHLAR HAMDA ULARNI DAVOLASHDA PSIXOLOGIK TERAPIYANING ROLI

Ollaberganova R.Z., Ibodullayev Z.R.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti Urganch filiali (Urganch, O‘zbekiston)

Tadqiqot maqsadi: Reproduktiv yoshdagi gipoteriozli ayollarda psixoemotsional buzilishlarni aniqlash va ularni davolashda kognitiv-bihevioral terapiya samaradorligini baholash.

Material va metodlar: Tadqiqotga Xorazm viloyat endokrinologiya disponserida gipoterioz tashxisi bilan davolanib yurgan 84 nafar ayol (o‘rtacha yosh 25,1 ± 7,9 yil) jalb qilindi va ular 2 guruhga 42 nafar bemor 1 chi guruhga 42 nafar bemor 2 chi guruhga ajratilib kuzatuvga olindi. Shundan 59 nafari autoimmun tireoidit, 25 nafari esa total tireoidektomiyadan keyingi gipoteriozga ega bo‘lgan. Har ikkala gurudagi bemorlarning psixoemotsional holatni baholash uchun **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire-9) so‘rovnomasi ishlatildi va birinchi guruh bemorlariga bazis davoga qo’shimcha maxsus kognitiv-behevioral terapiya olib borildi,nazorat guruhiga esa bazis davoga qo’shimcha ratsional terapiya olib borildi va olingan natijalar statistik tahlil qilingan holda quyidagicha natijalar olindi.

Natijalar: Tadqiqot boshlanishida asosiy guruhda depressiya darajasi quyidagicha taqsimlandi. Unga ko’ra 1chi guruhning 24(57,1%) nafar bemorda o’rtacha darajadagi depressiya,14(33,3%), 4(9,5%) nafar kuztilayotgan bemorlarimizda og’ir depressive buzilishni guvohi bo’ldik. Nazorat guruhidagi bemorlar orasidagi bu havotirli-depressiv buzilish quyidagicha ko’rsatkichlarda qayd etildi. O‘rta daraja — 23(54,8%), Yengil daraja — 15(35,7%) va 4(9,5%) ida og’ir darajadagi depressiya qayd etildi. 8 haftalik KBT kursidan so‘ng asosiy guruhda quyidagilar kuzatildi: O‘rta darajali depressiya 26,2% gacha kamaydi ($p < 0,05$), yengil darajali depressiya 14,3% gacha kamaydi, og‘ir darajali depressiya holatlari deyarli bartaraf etildi (1,3%). 8 haftalik ratsional terapiyadan keyin nazorat guruhda quyidagilar kuzatildi O‘rta darajali depressiya 45,2% gacha kamaydi ($p < 0,05$), Yengil darajali depressiya 26,2% gacha kamaydi, Og‘ir darajali depressiya holatlari (7,1%) gacha bartaraf etildi

Olingan natijalardan shuni ko’rsatadiki gipoterioz bilan kuzatuvga olingan ayollarda depressive buzilishlarning deyarli har ikkala guruhda bir xilda yuqori ko’rsatkichda ekanligi aniqlandi va asosiy va nazorat guruhlari orasidagi davolash algaritmiga KBT qo’llanilishi gipoteriozli ayollarda psixoemotsional holatni sezilarli yaxshilashini va depressiya darajasini kamaytirishda samarali ekanligini ko‘rsatdi. Shu sababli bu kabi xavotirli depressiv buzilishlarni bartaraf qilishda kognitiv bixevioral terapiyani standartlarga joriy qilish ko’zlangan natijani berishi kuzatuvlarimizda o’z isbotini topdi.

Xulosa. Gipoteriozli ayollarda psixoemotsional buzilishlar yuqori uchrash chastotasiga ega bo‘lib, ularning ko‘pchiligida o‘rta yoki yengil darajali depressiya aniqlanadi. KBT qo‘llanishi depressiya simptomlarini sezilarli kamaytiradi va umumiy psixoemotsional fonni yaxshilaydi. Gipoterioz davosida psixologik yondashuvni integratsiya qilish kasallik kechishini yengillashtirishda va hayot sifatini oshirishda muhim ahamiyatga ega.

