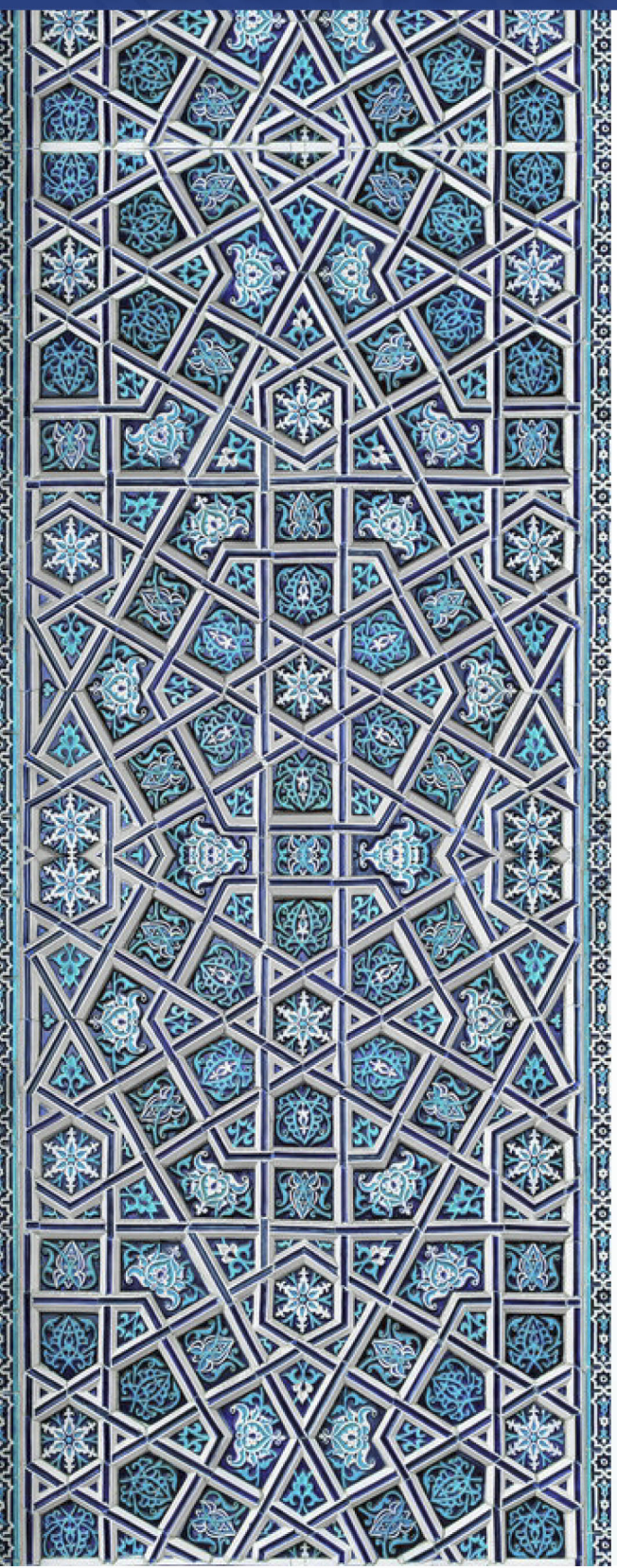
ISSN: 3093-8554

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И АДДИКТОЛОГИИ
INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF PSYCHIATRY AND ADDICTOLOGY

FANLARARO

PSIXIATRIYA VA ADDIKTOLOGIYA JURNALI



2026
VOL 1/3

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

№ 3, 2026. 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

Kuchimova Ch.A., Ochilov U.U. / Clinical-dynamic analysis of social activity and quality of life indicators in elderly patients with depressive disorders comorbid with psychoorganic syndrome 7

Perezhogin L.O., Romanova E.V. / Criteria for the effectiveness of anti-cyberbullying programs implemented at the family and school levels 14

Ravshanov J.A., Ashurov Z.Sh., Xayredinova I.I., Tadjibayev U.A., Abdukaxarova G.K. / Sintetik katinonlar iste'moli va suitsidal xulq-atvor o'rtasidagi bog'liqlik 25

Usmanova M.Sh., Abdullajanova Sh.J., Khodjayeva N.I., Vosikov B.A. / Efficacy of transcranial magnetic stimulation targeting cortico-striatal circuits in obsessive-compulsive disorder 32

Рахимова Д.А., Аляви Б.А., Абдуллажонова Ш.Ж., Атаходжаева Г.А. / Влияние различных режимов комплексной терапии на параметры кардиореспираторной системы и состояние тревожной аффективности больных респираторной патологией 39

Восиков Б.А., Магзумова Ш.Ш. / Тревожные и депрессивные расстройства при субклиническом и манифестном гипотиреозе: клинико-биологические механизмы, диагностика и стратегии ведения 46

Абдукахарова Г.К., Ашуров З.Ш., Таджибаев У.А., Равшанов Ж.А. / Метод динамического мониторинга риска рецидива при зависимости от новых психоактивных веществ 61

Медведева Ю.А., Павличенко А.В. / Разнонаправленная роль личностных доменов при монополярной депрессии: пилотное кросс-секционное исследование 70

Шукуров Б.Л., Магзумова Ш.Ш. / Тревожность врача как фактор вариабельности диагностических и терапевтических решений в психиатрии: обзор литературы 78

Хайрединова И.И., Каримова Р.О., Назарова Л.К. / Полинаркомания (polysubstance use disorder) и транскраниальная магнитная стимуляция: от сетевой нейробиологии к персонализированной нейромодуляции 95

Гопурова Г.Ф., Усманова Ш.Ф. / Параноид шизофрения касаллигининг клиник-динамик кечишида иммун тизим кўрсаткичларининг ўрни 111

Усманов У.М., Царев С.А., Амбарцумов Л.В., Павлова М.Н., Дорошенко Н.А. / Внедрение структурированных методик оценки риска опасного поведения в комплекс мер по профилактике противоправных действий среди лиц с психическими расстройствами, реализуемых врачами – психиатрами в Республике Узбекистан и в Российской Федерации (на примере Самарской области Российской Федерации; Бухарской и Хорезмской областей Республики Узбекистан) 117

Таджибаев У.А., Ашуров З.Ш., Хайрединова И.И., Абдукахарова Г.К. / Клинико-патогенетические особенности алкогольной зависимости в постковидном периоде . 128

Yadgarova N.F., Kevorkova M.A. / Turli soha shifokorlarida emotsional charchash sindromining bosqichlari 135

Рахматов О.С., Ганиханов А.А. / Изменение распространенности психических расстройств в Узбекистане в 2023-2024 гг. 137

Yadgarova N.F., Kevorkova M.A. / Shifokorlarda emotsional charchash sindromiga olib keluvchi ijtimoiy omillri 138

Турсунходжаева Л.Т., Рустамова Ж.Т. / Анализ личностных особенностей у лиц с несуицидальными формами самоповреждения 141

Абдукодирова А.М., Бабарахимова С.Б. / Особенности внутрисемейных взаимоотношений и воспитательных подходов в семьях детей и подростков с атипичным аутизмом 142

Бердахова А.А., Рогов А.В. / Типология гиперкинетических расстройств в возрастном аспекте 144

Юсупова З.Ш., Рогов А.В., Абдуллаева В.К. / Нейрокогнитивный профиль пациентов с параноидной шизофренией в условиях избыточного амилоидогенеза 146

Рафикова З.М., Бабарахимова С.Б. / Анализ риска развития суицидальных тенденций у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения 147

Юсупова Г.А., Рогов А.В. / Клинико-дименсиональный анализ негативной симптоматики при параноидной шизофрении как фактор прогноза и оптимизации реабилитации 149

Mo'minov J.I., Turayev B.T. / Kimyoviy addiktiv buzilishlarda depressiv buzilishlarni kompleks korreksiyalashning klinik va reabilitatsion jihatlari 150

Kuchimova Ch.A. / Dynamics of comorbid course of depressive disorders in the elderly with psychoorganic syndrome with vascular genesis 151

Каримова С.Х., Бабаев Ж.С., Курбаниязова Ш.Э. / Психопатологические и нейропсихологические особенности негативных расстройств при поздней шизофрении 152

Юлдашев Н.А., Бабаев Ж.С. / Электрокардиограмма при антипсихотической терапии: комплексный статистический анализ 154

Каримова С.Х., Бабаев Ж.С., Курбаниязова Ш.Э. / Психическое здоровье и качество жизни детей с умственной отсталостью 156

Madirimova L.O., Ibadullayev B.B., Komilova D.R. / Giperaktivlik sindromida kognitiv buzilishlar tibbiy-psixologik korreksiyasi 158

Курбонбоев С.К., Ибадуллаев Б.Б. / Постхолесистектомик синдром ривожланган беморларда ҳавотирли-депрессив бузилишлар психокоррекцияси 159

Сетиризаев И.Б., Ибадуллаев Б.Б. / Сурункали гастрит билан касалланган беморларда адаптацион бузилишлар клиник сруктураси ва психокоррекцияси 161

Sivagami Ganesan., Babayev J.S. / Psychodynamic properties of patients with neurotic anxiety spectrum disorders 163

Kuchkarov H.N. / Changes in eating patterns and affective states in patients before and after bariatric surgery 165

Turayev B.T. / Kimyoviy addiktiv buzilishlarda ijtimoiy moslashuv darajasi va kompleks tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya samaradorligini baholash 166

Turayev B.T. / Kimyoviy addiktiv bemorlarda psixopatologik simptomlarning klinik tuzilmasi va ularning kasallik kechish prognozidagi ahamiyati 167

Ашуров З.Ш., Султанов Ш.Х., Гопурова Г.Ф. / Психонейроиммунологические детерминанты и клинико-динамические особенности течения параноидной шизофрении 168

Велиляева А.С. / Нейрофидбек-терапия в персонифицированной реабилитации когнитивных расстройств у больных с фокальной эпилепсией 169

Велиляева А.С. / Оценка исполнительных функций с помощью Trail making Test-A и Trail making Test-B при реабилитации больных эпилепсией 170

Волкова Л.О. / Клинико-психометрические варианты динамики шизотипического расстройства в юношеском возрасте 171

Гопурова Г.Ф., Цеомашко Н.Е., Гаюбов У.М. / Клинико-биохимические предикторы риска соматических органоповреждений при алкогольной зависимости с учетом полиморфизма гена-ADH1B 172

Ибадуллаев Б.Б. / Қалқонсимон без касалликларида “нейроэндокрин когнитив дизрегуляция синдроми” 174

Исламова Л.Р., Шадманова Л.Ш. / Тревожные расстройства при гипертонической болезни и возможности их коррекции 175

Велиляева А.С., Курбанов А.А. / Когнитивные нарушения при посттравматической эпилепсии: нейропсихологическая характеристика и клинические корреляции 177

Велиляева А.С., Курбанов А.А. / Нейропсихологическая оценка когнитивных нарушений при посттравматической эпилепсии 178

Rajapov M.Sh. / Vitiligoli bemorlarda hayot sifati va ijtimoiy moslashuvning klinik-psixologik xususiyatlari 179

Rajapov M.Sh. / Vitiligoda stigmatizatsiya, tashvish va depressiyaning ijtimoiy moslashuvga ta’siri 180

Содикова Д.З., Гопурова Г.Ф., Холдарбекова Г.З. / Психонейромикробиологическая модель патогенеза смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2): дизайн, анализ и результаты исследования 181

Талипова Н.Ш., Магзумова Ш.Ш. / Психосоциальные предикторы психических расстройств у женщин с алиментарным ожирением 183

Rajapov M.Sh., Shadmanova L.Sh. / Depressiya bilan og'rigan keksa yoshdagi bemorlarning terapevtik dinamikasini prognoz qilish 184

Зокиров Ф.Ф., Шадманова Л.Ш. / Особенности клиники аффективных расстройств у пожилых больных с артериальной гипертонией 185

Shukrillayeva K.F., Shadmanova L.Sh. / Keksa yoshdagi bemorlarda qon tomir kasalliklaridan kelib chiqadigan depressiyaning ko'rsatkichlarni o'rganish 186

Сизов С.В., Прохорова Т.А., Савушкина О.К., Олейчик И.В. / Прогноз эффективности психофармакотерапии у больных с эндогенными психическими расстройствами на основании биохимических параметров глутаматного метаболизма в тромбоцитах 187

Талипова Н.Ш., Магзумова Ш.Ш. / Связь психического здоровья и пищевого поведения у женщин с избыточной массой тела и ожирением 190

Велиляева А.С., Тураев Т.М. / Таргетированная нейрофидбек-терапия в персонифицированной реабилитации депрессивных и тревожных расстройств у пациентов с фокальной эпилепсией 191

Велиляева А.С., Тураев Т.М. / Межполушарные различия депрессивных и тревожных симптомов и эффективность нейрофидбек-терапии у больных с фокальной эпилепсией 192

Усманова Ш.Ф., Абдулкасимова С.Т., Гопурова Г.Ф. / Судебно-психиатрическая характеристика состояний алкогольного, наркотического и медикаментозного опьянения 193

Хамидуллаев Х.Ш., Бабаев Ж.С., Тилавов С.У. / Влияние семейного бремени на динамику социального функционирования детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра 194

Ходжаева Н.И., Гапурова Г.Ф., Бабаев Ж.С., Уралова Д.А. / Иммуновоспалительные механизмы в патогенезе и клиническом течении параноидной шизофрени 196

Худойназаров А.Д., Журакулова Ш.Б., Эгамбердиев У.Э., Имомов Ш.А. / Эпизодик параноид шизофрения ижтимоий реабилитатсияни оптималлаштиришнинг бази хусусиятлари 198

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

УДК: 159.97+616.89

CLINICAL-DYNAMIC ANALYSIS OF SOCIAL ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE INDICATORS IN ELDERLY PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS COMORBID WITH PSYCHOORGANIC SYNDROME

Kuchimova Charos Azamatovna – doctoral student
Ochilov Ulugbek Usmanovich – D.M.Sc., associate professor
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)

Abstract. *This article discusses the clinical-dynamic analysis of social functioning and quality-of-life indicators in elderly patients with depressive disorders comorbid with psychoorganic syndrome. Elderly patients with this comorbidity often experience significant declines in physical and intellectual productivity, difficulties in performing daily and household activities, and a reduction in self-care ability, which directly affects their quality of life. The combination of depressive and psychoorganic symptoms leads to reduced social activity, decreased interaction with family and the community, and an overall decline in social adaptation. Assessing life satisfaction, intellectual and physical productivity, and psychosocial functioning allows for qualitative and quantitative evaluation of disease impact, helping to identify patients at high risk of functional decline. This clinical-dynamic analysis is essential for detecting functional impairments, monitoring disease progression, and planning comprehensive care strategies for elderly patients. The social functioning and quality of life of elderly patients suffering from depressive disorders represent one of the most significant contemporary issues. The definition of quality of life includes criteria applied both in traditional medical practice and in the field of psychiatry. The concept of quality of life is one of the key factors across medical disciplines and involves the assessment of an individual's mental well-being. Considering the stages in the development of quality-of-life assessment, the evaluation of patients' quality of life can be divided into two stages. Initially, in the 1970s, scales were introduced to assess psychological well-being, and they were specifically used for this purpose. In the second stage, the concepts of well-being and satisfaction were expanded to include the broader notion of life functioning.*

Keywords: *depression, psycho-organic syndrome, quality of life, social activity, intellectual productivity, psychodynamics.*

KEKSA BEMORLARDA PSIXOORGANIK SINDROM BILAN KOMORBID KECHUVCHI DEPRESSIV BUZILISHLARNING IJTIMOIY FAOLLIK VA HAYOT SIFATI KO'RSATKICHLARINING KLINIK-DINAMIK TAHLILI

Kuchimova Charos Azamatovna – doktorant
Ochilov Ulugbek Usmanovich – t.f.d., dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Mazkur maqolada keksa yoshdagi depressiv buzilishlarning psychoorganic sindrom bilan komorbid kechishida ijtimoiy faoliyat va hayot sifati ko'rsatkichlarining klinik-dinamik tahlili haqida so'z yuritiladi. Bu komorbidlikkaga ega keksa bemorlar ko'pincha jismoniy*

va intellektual samaradorlikning sezilarli darajada pasayishi, kundalik va uy ishlarini bajarishda qiyinchiliklar, shuningdek, o‘zini parvarish qilish qobiliyatining kamayishi kabi muammolarga duch keladi, bu esa ularning hayot sifatiga bevosita ta’sir qiladi. Depressiv va psychoorganic simptomlarning birgalikda kelishi bemorlarning ijtimoiy faolligining kamayishi, oilaviy va jamoat bilan muloqotning pasayishi va umumiy ijtimoiy moslashuvning susayishiga olib keladi. Hayotdan qoniqish, intellektual va jismoniy samaradorlik, psixososial faoliyatni baholash bemorning kasallik ta’sirini sifatli va miqdoriy o‘lchash imkonini beradi, shu orqali funksional pasayish xavfi yuqori bo‘lgan bemorlar aniqlanadi. Bu klinik-dinamik tahlil funksional buzilishlarni aniqlash, kasallik rivojlanishini kuzatish va keksa bemorlar uchun kompleks parvarish strategiyalarini rejalashtirish uchun muhim hisoblanadi. Keksalik davridagi depressiv buzilishlardan aziyat chekayotgan bemorlarning ijtimoiy faoliyati va hayot sifati bugungi kunning eng muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Hayot sifati tushunchasi an’anaviy tibbiyot amaliyotida ham, psixiatriya sohasida ham qo‘llaniladigan mezonlarni o‘z ichiga oladi. Hayot sifati tushunchasi tibbiyotning barcha yo‘nalishlarida muhim omillardan biri bo‘lib, u insonning ruhiy farovonligini baholashni ham qamrab oladi. Hayot sifatini baholash rivojlanish bosqichlarini hisobga olgan holda, bemorlarning hayot sifatini baholashni ikki bosqichga ajratish mumkin. Dastlab, 1970-yillarda psixologik farovonlikni baholash uchun maxsus shkalalar joriy etilgan bo‘lib, ular aynan shu maqsadda qo‘llanilgan. Ikkinchi bosqichda esa farovonlik va qoniqish tushunchalari kengaytirilib, hayot faoliyatining umumiy tushunchasini ham o‘z ichiga ola boshlagan.

Kalit so‘zlar: *depressiya, psychoorganic sindrom, hayot sifati, ijtimoiy faoliyat, intellectual mahsuldorlik, psixodinamika*

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СОЧЕТАНИИ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кучимова Чарос Азаматовна – докторант
Очилов Улугбек Усманович – д.м.н., доцент
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Аннотация: *В данной статье рассматривается клинико-динамический анализ показателей социальной активности и качества жизни у пожилых пациентов с депрессивными расстройствами, коморбидными с психоорганическим синдромом. Пожилые пациенты с такой коморбидностью часто сталкиваются с существенным снижением физической и интеллектуальной продуктивности, трудностями при выполнении ежедневных и домашних обязанностей, а также с уменьшением способности к самообслуживанию, что напрямую влияет на качество их жизни. Совместное проявление депрессивных и психоорганических симптомов приводит к снижению социальной активности, уменьшению взаимодействия с семьей и обществом, а также к общему ухудшению социальной адаптации. Оценка удовлетворённости жизнью, интеллектуальной и физической продуктивности, а также психосоциальной деятельности позволяет качественно и количественно оценить влияние заболевания, что помогает выявить пациентов с высоким риском функционального снижения. Этот клинически-динамический анализ имеет важное значение для выявления функциональных нарушений, отслеживания прогрессирования заболевания и планирования комплексных стратегий ухода за пожилыми пациентами. Социальное функционирование и качество жизни пожилых пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, представляют собой одну из наиболее значимых современных проблем.*

Определение качества жизни включает критерии, применяемые как в традиционной медицинской практике, так и в области психиатрии. Понятие качества жизни является одним из ключевых факторов во всех медицинских дисциплинах и предполагает оценку психического благополучия человека. С учётом этапов развития оценки качества жизни, её можно разделить на два этапа. На первом этапе, в 1970-х годах, были введены шкалы для оценки психологического благополучия, которые использовались специально для этой цели. На втором этапе понятия благополучия и удовлетворённости были расширены и стали включать более широкое понятие жизненного функционирования.

Ключевые слова: *депрессия, психоорганический синдром, качество жизни, социальная активность, интеллектуальная продуктивность, психодинамика.*

Introduction.

In recent decades, depressive disorders have gained significant scientific and practical importance. This is associated with the high prevalence of depression and its negative impact on patients' quality of life. Although the overall prevalence of depressive disorders ranges from 10–15%, this rate is observed to be twice as high among the elderly population [1]. Changes in socio-economic conditions also contribute to specific psychological alterations in older individuals. These factors largely lead to the widespread occurrence of depressive disorders. In addition to the impact of psychological trauma, the comorbidity of somatic diseases in elderly patients is of great significance. Moreover, cardiovascular pathology in older adults often results in cerebrovascular complications, and cerebrovascular diseases of the brain are increasingly becoming a major cause of psychoorganic disorders [4,8,11]. At the same time, mild cognitive impairment is observed in combination in 25–50% of elderly patients. The coexistence of depression with psychoorganic disorders of vascular origin is associated, on the one hand, with the high prevalence of these pathologies, and on the other hand, with the high probability of their comorbidity in the same patient [2,5]. At the same time, despite numerous studies, the combined occurrence of depressive disorders with vascular-origin psychoorganic syndrome remains a relevant and pressing problem. The social functioning and quality of life of elderly patients suffering from depressive disorders represent one of the most significant contemporary issues. The definition of quality of life includes criteria applied both in traditional medical practice and in the field of psychiatry [3,9,13]. The concept of quality of life is one of the key factors across medical disciplines and involves the assessment of an individual's mental well-being. Considering the stages in the development of quality-of-life assessment, the evaluation of patients' quality of life can be divided into two stages. Initially, in the 1970s, scales were introduced to assess psychological well-being, and they were specifically used for this purpose. In the second stage, the concepts of well-being and satisfaction were expanded to include the broader notion of life functioning.

The aim of this study: The objective is to determine the clinical and dynamic characteristics of social functioning and quality-of-life indicators in elderly patients with depressive disorders comorbid with psychoorganic syndrome of vascular origin.

Materials and Methods: During the study, clinical-psychopathological examination methods were used, along with standard clinical scales to assess the severity of mental disorders, including the Hamilton Depression Rating Scale, the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the assessment of cognitive functions, the Clinical Global Impression (CGI) scale, and mathematical-statistical methods for data processing. The study was conducted in 2023–2025 at the Samarkand branch (outpatient and inpatient departments) of the Psychiatry Service of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Psychiatry. The main group consisted of 105 patients undergoing treatment for depressive disorders associated with psychoorganic disorders of vascular origin (22 male patients

and 83 female patients aged 60–80 years). The control group included 53 patients diagnosed with depressive disorders. Patients included in the study met the diagnostic criteria and course specifications according to ICD-10 classification: F33 (Recurrent Depressive Disorder) and F06.7 (Mild Cognitive Disorder of vascular origin, not reaching the level of dementia).

Result and discussion: When the study materials were analyzed from a clinical-statistical perspective, patients aged 70–79 years predominated in both the main and control groups (mean age – 71.06 ± 1.09 years). In the main group, the majority of patients were female (79.62%). In the control group, the mean age of patients was 73.36 ± 1.62 years, and female patients also predominated (84.31%, n=43). Undoubtedly, these indicators can be explained by specific demographic ratios in the general population and trends identified in several epidemiological studies of morbidity in late life.