СВЯЗЬ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ

Ядгарова Н.Ф., Кеворкова М.А.
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Введение. Эмоциональное выгорание сегодня признано одной из наиболее актуальных проблем психического здоровья медицинских работников. Врачи, находясь в условиях высокой профессиональной нагрузки, постоянного контакта с пациентами и необходимости принятия ответственных решений, особенно подвержены риску развития этого синдрома. Важным является то, что выгорание нередко сопровождается тревожностью и депрессией, что усиливает негативное влияние как на профессиональное функционирование, так и на качество жизни.

Цель исследования – выявить взаимосвязь между уровнем эмоционального выгорания и выраженностью тревожно-депрессивных симптомов у медицинских работников различных профилей.

Материалы и методы. Обследовано 120 врачей. Для диагностики использовались экспериментально-психологические методы: шкала MBI (Maslach Burnout Inventory) – для оценки эмоционального выгорания, шкала депрессии Бека и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Наиболее выраженным компонентом выгорания оказалось «эмоциональное истощение», которое показало значимую положительную корреляцию с уровнем тревожности и депрессии. Показатели по шкале MBI варьировали от 12,4 ± 3,1 ($p<0,05$) до 35,7 ± 5,6 ($p<0,05$). Врачи с высоким уровнем истощения чаще отмечали хроническую усталость, снижение мотивации, трудности концентрации внимания и нарушения сна. В этой группе уровень тревоги был выше среднестатистических значений, а выраженность депрессивных симптомов по шкале HADS колебалась от субклинических 6,2 ± 2,5 ($p<0,01$) до клинически значимых – 14,5 ± 3,8 ($p<0,01$).

Второй ключевой компонент – «деперсонализация» – также продемонстрировал связь с тревожно-депрессивными нарушениями. Врачи, у которых преобладали признаки отчуждённости по отношению к пациентам, чаще сообщали о внутреннем напряжении, раздражительности, чувстве беспомощности и эмоциональной холодности. Эти состояния не только снижали качество оказания медицинской помощи, но и повышали риск формирования хронических психических расстройств у специалистов.

Компонент «снижения профессиональной удовлетворённости» в большей степени ассоциировался с депрессивными проявлениями. Корреляция по шкале MBI составила 0,47 ($p<0,01$). Характерными жалобами были ощущение профессиональной несостоятельности, потеря интереса к работе и эмоциональное опустошение. Полученные данные согласуются с литературными источниками, где эмоциональное выгорание описывается как фактор риска клинической депрессии.

Выводы. Эмоциональное выгорание у врачей не является изолированным феноменом, а тесно связано с повышением уровня тревожности и депрессии. Эмоциональное истощение оказалось наиболее выраженным компонентом выгорания и прямо связано с повышенной тревожностью и депрессивными проявлениями. Деперсонализация также коррелирует с тревожно-депрессивными нарушениями и сопровождается отчуждённостью и ухудшением качества взаимодействия с пациентами. Снижение профессиональной удовлетворённости ассоциировано преимущественно с депрессией. Полученные данные подтверждают, что синдром выгорания является значимым фактором риска развития эмоциональных расстройств у врачей и требует профилактических мер.

ДЕМЕНЦИЯ: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ

Нурмаматова Н.Д.
Бухарский государственный медицинский институт (Бухара, Узбекистан)

Введение: Деменция представляет собой одно из наиболее серьезных медико-социальных состояний современности, характеризующееся стойким снижением когнитивных функций, памяти, внимания, а также нарушением поведенческих и эмоциональных процессов. По данным ВОЗ, к 2050 году количество пациентов с деменцией превысит 130 миллионов человек. Наибольшую распространенность имеет болезнь Альцгеймера, однако значительную долю занимают сосудистые, смешанные и метаболически обусловленные формы. Многообразие этиологических факторов и вариабельность клинической картины делают диагностику и раннее выявление деменции сложной задачей, что требует комплексного и междисциплинарного подхода.