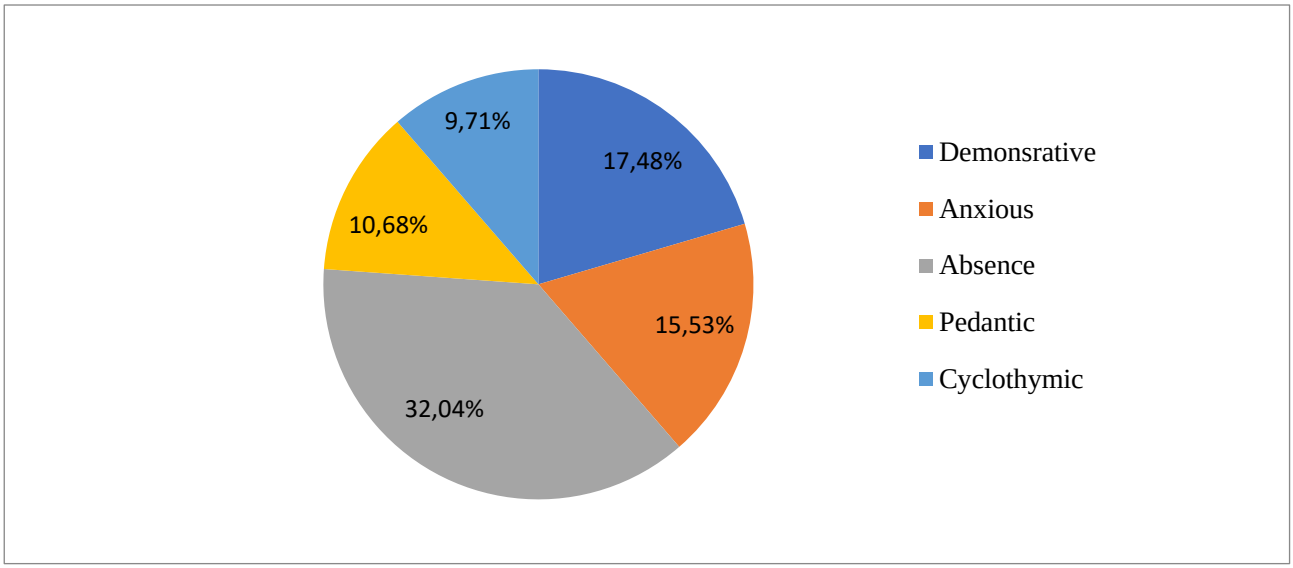
In the present study, among patients over 60 years of age, the male-to-female ratio was 1:1.5 (Akopov L.M., 2020), and this trend is particularly characteristic of depressive disorders. For example, it has been documented that depressive disorders occur three times more frequently in elderly women than in men of the same age (Myakotnykh V.S., Borovkova T.A., 2022).

Table 1.

Distribution of Patients by Age and Gender

Age	Gender				Overall	
	Male		Famale			
	Abs.number	%	Abs.number	%	Abs.number	%
60-69	7	33,33	33	40,24	40	38,83
70-79	15	61,90	40	48,78	53	51,46
80-89	1	0.97	11	10,98	10	9,71
Overall	23	20,39	84	79,61	105	100

When studying the premorbid personality characteristics of the patients, demonstrative traits were most frequently observed (17.48% – 18 patients), as well as a pronounced tendency toward anxiety (15.53% – 16 patients)*, Graph 1.*



***Graph 1.* Patients' personality traits**

Comparison of Patients' Social Functioning. To study and compare social functioning, the patients were divided into three categories.

The first category Group 1 included patients whose physical productivity had sharply declined, making them unable to perform any productive activities. This limitation was not due to cognitive impairment but was associated with the progression of depressive symptoms. The number of such patients in the first group was statistically significant ($p < 0.01$). These findings correlated with the scores on the Hamilton Depression Rating Scale, confirming that patients in the main group had greater reductions in work activity and overall functioning compared to the control group ($p < 0.01$). Additionally, the results aligned with the SCAG scale, indicating that difficulties in self-care were also more pronounced in the first group of patients. This analysis shows that severe depressive symptoms in elderly patients are closely linked to significant impairments in both productive activity and self-care.

The second category included patients whose physical work activity had decreased, but who were still able to perform simple household tasks with difficulty. The proportion of such patients corresponded to 51.46% in the main group and 49.02% in the control group. This group reflects a moderate level of functional decline, where depressive symptoms reduce productivity but do not completely prevent basic self-care and household activities.

The third category included patients who performed even simple household tasks only by forcing themselves. Patients in this category were mainly predominant in the control group.

When evaluating satisfaction with physical work activity, patients were divided into three levels:

Level 1: Patients who were completely dissatisfied with their work capacity. Most of these patients belonged to the main group, with a smaller proportion in the control group.

Level 2: Patients moderately satisfied with their physical activity. In this level, 33.98% of patients were in the main group, and 49.02% were in the control group.

Level 3: Patients most satisfied with their physical work capacity. This included 4.85% of patients in the main group and 1.96% in the control group.

Notably, at none of these levels was there any patient who was fully satisfied with their work capacity in either group. This classification demonstrates that depressive disorders significantly reduce satisfaction with physical activity, with the main group experiencing greater functional impairment than the control group.

When analyzing intellectual productivity, all patients were also divided into three levels *(Table 2).*

Table 2.

Intellectual Productivity Indicators

	Main group		Control group		F	P
	Abs.number	%	Abs.number	%		
No Activity	26	25,24	3	5,88	3,19	<0,01
Some patients are restricted to very basic activities, such as watching television, reading light literature	46	44,66	20	39,22	0,47	>0,05
Elementary Activities Maintained with Difficulty	31	30,10	28	54,90	2,61	<0,05

When the satisfaction of intellectual productivity was assessed, patients were divided into 4 levels.

The first level was characterized by patients not being satisfied with intellectual productivity, mostly being included in the main group (59 patients 57.28%), and less in the control group (20 patients 39.22%).

The second level included patients who were not satisfied with inteelectual productivity, accounting for 33.01% in the main group and 50.98% in the control group.

The third level included patients who were much more satisfied with intellectual productivity, with 8.74% in the main group and 5.98% in the control group.

The fourth group included patients who were satisfied with intellectual productivity, only one patient was identified.

The results obtained reflect the logical difference in mental activity in both groups. If the first group was dominated by signs of inertia and torpidness, then in the second group, a change in mental activity in the framework of intellectual productivity made low indicators inappropriate.

When indicators such as housework employment, daytime activity, satisfaction with daily activities, satisfaction with life, feelings of well-being were analyzed, in the main group, these criteria deviated from the norm (Table 3-4).

Table 3.

Engagement in Household Activities

	Main group		Control group		F	P
	Abs.numder	%	Abs.number	%		
Needs Care – Dependent on Relatives	5	4,86	1	1,96	0,97	>0,05
Performs Only Essential Life-Sustaining Activities	40	38,84	5	9,80	4,06	<0,01
Delegates All Tasks to Relatives at First Need	25	24,27	17	33,34	1,27	>0,05
Performs Light Household Tasks Independently or Delegates as Needed	25	24,27	21	41,17	2,10	<0,05
Provides Minimal Assistance to Self and Others	8	7,76	7	13,73	1,57	>0,05

Table 4.

Indicators for Assessing Daily Activity

	Main group		Control group		F	P
	Abs.number	%	Abs.number	%		
Too bad	30	29,13	2	3,92	4,37	<0,01
Bad	62	60,19	39	76,47	2,27	<0,05
Satisfactory	11	10,68	10	19,61	1,34	>0,05

When evaluating the collected data, it should be noted that patients with depression comorbid with vascular-origin psychoorganic disorders showed the lowest quality-of-life indicators, particularly in the domains of satisfaction and sense of well-being [9,14]. This

finding corresponds with quality-of-life analyses of the general population of patients who have experienced cerebral circulatory disorders, confirming that impaired brain blood flow significantly affects life satisfaction and overall well-being.

Conclusion. The results of the study indicate that depressive disorders in elderly patients comorbid with vascular-origin psychoorganic syndrome lead to significant declines in social functioning and quality of life. In the main group, patients showed a marked reduction in physical and intellectual productivity, experienced difficulties in daily activities and household tasks, and had decreased self-care ability, which was more pronounced compared to the control group. Particularly, low satisfaction with physical and intellectual performance, as well as reduced life satisfaction and subjective well-being, were noted as key characteristics. Clinical-dynamic analysis demonstrated that depressive symptoms combined with vascular-origin cognitive impairment are a major cause of reduced social adaptation and functional independence in elderly patients. Furthermore, the comorbidity of depressive disorders with psychoorganic syndrome in older adults is clinically associated with unfavorable outcomes, characterized by social withdrawal and low quality-of-life indicators.

These findings highlight the importance of early diagnosis, comprehensive therapy, and psychosocial rehabilitation interventions for this patient population.

REFERENCES

1. Karp, J.F. Duloxetine and care management treatment of olderadults with comorbid major depressive disorder and chronic low back pain: results of an open-label pilot study. J.F. Karp, D.K. Weiner, M.A. Dew et al. 2023; 25 (6), 633-642. *doi.org/10.1080/09540121.2016.1139043.*

2. Katona, C.L.E. Depresson in old age. Katona, C.L.E. Chichester, Wiley Sons. 2022. 36 (4); 160-166. *doi.org/10.1080/09540121.2012.668174.*

3. Lehman, A.F. Instruments for measuring quality of life in mental illness. A.F. Lehman, H. Freeman, N. Sartorius. 2024. 64 (3); 79-84. *doi.org/10.1089/apc.2011.0107.*

4. Murphy, E. Geriatric psychiatry. E. Murphy, G. Alexopoulos. Chichester etc. 2023. 23(6); 313-318. *doi.org/10.1080/09540121.2011.575120.*

5. Neuman, S. Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery: a systematic review. S. Neuman, J. Stygall, C. Hurani et al. 2020. 106 (3), 572-590.

6. Strawbridge, W.J. Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. W.J. Strawbridge, S. Deleger, R.E. Roberts, G.A. Kaplan. 2022. 156 (5). 328-334.

7. Tegeler, J. Erkennung endogenen Depressionen. J. Tegeler. 2023. 126 (4), 47-51.

8. Ungvari, G S. Reactive psychosis among elderly people. G. S.Ungvari, P. M. Hantz. 2022. 82(7). 141-144. *doi.org/10.1097/QAD.0000000000000697.*

9. Vitaja, R. Posstroke depression and lesion location revisited. R. Vitaja, A. Leppa-Evuori, T. Pohjasvaara. 2020. 16(5), 156-162.

10. Williams, G.H. Assessing patients' wellness: new perspectives on quality of life and compliance. G.H. Williams. 2021. 11(3), 186-190.

11. Wong, T.Y. Retinal microvascular abnormalities and their relationship with hypertension, cardiovascular disease, and mortality. T.Y. Wong, R, Klein, B.E. Klein et al. 2023. 46 (1) 59- 70.

12. Williams, G.H. Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance. G.H. Williams. 2021. 11 (4), 186-190.

13. Wong, T.Y. Retinal microvascular abnormalities and their relationship with hypertension, cardiovascular disease, and mortality. T.Y. Wong, R.Klein. 2023. 46 (1). 59-80

14. .Zerbin-Rudin, E. Genetische Aspekte der endogenen Psychosen. Zerbin-Rudin. 2022. 39 (4); 477- 488. *doi.org/10.1080/09540120500213487.*

CRITERIA FOR THE EFFECTIVENESS OF ANTI-CYBERBULLYING PROGRAMS IMPLEMENTED AT THE FAMILY AND SCHOOL LEVELS

Perezhogin Lev Olegovich – doctor of medicine, leading researcher
Romanova Elena Vladimirovna – junior researcher
V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Moscow, Russian Federation)

Abstract: *According to numerous studies, cyberbullying leads to significant mental health problems for both the instigators of bullying and their victims, and programs are being created around the world to prevent it. The scientific review analyzes russian and foreign literature sources in order to identify methodologically correct short-term and longitudinal programs for the prevention of cyberbullying among school-age children and adolescents. During the analysis, preference was given to research articles based on the principles of scientific evidence, using statistically reliable data, published in peer-reviewed journals, and literary reviews. The study did not include works that formally correspond to the topic, but devoted to preventive programs that exclude direct work with children, including those aimed at improving legislation, improving the effectiveness of law enforcement agencies, prohibiting minors from using smartphones, introducing parental control systems, etc. Publications indexed in international scientific databases (Scopus, Web of Science, PubMed) and the Russian RSCI. The review summarizes the experience of developers and researchers of the effectiveness of programs aimed at reducing the frequency and level of adverse effects of cyber violence, and suggests effectiveness criteria to guide the selection of a preventive program.*

Keywords*: cyberbullying; children; teenagers; Internet; aggression; prevention*

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ КИБЕРБУЛЛИНГА, РЕАЛИЗУЕМЫХ НА СЕМЕЙНОМ И ШКОЛЬНОМ УРОВНЯХ

Пережогин Лев Олегович – д.м.н., ведущий научный сотрудник
Романова Елена Владимировна – младший научный сотрудник
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва, Российская Федерация)

Аннотация: *согласно многочисленным исследованиям, кибербуллинг приводит к значительным нарушениям психического здоровья как у инициаторов травли, так и у её жертв, в связи с чем во многих странах мира разрабатываются программы по его профилактике. В настоящем научном обзоре проанализированы российские и зарубежные литературные источники с целью выявления методологически обоснованных краткосрочных и лонгитюдных программ профилактики кибербуллинга среди детей и подростков школьного возраста. При анализе предпочтение отдавалось исследовательским статьям, основанным на принципах доказательной науки, использующим статистически достоверные данные, опубликованным в рецензируемых научных изданиях, а также обзорным публикациям. В исследование не включались работы, формально соответствующие тематике обзора, но посвящённые профилактическим программам, не предусматривающим непосредственной работы с детьми, в том числе направленным на совершенствование законодательства, повышение эффективности деятельности правоохранительных органов, ограничение использования смартфонов несовершеннолетними, внедрение систем родительского*

контроля и другие подобные меры. Были проанализированы публикации, индексируемые в международных научных базах данных Scopus, Web of Science, PubMed, а также в Российской научной электронной библиотеке (РИНЦ). В обзоре обобщён опыт разработчиков и исследователей эффективности программ, направленных на снижение распространённости и выраженности негативных последствий кибернасилия, а также предложены критерии эффективности, которые могут служить ориентиром при выборе профилактической программы.

Ключевые слова: *кибербуллинг; дети; подростки; Интернет; агрессия; профилактика.*

OILA VA MAKTAB DARAJASIDA AMALGA OSHIRILADIGAN KIBERBULLINGGA QARSHI DASTURLAR SAMARADORLIGI MEZONLARI

Perejogin Lev Olegovich – t.f.d., yetakchi ilmiy xodim
Romanova Yelena Vladimirovna – kichik ilmiy xodim
V. Serbskiy nomidagi Psixiatriya va narkologiya milliy tibbiyot tadqiqot markazi (Moskva, Rossiya Federatsiyasi)

Annotatsiya: *Ko'plab tadqiqotlarga ko'ra, kiberbulling bulling tashabbuskorlari hamda ularning qurbonlarida jiddiy ruhiy salomatlik muammolarini keltirib chiqaradi, shu sababli butun dunyoda uning oldini olish bo'yicha dasturlar ishlab chiqilmoqda. Ushbu ilmiy sharhda maktab yoshidagi bolalar va o'smirlar orasida kiberbullingning oldini olish bo'yicha metodik jihatdan to'g'ri tuzilgan qisqa muddatli va longitudinal dasturlarni aniqlash maqsadida rus va xorijiy adabiyot manbalari tahlil qilindi. Tahlil davomida ilmiy dalil prinsiplariga asoslangan, statistik jihatdan ishonchli ma'lumotlardan foydalangan holda taqrizlanadigan jurnallarda chop etilgan tadqiqot maqolalari va adabiyot sharhlariga ustunlik berildi. Mavzuga shakliy jihatdan mos keladigan, biroq bolalar bilan bevosita ishlashni istisno qiluvchi profilaktik dasturlarga bag'ishlangan ishlar tadqiqotga kiritilmadi — bularga qonunchilikni takomillashtirishga, huquqni muhofaza qilish organlari faoliyatining samaradorligini oshirishga, voyaga yetmaganlarga smartfondan foydalanishni taqiqlashga, ota-ona nazorati tizimlarini joriy etishga va shu kabilarga qaratilgan dasturlar kiradi. Xalqaro ilmiy ma'lumotlar bazalarida (Scopus, Web of Science, PubMed) hamda Rossiya RSCI da indekslangan nashrlar ko'rib chiqildi. Sharhda kiberzo'ravonlikning noxush ta'sirlari chastotasi va darajasini kamaytirishga qaratilgan dasturlarni ishlab chiquvchilarning hamda ularning samaradorligini o'rganuvchi tadqiqotchilarning tajribasi umumlashtirilgan; profilaktik dasturni tanlashda yo'l-yo'riq beradigan samaradorlik mezonlari taklif etilgan.*

Kalit so'zlar: *kiberbulling; bolalar; o'smirlar; Internet; agressiya; profilaktika.*

Introduction:

Cyberbullying (digital violence, cyberbullying, online violence, online harassment) arose simultaneously with the spread of the Internet among mass users focused on using the network for personal (usually unrelated to work, scientific research, or the search for serious information) purposes. It quickly spread among adult netizens and among children and adolescents [1, 2]. The maximum rates of cyber violence were observed during the COVID-19 pandemic, when millions of people around the world found themselves in quarantine, and work and study were carried out remotely [3]. Monitoring of large groups of children and adolescents before the COVID-19 pandemic, during the pandemic during the quarantine period and during the period of less strict restrictions, as well as after the end of the pandemic, when all restrictions were

lifted, led to the conclusion that the more children and adolescents spent time online, the higher the probability that they will be subjected to cyber-violence. The revealed pattern was nonlinear, and the increase in cases of cyber violence occurred in an exponential progression [4]. Extremely high rates of online violence are observed in many countries around the world. In a study of the frequency of cyberbullying in Europe, it was reported that 8.7% of children in Belgium, 6.9% in Bulgaria, 18.9% in the Czech Republic (an increase of 9.2% over the past 8 years), 13.1% in Denmark, 12.0% in Finland (an increase of 6.7% over the last 5 years), 2.9% in Italy 5.7% in Germany, 31.5% in Poland (an increase of 24% over the last 8 years), 12.0% in Spain (an increase of 7.0% over the last 5 years), 12.2% in the UK were subjected to systematic cyberbullying [5, 6]. The prevalence of cyberbullying among young people is so high that up to 35% of young people admit that they have been subjected to cyberbullying, and 20% admit that they have bullied others [7, 8]. Numerous studies lead, alas, to very disappointing conclusions: from 2000 to the 2020s, bullying on the Internet became commonplace. The opinion has spread, supported by numerous studies, that cyberbullying leads to significant mental health problems for both the instigators of bullying and their victims. Basically, cyberbullying has become associated with anxiety, depression, non-suicidal self-harm, and suicide [9, 10]. As a result, the issue of the need for its prevention has become acute. Initially, the prevailing assumption was that "bullying and cyberbullying are a consequence of the general unfavorable climate" in this school. Therefore, most preventive measures aimed at working with a wide audience were implemented on a school scale [11, 12, 13]. However, the results of school prevention programs have been very mixed: in particular, in Spain and Finland, where almost all schools are covered by prevention programs, there has been a significant increase in the frequency of cyberbullying (see above). Therefore, the traditional opinion about the greatest effectiveness of preventive programs implemented in the educational environment began to be questioned [14, 15].

Materials and methods:

The purpose of the scientific review is to search for methodologically correct short–term and longitudinal cyber violence prevention programs among school-age children and adolescents that have proven their effectiveness. The selection of works for the preparation of the review was carried out in several stages. At the first stage, thematic publications were searched for keywords in international scientific databases (Scopus, Web of Science, PubMed) and the Russian RSCI; the found works were thoroughly checked regarding their content, and those that did not correspond to the research topic were excluded. Works that formally correspond to the topic of the review were also excluded, but devoted to preventive programs that exclude direct work with children, aimed at improving legislation, improving the effectiveness of law enforcement agencies, prohibiting minors from using smartphones, introducing parental control systems, etc. At the second stage, publications for which full-text free access was open were selected from the selected works.; Among them, priority was given to research articles based on the principles of scientific evidence, using statistically reliable data, published in peer-reviewed journals, and literary reviews. At the third stage, the selected sources were used to prepare this scientific review.

Results:

Cyberbullying among young people is just one of the forms of violent acts, which is usually combined with real violence carried out offline. As a rule, participants in cyberbullying and participants in bullying in real life are the same people, both aggressors and victims [16, 17]. Just like in real life, in addition to the aggressor and the victim, outside observers participate in cyber violence. Some of them remain neutral, while others join in mocking the victim. Unlike in real life, there are usually no sympathizers of the victim on the Internet [18, 19]. Just like real violence, cyberbullying is associated with numerous negative consequences for mental health, and not only for victims [20, 21, 22]. Due to the

facts of cyber violence causing real harm, in many countries, liability for cyberbullying has been legally introduced, which is often considered a more serious act than similar actions outside the network [23, 24]. Cyberbullying is also being prevented in almost all countries, on the one hand as a crime, on the other hand as a negative social phenomenon that occurs mainly among young people. In one of the recent studies conducted by specialists of the Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology» of the Ministry of Health of the Russian Federation [25], the preventive programs implemented within the walls of the school were considered in detail. In this paper, we will focus more on family prevention in the information field and comprehensive prevention models.

Prevention of cyberbullying within the family and school

Numerous programs implemented at the family and school levels are, in essence, work with adolescents carried out within the framework of open psychotherapy groups. Some programs focus on reducing the rates of mutual aggression between group members by developing emotional intimacy, unity, and increasing the level of empathy [26] (for example, the PREDEMA program implemented in Spain). Group classes last about six months, and if necessary, they can be resumed at any time. Effectiveness control is carried out both by recording the dynamics of violence cases and by evaluating the dynamics of interpersonal relationships in a group using a battery of psychological tests. Short programs aimed at forming productive interpersonal interaction strategies (for example, the Italian RPC, "Relazioni per crescere" - "Relationships for growth") often rely on psychotherapeutic techniques that teach coping behavior (coping with stress, aggression, anxiety) [27]. A similar program is being implemented within the framework of the Spanish TEI project ("Tutoría Entre Iguales" - "Guardianship among equals") [28]. It is based on the formation of coping behavior skills among students, teachers and parents, with subsequent transfer of them to each other (internal mentoring as an alternative to the work of a professional psychotherapist). A study conducted after six months of the program's operation showed a significant decrease in the number of conflicts, including fights, ridicule and mutual bullying on the Internet. The famous KiVa program, implemented in many European countries, but especially in Finland, is aimed at creating an intolerant attitude towards violence on the part of neutral observers. For a long time, it was considered almost the "gold standard" of anti-bullying practices [29, 30], but in recent years there have been significant doubts about its effectiveness. Studies have shown that KiVa remains highly effective in preventing traditional bullying, but it probably has little effect on the prevalence of cyberbullying [31]. Similar results were obtained during the implementation of programs aimed at creating a "positive school environment" in the United States and Great Britain. Training in emotional interaction, coping, and acceptance skills dramatically reduced the number of actual bullying in the schools included in the program, but had almost no effect on cyberbullying rates. This was probably due to the fact that the "rules of the game" in real life and on the Internet, including in social networks, are fundamentally different [32, 33]. The Spanish Asegrate program stands out among the programs developed for families and schools. It is aimed at teachers and trains them to work with the families of students. In fact, the key element of the program is a workbook for the child's parents, which contains a set of exercises developed within the framework of the behavioral therapy model [34]. It should be noted that recently there have been more and more attempts at indirect interaction between specialists (psychotherapists, psychologists) and children: it is carried out through parents, teachers, volunteers, etc. This approach is explained by the need to "expand the scope of the program" or the supposed effectiveness of "peer interaction", "mentoring", "transfer of personal experience". On the other hand, it is obvious that parents and teachers do not have special knowledge, as a rule, they may feel insecure in their unusual role, or, on the contrary, act the way they are used to, without

taking into account the recommendations received from specialists. In our opinion, the distancing of specialists inevitably leads to a decrease in the success of preventive programs. Also, programs implemented through everyday educational methods, including involving children in creativity and art classes, cannot be considered successful. As a rule, such programs attract mostly well-off and successful children who have not previously participated in bullying of peers and teachers, and problem children avoid participating in them [35]. At the same time, ordinary informational lectures conducted by police officers and doctors turn out to be very effective due to the acquisition of knowledge about cyberbullying by children, which allows them to build their relationships more competently on the Internet and avoid risky situations provoking cyberbullying [36, 37]. An example of such a program that informs children attending senior kindergarten and junior high school about the threats of violence, including sexual and physical violence, as well as cyber violence, is the Florida Foundation for Child Safety in Schools curriculum, implemented in 8 countries [38].

Cyber violence prevention programs aimed at families

In many countries, government agencies are actively promoting cybersecurity. Such educational programs often focus on parents of at–risk adolescents, who are trained to provide necessary support to children who have been subjected to cyber violence. They also explain to parents the need to refrain from illegal actions themselves if their children have been offended at school or on the Internet [39]. Among the preventive measures, there were programs based on the principle of role-playing games, the participants of which reproduced situations involving media characters, practicing behavioral strategies aimed at reducing aggression and achieving reconciliation [40]. Long-term programs were significantly more effective than short-term interventions, despite the fact that the latter had a large coverage of participants. The participation of parents and children in violence prevention programs conducted in the form of "emotional literacy" trainings (emotional self-regulation skills, emotional self-identification abilities, and training in "healthy response" to feelings) also led to a decrease in violence among adolescents. The decrease in the number of quarrels among adolescents was especially significant [41]. Most likely, this result was partly due to a decrease in tension in families. Similar programs aimed exclusively at children have produced statistically unrepresentative results [42]. The multi-level program "The Tabby" (Threat Assessment of Bullying Behavior among Young People), implemented in Italy, is a system that integrates teacher training, work with parents and whole families, intra-school and extracurricular activities with students. The program is based on training in avoiding risky behavior and illegal actions. Among the teenagers participating in the program, the rates of participation in cyber violence and in real violence, both as aggressors and as victims, significantly decreased, with the exception of girls who exhibit victim behavior [43]. The comprehensive program of assistance to teachers, adolescents and their families "Prev@cib", based on the principles of clarification, training and psychotherapeutic support, created in Spain, showed good results, but the positive effect of its application lasted only a few months, and then was leveled [44].

Cyber violence prevention programs implemented through digital technologies

Official government structures and public organizations in many countries actively promote cyber violence prevention programs based on the use of network filters that automatically exclude user contact with potentially unsafe online content and potentially dangerous interlocutors. However, studies show the low effectiveness of these programs [45, 46]. Prevention programs based on traditional principles of psychotherapy, but implemented in a remote format, for example, in the form of open groups working on social networks and on messenger platforms, are potentially promising in terms of achieving a large reach of the adolescent audience. The Austral-

ian IRCB (Increasing resilience to cyberbullying) program, based on the classic triad of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Dialectical Behavioral Therapy (DPT), implemented on the Internet and distributed through a referral link system, has attracted a lot of attention. However, despite numerous positive reviews from researchers, no convincing evidence of its effectiveness has been obtained [47, 48]. Online cybersecurity programs aimed at preventing a wide range of risks that exist on the Internet and are relevant to teenagers, for example, Spanish Safety.net (not to be confused with Google's service of the same name, which tests the security of mobile phone applications), they work on a different principle: they consist of several information blocks containing various materials (texts, photos, audio- and video files) linked by links that allow you to navigate from page to page not in strict sequence, but spontaneously, depending on the current interest in the topic. Thus, by "traveling" through the link system, a teenager receives information on financial literacy on the web, prevention of cyber violence, coping with his emotions, and learns the addresses and phone numbers of organizations to which he can turn for help [49]. The program Safety.net It proved to be a highly effective prevention tool. Among the teenagers randomly selected from among the participants, the level of violence and cyberbullying turned out to be significantly lower than in the control group. A similar program implemented on the social network Instagram (the network has been banned in the Russian Federation since 2022) has not shown such high efficiency [50]. The Cooperative Cybereduca 2.0 program (Spain), implemented in the form of a video game in combination with weekly safety lessons conducted at school during the school year, showed good results [51]. The experience of sending SMS messages of a supportive nature to teenagers who have been victims of violence discharged from the hospital has also received a lot of positive feedback, both from the victims of violence themselves and from people from their immediate environment [52].

Cyber violence prevention programs implemented through alternative technologies

The Canadian Ministry of Health has published recommendations on daily routines for children and adolescents, known as the «Canadian 24-h movement guidelines for Children and Youth». The idea of the principles is simple: a child is prescribed daily physical activity of at least 60 minutes, observing the duration of a night's sleep from 9 to 11 hours for adolescents under 13 years of age and at least 8-10 hours for adolescents under 17 years of age inclusive. It is forbidden to exceed the daily limit of screen time (TV, computer, gadgets), set at 2 o'clock. Thus, the "guidelines" are purely hygienic requirements that do not include any psychological technologies, including those aimed at preventing cyberbullying, but their observance proved to be extremely effective: the chances of becoming an aggressor or victim of bullying at school and on the Internet, or the object of sexual harassment online, among children who followed the principles, sharply decreased [53].

Conclusions:

Since the consequences of cyberbullying on mental health are assessed as more severe than the consequences of violence experienced in real life [54, 55], cyberbullying has quite naturally become the target of numerous prevention programs, which, in turn, have shown varying degrees of effectiveness. Summarizing the experience of developers and researchers of the effectiveness of programs aimed at reducing the frequency and level of adverse effects of cyber violence, several important conclusions can be drawn that determine the requirements for creating an effective prevention program. First, the prevention program should be implemented in a comprehensive manner, covering various areas of adolescent life: (1) daily routine, including sleep and wakefulness, metered intellectual and physical activity, restrictions related to time spent at screens; (2) the program should in-

volve both adolescents themselves and adults from their families. The transfer of information within the adolescent environment, carried out by volunteers from among peers, is a very promising area (parents, teachers); (3) The program should be aimed at preventing not only exclusively cyber violence, but also the entire set of risks associated with the Internet; (4) The program should include various forms of interaction with adolescents, both traditional pedagogical (lectures, seminars, trainings, psychoeducation events) and psychotherapeutic (group and individual psychotherapy within the framework of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Dialectical Behavioral Therapy (DPT)), and interactive interactions, implemented, among other things, in the form of network projects. It is recommended to create special prevention programs for children and adolescents who develop mental disorders, in particular, those at risk for self-harm and suicidal behavior [56]. Secondly, the prevention program should be implemented in a long-term, systematic manner, covering as wide groups of adolescents and adults as possible, and many specialists should participate in its implementation (it is hopeless if the program is implemented by one specially trained teacher at a school, this is the task of the entire team) of various fields, including internists and psychiatrists, psychotherapists, psychologists and educators, representatives of the police and the media. Probably the most promising projects are those implemented on a large scale (district, city, country). Thirdly, the program should undergo regular performance evaluation, while having a well-developed feedback system, and, if necessary, be modified in a timely manner, adapt to the conditions of objective reality and the cyber environment, responding to economic, political, and cultural changes in society. The development of such programs undoubtedly requires large resources, but the costs are likely to pay off due to a significant reduction in cybersecurity-related suicides and mental disorders [57].

REFERENCES

1. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1999 [Electronic publication] https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900 (date of request 20.02.2025).

2. Asamoah M.K. The two-side coin of the online social media: Eradicating the negatives and augmenting the positives // International Journal Ethics Education. 2019. № 4. P. 3–21

3. Cheng C., Lau Y.C., Luk J.W. Social capital-accrual, escape-from-self, and time-displacement effects of internet use during the COVID-19 stay-at-home period: Prospective, quantitative survey study // Journal of Mededical Internet Research. 2020. Vol. 22, № 12. P. e22740. doi: 10.2196/22740

4. Kang K.I., Kang K., Kim C. Risk factors influencing cyberbullying perpetration among middle school students in Korea: Analysis using the zero-inflated negative binomial regression model // International Journal of Environment Research in Public Health. 2021. Vol. 18. P. 2224 doi: 10.3390/ijerph18052224

5. Henares-Montiel J., Benítez-Hidalgo V., Ruiz-Pérez I., Pastor-Moreno G., Rodríguez-Barranco M. Cyberbullying and Associated Factors in Member Countries of the European Union: A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies with Representative Population Samples // International Journal of Environment Research in Public Health. 2022. Vol. 19. P. 736

6. Smahel D., Machackova H., Mascheroni G., Dedkova L., Staksrud E., Ólafsson K., Livingstone S., Hasebrink U. EU Kids Online 2020: Survey Results from 19 Countries. London School of Economics and Political Science: London, UK, 2020 [Electronic publication] https://www.researchgate.net/publication/339177682_EU_Kids_Online_2020_Survey_results_from_19_countries (date of request 10.03.2025).

7. van Geel M., Vedder P., Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyber-

bullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis // JAMA Pediatrics 2014. Vol. 168, № 5. P. 435–442

8. Пережогин Л.О., Романова Е.В. Интернет. Кибербуллинг. Суицид. Как они связаны в подростковой популяции? [Perezhogin L.O., Romanova E.V. Internet. Kiberbulling. Suicid. Kak oni svyazany v podrostkovoj populyacii? - The Internet. Cyberbullying. Suicide. How are they related in the adolescent population?] // Психическое здоровье [Menthal health]. 2023. Том 18, № 5. С. 77–80 (in Russian)

9. Arseneault L., Bowes L., Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? // Psychological Medicine. 2010. Vol. 40, № 5. P. 717–729

10. Brunstein-Klomek A., Marrocco F., Kleinman M., Schonfeld I.S., Gould M.S. Bullying, depression, and suicidality in adolescents // Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 2007. Vol. 46, № 1. P. 40–49

11. Fekkes M., Pijpers F.I., Verloove-Vanhorick S.P. Effects of antibullying school program on bullying and health complaints // Archive of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2006. Vol. 160, № 6. P. 638–644

12. Fonagy P., Twemlow S.W., Vernberg E.M. et al. A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2009. Vol. 50, № 5. P. 607–616

13. Пережогин Л.О., Бадмаева В.Д., Макушкин Е.В., Нуцкова Е.В. Международная практика использования профилактических программ, направленных на снижение кибернасилия в школьной среде [Perezhogin L.O., Badmaeva V.D., Makushkin E.V., Nuckova E.V. Mezhdunarodnaya praktika ispol'zovaniya profilakticheskih programm, napravlennyh na snizhenie kibernasiliya v shkol'noj srede - International practice of using prevention programs aimed at reducing cyberbullying in the school environment] // Российский психиатрический журнал [Russian Psychiatric Journal]. 2020. № 4. С. 63–70 (in Russian)

14. Smith P.K., Mahdavi J., Carvalho M., Fisher S., Russell S., Tippett N. Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2008. Vol. 49. P. 376–385

15. Levy N., Cortesi S., Crowley E. et al. Bullying in a Networked Era: A Literature Review. Harvard University: Berkman Center Research Publication. 2012. 49 P. [Electronic publication] https://cyber.harvard.edu/publications/2012/kbw_bulling_in_a_networked_era (date of request 10.03.2025).

16. Hinduja S., Patchin J.W. Bullying, cyberbullying, and suicide // Archive of Suicide Research. 2010. Vol. 14. P. 206–221

17. Juvonen J., Gross E.F. Extending the school grounds?-Bullying experiences in cyberspace // Journal of School Health. 2008. Vol. 78, № 9. P. 496–505

18. Ojanen T.T., Boonmongkon P., Samakkeekarom R., Samoh N., Guadamuz T.E. Connections between online harassment and offline violence among youth in central Thailand // Child Abuse and Neglect. 2015. Vol. 44, № 6. P. 159–169

19. Katzer C., Fetchenhauer D., Belschak F. Cyberbullying: Who are the victims? A comparison of victimization in internet chatrooms and victimization in school // Journal of Media Psychology. 2009. Vol. 21, № 2. P. 25–36 doi: 10.1027/1864-1105.21.1.25

20. Parris L., Jungert T., Thornberg R., Varjas K., Meyers J., Grunewald S., Shriberg D. Bullying bystander behaviors: The role of coping effectiveness and the moderating effect of gender // Scandinavian Journal of Psychology. 2020. Vol. 61. P. 38–46 doi: 10.1111/sjop.12564

21. Feijóo S., Foody M., O'Higgins Norman J., Pichel R., Rial A. Cyberbullies, the cyberbullied, and problematic internet use: Some reasonable similarities // Psicothema. 2021. Vol. 33, № 2. P. 198–205 doi: 10.7334/psicothema2020.209

22. Huang J., Zhong Z., Zhang H., Li L. Cyberbullying in social media and online games among Chinese college students and its

associated factors // International Journal of Environment Research in Public Health. 2021. Vol. 18, № 9. P. 4819 doi: 10.3390/ijerph18094819

23. Baldry A.C., Sorrentino A., Farrington D.P. Post-traumatic stress symptoms among Italian preadolescents involved in school and cyber bullying and victimization // Journal of Child and Family Studing. 2019. Vol. 28. P. 2358–2364

24. Modecki K.L., Minchin J., Harbaugh A.G., Guerra N.G., Runions K.C. Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying // Journal of Adolescent Health. 2014. Vol. 55. P. 602–611

25. Пережогин Л.О., Бадмаева В.Д., Макушкин Е.В., Нуцкова Е.В. Международная практика использования профилактических программ, направленных на снижение кибернасилия в школьной среде [Perezhogin L.O., Badmaeva V.D., Makushkin E.V., Nuckova E.V. Mezhdunarodnaya praktika ispol'zovaniya profilakticheskih programm, napravlennyh na snizhenie kibernasiliya v shkol'noj srede - International practice of using prevention programs aimed at reducing cyberbullying in the school environment] // Российский психиатрический журнал [Russian Psychiatric Journal]. 2020. № 4. С. 63–70 (in Russian)

26. Schoeps. K., Villanueva L., Prado-Gascó V.J., Montoya-Castilla I. Development of emotional skills in adolescents to prevent cyberbullying and improve subjective well-being // Frontiers in Psycholjgy. 2018. Vol. 9, № 10. P. 2050 doi: 10.3389/fpsyg.2018.02050

27. Guarini A., Menin D., Menabò L., Brighi A. RPC teacher-based program for improving coping strategies to deal with cyberbullying // International Journal of Environment Research in Public Health. 2019. Vol. 16. P. 948 doi: 10.3390/ijerph16060948

28. Ferrer-Cascales R., Albaladejo-Blázquez N., Sánchez-SanSegundo M., Portilla-Tamarit I., Lordan O., Ruiz-Robledillo N. Effectiveness of the TEI program for bullying and cyberbullying reduction and school climate improvement // International Journal of Environment Research in Public Health. 2019. Vol. 16. P. 580 doi: 10.3390/ijerph16040580

29. Salmivalli C., Poskiparta E.M. Making bullying prevention a priority in Finnish schools the KiVa antibullying program // New directions for youth development. 2012. Vol. 133. P. 41–53

30. Williford A., Elledge L.C., Boulton A.J. et al. Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2013. Vol. 42, № 6. P. 820–833

31. Tiiri E., Luntamo T., Mishina K., Sillanmäki L., Brunstein-Klomek A., Sourander A. Did Bullying victimization decrease after nationwide school-based antibullying program? A time-trend study // Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 2020. Vol. 59. P. 531–540 doi: 10.1016/jaac.2019/03/023

32. Acosta J., Chinman M., Ebener P., Malone P.S., Phillips A., Wilks A. Evaluation of a whole-school change intervention: Findings from a two-year cluster-randomized trial of the restorative practices intervention // Journal of Youth Adolescent. 2019. Vol. 48, № 3. P. 876–890

33. Bonell C., Dodd M., Allen E., Bevilacqua L., McGowan J., Opondo C., Sturgess J., Elbourne D., Warren E., Viner R.M. Broader impacts of an intervention to transform school environments on student behaviour and school functioning: Post hocanalyses from the INCLUSIVE cluster randomised controlled trial // BMJ Open. 2020. № 10. e03 1589

34. Del Rey R., Ortega-Ruiz R., Casas J. Asegúrate: An intervention program against cyberbullying based on teachers' commitment and on design of its instructional materials // International Journal of Environment Research in Public Health. 2019. Vol. 16. P. 434 doi: 10.3390/ijerph16030434

35. Agley J., Jun M., Eldridge L., Agley D.L., Xiao Y., Sussman S., Golzarri-Arroyo L., Dickinson S.L., Jayawardene W., Gassman R. Effects of ACT out! social issue theater on social-emotional competence and bullying in

youth and adolescents: Cluster randomized controlled trial // JMIR Mental Health. 2021. Vol. 8. e25860 doi: 10.2196/25860

36. Zafra J.A., Bonilla-Carrasco M.I., Carreiro-Alonso M.A., González-de Paz L. Prevalence and self-report of bullying after in-class police orientation talk // Public Health Nursing. 2021. Vol. 38. P. 1131–1134 doi: 10.1111/phn.12945

37. Peng Z., Li L., Su X., Lu Y. A Pilot intervention study on bullying prevention among junior high school students in Shantou, China // BMC Public Health. 2022. Vol. 22. P. 262

38. Bright M.A., Sayedul Huq M., Patel S., Miller M.D., Finkelhor D. Child safety matters: Randomized control trial of a school-based, child victimization prevention curriculum // Journal of Interpersonal Violence. 2022. Vol. 37. P. 538–556

39. Roberto A., Eden J., Deiss D., Savage M., Ramos-Salazar L. The short-term effects of a cyberbullying prevention intervention for parents of middle school students // International Journal of Environment Research in Public Health. 2017. Vol. 14. P. 1038 doi: 10.3390/ijerph14091038

40. Zagorscak P., Schultze-Krumbholz A., Heinrich M., Wölfer R., Scheithauer H. Efficacy of cyberbullying prevention on somatic symptoms—randomized controlled trial applying a reasoned action approach // Journal for Research of Adolescent. 2019. Vol. 29. P. 908–923 doi: 10.1111/jora.12429

41. Vivolo-Kantor A.M., Niolon P.H., Estefan L.F., Le V.D., Tracy A.J., Latzman N.E., Little T.D., Lang K.M., DeGue S., Tharp A.T. Middle school effects of the dating matters comprehensive teen dating violence prevention model on physical violence, bullying, and cyberbullying: A cluster-randomized controlled trial // Prevention Science. 2021. Vol. 22. P. 151–161

42. Martínez-Martínez A., Pineda D., Galán M., Marzo J.C., Piqueras J.A. Effects of the action for neutralization of bullying program on bullying in Spanish schoolchildren // International Journal of Environment Research in Public Health. 2021. Vol. 18. P. 6898 doi: 10.3390/ijerph18136898

43. Sorrentino A., Baldry A., Farrington D. The efficacy of the tabby improved prevention and intervention program in reducing cyberbullying and cybervictimization among students // International Journal of Environment Research in Public Health. 2018. Vol. 15. P. 2536 doi: 10.3390/ijerph15132536

44. Ortega-Barón J., Buelga S., Ayllón E., Martínez-Ferrer B., Cava M.-J. Effects of intervention program Prev@cib on traditional bullying and cyberbullying // International Journal of Environment Research in Public Health. 2019. Vol. 16. P. 527

45. Selkie. E., Evans Y., Ton A., Midamba N., Moreno M.A. Ideas for addressing electronic harassment among adolescents attending a video blogging convention // BMC Public Health. 2018. Vol. 18. P. 973

46. Przybylski A.K., Nash V. Internet filtering technology and aversive online experiences in adolescents // Journal Pediatrics. 2017. № 4. P. 184

47. Chillemi K., Abbott J.-A.M., Austin D.W., Knowles A. A pilot study of an online psychoeducational program on cyberbullying that aims to increase confidence and help-seeking behaviors among adolescents // Cyberpsychology Behavior Social Network. 2020. Vol. 23. P. 253–256 doi: 10.1089/cyber.2019.0081

48. Selkie E., Evans Y., Ton A., Midamba N., Moreno M.A. Ideas for addressing electronic harassment among adolescents attending a video blogging convention // BMC Public Health. 2018. Vol. 18. P. 973

49. Ortega-Barón J., González-Cabrera J., Machimbarrena J.M., Montiel I. Safety.Net: A pilot study on a multi-risk internet prevention program // International Journal of Environment Research in Public Health. 2021. Vol. 18. P. 4249 doi: 10.3390/ijerph18084249

50. Kutok E.R., Dunsiger S., Patena J.V., Nugent N.R., Riese A., Rosen R.K., Ranney M.L. A cyberbullying media-based prevention intervention for adolescents on instagram: Pilot randomized controlled trial // JMIR Mental Health. 2021. Vol. 8. e26029 doi: 10.2196/26029

51. Garaigordobil M., Martínez-Valderrey V. Technological resources to prevent cyberbullying during adolescence: The cyberprogram 2.0 program and the cooperative cybereduca 2.0 videogame // Frontiers in Psycholjgy. 2018. Vol. 9. P. 745 doi: 10.3389/fpsyg.2018.00745

52. Ranney M.L., Pittman S.K., Moseley I., Morgan K.E., Riese A., Ybarra M., Cunningham R., Rosen R. Cyberbullying prevention for adolescents: Iterative qualitative methods for mobile intervention design // JMIR Formative Research. 2021. Vol. 5. e25900 doi: 10.2196/25900

53. Sampasa-Kanyinga H., Colman I., Goldfield G.S., Janssen I., Wang J., Hamilton H.A., Chaput J.-P. Associations between the Canadian 24 h movement guidelines and different types of bullying involvement among adolescents // Child Abus. Negl. 2020, 108, 104 638

54. Baldry, A.C.; Sorrentino, A.; Farrington, D.P. Post-traumatic stress symptoms among Italian preadolescents involved in school and cyber bullying and victimization // Journal of Child Family Study. 2019. Vol. 28. P. 2358–2364

55. Modecki K.L., Minchin J., Harbaugh A.G., Guerra N.G., Runions K.C. Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying // Journal of Adolescent Health. 2014. Vol. 55. P. 602–611

56. Банников Г.С., Эминова В.С. Программы профилактики суицидального поведения подростков [Bannikov G.S., Eminova V.S. Programmy profilaktiki suicidal'nogo povedeniya podrostkov - Adolescent suicidal behavior prevention programs] // Вопросы охраны психического здоровья [Mental health issues]. 2022. Т. 1, № 2. С. 29–36. https://elibrary.ru/lqafwk (in Russian)