Цель исследования: Определить наиболее значимые этиологические факторы и диагностические критерии, позволяющие дифференцировать различные формы деменции на ранних стадиях, а также выявить роль клинико-биохимических и нейровизуализационных методов в алгоритме обследования.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 68 пациентов в возрасте от 55 до 78 лет, наблюдавшихся в клинике психиатрии. Участники были распределены на три группы: пациенты с вероятной болезнью Альцгеймера, с сосудистой деменцией и со смешанной формой. Применялись следующие методы: клинико-анамнестический опрос, оценка факторов риска (гипертония, сахарный диабет, гиперлипидемия, черепно-мозговые травмы в анамнезе); нейропсихологическое тестирование (MMSE, MoCA, тест рисования часов); инструментальные методы (МРТ головного мозга с оценкой степени атрофии, ЭЭГ); лабораторные анализы (липидный спектр, уровень витамина B12, гомоцистеин).

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS 26.0 (ANOVA, корреляционный анализ).

Результаты: У 47% пациентов диагностирована болезнь Альцгеймера, у 32% — сосудистая деменция, у 21% — смешанная форма. Наиболее частыми этиологическими факторами оказались: артериальная гипертензия (61%), цереброваскулярные заболевания (48%), наследственная отягощенность (34%), метаболические нарушения (26%).

Сравнительный анализ показал: тест MoCA продемонстрировал наибольшую чувствительность (89%) по сравнению с MMSE (76%); МРТ позволило выявить специфические изменения: медиальная височная атрофия при болезни Альцгеймера и выраженные очаги лейкоареоза при сосудистой форме; у 14% пациентов был выявлен дефицит витамина B12, сопровождавшийся обратимыми когнитивными нарушениями после коррекции.

Статистический анализ показал значимую корреляцию между выраженностью когнитивного дефицита и степенью атрофии гиппокампа ($r=0,62$; $p<0,01$), а также уровнем гомоцистеина ($r=0,49$; $p<0,05$).

Выводы: Деменция имеет полиэтиологическую природу, где ведущими факторами выступают сосудистые и дегенеративные процессы. Ранняя диагностика должна включать комплексное использование нейропсихологических шкал, инструментальных и лабораторных методов. Тест MoCA и МРТ являются наиболее информативными инструментами для выявления начальных когнитивных нарушений. Определение метаболических показателей (B12, гомоцистеин) позволяет выявить обратимые формы когнитивного снижения и своевременно назначить патогенетическую терапию. Междисциплинарный подход с учетом этиологических факторов обеспечивает повышение точности диагностики и улучшение прогноза у пациентов с деменцией.

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СОЧЕТАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Хайрединова И.И.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр наркологии (Ташкент, Узбекистан)
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Назарова Л.К.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)

Сочетанное употребление психоактивных веществ (ПАВ), в частности опиоидов и психостимуляторов связано с частыми неблагоприятными клиническими исходами.

Цель исследования. Обобщить данные о нейробиологических и фармакодинамических механизмах взаимодействия опиоидов и психостимуляторов.

Материалы и методы. Проведен анализ современных экспериментальных и клинических исследований, посвящённых фармакодинамическим взаимодействиям опиоидов и психостимуляторов, а также систематических обзоров в области нейробиологии зависимости.

Результаты. Показано, что агонисты мю-рецепторов различной эффективности усиливают локомоторные эффекты D-амфетамина. Синергизм опиоидов и психостимуляторов реализуется через повышение высвобождения дофамина в вентральном стриатуме [1]. Сформулирована гипотеза дофаминовой сверхчувствительности, согласно которой дефицит дофамина при опиоидной абстиненции сопровождается повышенной чувствительностью D2-рецепторов и, как следствие, возрастанием восприимчивости к эффектам психостимуляторов [2]. Кроме того, систематические обзоры выявили нейроадаптационные изменения в поясной и инфралимбической коре, дорсальном стриатуме, прилежащем ядре и структурах миндалины [3].

Выводы. Современные данные подтверждают ключевую роль дофаминергической системы и специфических нейроадаптаций в механизмах сочетанного употребления опиоидов и психостимуляторов. Понимание этих процессов имеет важное значение для разработки комплексных терапевтических стратегий при полинаркомании.

Литература1. Maguire DR, Minervini V. Synergistic effects of opioids and psychostimulants on reward system function.2022.

2. Strickland JC, et al. Dopamine supersensitivity hypothesis in opioid withdrawal. 2022. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.835816.3. Hazani et al. Neuroadaptations in polydrug use: a systematic review. 2022. DOI: 10.3389/fphar.2022.859563.

DEPRESSIYA BILAN OG'RIGAN KEKSA BEMORLARDA QON TOMIR GENEZLI KASALLIKLARIGA PSIXOORGANIK BUZILISHI OMILINING TA'SIRI

Shadmanova L.Sh.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Keksa bemorlarda depressiya va qon tomir kelib chiqadigan psixoorganik kasalliklarning kombinatsiyasi, bir tomondan, patologiyaning ikkala shaklining yuqori chastotasi va bir xil bemorlarda ularning kombinatsiyasining muqarrar ehtimoli bilan belgilanadi. Bundan tashqari, hozirgi vaqtda adabiyotlarda keksa yoshdagi ruhiy tushkunlik va miyaning qon tomir kasalliklari o'rtasidagi patogenetik munosabatlar muhokama qilinmoqda (Alexopulos G.S. va boshqalar, 2005, 2009; Kessler R.C. va boshq., 2010; Wilkins V.M. va boshqalar, 2010).).

Kalit so'zlar: miya qon tomir kasalliklari bilan og'rigan keksa bemorlarning ruhiy tushkunlik psixo-organik kasalliklari.

Tadqiqot maqsadi: Keksa yoshdagi bemorlarda qon tomir kasalliklaridan kelib chiqadigan psixoorganik kasalliklarning depressiv kasalliklarga ta'sirini o'rganish.

Materiallar va usullar. O'rganilgan bemorlarning asosiy guruhi depressiya va qon tomir genezli psixo-organik sindromining kombinatsiyasi bo'lgan 73 bemordan iborat. 70-79 yoshdagi bemorlar ustunlik qildi (o'rtacha ko'rsatkich 71,06±1,09 yosh). Shu bilan birga, o'rganilgan kuzatuvlarning asosiy qismini ayollar tashkil etdi (79,61%). Bemorlarni ushbu namunaga kiritishning kri-teriyalari takroriy depressiv buzilish tuzilishida o'rtacha og'irlikdagi depressiv epizod belgilariga ega edi (Gamilton depressiya shkalasi bo'yicha 15 dan 27 ballgacha) Tadqiqot quyidagi asosiy usullardan foydalangan holda amalga oshirildi: 1) klinik-psixopatologik; 2) Hamilton depressiya shkalasi (Hamilton M. A., 1960); 3) scag (Shader R. L. va boshq., 1974; Venn R. D., 1983); 4) mmse kognitiv ishlash testi (Folstein M. F., Folstein S. E., Hugh P. R., 1975);

Tadqiqot natijalari. O'z joniga qasd qilishning oiladagi tarqalishi 4,85% (5 kishi), alkogolizm - 11,65% (12 kishi), asab kasalliklari - 1,94% (2 kishi). Quyidagi ko'rsatkichlar bo'yicha yuqori ko'rsatkichlar olingan: qandli diabet - 13,59% (14 kishi), qalqonsimon bez kasalliklari - 9,71% (10 kishi). Anamnezda 27,19% hollarda (28 kishi) xavfli o'sma jarayoni aniqlangan. Shunday qilib, miya-qon tomir kasalliklarining irsiy og'irligi 35,92% ga etdi (37 kishi), depressiyaning hozirgi kuchayishi paytida asosiy guruhdagi barcha bemorlarda miya qon aylanishining buzilishi aniqlandi. Ushbu patologiya qon tomir genezisining psixo-organik sindromini tashxislashda kasalliklarning xalqaro tasnifi mezonlariga asoslanib, bemorlarni ushbu guruhga kiritish uchun juda muhim edi.

Xulosalar

1.Qon tomir genezli kasalliklarning psixoorganik buzilishi omili ta'siri ostida depressiya bilan og'rigan keksa bemorlarning terapevtik dinamikasining eng yaqin prognozi yomonlashadi. Bu borada noqulay bashorat qiluvchilar asosan qon tomir patologiyasining og'irligini va depressiyaning fenomenologiyasini aks ettiruvchi ko'rsatkichlardir.