57. Пережогин Л.О., Бадмаева В.Д., Макушкин Е.В., Нуцкова Е.В. Международная практика использования профилактических программ, направленных на снижение кибернасилия в школьной среде [Perezhogin L.O., Badmaeva V.D., Makushkin E.V., Nuckova E.V. Mezhdunarodnaya praktika ispol'zovaniya profilakticheskih programm, napravlennyh na snizhenie kibernasiliya v shkol'noj srede - International practice of using prevention programs aimed at reducing cyberbullying in the school environment] // Российский психиатрический журнал [Russian Psychiatric Journal]. 2020. № 4. С. 63–70 (in Russian)

UDK: 616.89-008.441.13:616.89-008.454.4

SINTETIK KATINONLAR ISTE’MOLI VA SUITSIDAL XULQ-ATVOR O‘RTASIDAGI BOG‘LIQLIK

Ravshanov Jahongir Azimjon o‘g‘li – vrach-ordinator
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O‘zbekiston)
Ashurov Zarifjon Sharifovich – t.f.d., professor
Xayredinova Inara Ilgizovna – Ph.D., dotsent
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O‘zbekiston)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)
Tadjibayev Uktam Askarovich – klinik bo‘limi mudiri
Abdukaxarova Gulnoza Kurbanovna – vrach-ordinator
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. Kirish. *Yangi psixoaktiv moddalar orasida sintetik katinonlar keng tarqalib, ularning iste’moli og‘ir psixopatologik buzilishlar hamda suitsidal xulq-atvor xavfi bilan bog‘liq dolzarb muammo sifatida qaralmoqda.*

Tadqiqot maqsadi. *Sintetik katinonlar iste’moli bilan suitsidal xulq-atvor o‘rtasidagi bog‘liqlikni aniqlash.*

Material va metodlar. *Retrospektiv kohort tadqiqotda 2022–2024-yillarda Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazida davolangan 138 nafar bemor o‘rganildi. Asosiy guruhga sintetik katinonlarga qaram 98 nafar, taqqoslash guruhiga boshqa psixostimulyatorlarga qaram 40 nafar bemor kiritildi. Ma’lumotlar tibbiy hujjatlar, so‘rovnomalar, klinik intervyular va siydikdagi narkotik moddalarni aniqlash natijalari asosida to‘plandi.*

Natijalar. *Alfa-pirrolidinovalerofenon iste’moli yuqori suitsidallik xavfi bilan ishonchli bog‘liq ekanligi aniqlandi. Pregabalin iste’moli esa yuqori suitsidallik xavfining pasayishi bilan bog‘liq bo‘ldi. Mefedron, gabapentin, karbamazepin va tropikamid bo‘yicha statistik jihatdan ahamiyatli bog‘liqlik aniqlanmadi. Guruhlar yosh va jins tarkibi bo‘yicha taqqoslanadigan edi.*

Xulosa. *Sintetik katinonlar, ayniqsa alfa-pirrolidinovalerofenon, suitsidal xavfni oshiruvchi omil sifatida klinik ahamiyatga ega. Bunday bemorlarda suitsidallikni erta aniqlash, muntazam skrining va maqsadli profilaktik choralarni kuchaytirish zarur.*

Kalit so‘zlar: *sintetik katinonlar; yangi psixoaktiv moddalar; suitsidal xulq-atvor; suitsidallik xavfi; alfa-pirrolidinovalerofenon; pregabalin; retrospektiv tadqiqot; psixo-stimulyatorlar.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Равшанов Жахонгир Азимжон угли – врач-ординатор
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)
Ашуров Зарифжон Шарифович – д.м.н., профессор
Хайрединова Инара Ильгизовна – к.м.н., доцент

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)
Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)
Таджибаев Уктам Аскарович – заведующий клиническим отделением
Абдукахарова Гульноза Курбановна – врач-ординатор
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. Введение. *Синтетические катиноны являются одной из наиболее распространённых групп новых психоактивных веществ и представляют серьёзную клинико-социальную проблему в связи с высокой частотой психопатологических нарушений и риском суицидального поведения.*

Цель исследования. *Изучить связь между употреблением синтетических катинонов и суицидальным поведением.*

Материал и методы. *Проведено ретроспективное когортное исследование 138 пациентов, проходивших лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре психического здоровья в 2022–2024 годах. В основную группу вошли 98 пациентов с зависимостью от синтетических катинонов, в группу сравнения — 40 пациентов с зависимостью от других психостимуляторов. Использованы данные медицинской документации, анкетирования, клинических интервью и результатов лабораторной верификации употребления психоактивных веществ.*

Результаты. *Установлена статистически значимая связь между употреблением альфа-пирролидиновалерофенона и высоким риском суицидальности. Употребление прегабалина, напротив, ассоциировалось со снижением высокого риска суицидальности. Для мефедрона, габапентина, карбамазепина и тропикамида статистически значимой связи не выявлено. Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту и полу.*

Заключение. *Употребление синтетических катинонов, особенно альфа-пирролидиновалерофенона, следует рассматривать как значимый фактор риска суицидальности. Полученные данные обосновывают необходимость раннего выявления суицидального риска, клинического мониторинга и целенаправленных профилактических мероприятий.*

Ключевые слова: *синтетические катиноны; новые психоактивные вещества; суицидальное поведение; суицидальный риск; альфа-пирролидиновалерофенон; прегабалин; психостимуляторы; ретроспективное исследование.*

THE ASSOCIATION BETWEEN SYNTHETIC CATHINONE USE AND SUICIDAL BEHAVIOR

Ravshanov Jahongir Azimjon ugli – resident physician
Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)
Ashurov Zarifjon Sharifovich – D.M.Sc., professor
Khayredinova Inara Ilgizovna – Ph.D., associate professor
Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)
Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)
Tadjibayev Uktam Askarovich – head of clinical department
Abdukakharova Gulnoza Kurbanovna – resident physician
Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. Introduction. *Synthetic cathinones are among the most widespread groups of novel psychoactive substances and represent a major clinical and social concern because of their association with psychopathological disturbances and suicidal behavior.*

Objective. *To investigate the relationship between synthetic cathinone, use and suicidality.*

Materials and methods. *A retrospective cohort study included 138 patients treated at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Mental Health in 2022–2024. The main group consisted of 98 patients with synthetic cathinone dependence, while the comparison group included 40 patients dependent on other psychostimulants. Data were collected from medical records, questionnaires, clinical interviews, and laboratory verification of psychoactive substance use.*

Results. *The use of alpha-pyrrolidinovalerophenone was significantly associated with a high risk of suicidality. In contrast, pregabalin use was associated with a lower risk of high suicidality. No statistically significant association was found for mephedrone, gabapentin, carbamazepine, or tropicamide. The groups were comparable in terms of age and sex distribution.*

Conclusion. *Synthetic cathinone use, especially alpha-pyrrolidinovalerophenone, should be considered an important risk factor for suicidality. These findings support the need for early identification of suicidal risk, routine clinical monitoring, and targeted preventive interventions in this patient population.*

Keywords: *synthetic cathinones; novel psychoactive substances; suicidal behavior; suicidality risk; alpha-pyrrolidinovalerophenone; pregabalin; psychostimulants; retrospective cohort study.*

Kirish.

Yangi psixoaktiv moddalar (YaPM)ning ishlab chiqilishi va tarqalishi global miqyosda jiddiy xavotir uyg‘otmoqda [1]. Ayniqsa, xalqaro nazorat ostidagi an’anaviy narkotik moddalar iste’molining barqarorlashuvi yoki kamayishi fonida YaPM bozorining o‘sib borayotgani alohida tashvishlidir. Ushbu murakkab jarayonda internet muhim o‘rin tutib, yoshlar orasida YaPMning tez tarqalishiga xizmat qilmoqda [2]. YaPMning eng keng tarqalgan turlaridan biri sintetik katinonlar (SK) bo‘lib, ular noqonuniy bozorda tobora ommalashib bormoqda [3]. SK iste’molining bunday tez sur’atlarda o‘sishi uning oqibatlarini chuqur o‘rganish zaruratini taqozo etmoqda.

So‘nggi ikki o‘n yillik davomida sintetik katinonlar tadqiqotchilar diqqat markaziga aylanib, asta-sekin an’anaviy iste’mol qilinadigan narkotik moddalarni siqib chiqarmoqda [4]. Bu tendensiya SKning yuqori darajada mavjudligi va iqtisodiy jihatdan arzonligi, shuningdek, iste’molchilar orasida ularning qonuniyligi, zararsizligi va xavfsizligi haqida noto‘g‘ri tasavvurlar shakllanishi bilan bog‘liq. Nazorat qilinmagan maqomi tufayli sintetik katinonlar ko‘pincha qonuniy va kam zararli deb qabul qilinib, ularning qaramlikka olib keluvchi potensiali kam baholanadi [5,6]. Biroq klinik amaliyotda SKni boshqa moddalar bilan birgalikda iste’mol qilish holatlari tez-tez uchrab, bu klinik manzarani murakkablashtiradi va tibbiy hamda ijtimoiy oqibatlarni og‘irlashtiradi [7]. SK iste’mol qiluvchilarda psixopatologik o‘zgarishlar tez rivojlanishi kuzatilib, markaziy asab tizimiga neyrotoksik zarar yetkazilishi, shaxs degradatsiyasi, intoksikatsion psixozlar chastotasining oshishi va og‘ir xulq-atvor buzilishlari bilan namoyon bo‘ladi [6, 8].

SK iste’molining oqibatlari ayniqsa xavfli bo‘lib, qaram shaxslar orasida o‘lim ko‘rsatkichining oshishi bilan xarakterlanadi, bu esa har doim ham faqat somatik asoratlar bilan izohlanmaydi. Ayrim hollarda o‘lim tashqi omillar — baxtsiz hodisalar, tasodifiy dozadan oshish yoki suitsid natijasida yuz berishi mumkin bo‘lib, bu holatlar hali yetarlicha ilmiy o‘rganilmagan [9, 10]. Bu esa sintetik katinonlar iste’moli bilan bog‘liq xavf omillarini, jumladan, qaram shaxslarda suitsidal tendensiyalarni chuqur o‘rganish zarurligini ko‘rsatadi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi sintetik katinonlar iste'moli va suitsidal xulq-atvor o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganishdan iborat.

Materiallar va metodlar.

Mazkur tadqiqot sintetik katinonlar (SK) iste'moli va suitsidal xulq-atvor o'rtasidagi bog'liqlikni tahlil qilishga qaratilgan kuzatuvchi retrospektiv kohort tadqiqot dizayniga asoslangan. Tadqiqot 2022–2024-yillar davomida O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazida davolangan ikki guruh bemorlar materiallari asosida olib borildi. Ma'lumotlar klinik hujjatlar, so'rovnomalar va statistik tahlillar asosida to'plandi.

Tadqiqotga jami 138 nafar bemor kiritildi va ular ikki guruhga ajratildi: asosiy guruhga sintetik katinonlarga qaramlik tashxisi qo'yilgan 98 nafar bemor (MKB-10 kodi F15.2) kiritildi; taqqoslash guruhini esa boshqa psixostimulyatorlarga (masalan, pregabalin, gabapentin, karbamazepin yoki tropikamid) qaram bo'lgan 40 nafar bemor tashkil etdi. Taqqoslash guruhi klinik ta'sirlarining o'xshashligi va MKB-10 ning bir xil kategoriyasiga mansubligi asosida tanlab olindi. Bemorlar oldindan belgilangan kiritish va chiqarish mezonlari asosida saralandi.

Ma'lumotlar quyidagi yondashuvlar orqali olindi: klinik hujjatlar va tibbiy dokumentatsiya (bemorlarning tibbiy kartalari retrospektiv tarzda ko'rib chiqildi, bunda psixiatrik baholash natijalari, psixoaktiv moddalardan foydalanish anamnezi va davolash natijalari tahlil qilindi); so'rovnomalar va strukturalashtirilgan klinik intervyular (psixoaktiv moddalarni iste'mol qilish xususiyatlari, suitsidallik va psixososial omillarni baholash uchun standartlashtirilgan vositalar qo'llanildi; suitsidal xavfni baholash uchun Columbia-Suicide Severity Rating Scale — C-SSRS dan foydalanildi; shuningdek, demografik ma'lumotlar va modda iste'moli anamnezini yig'ish uchun so'rovnomalar qo'llanildi).

Psixoaktiv moddalarni iste'mol qilganlikni verifikatsiya qilish bir nechta ma'lumot manbalarini o'z ichiga olgan kompleks yondashuv asosida amalga oshirildi. Birinchidan, modda iste'moli xususiyatlari to'g'risida ma'lumot to'plash uchun o'z-o'zini hisobot qilishga asoslangan so'rovnomalardan foydalanildi. Obyektiv tasdiqlash maqsadida siydikda sintetik katinonlar va boshqa moddalar mavjudligini aniqlash uchun ekspress narkotestlar o'tkazildi. Bundan tashqari, avvalgi modda iste'moli va davolanish anamnezi bo'yicha hujjatlashtirilgan ma'lumotlarni olish uchun tibbiy hujjatlar tahlil qilindi.

Tadqiqotda psixoaktiv moddalardan foydalanish va suitsidallik xavfi o'rtasidagi bog'liqlikni baholash uchun turli mustaqil va bog'liq o'zgaruvchilar o'rganildi. Mustaqil o'zgaruvchilarga iste'mol qilingan psixoaktiv modda turi, jumladan alfa-PVP, mefedron, pregabalin, gabapentin, karbamazepin va tropikamid kiritildi. Shuningdek, yosh (uzluksiz va kategorik o'zgaruvchi sifatida tahlil qilingan) hamda jins (erkak/ayol) kabi demografik omillar ham hisobga olindi.

Asosiy bog'liq o'zgaruvchi suitsidallik xavfi bo'lib, u psixiatrik hujjatlar va Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) bo'yicha olingan ballar asosida yuqori xavf va past xavf guruhlariga ajratildi.

Sintetik katinonlar iste'moli va suitsidallik xavfi o'rtasidagi to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlikni aniqlash uchun imkoniyatlar nisbati (odds ratio, OR) va nisbiy xavf (relative risk, RR) ko'rsatkichlari hisoblandi. Kategorik farqlarni baholash uchun xi-kvadrat (chi-square) testi qo'llanildi. Barcha tahlillarda $p < 0,05$ statistik ahamiyatlilik mezoni sifatida qabul qilindi.

Natijalar.

Umumiy tanlanmada median yosh 29,0 yilni tashkil etdi (Q1 = 25,0; Q3 = 35,0). Guruhlar kesimida tahlil qilinganda, asosiy guruhda median yosh 30,0 yilni (Q1 = 26,0; Q3 = 35,0), taqqoslash guruhida esa 28,5 yilni (Q1 = 24,0; Q3 = 35,0) tashkil etdi. Ikki guruh o'rtasida yosh taqsimotida statistik jihatdan ahamiyatli farq mavjud yoki mavjud emasligini baholash maqsadida Kruskal–Wallis testi qo'llanildi. Natijalar statistik jihatdan ahamiyatli farqlar yo'qligini ko'rsatdi (H = 0,736; p = 0,391), bu esa guruhlarning yosh bo'yicha o'zaro taqqoslanadigan ekanini anglatadi.

Tanlanmaning asosiy qismini erkak ishtirokchilar tashkil etdi (93,48%, n = 129). Asosiy guruhda erkaklar ulushi 90,82%ni (n = 89), taqqoslash guruhida esa barcha ishtirokchilarni erkaklar tashkil etdi (100,00%, n = 40). Ayol ishtirokchilar faqat asosiy guruhda uchradi (6,52%, n = 9), taqqoslash guruhida esa ular qayd etilmadi. Jins taqsimoti bilan iste'mol qilinayotgan modda guruhi o'rtasidagi ehtimoliy bog'liqlikni aniqlash maqsadida xi-kvadrat (chi-square) testi o'tkazildi. Tahlil natijalariga ko'ra, statistik jihatdan ahamiyatli bog'liqlik aniqlanmadi (Chi^2 = 2,568; p = 0,109), bu esa guruhlar o'rtasida jins taqsimoti bo'yicha sezilarli farq mavjud emasligini ko'rsatadi.

Modda iste'moli va suitsidallik xavfi. Tahlilda olti turdagi modda va ikkilik suitsidallik ko'rsatkichi o'rtasidagi tuzatilmagan bog'liqliklar baholandi. Asosiy natijalar 1-jadvalda keltirilgan bo'lib, unda imkoniyatlar nisbati (OR), nisbiy xavf (RR) va davolash zarur bo'lganlar soni (NNT) ko'rsatkichlari aks ettirilgan.

1-jadval.

Moddalarning binar suitsidallikka ta'sirining tahlili

Modda	Ha (Yuqori)	Ha (Past)	Yo'q (Yuqori)	Yo'q (Past)
Alfa-PVP	35	55	9	39
Mefedron	5	7	39	87
Pregabalin	6	32	38	62
Gabapentin	0,51	8	44	86
Karbamazepin	0,51	4	44	90
#	#	#	#	#
Modda	Imkoniyatlar nisbati (OR, 95% IS)	Chi^2	p-qiymat	Nisbiy xavf (RR, 95% IS)
Alfa-PVP	2,76 (1,19–6,39)*	4,96	0,026	2,07 (1,09–3,95)*
Mefedron	1,59 (0,48–5,33)	0,19	0,662	1,35 (0,66–2,76)
Pregabalin	0,31 (0,12–0,80)*	5,27	0,022	0,42 (0,19–0,90)*
Gabapentin	0,12 (0,01–2,18)	1,72	0,189	0,17 (0,01–2,59)
Karbamazepin	0,26 (0,01–4,94)	0,21	0,647	0,34 (0,03–4,67)
#	#	#	#	#
Modda	NNT (Foyda / Zarar)	Talqin		
Alfa-PVP	4,97 (Zarar)	Ahamiyatli bog'liqlik; zararli ta'sir.		
Mefedron	9,33 (Zarar)	Ahamiyatli ta'sir aniqlanmadi.		
Pregabalin	-4,50 (Foyda)	Ahamiyatli bog'liqlik; himoyalovchi ta'sir.		
Gabapentin	-3,58 (Foyda)	Ahamiyatli ta'sir aniqlanmadi.		
Karbamazepin	-4,60 (Foyda)	Ahamiyatli ta'sir aniqlanmadi.		

Asosiy natijalar

• Tahlil alfa-PVP iste'moli bilan yuqori suitsidallik xavfi o'rtasida statistik jihatdan ahamiyatli bog'liqlik mavjudligini ko'rsatdi. Alfa-PVP iste'mol qilgan shaxslarda yuqori suitsidallik kuzatilish ehtimoli ushbu moddani iste'mol qilmaganlarga nisbatan ikki martadan ko'proq yuqori bo'lgan (OR = 2,76; 95% IS: 1,19–6,39; p = 0,026; RR = 2,07; 95% IS: 1,09–3,95; p = 0,026). Bundan tashqari, zarar

bo‘yicha davolash uchun zarur bo‘lganlar soni (NNT = 4,97) shuni ko‘rsatadiki, taxminan ҳар беш нафар alfa-PVP ta’siriga duch kelgan shaxsdan bittasida qo‘shimcha yuqori suitsidallik holati kuzatiladi.

- Aksincha, pregabalin suitsidallikka nisbatan himoyalovchi ta’sirni namoyon etdi. Tahlil natijalariga ko‘ra, pregabalin iste’moli yuqori suitsidallik xavfining statistik jihatdan аҳамиятли даражада pastligi bilan bog‘liq bo‘lgan (OR = 0,31; 95% IS: 0,12–0,80; p = 0,022; RR = 0,42; 95% IS: 0,19–0,90; p = 0,022). E’tiborlisi, foyda bo‘yicha NNT ko‘rsatkichi (-4,50) shuni anglatadiki, pregabalin qabul qilgan ҳар беш нафар shaxsdan bittasida юқори suitsidallik holatining oldi olinadi.
- Tahlilda mefedron, gabapentin, karbamazepin yoki tropikamid iste’moli bilan suitsidallik o‘rtasida statistik jihatdan аҳамиятли bog‘liqlik aniqlanmadi. Ishonch oralig‘ining (IS) 1 qiymatini kesib o‘tishi ushbu moddalarning suitsidallik xavfiga ta’siri noaniq ekanini ko‘rsatadi.

Muhokama.

Asosiy natijalar talqini. Mazkur tadqiqot natijalari alfa-PVP iste’moli bilan yuqori suitsidallik xavfi o‘rtasida statistik jihatdan ahamiyatli bog‘liqlik mavjudligini ko‘rsatdi, bu esa sintetik katinonlar bilan bog‘liq psixiatrik xavflar haqidagi xavotirlarni yanada kuchaytiradi. Kuzatilgan OR = 2,76 va RR = 2,07 ko‘rsatkichlari alfa-PVP iste’mol qiluvchi shaxslarda suitsidallik xavfi ushbu moddani iste’mol qilmaydiganlarga nisbatan sezilarli darajada yuqori ekanini anglatadi. Ushbu natijalar sintetik katinonlar, ayniqsa alfa-PVP, og‘ir psixiatrik simptomlarni, jumladan qo‘zg‘alish, paranoid buzilishlar, gallyutsinatsiyalar va suitsidal fikrlarni yuzaga keltirishi mumkinligini ko‘rsatgan avvalgi tadqiqotlar bilan mos keladi. Alfa-PVPning, ayniqsa, dopaminergik va serotonergik yo‘llarga ta’sir etuvchi neyrotoksik xususiyatlari ushbu yuqori suitsidallik xavfiga hissa qo‘shishi mumkin.

Aksincha, pregabalin himoyalovchi ta’sirni namoyon etdi: OR = 0,31 va RR = 0,42 ko‘rsatkichlari yuqori suitsidallik xavfining sezilarli darajada past ekanini ko‘rsatadi. Ushbu natija pregabalinning anksiolitik va kayfiyatni barqarorlashtiruvchi xususiyatlarga ega ekanini, bu esa psixoaktiv moddalarga qaram shaxslarda suitsidallikni kamaytirishi mumkinligini ta’kidlagan avvalgi ma’lumotlar bilan mos keladi. Pregabalinning markaziy asab tizimidagi kalsiy kanallarini modulyatsiya qilishi impulsivlik va emotsional disregulyatsiyani kamaytirishda muhim rol o‘ynashi, shu orqali suitsidal xulq-atvor ehtimolini pasaytirishi mumkin.

Klinik va jamoat salomatligi uchun ahamiyati. Mazkur natijalar, ayniqsa sintetik katinonlarni iste’mol qiluvchi shaxslarga nisbatan zararlarni kamaytirish strategiyalari va davolash yondashuvlari nuqtai nazaridan, muhim klinik hamda jamoat salomatligi ahamiyatiga ega:

Suitsidallikni skrining qilish: Alfa-PVP va suitsidallik o‘rtasidagi kuchli bog‘liqlikni inobatga olgan holda, klinitsistlar sintetik katinonlarga qaram bemorlarda suitsidal fikrlar mavjudligini muntazam ravishda skrining qilishlari lozim.

Profilaktik aralashuvlar: Jamoat salomatligi dasturlari sintetik katinonlarning xavflari, ayniqsa ularning psixiatrik asoratlar bilan bog‘liqligi haqida aholining xabardorligini oshirishga qaratilishi zarur.

Cheklovlar. Mazkur muhim natijalarga qaramay, bir qator cheklovlarni e’tirof etish lozim:

a) Kuzatuv dizayni: Ushbu tadqiqot retrospektiv kohort yondashuviga asoslangan bo‘lib, bu sabab-oqibat bog‘liqligini to‘liq aniqlash imkonini cheklaydi. Ushbu bog‘liqliklarni vaqt davomida tasdiqlash uchun longitudional tadqiqotlar talab etiladi.

b) Ayrim moddalarda tanlanma hajmining kichikligi: Ba’zi moddalar (masalan, mefedron, karbamazepin, tropikamid) bo‘yicha tanlanma hajmining nisbatan kichikligi statistik quvvatni cheklagan bo‘lishi mumkin, bu esa ularning ta’siri haqida qat’iy xulosalar chiqarishga to‘sqinlik qiladi.

Xulosalar.

Mazkur tadqiqot sintetik katinonlar iste’moli va suitsidallik o‘rtasidagi bog‘liqlik haqida muhim ilmiy ma’lumotlar beradi. Alfa-

PVP iste'moli bilan suitsidallik xavfining oshishi o'rtasidagi kuchli bog'liqlik klinik monitoringni kuchaytirish zaruratini ta'kidlaydi. Aksincha, pregabalinning himoyalovchi ta'siri uning suitsidallikni kamaytirishdagi potensial roli haqida qiziqarli savollarni yuzaga keltirib, qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish zarurligini ko'rsatadi. Ushbu natijalar yangi psixoaktiv moddalarning psixiatrik xavflari haqidagi ilmiy dalillar bazasini boyitadi hamda erta aralashuv va maqsadli profilaktika choralarining muhimligini yana bir bor tasdiqlaydi.

ADABIYOTLAR

1. G. Martinotti, S. Schiavone, A. Negri, C. Vannini, L. Trabace, D. De Berardis, et al., "Suicidal behavior and club drugs in young adults," Brain Sci., vol. 11, no. 490, 2021.

2. F. Schifano, "Recent changes in drug abuse scenarios: The new/novel psychoactive substances (NPS) phenomenon," Brain Sci., vol. 8, no. 221, 2018.

3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Drug Report 2023: Trends and Development [Online]. Available: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances_en.

4. Karila, B. Megarbane, O. Cottencin, and M. Lejoyeux, "Synthetic cathinones: A new public health problem," Curr. Neuropharmacol., vol. 13, no. 1, pp. 12–20, 2015.

5. R. Asadullin, A. V. Antsyborov, "Clinical and genetic features of suicidal behavior in patients dependent on synthetic cathinones," Suicidology, no. 4, pp. 61–73, 2018. ["Клиническо-генетические особенности суицидального поведения больных, зависимых от синтетических катинонов," Суицидология, вып. 4, сс. 61–73, 2018].

6. M. Dralyuk, "Some characteristics of synthetic cathinone abuse," Narcology, no. 1, pp. 54–57, 2018. ["Некоторые характеристики злоупотребления синтетическими катинонами," Наркология, вып. 1, сс. 54–57, 2018].

7. M. L. Rokhlina, "Combined use of drugs and other psychoactive substances. Polyaddiction," Issues of Narcology, no. 2, pp. 127–140, 2014. ["Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ. Полизависимость," Вопросы наркологии, вып. 2, сс. 127–140, 2014].

8. S. A. Tsarev, A. V. Shcherban, A. S. Mantsagov, et al., "Analysis of dynamics and causes of high mortality rates from drug poisoning in the Samara region," Narcology, no. 8, pp. 72–79, 2018. ["Анализ динамики и причин высоких показателей смертности от отравлений наркотиками в Самарской области," Наркология, вып. 8, сс. 72–79, 2018].

9. H. Rockett, E. D. Caine, H. S. Connery, et al., "Discerning suicide in drug intoxication deaths: Paucity and primacy of suicide notes and psychiatric history," PLoS One, vol. 13, no. 1, p. e0190200, 2018.

10. Ravshanov, G. K. Abdukakharova, A. I. Rashidov, Z. Sh. Ashurov, E. A. Akhmetova, I. I. Khayredinova, et al., "Synthetic cathinones and suicidal behavior," Narcology, vol. 21, no. 12, pp. 44–54, 2022. ["Синтетические катиноны и суицидальное поведение," Наркология, т. 21, вып. 12, сс. 44–54, 2022].

EFFICACY OF TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION TARGETING CORTICO-STRIATAL CIRCUITS IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Usmanova Marjona Sherali kizi
Abdullajanova Shakhlo Jorakhanovna
Khodjayeva Nazira Islamova
Vosikov Botirbek Abdullaziz ugli
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Obsessive–compulsive disorder (OCD) reflects dysregulation of cortico-striato-thalamocortical circuits. Transcranial magnetic stimulation (TMS) modulates these networks and may augment standard care. Methods: We conducted a narrative review of PubMed studies through September 2025, including randomized trials, observational studies, meta-analyses, and network meta-analyses of repetitive TMS (rTMS) and deep TMS (dTMS). Outcomes centered on Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (Y-BOCS) change, response, and safety. Results: Across meta-analyses, rTMS outperformed sham with small-to-moderate effects, strongest for low-frequency stimulation over dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) and supplementary motor area (SMA). High-frequency DLPFC protocols also showed benefit in select cohorts. Network evidence ranked low-frequency DLPFC highest and supported low-frequency SMA; high-frequency ACC/mPFC was inconsistent. dTMS targeting medial prefrontal/anterior cingulate cortex, typically paired with symptom provocation, increased response probability in multiple randomized trials, though heterogeneity remained. Accelerated schedules, including thetaburst stimulation, appeared non-inferior to conventional dosing over short courses. Benefits often persisted up to 12 weeks. Adverse events were usually mild (headache, scalp discomfort); serious events were rare. Conclusions: TMS reduces OCD symptoms with a favorable safety profile. The most reproducible gains arise with low-frequency rTMS over DLPFC and SMA; dTMS to mPFC/ACC is promising but variable. Future work should standardize protocols, define maintenance, and test biomarker-guided targeting.*

Keywords: *Obsessive–compulsive disorder; transcranial magnetic stimulation; deep TMS; dorsolateral prefrontal cortex; medial prefrontal cortex; cortico-striatal circuits*

OBSESIV-KOMPULSIV BUZILISHDA KORTIKO-STRIATAL ZANJIRLARNI NISHONGA OLGAN TRANSKRANIAL MAGNIT STIMULYATSIYANING SAMARADORLIGI

Usmanova Marjona Sherali qizi
Abdullajanova Shakhlo Jo‘rakhanovna
Khodjayeva Nazira Islamova
Vosikov Botirbek Abdullaziz o‘g‘li
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Obsesiv-kompulsiv buzilish (OKB) kortiko-striato-talamo-kortikal zanjirlar disregulyatsiyasini aks ettiradi. Transkranial magnit stimulyatsiya (TMS) ushbu tarmoqlar faoliyatini modulyatsiya qilishi va standart davolash samaradorligini oshirishi mumkin. 2025-yil sentabrgacha PubMed bazasida chop etilgan tadqiqotlarning narrativ sharhini o‘tkazildi; unga takroriy TMS (rTMS) va chuqur TMS (dTMS) bo‘yicha randomizatsiyalangan tadqiqotlar, observatsion tadqiqotlar, meta-tahlillar va tarmoq meta-tahlillari kiritildi. Asosiy natijalar Yale–Brown Obsesiv-Kompulsiv Shkalasi (Y-BOCS) bo‘yicha ko‘rsatkichlarning o‘zgarishi, javob ko‘rsatkichi va xavfsizlikka qaratildi. Meta-tahlillar bo‘yicha rTMS sham-stimulyatsiyadan kichik*

va o‘rtacha darajadagi ustunlikni namoyon etdi; eng kuchli natijalar dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK) va qo‘shimcha motor sohasi (SMA) ustiga past chastotali stimulyatsiyada kuzatildi. Yuqori chastotali DLPFK protokollari ham ayrim kohortalarda foyda ko‘rsatdi. Tarmoq tahlili dalillari past chastotali DLPFKni eng samarali deb baholadi hamda past chastotali SMAni qo‘llab-quvvatladi; oldingi singulat po‘stloq/medial prefrontal korteks (ACC/mPFC)ga yuqori chastotali ta’sir bo‘yicha natijalar esa izchil emas edi. Odatda simptom provokatsiyasi bilan birga qo‘llanadigan medial prefrontal va oldingi singulat korteksga yo‘naltirilgan dTMS bir qator randomizatsiyalangan tadqiqotlarda javob ehtimolini oshirdi, biroq geterogenlik saqlanib qoldi. Tezlashtirilgan rejimlar, jumladan theta-burst stimulyatsiyasi, qisqa kurslarda an’anaviy dozalashdan kam emasligi bilan tavsiflandi. Ijobiy samaralar ko‘pincha 12 haftagacha saqlanib qoldi. Nojo‘ya hodisalar odatda yengil bo‘ldi (bosh og‘rig‘i, bosh terisida noqulaylik); jiddiy nojo‘ya hodisalar kam uchradi.TMS OKB simptomlarini kamaytiradi va qulay xavfsizlik profiliga ega. Eng barqaror va takror ishlab chiqariladigan natijalar DLPFK va SMA ustiga past chastotali rTMS qo‘llanganda kuzatiladi; mPFC/ACCga yo‘naltirilgan dTMS istiqbolli, biroq natijalari o‘zgaruvchan. Kelgusidagi tadqiqotlarda protokollarni standartlashtirish, saqlab turuvchi davolash rejimlarini aniqlash va biomarkerlar asosida nishonli stimulyatsiyani sinab ko‘rish zarur.

Kalit so‘zlar: *obsesiv-kompulsiv buzilish; transkranial magnit stimulyatsiya; chuqur TMS; dorsolateral prefrontal korteks; medial prefrontal korteks; kortiko-striatal zanjirlar*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ, НАЦЕЛЕННОЙ НА КОРТИКО-СТРИАРНЫЕ ЦЕПИ, ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Усманова Маржона Шерали кизи
Абдуллажанова Шахло Жураxановна
Ходжаева Назира Исламова
Восиков Ботирбек Абдуллазиз угли
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) отражает дисрегуляцию кортико-стриато-таламо-кортикальных цепей. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) модулирует эти сети и может усиливать эффективность стандартной терапии. Методы: Проведен нарративный обзор исследований PubMed по сентябрь 2025 года включительно, в который вошли рандомизированные исследования, наблюдательные исследования, метаанализы и сетевые метаанализы, посвященные повторной ТМС (rTMS) и глубокой ТМС (dTMS). Основными исходами были изменение показателей по шкале Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (Y-BOCS), частота ответа на лечение и безопасность. Результаты: По данным метаанализов rTMS превосходила sham-стимуляцию, демонстрируя эффекты от небольших до умеренных; наиболее выраженные результаты отмечались при низкочастотной стимуляции дорсолатеральной префронтальной коры (DLPFC) и дополнительной моторной области (SMA). Высокочастотные протоколы стимуляции DLPFC также показали пользу в отдельных когортах. Данные сетевого метаанализа поставили на первое место низкочастотную стимуляцию DLPFC и подтвердили эффективность низкочастотной стимуляции SMA; результаты высокочастотного воздействия на переднюю поясную кору/медиальную префронтальную кору (ACC/mPFC) оставались неоднозначными. dTMS, направленная на медиальную префронтальную и*

переднюю поясную кору и обычно сочетаемая с провокацией симптомов, повышала вероятность терапевтического ответа в нескольких рандомизированных исследованиях, хотя гетерогенность сохранялась. Ускоренные схемы, включая theta-burst-стимуляцию, показали не меньшую эффективность по сравнению с традиционным дозированием при краткосрочных курсах. Положительный эффект нередко сохранялся до 12 недель. Нежелательные явления обычно были легкими (головная боль, дискомфорт в области кожи головы); серьезные нежелательные явления встречались редко. Заключение: ТМС уменьшает симптомы ОКР и характеризуется благоприятным профилем безопасности. Наиболее воспроизводимые положительные результаты достигаются при низкочастотной rTMS над DLPFC и SMA; dTMS, направленная на mPFC/ACC, представляет собой перспективный, но вариабельный подход. В дальнейшем необходимы стандартизация протоколов, определение поддерживающих схем терапии и изучение таргетирования на основе биомаркеров.

Ключевые слова: *обсессивно-компульсивное расстройство; транскраниальная магнитная стимуляция; глубокая ТМС; дорсолатеральная префронтальная кора; медиальная префронтальная кора; кортико-стриарные цепи*

Introduction.

Obsessive–compulsive disorder is a disabling neuropsychiatric condition with a lifetime prevalence of approximately 2-3% and high socioeconomic burden[10]. It involves dysregulation of cortico-striato-thalamo-cortical (CSTC) circuits, particularly between the orbitofrontal cortex, anterior cingulate cortex (ACC), dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC), basal ganglia and thalamus[4, 10, 14]. First-line treatments include selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention, yet up to one third of patients do not achieve remission. Deep brain stimulation is approved for severe treatment-resistant OCD but is invasive. Transcranial magnetic stimulation (TMS) delivers rapidly changing magnetic fields through a coil placed on the scalp, inducing an electric field in the cortex[5, 19]. Repetitive TMS (rTMS) using figure-of-eight coils stimulates superficial cortical regions, while deep TMS (dTMS) uses H-coil or double-cone coils to penetrate deeper neural networks. Because TMS can modulate neuronal excitability in targeted circuits, it has been explored as a non-invasive alternative or adjunct for OCD.

Understanding the efficacy of TMS in OCD is clinically relevant for several reasons. First, a substantial proportion of patients remain symptomatic despite adequate trials of pharmacotherapy and psychotherapy. Second, pharmacological treatments are associated with adverse effects such as weight gain, sexual dysfunction and withdrawal symptoms, and some patients decline invasive procedures[1, 2]. Non-invasive neuromodulation could provide a safe adjunctive intervention. Moreover, clarifying the optimal stimulation parameters (target region, frequency, number of pulses and session duration) can improve therapeutic outcomes and inform future clinical guidelines.

Materials and Methods.

We performed a narrative review of English-language studies on TMS for OCD published up to September 2025. Electronic searches were conducted in PubMed using the keywords 'obsessive–compulsive disorder', 'transcranial magnetic stimulation', 'rTMS', 'deep TMS' and 'non-invasive brain stimulation'. We included randomized controlled trials, open-label trials, observational studies, meta-analyses and network meta-analyses evaluating repetitive TMS or deep TMS as a treatment for OCD. Studies involving other neuromodulation modalities such as transcranial direct current stimulation or electroconvulsive therapy were excluded. Data were extracted on sample size, stimulation parameters (coil type, frequency, target region, number of sessions), outcome measures (mainly the Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale),

response rates and adverse events. Because the included literature spans heterogeneous methodologies, we summarised the findings qualitatively rather than performing a pooled quantitative analysis.

Results.

Meta-analysis evidence

Multiple meta-analyses have evaluated rTMS across different targets. An updated meta-analysis of 18 randomized, sham-controlled trials (n=484) found that active rTMS significantly reduced Y-BOCS vs sham (Hedges g=0.79; 95% CI 0.43–1.15; p<0.001). Subgroup analyses showed larger effects for the SMA (g=1.68), bilateral DLPFC (g=1.18), and right DLPFC (g=0.58), with low-frequency rTMS outperforming high-frequency protocols (g=0.97 vs 0.55). Benefits persisted at ≤4 weeks (g=0.81) and at 12 weeks post-treatment (g=1.26)[17]. Another meta-analysis of non-invasive brain stimulation synthesized 24 RCTs (n=663) and found a moderate improvement on Y-BOCS versus sham (SMD=0.54, 95% CI 0.26–0.81). In subgroup analysis, rTMS showed a larger effect (SMD=0.73, 95% CI 0.38–1.08). NIBS increased clinical response rates overall (RR=2.26, 95% CI 1.57–3.25), with rTMS specifically RR=2.48 (95% CI 1.65–3.74)[20].

An umbrella review of 12 meta-analyses found that rTMS targeting the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) and supplementary motor area (SMA) consistently reduces OCD symptoms, while deep TMS targeting the medial prefrontal cortex (mPFC) and anterior cingulate cortex (ACC) shows promising but heterogeneous results[8]. A 2021 network meta-analysis of 22 RCTs ranked low-frequency rTMS over the DLPFC as most efficacious (SUCRA 71.8%) and showed superiority over sham for LF-DLPFC (MD 6.34, 95% CrI 2.12–10.42), LF-SMA (MD 4.18, 0.83–7.62), and HF-DLPFC (MD 3.75, 1.04–6.81); HF-ACC/mPFC did not outperform sham[9].

rTMS yields statistically and clinically significant Y-BOCS reductions versus sham. The most reliable effects are with low-frequency DLPFC and SMA stimulation; high-frequency DLPFC is also effective. dTMS targeting the mPFC/ACC increases the likelihood of clinical response, but results are heterogeneous. Effects persist up to 12 weeks. Protocol and target heterogeneity is high, and not all interventions outperform sham. Based on these summaries, we next review individual rTMS studies with protocol details, efficacy, and tolerability.

Repetitive TMS trials

Early rTMS trials targeted the DLPFC or SMA with low-frequency stimulation. A randomized controlled trial in 2007 applied 1 Hz rTMS sequentially to the right DLPFC and SMA for ten sessions but found no significant difference between active and sham conditions; however, the procedure was well tolerated[18]. Later studies used high-frequency protocols. A prospective observational study published in 2025 treated 21 patients using a Cool D-B80 coil over the DLPFC (20 Hz, 2 000 pulses per session for 10 days). Median Y-BOCS scores decreased from 29 to 21, with 32 % achieving full response; anxiety and depression symptoms also improved without severe adverse events[13].

Some trials compared accelerated theta-burst stimulation (TBS) to conventional rTMS. A randomized controlled trial by Jiang et al. (2023) compared accelerated high-dose TBS to conventional 1-Hz rTMS in 45 OCD patients over 5 days, finding significant Y-BOCS score reductions in both groups with no statistically significant difference between treatments (p=0.18), though the TBS group showed a greater trend in response rate[7]. Across studies, the most common side effects were mild headache and scalp discomfort; no serious adverse events occurred. Across RCTs and observational studies, rTMS produces small to moderate Y-BOCS reductions with good tolerability. Low-frequency stimulation of DLPFC or SMA shows the most consistent signal; high-frequency DLPFC is effective in some cohorts. Accelerated TBS was not superior to 1 Hz rTMS over a short course but can compress delivery time. Given these mixed yet positive outcomes with superficial targets, the next section evaluates deep TMS protocols de-

signed to engage mPFC/ACC and other CSTC nodes more directly.

Deep TMS trials

Deep transcranial magnetic stimulation (dTMS) utilizes specialized coils to target deeper brain regions, with the H7 coil receiving FDA approval for obsessive-compulsive disorder (OCD) treatment by targeting the medial prefrontal cortex and anterior cingulate cortex[3, 6]. RCTs typically deliver high-frequency stimulation (20 Hz) at 100 % of the individual's motor threshold, with each session preceded by symptom provocation to reactivate obsessional circuits. Recent randomized controlled trials demonstrate significant efficacy using high-frequency stimulation (20 Hz). 2025 sham-controlled trial randomised 49 patients to high-frequency dTMS over the mPFC/ACC (H7 coil) or sham for two weeks. The active group exhibited a mean reduction of 10.4 points on the Y-BOCS versus 2.6 points in the sham group; 75 % achieved full response compared with 5 % in the control group[16]. A 2024 double-blind RCT used a double-cone coil for 20 Hz stimulation twice daily for three weeks; the active group showed greater reductions in Y-BOCS and Hamilton Anxiety scores than the sham group[12]. Deep transcranial magnetic stimulation (dTMS) shows promise for treating obsessive-compulsive disorder through modulation of neural circuits. Reddy et al. (2022) demonstrated that 10 sessions of high-frequency dTMS targeting the anterior cingulate cortex and medial prefrontal cortex significantly improved OCD, anxiety, and depression symptoms. Functional MRI revealed decreased activation in the left caudate nucleus during Stroop task performance following treatment, suggesting subcortical circuit modulation. The combination of TMS with neuroimaging provides valuable insights into treatment mechanisms and downstream circuit communication[11, 15].

Discussion.

This narrative review indicates that transcranial magnetic stimulation reduces obsessive–compulsive symptoms versus sham across multiple protocols. The most consistent signals arise from low-frequency rTMS over the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) and the supplementary motor area (SMA). High-frequency DLPFC rTMS also shows benefit in select cohorts. Deep TMS (dTMS) with H-series coils targeting the medial prefrontal cortex/anterior cingulate cortex (mPFC/ACC), often paired with symptom provocation, increases the probability of clinical response, though with wider between-study variance.

Mechanistically, TMS likely modulates cortico-striato-thalamo-cortical (CSTC) loops through two complementary effects: down-regulation of hyperactive nodes (e.g., SMA) with low-frequency stimulation and enhancement of top-down control via prefrontal targets with high-frequency stimulation. Imaging studies support downstream changes within striatal and cingulate hubs after treatment, aligning biological plausibility with observed clinical gains.

Effects depend on coil type, targeting method, frequency, train structure, total pulse dose, and course length. MRI-guided neuronavigation may improve DLPFC accuracy compared with heuristic methods. For dTMS, standardized symptom provocation appears integral to engaging pathological circuits. Accelerated schedules, including theta-burst stimulation (TBS), can compress delivery time; current trials suggest non-inferiority to conventional regimens rather than superiority.

Symptom reductions often persist for several weeks after the acute course, but long-term maintenance remains under-tested. Structured booster schedules could prolong benefit, yet require randomized evaluation. Definitions of response and remission should be prespecified (e.g., ≥35% Y-BOCS reduction and Y-BOCS ≤12, respectively) to improve comparability.

The most common adverse events are transient headache and scalp discomfort. Serious events are rare when screening and dosing follow consensus safety guidelines. Reporting should include withdrawal due to adverse events, seizure risk mitigation, comor-

bid bipolar screening, and concurrent medication stability.

Heterogeneity across trials limits certainty. Samples vary in baseline severity, comorbid anxiety/depression, medication status, ERP exposure, and illness chronicity. Outcome windows differ, and many studies are modest in size. Publication bias and small-study effects remain plausible. Future research should prioritize adequately powered, multi-site RCTs with harmonized protocols, stratified by target and frequency, and with blinded, longer follow-up.

From a clinical standpoint, TMS is best positioned as an adjunct for patients with incomplete response to pharmacotherapy and ERP who prefer noninvasive options or are poor candidates for invasive neuromodulation. Target selection can be individualized: LF-SMA or LF-DLPFC for broad anti-obsessional effects; HF-DLPFC when cognitive control augmentation is prioritized; H7 dTMS to engage mPFC/ACC with provocation when available. Practical considerations include access to neuronavigation, session logistics, adherence, and cost.

Conclusion.

Repetitive and deep TMS produce clinically meaningful reductions in OCD symptoms versus sham with a favorable safety profile. The most reproducible effects are observed with low-frequency rTMS over DLPFC and SMA, while dTMS targeting mPFC/ACC shows promise but with greater heterogeneity. Benefits can persist beyond the acute course, yet long-term maintenance strategies need formal testing. Standardized protocols, clear response/remission definitions, rigorous bias assessment, and identification of biomarkers for target selection are critical next steps. In current practice, TMS represents a viable noninvasive adjunct for treatment-resistant OCD when integrated with pharmacotherapy and ERP within a structured care pathway.

REFERENCES

1. Affengruber L. [et al]. Values and Preferences of Patients With Depressive Disorders Regarding Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments: A Rapid Review // Annals of Internal Medicine. 2023. № 2 (176). С. 217–223.