2.Depressiya va psixoorganik o'zgarishlarning kombinatsiyasi bo'lgan bemorlarda davolanish samaradorligining oshishi neyrometabolik xususiyatlarga ega dorilarni qo'llash bilan bog'liq. Shu bilan birga, kech yoshdagi depressiyada psixofarmakoterapiyani o'tkazishda sezilarli ehtiyotkorlik sharoitida ham, qon tomir genezisidagi organik miya o'zgarishlarining mavjudligi, ayniqsa gipersedatsiya hodisalari shaklida yon ta'sir xavfini oshiradi.

DEPRESSIYA BILAN OG'RIGAN KEKSA YOSHDAGI BEMORLARNING TERAPEVTIK DINAMIKASINI PROGNOZ QILISH

Shadmanova L.Sh., Zokirov M.M., Rajapov M.Sh.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Psixoorganik patologiyani davolash quyidagi terapevtik qiyinchiliklar tug’diradi - psixoorganik kasalliklarni davolashda buyuriladigan (nootroplar, bosh miyada qon aylanishini yaxshilaydigan dorilar, xolinergik preparatlar) va antidepressant bilan davolashni hisobga olgan holda dori-darmonlarni buyurish zarurati (Kruglov J.C., 2006). Bunday komorbidlik antidepressantlarni tanlashda cheklovlarni qo'yadi - kognitiv funksiyaga ta'sir qilmaydigan va shu bilan ba'zi nojo'ya ta'sirlar va asoratlarni diagnostikasiga qiyinchiliklar tug'diradi. (Kruglov J.C., 2016 yil)

Kalit so'zlar: depressiya, gamilton, qarilik, neyroprotektorlar, antidepressantlar, qon tomir patologiyasi.

Tadqiqot maqsadi: Depressiya bilan og'rigan keksa yoshdagi bemorlarning terapevtik dinamikasini o'rganish.

Materiallar va usullar: O'rganilgan bemorlarning asosiy guruhi qon tomir genezli depressiya va psixoorganik sindromi bor bo'lgan 73 ta bemordan iborat. Asosiy 70-79 yoshdagi bemorlar (o'rtacha - 71,06±1,09 yosh). Shu bilan birga, o'rganilgan kuzatuvlarning asosiy qismini ayollar (79,61%) tashkil etdi. Bemorlarni ushbu namunaga takroriy depressiv buzilishlar, o'rtacha og'irlikdagi depressiv epizod belgilarining mavjudligi (Gamilton shkalasi bo'yicha 15 dan 27 ballgacha) kiritildi. Tadqiqot quyidagi asosiy usullardan foydalangan holda o'tkazildi: 1) klinik-psixopatologik; 2) Gamilton shkalasi (Gamilton M.A., 1960); 3) keksa yoshdagi bemorlarning ruhiy holatini baholash uchun shkalalar SCAG (Shader R.L. va boshq., 1974; Venn R.D., 1983); 4) kognitiv faoliyat MMSE testi (Folstein M.F., Folstein S.E., Hugh P.R., 1975);

Tadqiqot natijalari: Davolash dori vositalaridan foydalanish va psixokorreksiya ta'sirini o'z ichiga olgan. O'rganilgan bemorlarning aksariyati, birinchi navbatda, antidepressant dori vositalarini qabul qilgan (52 kishi - 98,70%). Shu bilan birga, kuzatuvchilarning aksariyat qismida yumshoq, xavfsiz,kam asorat beradigan dorilar bilan davolash amalga oshirildi - 18,44% hollarda SSRI (sertralin, fluoksetin), 13,59% - serotoninni qaytarib olish ingibitori/serotonin antagonisti-trazodon (trittiko), 10,68% - selektiv serotonin qaytarib olish ingibitori va noradrenalin -Venlafaksin (venlafaks, venlaksor). Farmakoterapiya jarayonida o'rganilgan barcha bemorlarga bosh miyada qon aylanishining buzilishi korrektorlari - sinnarizin, vinpotsetin (kavinton), nitsergolin (sermion), pentoksifillin (trental) berildi.