2. Clayton A. H., Favit A. Concerns in depression treatment: Sexual dysfunction and weight gain // Primary Psychiatry. 2007. (14). С. 66–75.

3. Commissioner O. of the FDA permits marketing of transcranial magnetic stimulation for treatment of obsessive-compulsive disorder // FDA [Электронный ресурс]. URL: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-transcranial-magnetic-stimulation-treatment-obsessive-compulsive-disorder (дата обращения: 03.10.2025).

4. Dogan B. [et al]. Cortico-thalamo-striatal circuit components' volumes and their correlations differ significantly among patients with obsessive–compulsive disorder: a case–control MRI study // Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2019. № 2 (29). С. 162–170.

5. Garg K. [et al]. Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD): a meta-analysis // BJPsych Open. 2021. № S1 (7). С. S24–S24.

6. Harmelech T., Roth Y., Tendler A. Deep TMS H7 Coil: Features, Applications & Future // Expert Review of Medical Devices. 2021. № 12 (18). С. 1133–1144.

7. Jiang J. [et al]. A Controlled Clinical Study of Accelerated High-Dose Theta Burst Stimulation in Patients with Obsessive–Compulsive Disorder // Neural Plasticity. 2023. № 1 (2023). С. 2741287.

8. Kar S. K. [et al]. The Efficacy of Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Umbrella Review of Meta-Analyses // CNS Spectrums. 2024. № 2 (29). С. 109–118.

9. Liang K. [et al]. Efficacy and tolerability of repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis // Translational Psychiatry. 2021. № 1 (11). С. 332.

10. Milad M. R., Rauch S. L. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways // Trends in Cognitive Sciences. 2012. № 1 (16). С. 43–51.

11. Oathes D. J. [et al]. Combining transcranial magnetic stimulation with functional magnetic resonance imaging for probing and modulating neural circuits relevant to affective disorders // WIREs Cognitive Science. 2021. № 4 (12). С. e1553.

12. Ozer U., Yucens B., Tumkaya S. Efficacy of accelerated deep transcranial magnetic stimulation with double cone coil in obsessive-compulsive disorder: A double-blind, placebo-controlled study // Journal of Psychiatric Research. 2024. (171). С. 325–331.

13. Palma I. [et al]. Transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder – a prospective observational study // European Psychiatry. 2025. № S1 (68). С. S98–S98.

14. Posner J. [et al]. Reduced functional connectivity within the limbic cortico-striato-thalamo-cortical loop in unmedicated adults with obsessive-compulsive disorder // Human Brain Mapping. 2014. № 6 (35). С. 2852–2860.

15. Reddy S. [et al]. Brain activation alterations with adjunctive deep transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: an fMRI study // CNS Spectrums. 2023. № 3 (28). С. 361–366.

16. Reddy S., Goyal N., Shreekantiah U. Efficacy of Adjunctive Deep Transcranial Magnetic Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Sham-Controlled Study // The Journal of ECT. 2025.

17. Rehn S., Eslick G. D., Brakoulias V. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Different Cortical Targets Used in Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) // Psychiatric Quarterly. 2018. № 3 (89). С. 645–665.

18. Stern W. M. [et al]. Antidepressant Effects of High and Low Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation to the Dorsolateral Prefrontal Cortex: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial // The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 2007. № 2 (19). С. 179–186.

19. Zaman R., Robbins T. Is there potential for repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) as a treatment of OCD? // Psychiatria Danubina. 2017.

20. Zhou S., Fang Y. Efficacy of Non-Invasive Brain Stimulation for Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials // Brain Sciences. 2022. № 7 (12). С. 943.

УДК: 616.233.002.-085

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ И СОСТОЯНИЕ ТРЕВОЖНОЙ АФФЕКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рахимова Дилорам Алимовна – д.м.н., профессор
Аляви Бахромхон Анисхонович – д.м.н., директор
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Терапии и медицинской реабилитации (Ташкент, Узбекистан)
Абдуллажонова Шахло Жураховна – д.м.н., с.н.с.
Атаходжаева Гульчехра Абдунабиевна – д.м.н., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Резюме. *Изучить взаимосвязи кардиореспираторных параметров и качество жизни больных с ремоделированием правого желудочка сердца у больныхперенесщих на фоне лечения СТ, озонотерапией и фототерапией. В результате исследования установили, что озонотерапия и фототерапия на фоне стандартной терапии улучшают патогенетические взаимосвязанные нарушения т. е. психологические факторы регуляции, параметры КЖ, ДФПЖ и ВСЛ (p<0,05).*

Ключевые слова: *ХОБЛ, кардиореспираторные параметры, легочная гипертензия, дилатация правого желудочка, качества жизни, психовегетативные факторы регуляции, фототерапия.*

НАФАС ОЛИШ ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ КОМПЛЕКС ТЕРАПИЯ РЕЖИМЛАРИНИНГ КАРДИОРЕСПИРАТОР ТИЗИМ ПАРАМЕТРЛАРИГА ВА ТАШВИШ ТАЪСИРЧАНЛИК ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Рахимова Дилорам Алимовна – т.ф.д., профессор
Аляви Бахромхон Анисхонович – т.ф.д., директор
Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази (Тошкент, Ўзбекистон)
Абдуллажонова Шахло Жураховна – т.ф.д.
Атаходжаева Гульчехра Абдунабиевна – т.ф.д., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Резюме. *СОЎК билан касалланган беморлар кардиореспиратор тизими кўрсаткичлари ва клиник холатига комплекс даволаш турли режаларининг таъсири ва юрак ўнг қоринчаси ремоделланганбилан касалланган, СТ фонида хамда озонотерапия хамда фототерапия олаётган беморларда хаёт сифати ва бошқаришнинг психологик факторларини ўзаро боғлиқлигини ўрганиш. Тадқиқот давомида стандарт даволаш фонида озонотерапия хамда фототерапия олаётган беморларда бошқаришнинг психологик факторларини бузилишларининг хаёт сифати, кардиореспиратор тизим ва ташқи нафас фаолияти яхшиланиниши кузатилди (p<0,05).*

Калит сўзлар: *СОЎК, кардиореспиратор тизими, ўпка гипертензияси, ўнг қоринча дилатацияси, хаёт сифати, бошқаришнинг психологик факторлари, фототерапия.*

THE EFFECT OF VARIOUS COMPLEX THERAPY REGIMENS ON THE PARAMETERS OF THE CARDIORESPIRATORY SYSTEM AND THE STATE OF ANXIETY IRRITABILITY IN PATIENTS WITH RESPIRATORY PATHOLOGY

Rakhimova Diloram Alimovna – D.M.Sc., professor
Alyavi Bakhromkhon Aniskhonovich – D.M.Sc., director
Republican Specialized Scientifically Practical Center of Therapy and Medical Rehabilitation (Tashkent, Uzbekistan)
Abdullajonova Shakhlo Jurakhanovna – D.M.Sc.
Atakhojaeva Gulchekhra Abdunabievna – D.M.Sc., associate professor
Tashkent state medical university (Tashkent, Uzbekistan)

Resume. *To study interrelations the parameters of the cardiorespiratory system, and quality of life (QL) of the patients with remodeling right ventriculi of heart at the patients bronchial asthma, complicated by cor pulmonale on a background of treatment standarttherapy, ozonotherapy (OT) and phototherapy (FT). As a result of research have established, that OT and FT on a background of bazistherapy improve patogenesis the interconnected infringements that is psychological of factors regulations, parameters QL, diastolik function right ventriculi of heard and respiratory function (p < 0,05).*

Key words: *COLD, the parameters of the cardiorespiratory system, pulmonary hypertension, right ventricular dilatation, quality of life, psychovegetative regulation factors, phototherapy*

Во время пандемии у больных, перенесших коронавирусную инфекцию - - (ПК) обострение кардиореспираторных нарушений при респираторной патологии является одним из предопределяющих факторов ухудшающее течение заболевания. Определение патогенетически связанных аспектов дисбаланса эндотелиальной дисфункции с вентиляционно-перфузионной дисфункцией респираторной системы, психологическими факторами качества жизни (КЖ) больных перенесших - при респираторной патологии, также разработка значимых маркеров ранней диагностики и прогноза является важными задачами [1,4,5].

Многие вопросы патогенеза, диагностики, профилактики и лечения легочного сердца (ЛС) остаются дискуссионными, а имеющиеся данные литературы противоречивы. С одной стороны, это связано с неполным определением механизмов формирования ЛС, с другой, с объективными трудностями диагностики его на ранних этапах [7,9]. Формирование ЛС является наиболее тяжелым осложнением заболеваний легких. Резко снижается качества жизни (КЖ) больных ЛС предопределяющий неблагоприятный исход заболевания. Это в значительной степени обусловлено тем, чтопри постковидном состоянии состоянии относится к подгруппе психосоматических заболеваний, поскольку в ее происхождении психические и соматические факторы тесно переплетаются, создавая сложные причинно-следственные связи [1,4,8,10].

Причиной роста распространенности и смертности от состоянии осложненной легочным сердцем в Узбекистане является, гиподиагностика и позднее выявление. Для наиболее ранней диагностики, адекватной профилактики и лечения больных легочным сердцем, необходимо уточнить патогенез этого заболевания, факторы, приводящие и усугубляющие его течение [2,3,5,6]. В то же время по-прежнему остается невыясненным механизм развития ремоделирования правого желудочка (ПЖ) у больных ЛС. Требует дальнейшего изучения вопрос о том, какую роль в прогрессировании ЛС играют психические факторы (ПФ) регуляции и качество жизни больных при развитии легоч-

ного сердца и восстанавливается ли эта деятельность в процессе комплексного лечения?

В настоящее время стало очевидным, что нервно-психические факторы оказывают негативное влияние на функциональное состояние бронхов через вегетативную нервную систему. По блуждающему нерву передаются влияния, вызывающие сокращение гладких мышц бронхов; через легочные симпатические сплетения – адренергические влияния, расслабляющие гладкие мышцы [3,9]. Хроническая гиперактивация симпатоадреналовой системы, приводит к развитию ряда патологических эффектов, в том числе к возникновению вегетативного дисбаланса [1,4,7,10]. В связи с этим, представляет интерес комплексная оценка широкого круга параметров, отражающих структурно-функциональное состояние кардиореспираторной системы и психовегетативные факторы регуляции больных. Эти параметры определяют функциональный статус и медицинские аспекты качества жизни больных ЛС [1,8].

При хронической обструктивной болезньи легких (ХОБЛ) у больных, перенесших (ПК) особый интерес представляет изучение изменений микроциркуляторного звена кровообращения на различных стадиях развития болезни, что важно не только для более полного раскрытия патогенетических механизмов этого заболевания, но и для разработки комплекса адекватного лечения. Одним из таких методов терапии больных состоянии, осложненной легочным сердцем, возможно, является озонотерапия. Данные различных авторов в области дальнейшего повышения эффективности немедикаментозного лечения ЛС у больных состоянии с помощью озонотерапии в определенной мере противоречивы. В то же время известно, что озонотерапия оказывает противовоспалительное, регенераторное и способствует нормализации микроциркуляции, повышению оксигенации тканей [1,2,10].

Значительные достижения в лечении ЛС в последние годы связаны с антагонистами кальция, которые значительно улучшают выживаемость и прогноз жизни у больных легочным сердцем [2,3]. Однако не все эффекты препаратов этой группы достаточно изучены.

Целью исследования. явилось изучение взаимосвязи нарушений кардиореспираторного статуса и качество жизни больных, перенесших с ремоделированием правого желудочка сердца больных легочным сердцем и эффективности различных режимов комплексной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 46 больных ХОБЛ, и 30 здоровых лиц (ЗЛ).

У больных по показателям допплерэхокардиографии (ДоплерЭхоКГ) оценивали легочную гипертензию (ЛГ), без дилатации правого желудочка (ДПЖ) - (уровень среднего легочного артериального давления ЛАДср больше 25 мм.рт.ст) и с ДПЖ (толщина передней стенки ПЖ меньше 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ больше 2,5 см).

В 1-ю группу вошли 23 больных с ЛГ, к 2-ой группе отнесены 18 больных с ДПЖ. В зависимости от методов лечения больные разделены на следующие 2 подгруппы:

1а подгруппа- (12 больных) и 2а подгруппа (9 больных) получали таблетки амлодипина 5-10 мг однократно в сутки, озонотерапию (ОТ) (ОТ в виде внутривенного введения озонокислородной смеси на физиологическом растворе, 1000 мкг/л) и стандартную терапию (СТ) по (GINA, 2006 г), которая включает бронхолитики короткого и/или продленного действия ингаляционные ГКС и муколитики, а также ЛФК и дыхательную гимнастику, массаж грудной клетки, сеанс психотерапии. При наличии признаков внутрибронхиальной инфекции пациентам назначали антибактериальную терапию;

1б подгруппа (11 больных) и 2б подгруппа (9 больных) на фоне стандартной терапии получали процедуры ОТ.

Озонированный физиологический раствор получали при помощи озонатора «Азия Н» (Узбекистан). Озон получали, пропуская медицинский кислород через разрядную камеру озонатора. Этим газом барботировали 400,0 мл физиологического раствора до получения концентрации озона 1000 мкг/л.

Исследования больных проводили в день поступления и после 10 процедур.

Психоэмоциональный статус больных оценивали на основании психологического тестирования с помощью метода многостороннего исследования личности (МИЛ) и теста Спилбергера на выявление реактивной и личностной тревожности. Изучение параметров качества жизни больныхпроводилось по специализированному Сиэтлскому опроснику и оценивалось по балльной системе. Данный опросник позволяет оценивать у больного уровень физического состояния (ФС), эмоционального состояния (ЭС), профессиональной пригодности (ПП) и удовлетворенности лечением (УЛ).

С помощью допплерЭхоКГ в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по Хатле и Ангелсону (85) рассчитывали следующие параметры спектра диастолического наполнения ПЖ: Е/А– соотношение скоростей раннего и предсердного наполнения; ВЗ (м/с) – время замедления раннего наполнения; ВИР (м/с) – время изоволюмического расслабления и фракция предсердного наполнения (ФПН, %). анализировали уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст). Вентиляционную способность легких (ВСЛ) определяли на аппарате Medikor (Венгрия), с оценкой объема форсированного выдоха за 1 сек ($FEV_{1,}$ %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно (FEV_1/FVC, %).

Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием t - критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение.

Выполненные исследования эмоционально-личностной сферы с помощью теста МИЛ у больныхпоказали, что ведущие пики профиля базируются на шкалах 1-8-2. Такое изменение профиля МИЛ свидетельствует о наличии соматогенно обусловленной тревоги, а также аутизации личности с формированием своеобразного модуса мышления и поведения.

Доминирование тревожного аффекта в структуре личности подтверждается результатами психометрического анализа по методике Спилбергера с применением шкалы реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). У всех больных ХОБЛ состоянии обнаружена высокая тревожность как устойчивая личностная черта. По шкале Спилбергера у больныхвыявлена достоверно высокая реактивная и особенно личностная тревожность по сравнению с ЗЛ. Анализ результатов показал, что до лечения у больныхс ЛГ и ДПЖ, параметры КЖ снижены и выраженность изменений в указанных подгруппах неоднозначно. Так больные ХОБЛ состоянии с ДПЖ хуже адаптированы ко всем сферам деятельности. В рисунке 1 показано снижение баллов по шкале ФС и ПП на 1,9±0,08 и 3,16±0,04 балла, что было ниже в 2,7 и 2,2 раза максимально возможного балла (5,2 и 7 балла), а ЭС и УЛ были снижены на 2,87±0,05 и 2,32±0,06 баллов, при максимально возможной оценке в 5,2; 7; 7 и 5,3 баллов, ($p<0,05$). Больные этой подгруппы испытывали боязнь физической активности и неудовлетворенность лечением выполнять обычные профессиональные обязанности. У больныхс ЛГ показатели ФС, ЭС, ПП и УЛ были снижены на 2,96±0,09; 2,57±0,05; 3,09±0,05 и 2,59±0,04 баллов ($p<0,05$). Следует отметить, что у больныхс ДПЖ наблюдается тенденция более выраженному снижению КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, у больных состоянии с ЛГ по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности в ограничении жизнедеятельности ($p<0,05$).

До лечения параллельно с дисбалансом ПФ регуляции, наблюдается нарушения легочной гемодинамики и вентиляционной способности легких. Так, наблюдали повышение ЛАДср, объем форсированного выдоха за 1 сек, жизненная емкость легких и индекс Тиффно снижены по сравнению с аналогичными показателями ЗЛ (p<0,005).

Как видно из приведенных данных гипоксия играет важную роль в механизмах инициации симпатикотонии, следовательно, повышении ЛАДср и ремоделирования эндотелия сердечнососудистой системы.

После комплексной терапии, с помощью теста МИЛ обнаружили, что у больных состоянии с ЛГ и ДПЖ реактивная тревожность и личностная тревожность во всех подгруппах уменьшились. В 1а и 1б подгруппах больных балльные показатели теста МИЛ больше, чем в 2а и 2б подгруппах.

Достоверно уменьшились реактивная тревожность и особенно личностная тревожность в динамике комплексных процедур в 1а и1б подгруппах (p<0,05). Формировавшиеся психические нарушения сочетающийся с тревожно-ипохондрическими сдвигами в структуре личности больныхбольше уменьшились в 1а и 1б подгруппах, чем в 2а и 2б подгруппах.

В динамике лечения озонотерапией у больных ХОБЛ состоянии 1а и 1б подгрупп, показатели параметров КЖ: ФС, ЭС, ПП и УЛ улучшены больше чем у больных получавшие процедуры фототерапии в 2а и 2б подгруппах. При сравнении внутри подгруппы, у больныхс ЛГ (1а и 2а подгруппы) параметры качества жизни оказались несколько существеннее, чем у больных ЛС с ДПЖ (1б и 2б подгруппы) (p<0,05).

Установлено, что параметры КЖ в динамике терапии во всех подгруппах достоверно улучшились и повысилась адаптация к активной физической деятельности. Также улучшение психологического состояния, что выражается в достоверном уменьшении депрессии и тревоги, улучшении эмоционального контроля и памяти, удовлетворенности жизнью, улучшением социальной адаптации больных.

В динамике комплексного лечения у больных ХОБЛ состоянии с ЛГ и ДПЖ, во всех подгруппах наблюдали положительный сдвиг в показателях допплерЭхоКГ и вентиляционной способности легких. Определили уменьшение ВЗ, ВИР, ФПН и ЛАДср, а также повышение Е/А (p<0,05, достоверность различия с показателями до лечения). Полученные нами факты показывают, что у обследованных больных снижение давления в легочной артерии ведет к уменьшению давления в ПЖ сердца. В результате происходит уменьшение продолжительности ВИР, ВЗ и ФПН и снижение градиента давления между желудочками. То есть, положительные сдвиги в ПЖ существенно влияют на деятельность сердца и ремоделирования эндотелия сердечнососудистой системы.

При проведении корреляционного анализа между параметрами КЖ, ВСЛ, индексов легочной гемодинамики и ремоделированием ПЖ сердца отмечено, что с улучшением бронхиальной проходимости FEV_1 улучшились ФС, ЭС, ПП и УЛ на (r=0,64; 0,45; 0,26 и 0,21, p<0,03). Снижение уровня ЛАДср приводило к улучшению ФС, ЭС, ПП и УЛ на (r=-0,74; -0,65; -0,58 и -0,27, p<0,01). Установлена взаимосвязь между повышением Е/А и ФС, ЭС, ПП и УЛ (r=-0,57; -0,49; -0,38 и -0,, p<0,05).

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных ХОБЛ состоянии осложненной легочным сердцем ОТ и КИС на фоне стандартной терапии позволяет повысить вентиляционную способность легких, снизить гемодинамическую нагрузку на правые отделы сердца тем самым, улучшит структуру диастолы ПЖ сердца. Нужно отметить, что взаимосвязанные нарушения психических факторов регуляции и КЖ больных с ремоделированием правого желудочка сердца, улучшаются после проведенных процедур, а также снижается тяжесть течения болезни и параллельно повышается КЖ этих пациентов.

Обсуждение. Исследования показали, что до лечения изменения эмоционально-личностной сферы параллельны нарушениям бронхиальной проходимости, легочной гемодинамики и ДФПЖ. Прогрессирование ЛГ и развитие легочного сердца у больных ХОБЛ состоянии тесно связаны с развитием дисфункции психических факторов регуляции, что следует учитывать при выработке плана лечения этой категории пациентов [1, 10].

Взаимное отягощение и прогрессирование нарушений ДФПЖ и легочной гемодинамики основано на общности некоторых звеньев патогенеза: развитие гипоксии нарушений легочно-сердечной микроциркуляции и легочной гипертензиии [5]. Нами было отмечено параллельное улучшение параметров психического статуса, КЖ и уровней ВСЛ, ЛАД ср, а также состояния ДФПЖ у больных ХОБЛ состоянии осложненной ЛС, наступающее после комплексного лечения с применением озонотерапии и фототерапии на фоне стандартной терапии.

Выводы.

1. В основе возникновения и развития осложнений ЛС с ЛГ и ДПЖ у больных ХОБЛ состоянии лежат дезадаптивные состояния в сфере психических факторов регуляции, что проявляется из-за снижения ВСЛ и длительной гипоксии головного мозга.

У больных ХОБЛ состоянии с дилатацией правого желудочка сердца отмечается более выраженное снижение КЖ по физическому состоянию и удовлетворенности лечением, у больныхс легочной гипертензией по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности ($p<0,05$), что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

2. Лечение амлодипином и озонотерапией на фоне стандартной терапии способствуют улучшению нарушения психики и КЖ больных, который положительно коррелирует с состоянием ВСЛ, ЛАДср и ремоделированием ПЖ ($p<0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсанов З.Р., Черняк А.В. и др. Функциональные тесты в пульмонологии //Респираторная медицина /руководство под редакцией академика РАН А.Г. Чучалина. - М., 2017.- С. 327-335.

2. Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Значение и возможности сочетания лекарственной терапии хронической обструктивной болезни легких и методов легочной реабилитации (клинические примеры). //ж. Практическая пульмонология. 2018.

3. Елисеев В. А. Комплексное лечение больных рецидивирующим бронхитом в фазе ремиссии: Автореф. дис. д.м.н. Барнаул. 2015.

4. Modern Methods for Studying Genetic Determinants of the Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Pulmonary Hypertension Using Candidate Gene and Positional Mapping Approaches Tilloeva Sh. Sh., Rakhimova D. A., Bokiyeva Ch. Sh. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2025, 15(9): 3117-3122.

5. Comorbid Course of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Ischemic Heart Disease: Pathogenetic Aspects of Complication Prevention. Alyavi A.L., Rakhimova D.A., Norpulatov E.M., Nuritdinova S.K., Abdullazhonova Sh.Z. Norwegian Journal of development of the International Science

6. Prevention and Treatment of Pulmonary Hypertension in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Rakhimova D.A., Alyavi A.L., Norpulatov E.M., Nuritdinova S.K., Abdullazhonova Sh.Z., Atakhodjaeva G.A. Polish Journal of Science.

7. Global initiative for chronic Obstructive pulmonary Disease. — Москва: Атмосфера, 2016. — 101 с.

8. Rakhimova D.A., Kasimova G.M. Estimation of psychovegetative factors of regulation in patients with chronic obstructive pulmonale diseases. "Journal of life-sciences". – Argentina, 2012. - №4, - P. 457-461.

9. Rakhimova D.A. Quality of life in patients with corpulmonale: relationship to clinical and cardiorespiratory parameters. 2013, ERS Barselona. www.ersnetsecure.org/public

10. Состояние электрической проводимости сердца при дисфункции почек у больных с хронической обструктивной болезнью легких. Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Алиахунова М.Ю., Каракулова З.Т. Российский национальный конгресс кардиологов 2025, 25-27 сентября. Казань. С. 255

11. Диастолическая дисфункция правого желудочка при легочной гипертензии: методы коррекции и их эффективность. Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Алиахунова М.Ю., Каракулова З.Т. Российский национальный конгресс кардиологов 2025, 25-27 сентября. Казань. С.450.

12. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Атаходжаева Г.А. Эффективность альтернативной терапии при коррекции эндотелиальной дисфункци при хронической обструктивной болезни легких. Современные подходы в медицинской реабилитации: Междунар. Н.п. конф., Минск, 21–22 мая 2025. С. 5.

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ И МАНИФЕСТНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ: КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ДИАГНОСТИКА И СТРАТЕГИИ ВЕДЕНИЯ

Восиков Ботирбек Абдуллазиз угли
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Central Asian University (Ташкент, Узбекистан)
Магзумова Шахноза Шахзадэевна
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Тревожные и депрессивные расстройства у пациентов с субклиническим и манифестным гипотиреозом представляют собой важную клиническую и междисциплинарную проблему. Цель обзора – систематизировать современные данные о клинико-биологических механизмах, особенностях диагностики и стратегиях ведения данной коморбидности. Показано, что связь между гипотиреозом и аффективной симптоматикой реализуется через дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси, нарушение центральной конверсии тиреоидных гормонов, изменение серотонинергической и катехоламинергической нейротрансмиссии, а также через аутоиммунное воспаление. Наиболее убедительная ассоциация с депрессией выявлена при манифестном гипотиреозе, тогда как при субклиническом варианте данные остаются противоречивыми и зависят от уровня ТТГ, пола, возраста и наличия антител. Существенную трудность представляет симптоматическое перекрытие гипотиреоза с депрессией и тревогой, повышающее риск диагностического затенения. Ведущими принципами ведения являются двусторонний скрининг, индивидуализированная гормональная коррекция, применение психофармакотерапии и когнитивно-поведенческой терапии, а также внедрение интегрированных моделей междисциплинарной помощи.*

Ключевые слова: *гипотиреоз, субклинический гипотиреоз, манифестный гипотиреоз, депрессия, тревожные расстройства, аутоиммунный тиреоидит, тиреоидные гормоны, диагностика, левотироксин, когнитивно-поведенческая терапия.*

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN SUBCLINICAL AND OVERT HYPOTHYROIDISM: CLINICAL-BIOLOGICAL MECHANISMS, DIAGNOSIS, AND MANAGEMENT STRATEGIES

Vosikov Botirbek Abdullaziz ugli
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Central Asian University (Tashkent, Uzbekistan)
Magzumova Shakhnoza Shakhzadeevna
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Anxiety and depressive disorders in patients with subclinical and overt hypothyroidism represent an important clinical and interdisciplinary problem. The aim of this review is to summarize current evidence on the clinical and biological mechanisms, diagnostic challenges, and management strategies of this comorbidity. The association between hypothyroidism and affective symptoms is mediated by dysregulation of the hypothalamic–pituitary–thyroid axis, impaired central conversion of thyroid hormones, alterations in serotonergic and catecholaminergic neurotransmission, and autoimmune inflammation. The*

strongest association with depression has been demonstrated in overt hypothyroidism, whereas findings in subclinical hypothyroidism remain inconsistent and appear to depend on TSH level, sex, age, and thyroid autoantibody status. A major diagnostic challenge is the symptomatic overlap between hypothyroidism and primary anxiety or depressive disorders, which increases the risk of diagnostic overshadowing. Key management principles include bidirectional screening, individualized thyroid hormone replacement, the use of psychopharmacotherapy and cognitive behavioral therapy when indicated, and the implementation of integrated interdisciplinary care models.

Keywords: *hypothyroidism, subclinical hypothyroidism, overt hypothyroidism, depression, anxiety disorders, autoimmune thyroiditis, thyroid hormones, diagnosis, levothyroxine, cognitive behavioral therapy.*

SUBKLINIK VA YAQQOL NAMOYON BO‘LUVCHI GIPOTIREOZDA XAVOTIR VA DEPRESSIYA BUZILISHLARI: KLINIK-BIOLOGIK MEXANIZMLAR, TASHXISLASH VA DAVOLASH STRATEGIYALARI

Vosikov Botirbek Abdullaziz o‘g‘li
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)
Central Asian University (Toshkent, O‘zbekiston)
Magzumova Shaxnoza Shaxzadeevna
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Subklinik va manifest gipotireozli bemorlarda xavotir va depressiv buzilishlar muhim klinik hamda fanlararo muammo hisoblanadi. Ushbu sharhning maqsadi mazkur komorbid holatning klinik-biologik mexanizmlari, diagnostik xususiyatlari va olib borish strategiyalari bo‘yicha zamonaviy ma’lumotlarni tizimlashtirishdan iborat. Gipotireoz bilan affektiv simptomatika o‘rtasidagi bog‘liqlik gipotalamo-gipofizar-tireoid o‘q disrregulyatsiyasi, tireoid gormonlarning markaziy konversiyasi buzilishi, serotoninergik va katexolaminergik neyrotransmissiya o‘zgarishlari, shuningdek autoimmun yallig‘lanish orqali amalga oshadi. Depressiya bilan eng kuchli bog‘liqlik manifest gipotireozda aniqlangan, subklinik gipotireozda esa natijalar qarama-qarshi bo‘lib, TSH darajasi, jins, yosh va antitana holatiga bog‘liq. Gipotireoz simptomlarining depressiya va xavotir bilan klinik ustma-ust tushishi diagnostik qiyinchiliklarni kuchaytiradi va diagnostik soyalanish xavfini oshiradi. Bunday bemorlarni olib borishda ikki tomonlama skrining, individual gormonal korreksiya, zaruratda psixofarmakoterapiya va kognitiv-xulq-atvor terapiyasi, shuningdek integratsiyalashgan fanlararo yondashuv muhim ahamiyatga ega.*

Kalit so‘zlar: *gipotireoz, subklinik gipotireoz, manifest gipotireoz, depressiya, xavotir buzilishlari, autoimmun tireoidit, tireoid gormonlar, diagnostika, levotiroksin, kognitiv-xulq-atvor terapiyasi.*

Введение.

Расстройства щитовидной железы и аффективные нарушения, в частности депрессия и тревожные расстройства являются двумя важнейшими проблемами современного здравоохранения[2, 14, 33, 53]. Каждое из этих состояний отличается высокой распространённостью и выраженным негативным влиянием на качество жизни и социальное функционирование. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессия входит в число ведущих причин утраты трудоспособности в мире[27, 54]. Нарушения функции щитовидной железы, особенно гипотиреоз, также относятся к числу наиболее

частых эндокринных заболеваний. Клинические наблюдения и многочисленные исследования последних десятилетий подтверждают сложную, многоплановую и зачастую двунаправленную связь между этими состояниями, что создает серьёзные трудности в диагностике и лечении[13, 21, 30, 52, 75].

У пациентов с гипотиреозом (как манифестным, так и субклиническим) часто наблюдаются симптомы, феноменологически совпадающие с признаками большого депрессивного и генерализованного тревожного расстройства. К ним относятся утомляемость, ангедония, когнитивные нарушения, расстройства сна и аппетита[52]. Такое клиническое перекрытие симптомов увеличивает риск диагностического затруднений: соматическая симптоматика может маскировать психическое расстройство или, напротив, имитировать его[30]. Это ведёт к постановке неполного диагноза, ошибочному выбору терапии и повышает вероятность хронификации обоих состояний.

Таким образом, несмотря на признание связи, сохраняется неопределенность в отношении специфики клинической картины и динамики аффективных расстройств при разной степени тиреоидной недостаточности. Настоящая работа призвана не только систематизировать имеющиеся данные, но и выявить ключевые феноменологические различия, которые могут лечь в основу новых диагностических и терапевтических алгоритмов

Далее рассматривается нейробиологическая основа связи щитовидной дисфункции с психическим состоянием, в частности ось «щитовидная железа – мозг», влияние тиреоидных гормонов на нейротрансмиттерные системы и роль аутоиммунного воспаления.

Центральные механизмы регуляции тиреоидной функции и настроения

Взаимосвязь между функцией щитовидной железы и психическим состоянием не является случайным совпадением или вторичной коморбидностью, а обусловлена глубокими нейробиологическими механизмами[6, 9, 19, 28]. Тиреоидные гормоны играют ключевую роль в формировании, развитии и регуляции функционирования центральной нервной системы (ЦНС) на всех этапах жизни человека. Нарушения их гомеостаза напрямую затрагивают нейронные контуры, ответственные за регуляцию настроения, когнитивных процессов и реакции на стресс.

Гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная (ГГТ) ось представляет собой центральный механизм регуляции функции щитовидной железы, действующий по принципу отрицательной обратной связи. Процесс начинается с секреции тиреотропин-рилизинг-гормона (ТРГ) гипоталамусом, который стимулирует переднюю долю гипофиза к выработке тиреотропного гормона (ТТГ). Под его влиянием щитовидная железа синтезирует и выделяет тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3) – основные тиреоидные гормоны. Их циркулирующие уровни, в свою очередь, тормозят продукцию ТРГ и ТТГ, обеспечивая гомеостатическую регуляцию гормонального баланса[36].

Дисфункция на любом уровне этой оси нарушает гормональный гомеостаз. Первичный гипотиреоз, наиболее частая форма, связан с патологией самой щитовидной железы (например, при аутоиммунном тиреоидите Хашимото), что приводит к снижению уровня Т4 и Т3 и компенсаторному повышению ТТГ. Вторичный гипотиреоз возникает при недостаточной секреции ТТГ гипофизом, а третичный – при дефиците ТРГ в связи с нарушениями в гипоталамусе[4, 61].

ГГТ-ось функционально связана с другими нейроэндокринными системами, особенно с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) осью – центральным элементом стресс-ответа. Хронический стресс и депрессия сопровождаются гиперкортизолемией и гиперактивностью ГГН-оси, что может подавлять ГГТ-ось: тормозить секрецию ТРГ и ТТГ, нарушать

периферическую конверсию T4 в T3, особенно в тканях мозга[43, 55].

Это способствует формированию порочного круга: депрессия активирует ГГН-ось, подавляет ГГТ-ось и снижает уровень активного T3 в мозге, что, в свою очередь, усиливает депрессивную симптоматику. У некоторых пациентов с депрессией выявляется сниженная реакция ТТГ на стимуляцию ТРГ при нормальных уровнях периферических гормонов, что указывает на центральную дисрегуляцию оси [40]. Таким образом, тиреоидная дисфункция не сводится к периферической эндокринопатии, а представляет собой сложное нейроэндокринное расстройство, затрагивающее механизмы регуляции стресса и настроения.

Биологически активные тиреоидные гормоны, особенно трийодтиронин (T3), оказывают непосредственное влияние на ключевые нейромедиаторные системы мозга – серотонинергическую (5-HT), дофаминергическую (DA) и норадренергическую (NE), которые играют ведущую роль в регуляции настроения и когнитивных функций и являются основными мишенями антидепрессантов [17, 56, 63].

Ключевым механизмом регуляции локальной активности тиреоидных гормонов является дейодирование – превращение T4 в T3 под действием дейодиназ (DIO1 и DIO2), происходящее в том числе в тканях мозга[14]. Генетические вариации, такие как полиморфизм Thr92Ala в гене DIO2, могут снижать эффективность этой конверсии, создавая состояние так называемого «тканевого» или «мозгового» гипотиреоза, несмотря на нормальные уровни гормонов в крови [20, 24, 80].

Это имеет важные клинические последствия: нормальное действие антидепрессантов, таких как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), во многом зависит от внутриклеточного уровня T3, который модулирует чувствительность и экспрессию постсинаптических серотониновых рецепторов. При тиреоидной дисфункции или DIO2-полиморфизме передача сигнала может быть нарушена, что объясняет резистентность к терапии у некоторых пациентов с депрессией [20].

Это также обосновывает эффективность аугментации антидепрессантов T3 (лиотиронином) у пациентов с резистентной к лечению депрессией (ТРД), особенно если исходный уровень ТТГ повышен или пограничный, что может выступать в качестве предиктора ответа на СИОЗС [10, 77].

Иммунные и генетические факторы аффективной коморбидности

Наиболее частой причиной гипотиреоза в регионах с адекватным йодоснабжением является аутоиммунный тиреоидит (АИТ, тиреоидит Хашимото). В последние годы внимание исследователей сосредоточено не только на гормональном дефиците, но и на прямом патогенном влиянии аутоиммунного воспаления на центральную нервную систему. Эти эффекты могут проявляться тревожными и депрессивными симптомами даже при эутиреоидном состоянии, то есть при нормальных уровнях тиреоидных гормонов [48, 72].

Согласно крупному метаанализу 2018 года, наличие АИТ увеличивает риск развития депрессии (ОШ = 3.56; 95% ДИ: 2.14–5.94) и тревожных расстройств (ОШ = 2.32; 95% ДИ: 1.40–3.85) по сравнению со здоровым контролем[72]. Предполагается, что эта ассоциация опосредована провоспалительными цитокинами, в частности IL-6 и TNF-α, вырабатываемыми в очаге воспаления и способными проникать через гематоэнцефалический барьер[3].

Частые жалобы пациентов с гипотиреозом на «мозговой туман», снижение памяти и концентрации имеют объективное подтверждение в данных нейровизуализационных исследований. Недостаток тиреоидных гормонов вызывает как структурные, так и функциональные нарушения в головном мозге [16, 34].

Эти данные важны по нескольким причинам. Во-первых, они подтверждают, что когнитивные симптомы при гипотиреозе – не субъективные жалобы, а след-

ствие органической мозговой дисфункции. Во-вторых, они подчеркивают, что лечение должно быть направлено не только на коррекцию уровня ТТГ, но и на восстановление когнитивной активности, возможно с использованием когнитивной реабилитации и нейропсихологической поддержки.

Диагностика и скрининг аффективных расстройств при гипотиреозе.

Эффективное ведение пациентов с коморбидным гипотиреозом и тревожно-депрессивными расстройствами начинается с точной и своевременной диагностики. Однако этот процесс нередко осложняется значительным симптоматическим перекрытием, которое может вести к диагностическим ошибкам. Одной из центральных проблем является феномен диагностического затенения (diagnostic overshadowing) – когнитивное искажение, при котором наличие установленного диагноза, такого как гипотиреоз, заставляет врача приписывать все новые жалобы пациента именно этому состоянию, не рассматривая возможность наличия коморбидного психического расстройства[1, 52]. Так, усталость, апатия и снижение концентрации внимания у пациента с нормальным уровнем ТТГ могут ошибочно интерпретироваться как проявления неадекватной тиреоидной компенсации, в то время как в действительности отражают клиническую депрессию.

Обратная ситуация также имеет место: симптомы недиагностированного гипотиреоза могут быть ошибочно приняты за проявления первичных тревожных или депрессивных расстройств. Классические вегетативные проявления тиреотоксикоза или передозировки левотироксина – тахикардия, тремор, потливость – могут ошибочно расцениваться как признаки панических атак или генерализованной тревоги. Ещё одним фактором, способствующим диагностическим ошибкам, является так называемый эффект маркировки (labeling effect), когда сам факт осознания хронического диагноза, такого как гипотиреоз, усиливает тревожность пациента и приводит к усиленной фиксации на соматических симптомах, что может симулировать или маскировать аффективное расстройство [47].

Учитывая высокую распространённость коморбидности, большинство международных клинических руководств рекомендуют проведение скрининга на тиреоидную дисфункцию у пациентов с депрессией и тревогой. Американская тиреоидологическая ассоциация (ATA) также указывает на необходимость скрининга при наличии симптомов, потенциально связанных с тиреоидной дисфункцией, включая аффективную симптоматику[70].

Несмотря на то, что скрининг на гипотиреоз при депрессии стал клинической нормой, обратный процесс (рутинная оценка тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с гипотиреозом) в эндокринологических руководствах остаётся недостаточно формализованным. Это представляет собой важный пробел в системе оказания комплексной помощи. Доказано, что даже у пациентов с достигнутым эутиреоидным состоянием на фоне левотироксина сохраняется повышенный риск аффективных расстройств, особенно у женщин[67, 69]. Это может быть связано с аутоиммунным воспалением, стойкими изменениями в ЦНС или психологическим дистрессом, связанным с хроническим заболеванием.

В этой связи целесообразен переход к интегрированной оценке. Эндокринологам и врачам первичного звена следует использовать валидированные краткие опросники – например, PHQ-9 для скрининга депрессии и GAD-7 для тревоги. Их использование позволяет своевременно выявить пациентов с клинически значимой симптоматикой и, при необходимости, направить их к специалисту в области психического здоровья, что способствует предотвращению хронификации состояний и снижает риск резистентности к лечению.

Помимо оценки психического статуса, важным направлением остаётся расширение лабораторной диагностики, выходящей за рамки стандартного измерения ТТГ и свободного Т4. Уровень антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) и тиреоглобулину (АТ-ТГ) необходим для выявления аутоиммунного тиреоидита, даже при нормальных уровнях гормонов, и сам по себе ассоциирован с повышенным риском депрессии [29]. Измерение уровня трийодтиронина (Т3) может быть информативным в случаях нарушенной периферической конверсии, а повышенный уровень реверсивного Т3 (rT3) может свидетельствовать о функциональном гипометаболическом состоянии, наблюдаемом при депрессии и синдроме эутиреоидной патологии.

Всё чаще в литературе обсуждается вопрос так называемого "оптимального" уровня ТТГ для психического здоровья[45, 51, 74]. Некоторые данные указывают, что у пациентов с депрессией улучшение состояния возможно при поддержании ТТГ в нижней половине референсного диапазона (0.5–2.5 мМЕ/л), что предполагает необходимость более индивидуализированного подбора дозы левотироксина[74].

Таким образом, диагностика коморбидных аффективных расстройств при гипотиреозе требует междисциплинарного подхода, включающего критическое мышление, инструментальный скрининг и расширенную лабораторную оценку. Признание диагностических ловушек и внедрение стандартов двустороннего скрининга (как психиатрического, так и эндокринного) является ключом к улучшению качества помощи этой группе пациентов. Внедрение в клиническую практику эндокринолога обязательного скрининга с помощью шкал PHQ-9 и GAD-7 на каждом визите пациента с гипотиреозом представляется ключевым шагом для своевременного выявления аффективной коморбидности.

Диагностика и скрининг аффективных расстройств у пациентов с гипотиреозом требуют особого внимания в связи с высокой частотой клинического перекрытия, риском диагностического затенения и недостаточной осведомлённостью специалистов. Несмотря на наличие международных рекомендаций по исключению тиреоидной патологии у пациентов с депрессией и тревогой, обратный алгоритм – активный поиск психических расстройств у больных с гипотиреозом – пока недостаточно интегрирован в клиническую практику. Использование валидированных опросников, расширенных лабораторных маркеров и междисциплинарный подход позволяют повысить точность диагностики, предотвратить хронификацию состояний и оптимизировать тактику ведения. Внимание к этим аспектам является необходимым условием качественной и персонализированной медицинской помощи.

Клинические особенности и эпидемиология тревожных и депрессивных расстройств при гипотиреозе

Переходя от фундаментальных механизмов к клинической практике, необходимо оценить масштаб проблемы и особенности её манифестации. Аффективные расстройства, включая депрессию и тревожные состояния, широко распространены среди пациентов с гипотиреозом, однако степень этой ассоциации варьирует в зависимости от тяжести тиреоидной дисфункции.

При манифестном гипотиреозе, характеризующемся повышенным уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) и сниженным уровнем свободного тироксина (FT4), взаимосвязь с тревожными и депрессивными расстройствами наиболее очевидна и хорошо документирована. Систематический обзор и мета-анализ, опубликованный в JAMA Psychiatry в 2021 году, показал, что у пациентов с манифестным гипотиреозом риск клинической депрессии повышен на 77% по сравнению с эутиреоидной популяцией (отношение шансов [ОШ] = 1.77; 95% доверительный интервал [ДИ]: 1.13–2.77)[21].

Эти данные согласуются с более ранними исследованиями, согласно которым

частота депрессивных симптомов у пациентов с гипотиреозом достигает 40–50% [39]. Хотя аффективные симптомы редко являются единственным клиническим проявлением тиреоидной недостаточности, их наличие существенно влияет на течение и прогноз. Чаще всего они сочетаются с классическими соматическими признаками: хронической усталостью, сухостью кожи, непереносимостью холода, набором веса и когнитивной заторможенностью, что облегчает дифференциальную диагностику[81].

В отличие от манифестного гипотиреоза, субклиническая форма (определяемая как повышение уровня ТТГ при нормальном уровне FT4) представляет собой гораздо более сложное и неоднородное клиническое состояние. Распространённость субклинического гипотиреоза (СГ) колеблется от 4% до 20% в популяции, с наибольшей частотой среди женщин и лиц пожилого возраста[12, 22]. Его значимость в развитии аффективных расстройств остаётся предметом дискуссий.

В уже упомянутом мета-анализе 2021 года выявлено, что связь между СГ и депрессией статистически значима, но существенно слабее, чем при манифестной форме: ОШ составило 1.13 (95% ДИ: 1.01–1.28)[21]. Это может отражать дозозависимый эффект: чем выраженнее нарушение тиреоидной функции, тем сильнее её влияние на психическое состояние.

Однако другие исследования по СГ и депрессии демонстрируют противоречивые результаты. Некоторые показывают повышение частоты депрессивных симптомов при СГ[75, 82], в то время как крупные популяционные исследования не подтверждают статистически значимой связи. При этом данные по тревожным расстройствам при СГ выглядят более устойчивыми: например, в ряде работ, включая турецкое исследование с использованием шкалы тревожности Бека, было показано достоверное повышение уровня тревожности у пациентов с СГ по сравнению с эутиреоидными участниками [38].

Подобная непоследовательность может объясняться высокой гетерогенностью СГ. Этот диагноз охватывает широкий спектр состояний – от транзиторного повышения ТТГ (например, до 5.0 мМЕ/л) с последующим самопроизвольным восстановлением функции железы до стойкого субклинического гипотиреоза с ТТГ выше 9.9 мМЕ/л, часто на фоне аутоиммунного тиреоидита. Объединение этих состояний в единую категорию искажает результаты мета-анализов.

Кроме того, важным фактором может выступать так называемый эффект маркировки (labeling effect): сам факт постановки диагноза может усиливать субъективное восприятие симптомов и склонность к их сообщению, включая жалобы на сниженное настроение [31, 47]. Предполагается, что биологическая связь между СГ и депрессией наиболее выражена у пациентов с повышенным уровнем ТТГ (>7 мМЕ/л) и/или положительными титрами антитиреоидных антител, тогда как в общей популяции эффект нивелируется статистическим шумом и психологическими влияниями.

Обобщение данных ключевых мета-анализов последних лет позволяет более детально рассмотреть вклад различных форм гипотиреоза и аутоиммунных процессов в развитие аффективных расстройств. В исследовании Siegmann и соавт. (2018) было показано, что наличие аутоиммунного тиреоидита (АИТ) достоверно повышает риск депрессии (ОШ = 3.56; 95% ДИ: 2.14–5.94) и тревожных расстройств (ОШ = 2.32; 95% ДИ: 1.40–3.85)[72]. Эти эффекты были особенно выражены у женщин и лиц среднего возраста.