Bundan tashqari, nootroplar (neyrometabolik stimulyatorlar) ishlatilgan. Ular 81,55% hollarda qo'llanilgan. Bularga GAMK - ergik ta'sir qiluvchi dorilar (fenibut, pantogam) va xolinergik ta'sir qiluvchi dorilar - xolin alfosserat (Gliatilin), polipeptidlar (korteksin, serebrolizin), pirrolidon hosilasi (piratsetam), KMOA blokatori-glutamatergik retseptorlar (akatinol memantin), antioksidant – mildronate. Bu tadqiqotga kiritilgan bemorlarning keksa yoshi va ayniqsa ushbu dorilarning bosh miya metabolizmiga ijobiy ta'siri bilan oldindan belgilab qo'yilgan.

Xulosa. Tadqiqot natijalari kompleks davolash yondashuvi — antidepressantlar, miya qon aylanishini yaxshilovchi preparatlar hamda nootroplarning qo‘llanishi — bemorlarning psixik holatini barqarorlashtirishda samarali ekanini ko‘rsatdi. Davolashning asosiy qismi xavfsizligi yuqori va kam nojo‘ya ta’sirga ega vositalarga tayanadi. Psixokorreksiya bilan birgalikda olib borilgan farmakoterapiya klinik ko‘rsatkichlarning yaxshilanishiga xizmat qilib, ushbu usulning amaliy ahamiyatini tasdiqladi.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Хакимова Дж.
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Введение. У мужчин позднего возраста тревожная симптоматика нередко маскируется соматическими жалобами, что затрудняет раннюю диагностику. Существенный вклад в развитие расстройств вносят психосоциальные детерминанты — утрата близких, снижение доходов, прекращение профессиональной деятельности, ухудшение соматического состояния и изоляция.

Материалы и методы. Обследовано 60 мужчин пожилого возраста (68,7±5,3 лет) с тревожными расстройствами (F40–F48, МКБ-10). Применялись клинико-анамнестическая, клинико-психопатологическая и экспериментально-психологическая оценки, а также анализ социального функционирования и факторов риска.

Результаты. Более половины пациентов столкнулись с финансовыми трудностями, сопровождавшимися выраженной соматовегетативной симптоматикой и снижением социальной активности. Утрата супруги и нарушения семейных отношений ассоциировались с усилением тревожно-депрессивных проявлений и социальной отчуждённостью. Вредные привычки (алкоголь, курение) способствовали учащению панических атак и соматизированной тревоги. Наиболее значимые социальные детерминанты включали одиночество, ухудшение бытовых условий и утрату профессионального статуса.

Выводы. Формирование тревожных расстройств у пожилых мужчин определяется сочетанием социально-демографических и психосоциальных факторов. Наиболее значимыми являются одиночество, утрата социальных ролей, финансовая нестабильность и соматическая коморбидность. Необходим междисциплинарный подход, включающий психотерапевтические и социальные интервенции, направленные на снижение изоляции и повышение качества жизни.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬЮ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИИ

Хайрединова И.И.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр наркологии (Ташкент, Узбекистан)
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Каримова Р.О.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Депрессия является одним из наиболее распространённых психических расстройств, значительное влияние на когнитивные функции и качество жизни пациентов. Современные исследования подтверждают активную роль хронического стресса и связанных с указанным процессом нейровоспалительных процессов в патогенезе депрессивных расстройств. В последние годы встречает растущий интерес гипотеза взаимосвязи между повышенностью провоспалительных цитокинов, снижением уровня нейротрофических факторов и нарушениями нейропластичности, что открывает новые терапевтические перспективы в плане коррекционной терапии когнитивных нарушений в психиатрии.

Цель. Целью данной публикации является научный обзор литературы по проблеме взаимосвязи нейровоспалительных процессов и депрессивных расстройств, а также роль повторных сеансов транскраниальной магнитной стимуляции в коррекции нарушений данного типа.

Материалы и методы. В обзор включены данные международных баз PubMed, Scopus и Web of Science за последние 5–7 лет, а также результаты клинических и экспериментальных исследований, посвящённых роли провоспалительных цитокинов и BDNF в патогенезе депрессии.

Результаты. Показано, что у пациентов с депрессией наблюдается повышение IL-6 и IL-1β, причём IL-6 чаще ассоциирован с меланхолическим подтипом, а CRP — с атипичной депрессией. Эти цитокины подавляют экспрессию BDNF, что препятствует нейрогенезу, особенно в гиппокампе и префронтальной коре. В то же время успешное лечение, включая повторную транскраниальную магнитную стимуляцию (rTMS), сопровождается снижением уровня провоспалительных цитокинов и повышением BDNF, и способствует восстановлению нейропластичности. Таким образом, коррекция воспалительных процессов и усиление нейротрофической поддержки являются ключевыми механизмами восстановления при депрессии.

Выводы. Нейровоспалительные процессы, индуцируемые хроническим стрессом, играют ключевую роль в развитии депрессии и нарушении когнитивных функций. Провоспалительные цитокины IL-1β и IL-6 оказывают прямое влияние на экспрессию BDNF и процессы нейропластичности, усиливая тяжесть депрессивных расстройств.

Литература

1. Brydges, C. R., S. Bhattacharyya, S. M. Dehkordi, Y. Milaneschi, B. Penninx, R. Jansen, B. S. Kristal, X. Han, M. Arnold, G. Kastenmüller, M. Bekhbat, H. S. Mayberg, W. E. Craighead, A. J. Rush, O. Fiehn, B. W. Dunlop & R. Kaddurah-Daouk 2022 “Metabolomic and inflammatory

signatures of symptom dimensions in major depression", *Brain Behavior and Immunity* 102: 42-52. Doi: 10.1016/j.bbi.2022.02.003.

2. Liu, J., J. Guan, J. Xiong & F. Wang 2024 "Effects of Transcranial Magnetic Stimulation Combined with Sertraline on Cognitive Level, Inflammatory Response and Neurological Function in Depressive Disorder Patients with Non-Suicidal Self-Injury Behavior." [En ligne] : https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10928317/.

3. Kouba, B. R., L. De Araujo Borba, P. B. De Souza, J. Gil-Mohapel & A. L. S. Rodrigues 2024 "Role of inflammatory mechanisms in major depressive disorder: From etiology to potential pharmacological targets", *Cells* 13.5: 423. doi : 10.3390/cells13050423

КОМПЛЕКСНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тилавов М.Т.

Введение Актуальность проблемы экстрапирамидных расстройств (ЭПР). Распространённость ЭПР при использовании антипсихотиков. Влияние ЭПР на качество жизни, прогноз и приверженность лечению.

Цель. Разработать и обосновать комплексную стратегию профилактики и коррекции экстрапирамидных расстройств у пациентов психиатрического профиля.

Задачи. Изучить современные данные о патогенезе ЭПР, вызванных антипсихотиками. Провести анализ клинических проявлений и факторов риска развития ЭПР. Систематизировать методы фармакологической коррекции (антихолинергические препараты, β-блокаторы, атипичные антипсихотики и др.). Рассмотреть возможности немедикаментозной профилактики и коррекции (реабилитационные программы, психообразование, цифровой мониторинг). Оценить эффективность комплексного подхода на основе клинических и фармакоэкономических показателей.

Материалы и методы (если речь идёт о диссертации или исследовании) Клиническое наблюдение и динамическая оценка пациентов. Применение стандартизированных шкал (SAS, AIMS, ESRS и др.). Сравнительный анализ разных схем коррекции.

Результаты (ожидаемые/предполагаемые) Снижение частоты и выраженности ЭПР при комплексном подходе. Повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов. Экономическая эффективность применения комбинированных стратегий.

Выводы Комплексная стратегия профилактики и коррекции ЭПР включает индивидуализацию терапии, сочетание фармакологических и немедикаментозных методов. Такой подход повышает эффективность антипсихотической терапии и улучшает долгосрочные клинико-социальные исходы.

Практическая значимость Внедрение предложенной стратегии позволит снизить риск развития осложнений, повысить приверженность лечению и оптимизировать систему лекарственного обеспечения в психиатрической практике.