Отдельный интерес представляет работа T.Zhao и соавт. (2018), в которой продемонстрировано, что у пациентов младше 60 лет с субклиническим гипотиреозом риск депрессии значительно выше, чем в контрольной группе (ОШ = 3.80; 95% ДИ: 1.02–14.18), в то время как у пожилых такой связи не отмечалось [82]. Это под-

чёркивает значение возраста как ключевого модератора.

Таким образом, совокупность мета-аналитических данных указывает на наличие дозозависимой и модифицируемой ассоциации между нарушением функции щитовидной железы и аффективной симптоматикой, особенно выраженной при манифестной форме и у женщин репродуктивного возраста.

Одной из ключевых диагностических трудностей при гипотиреозе является клиническое перекрытие его симптоматики с проявлениями первичных аффективных расстройств. Многочисленные признаки гипотиреоза – такие как усталость, увеличение массы тела, нарушения сна, снижение концентрации внимания, замедление мышления, тревожность, раздражительность и адинамичность – феноменологически пересекаются с симптомами депрессии и тревожных расстройств. Это затрудняет дифференциальную диагностику и может приводить как к гипердиагностике, так и к недообнаружению сопутствующих психических состояний.

Соматические и нейровегетативные жалобы (усталость, гиперсомния, набор веса, сухость кожи, запоры, мышечная слабость) часто выступают первыми и доминирующими симптомами гипотиреоза, особенно при манифестной форме[5, 60]. Когнитивные жалобы, такие как "мозговой туман", снижение концентрации, забывчивость и нерешительность, также часто регистрируются, в особенности у женщин среднего возраста [35, 73]. Эти признаки легко интерпретируются как проявления депрессии, что требует осторожности со стороны врача.

Согласно критериям DSM-5, большой депрессивный эпизод включает как минимум пять симптомов, среди которых обязательными являются либо подавленное настроение, либо ангедония, а также такие признаки, как изменения сна и аппетита, утомляемость, снижение концентрации, чувство вины и суицидальные мысли [76]. Значительная часть этих симптомов наблюдается и при гипотиреозе, особенно в его манифестной форме, однако имеется один принципиальный отличительный момент: когнитивно-аффективные симптомы, характерные для эндогенной депрессии (стойкое чувство никчемности, выраженное самообвинение, суицидальные мысли), значительно реже встречаются при изолированном гипотиреозе.

Таким образом, целесообразно рассматривать клиническую картину через призму двух перекрывающихся, но не идентичных кластеров:

–Нейровегетативно-соматический кластер: включает утомляемость, гиперсомнию, изменения аппетита, замедление психомоторики, когнитивные нарушения.

–Когнитивно-аффективный кластер: включает ангедонию, выраженное чувство вины, пессимизм, идеи самообвинения и суицидальные мысли.

Ассоциация между тиреоидной дисфункцией и тревожно-депрессивной симптоматикой не является однородной и варьирует в зависимости от ряда модифицирующих факторов, в том числе пола, возраста и соматической коморбидности. Наиболее значимым модератором считается пол: женщины страдают гипотиреозом в 5–8 раз чаще мужчин, а также демонстрируют более высокую уязвимость к развитию депрессии и тревоги. Согласно мета-анализу Bode и соавт. (2021), статистически значимая связь между гипотиреозом и депрессией наблюдается только у женщин (ОШ = 1.48), тогда как у мужчин такая ассоциация отсутствовала[21]. Это может быть обусловлено как гормональными механизмами (влияние эстрогенов на ГГТ-ось и серотонинергическую передачу), так и большей распространённостью аутоиммунной патологии у женщин.

Возраст также оказывает существенное влияние на характер и выраженность ассоциации. В исследовании Zhao и соавт. (2018) выявлено, что связь между субклиническим гипотиреозом и депрессией выражена только у лиц моложе 60 лет (ОШ = 3.80; 95% ДИ: 1.02–14.18), тогда как у по-

жилых пациентов она была статистически незначима [82]. Это может объясняться как возрастными изменениями в регуляции ТТГ (физиологическое повышение уровня ТТГ у пожилых), так и снижением чувствительности к субъективному восприятию эмоциональных нарушений в старшем возрасте. Кроме того, у пожилых лиц депрессия чаще проявляется соматизировано, что усложняет диагностику.

Соматическая коморбидность также является важным утяжеляющим фактором. Гипотиреоз нередко сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями (целиакия, сахарный диабет 1 типа, ревматоидный артрит), а также с метаболическим синдромом, ожирением, сердечно-сосудистой патологией. Каждое из этих состояний само по себе увеличивает риск депрессии, а их совокупность формирует кумулятивную нагрузку на психоэмоциональное состояние пациента[7, 79].

Анализ эпидемиологических и клинических данных подтверждает наличие значимой связи между гипотиреозом (как манифестным, так и субклиническим) и развитием тревожных и депрессивных расстройств. Эта связь наиболее выражена при явном снижении тиреоидных гормонов, у женщин репродуктивного возраста и при наличии аутоиммунного компонента. Симптоматическое перекрытие между гипотиреозом и аффективной патологией затрудняет диагностику, особенно в случае доминирования нейровегетативных и когнитивных жалоб.

Дифференцировка симптомов по психопатологическим кластерам, а также учёт модифицирующих факторов (пола, возраста, сопутствующих соматических заболеваний) представляются ключевыми для постановки точного диагноза и выбора эффективной стратегии лечения. Эти данные подчёркивают необходимость междисциплинарного подхода в ведении пациентов с тиреоидной дисфункцией и психической коморбидностью.

Интегрированное ведение и терапевтические вмешательства

Успешное ведение пациентов с коморбидным гипотиреозом и тревожно-депрессивными расстройствами требует комплексного, многоуровневого подхода, выходящего за пределы монотерапии. Учитывая двухкомпонентную природу патологии (эндокринную и психическую) необходимы стратегии, сочетающие гормональную коррекцию, психофармакологическую поддержку, психотерапию и современные модели междисциплинарного взаимодействия[8, 32, 62].

Заместительная терапия тиреоидными гормонами остаётся основой лечения манифестного гипотиреоза. В большинстве случаев достижение эутиреоидного состояния на фоне левотироксина (L-T4) сопровождается регрессом депрессивных и тревожных симптомов, особенно входящих в нейровегетативный и когнитивный кластеры [57, 68]. Однако у 17.8–19.3% пациентов аффективные симптомы сохраняются, несмотря на нормализацию ТТГ, что может быть связано с необратимыми изменениями в центральной нервной системе или продолжающимся аутоиммунным воспалением [42, 49].

Лечение субклинического гипотиреоза (СГ) с целью улучшения настроения остаётся одним из самых дискуссионных вопросов современной эндокринологии. Несмотря на то, что многие клиницисты назначают L–T4 пациентам с СГ и неспецифическими жалобами, включая депрессивные симптомы, данные рандомизированных контролируемых исследований и мета-анализов не подтверждают эффективность левотироксина у пациентов с ТТГ <10 мМЕ/л в отношении депрессивной симптоматики [37]. Более того, некоторые работы выявили парадоксальное усиление тревожности на фоне терапии [46]. Эти данные легли в основу современных клинических рекомендаций, которые советуют воздерживаться от рутинного назначения L-T4 при СГ с единственной целью коррекции настроения. Тревожным оста-

ётся тот факт, что значительная часть пациентов может получать левотироксин необоснованно, подвергаясь риску ятрогенного тиреотоксикоза без доказанной пользы для психического состояния [11, 15, 65].

В отличие от рутинного назначения левотироксина, использование трийодтиронина (Т3, лиотиронина) в качестве аугментирующего агента при лечении резистентной депрессии (ТРД) обладает более убедительной доказательной базой. Эта стратегия применяется у пациентов, не ответивших на монотерапию антидепрессантами, в том числе при эутиреоидном статусе. Механизм действия Т3, как обсуждалось ранее, связан с преодолением так называемого «мозгового гипотиреоза» за счёт непосредственного влияния активного гормона на нейротрансмиттерные системы, включая серотонинергические и норадренергические рецепторы. Рандомизированные исследования показали, что аугментация Т3 по эффективности сопоставима с добавлением лития, но имеет более благоприятный профиль переносимости [59]. Наибольший эффект наблюдается у женщин и у пациентов с полиморфизмом гена дейодиназы второго типа (DIO2), нарушающим периферическую и центральную конверсию Т4 в Т3. Таким образом, Т3 может рассматриваться как клинически значимая опция для усиления терапии при ТРД, особенно у пациентов с субклинической или пограничной тиреоидной дисфункцией [41].

У пациентов с установленным коморбидным депрессивным или тревожным расстройством, которое не регрессирует после нормализации функции щитовидной железы, показано назначение стандартной психофармакотерапии. Препаратами первого выбора являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как флуоксетин и сертралин[23, 50]. Клинические исследования показали, что их применение у пациентов с гипотиреозом, получающих стабильную заместительную терапию левотироксином, безопасно и не сопровождается клинически значимыми изменениями в тиреоидной функции[23]. Хотя некоторые антидепрессанты могут незначительно влиять на уровень тиреоидных гормонов, эти изменения, как правило, остаются в пределах референсных значений и не требуют коррекции дозы L–T4. Кроме того, было показано, что более низкий уровень ТТГ в пределах нормы коррелирует с лучшим ответом на терапию СИОЗС, что подчёркивает роль оптимального функционирования ГГТ-оси в достижении антидепрессивного эффекта[18, 25, 58].

Немедикаментозные методы лечения, в первую очередь когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), представляют собой эффективное дополнение к фармакологическому вмешательству. КПТ помогает пациентам справляться с негативными автоматическими мыслями, связанными с хроническим заболеванием («Я никогда не почувствую себя лучше», «Эта усталость разрушит мою жизнь»), а также развивать адаптивные стратегии мышления и поведения[64, 71]. Она способствует повышению приверженности лечению, обучая пациентов навыкам управления стрессом, планированию активности и восстановлению чувства контроля над повседневной жизнью. Исследования показали, что применение КПТ у женщин с гипотиреозом достоверно улучшает субъективное качество жизни, особенно в таких сферах, как эмоциональное здоровье и уровень энергии[64].

Сложность взаимодействия между гипотиреозом и тревожно-депрессивными расстройствами, высокая частота диагностических ошибок и многокомпонентность терапии требуют перехода от разрозненной медицинской помощи к интегрированным моделям. Наиболее обоснованной и клинически проверенной является модель совместного ведения (Collaborative Care Model, CoCM), основанная на скоординированной работе врача первичного звена (или эндокринолога),

менеджера по ведению пациента и консультирующего психиатра [26, 44, 78]. В рамках этой модели лечение организовано по принципам популяционного подхода, измеряемых результатов (Treat-to-Target), использования валидированных шкал (PHQ-9, GAD-7) и командной ответственности за клинический эффект. Эффективность CoCM при депрессии, сочетающейся с хроническими соматическими заболеваниями, подтверждена более чем 90 рандомизированными исследованиями [66]. Внедрение этой модели в практику ведения пациентов с гипотиреозом позволяет преодолеть разрыв между эндокринологической и психиатрической помощью, улучшая клинические исходы и повышая качество жизни.

Таким образом, успешное лечение пациентов с гипотиреозом и сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами требует индивидуализированного и междисциплинарного подхода. Стратегии должны включать не только заместительную гормональную терапию, но и применение антидепрессантов, а при необходимости – аугментацию Т3. Когнитивно-поведенческая терапия и модели интегрированного ведения, такие как Collaborative Care Model, играют важную роль в обеспечении комплексного подхода к диагностике и лечению. Признание психоэндокринной природы данных состояний позволяет повысить эффективность вмешательств и улучшить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pasacreta J. V., Minarik P. A., Nield-Anderson L. Anxiety and Depression 2010. С. 425–448.

2. Moini J., Pereira K., Samsam M. Global impact of thyroid disorders Elsevier, 2020.С. 243–256.

3. Андреевна Л. Т. [и др.]. Интерлейкин 6 как патогенетический фактор, опосредующий формирование клинических проявлений, и мишень для терапии ревматических заболеваний и депрессивных расстройств // Научно-практическая ревматология. 2019. № 3 (57). С. 318–327.

4. Бирюкова Е. В., Килейников Д. В., Соловьева И. В. Гипотиреоз: современное состояние проблемы // Медицинский Совет. 2020. № 7 (0). С. 96–107.

5. Вербовой А. Ф., Долгих Ю. А. Гипотиреоз в практике врача-терапевта: сложности диагностики и лечения // Медицинский Совет. 2020. № 21 (0). С. 206–212.

6. Майорова М. А. [и др.]. Взаимосвязь аутоиммунных процессов, эндокринных нарушений и депрессии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2020. № 1 (0). С. 8–19.

7. Макеенко В. Е., Шумская Д. С., Кибитов А. О. Проблема оценки уровня соматической коморбидности у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и биполярным расстройством: метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет II типа // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2024. № 4–2 (58). С. 29–38.

8. Невзорова С. І. Комплексний підхід до корекції тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз // Експериментальна і клінічна медицина. 2021. № 3 (90). С. 82–87.

9. Э Л. А. Нервная регуляция функции щитовидной железы // Вестник Российской академии медицинских наук. 2013. № 6 (68). С. 49–55.

10. Abraham G., Milev R., Stuart Lawson J. T3 augmentation of SSRI resistant depression // Journal of Affective Disorders. 2006. № 2–3 (91). С. 211–215.

11. Adams R. [и др.]. Endogenous and Exogenous Thyrotoxicosis and Risk of Incident Cognitive Disorders in Older Adults // JAMA Internal Medicine. 2023. № 12 (183). С. 1324–1331.

12. Akter N., Qureshi N. K., Ferdous H. S. Subclinical Hypothyroidism: A Review on Clinical Consequences and Management Strategies // Journal of Medicine. 2017. № 1 (18). С. 30–36.

13. Almeida C. [и др.]. Subclinical hypothyroidism: psychiatric disorders and symptoms // Brazilian Journal of Psychiatry. 2007. (29). С. 157–159.

14. Alonso J. Burden of Mental Disorders based on the World Mental Health Surveys // Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999). 2012. (34). С. 7–8.

15. Ayala I. N. [и др.]. Appropriateness of Levothyroxine Prescription: A Multicenter Retrospective Study // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2024. № 2 (109). С. e765–e772.

16. Bauer M. [и др.]. Brain Glucose Metabolism in Hypothyroidism: A Positron Emission Tomography Study before and after Thyroid Hormone Replacement Therapy // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2009. № 8 (94). С. 2922–2929.

17. Bauer M., Heinz A., Whybrow P. C. Thyroid hormones, serotonin and mood: of synergy and significance in the adult brain // Molecular Psychiatry. 2002. № 2 (7). С. 140–156.

18. Beer C. [и др.]. Biomarkers in the Diagnosis and Prediction of Medication Response in Depression and the Role of Nutraceuticals // International Journal of Molecular Sciences. 2024. № 14 (25). С. 7992.

19. Bernardes B. M. [и др.]. Relationship between mood disorders and thyroid changes // Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024. № 2 (6). С. 2241–2256.

20. Bianco A. C., Kim B. S. Pathophysiological relevance of deiodinase polymorphism // Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. 2018. № 5 (25). С. 341.

21. Bode H. [и др.]. Association of Hypothyroidism and Clinical Depression: A Systematic Review and Meta-analysis // JAMA Psychiatry. 2021. № 12 (78). С. 1375–1383.

22. Bouomrani S. Neuropsychiatric Involvement in Subclinical Hypothyroidism // Archives in Neurology & Neuroscience. 2020. № 5 (7).

23. Carvalho G. A. de [и др.]. Effects of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors on Thyroid Function in Depressed Patients with Primary Hypothyroidism or Normal Thyroid Function // Thyroid®. 2009. № 7 (19). С. 691–697.

24. Castagna M. G. [и др.]. DIO2 Thr92Ala Reduces Deiodinase-2 Activity and Serum-T3 Levels in Thyroid-Deficient Patients // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2017. № 5 (102). С. 1623–1630.

25. Cohen B. M., Sommer B. R., Vuckovic A. Antidepressant-Resistant Depression in Patients With Comorbid Subclinical Hypothyroidism or High-Normal TSH Levels // The American Journal of Psychiatry. 2018. № 7 (175). С. 598–604.

26. Coventry P. [и др.]. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease // BMJ. 2015. (350). С. h638.

27. Cuijpers P., Beekman A. T. F., Reynolds C. F. Preventing Depression: A Global Priority // JAMA. 2012. № 10 (307). С. 1033–1034.

28. Cunha Í. Í. B. R. da [и др.]. Relationship between thyroid function and Major Depressive Disorder (MDD): an integrative literature review // Research, Society and Development. 2022. № 12 (11). С. e599111235270–e599111235270.

29. Degner D. [и др.]. Association between autoimmune thyroiditis and depressive disorder in psychiatric outpatients // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2015. № 1 (265). С. 67–72.

30. Demartini B. [и др.]. Depressive Symptoms and Major Depressive Disorder in Patients Affected by Subclinical Hypothyroidism: A Cross-sectional Study // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2014. № 8 (202). С. 603.

31. Detweiler–Bedell J. B. [и др.]. The Effect of Diagnosis and Perceived Reward on Perceptions of Depressive Symptoms and Social Support // Journal of Social and Clinical Psychology. 2008. № 1 (27). С. 1–35.

32. Dubniewicz E. [и др.]. The Association between Hypothyroidism and Mental

Health: A Literature Review // Journal of Education, Health and Sport. 2025. (79). С. 57866.

33. Duntas L. [и др.]. Thyroid Disorders, Noncommunicable Diseases That Gravely Impact Public Health: A Commentary and Statement by the Advisory Board of the World Thyroid Federation // Thyroid®. 2012. № 6 (22). С. 566–567.

34. Eslami-Amirabadi M., Sajjadi S. A. The relation between thyroid dysregulation and impaired cognition/behaviour: An integrative review // Journal of Neuroendocrinology. 2021. № 3 (33). С. e12948.

35. Ettleson M. D. [и др.]. Brain Fog in Hypothyroidism: Understanding the Patient's Perspective // Endocrine Practice. 2022. № 3 (28). С. 257–264.

36. Fekete C., Lechan R. M. Central Regulation of Hypothalamic-Pituitary-Thyroid Axis Under Physiological and Pathophysiological Conditions // Endocrine Reviews. 2014. № 2 (35). С. 159–194.

37. Feller M. [и др.]. Association of Thyroid Hormone Therapy With Quality of Life and Thyroid-Related Symptoms in Patients With Subclinical Hypothyroidism: A Systematic Review and Meta-analysis // JAMA. 2018. № 13 (320). С. 1349–1359.

38. Fjaellegaard K. [и др.]. Well-being and depression in individuals with subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity—A general population study // Nordic Journal of Psychiatry. 2015. № 1 (69). С. 73–78.

39. Guimarães J. M. N. [и др.]. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women // Journal of Affective Disorders. 2009. № 1 (117). С. 120–123.

40. Hage M. P., Azar S. T. The Link between Thyroid Function and Depression // Journal of Thyroid Research. 2012. № 1 (2012). С. 590648.

41. Hajnas N., Cushing K., Ajilore O. T3 augmentation in major depressive disorder: Sex and age differences // Personalized Medicine in Psychiatry. 2021. (25–26). С. 100068.

42. Hidalgo J. [и др.]. Real Practice Assessment of Persistent Symptoms After Initiation of Levothyroxine // Endocrine Practice. 2024. № 2 (30). С. 95–100.

43. Hirtz R. [и др.]. Lack of Evidence for a Relationship Between the Hypothalamus-Pituitary-Adrenal and the Hypothalamus-Pituitary-Thyroid Axis in Adolescent Depression // Frontiers in Endocrinology. 2021. (12).

44. Katon W. J. [и др.]. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses // New England Journal of Medicine. 2010. № 27 (363). С. 2611–2620.

45. Kim E. Y. [и др.]. Relationship between thyroid-stimulating hormone levels and risk of depression among the general population with normal free T4 levels // Psychoneuroendocrinology. 2015. (58). С. 114–119.

46. Kong W. M. [и др.]. A 6-month randomized trial of thyroxine treatment in women with mild subclinical hypothyroidism // The American Journal of Medicine. 2002. № 5 (112). С. 348–354.

47. Kulwicka K., Rusowicz J., Gasiorowska A. Label matters: how labeling and diagnosis affect lay perception of people with depressive symptoms // Frontiers in Psychiatry. 2025. (16).

48. Leyhe T., Müssig K. Cognitive and affective dysfunctions in autoimmune thyroiditis // Brain, Behavior, and Immunity. 2014. (41). С. 261–266.

49. Leyhe T., Müssig K. Cognitive and affective dysfunctions in autoimmune thyroiditis // Brain, Behavior, and Immunity. 2014. (41). С. 261–266.

50. Liao H., Rosenthal D. S., Kumar S. C. Abnormal Thyroid Function Laboratory Results Caused by Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) Antidepressant Treatment // Case Reports in Psychiatry. 2023. № 1 (2023). С. 7170564.

51. Lieber I. [и др.]. Treating subclinical hypothyroidism in individuals with or without mental health problems –A Delphi based expert consensus study in two countries // Frontiers in Endocrinology. 2023. (14).

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

53. Maniakas A., Davies L., Zafereo M. E. Thyroid Disease Around the World // Otolaryngologic Clinics of North America. 2018. № 3 (51). С. 631–642.

54. Marcus M. [и др.]. Depression: A global public health concern // World Health Organization Paper on Depression. 2012. С. 6–8.

55. Mokrani M.-C. [и др.]. Are the thyroid and adrenal system alterations linked in depression? // Psychoneuroendocrinology. 2020. (122). С. 104831.

56. Morin A. K. Triiodothyronine (T3) supplementation in major depressive disorder // Mental Health Clinician. 2015. № 6 (5). С. 253–259.

57. Najafi L. [и др.]. Depressive symptoms in patients with subclinical hypothyroidism – the effect of treatment with levothyroxine: a double-blind randomized clinical trial // Endocrine Research. 2015. № 3 (40). С. 121–126.

58. Navinés R. [и др.]. Less basal thyrotropin levels predict antidepressant response in patients with major depression // European Psychiatry. 2022. № Suppl 1 (65). С. S257–S258.

59. Nierenberg A. A. [и др.]. A Comparison of Lithium and T3 Augmentation Following Two Failed Medication Treatments for Depression: A STAR*D Report // American Journal of Psychiatry. 2006. № 9 (163). С. 1519–1530.

60. Omsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation [и др.]. Alexithymia and anxiety-depressive disorders in patients with controlled and newly diagnosed manifest hypothyroidism // Endocrinology: News, Opinions, Training. 2024. № 1 (13). С. 35–44.

61. Persani L. Central Hypothyroidism: Pathogenic, Diagnostic, and Therapeutic Challenges // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2012. № 9 (97). С. 3068–3078.

62. Pityk O. M. Optimizing the Correction of Depressive Disorders in Patients with Primary Hypothyroidism // European Psychiatry. 2023. № S1 (66). С. S398–S398.

63. Rahman M., Ali M. The Relationships between Thyroid Hormones and the Brain Serotonin (5-HT) System and Mood: Of Synergy and Significance in the Adult Brain- A Review // Faridpur Medical College Journal. 2015. (9). С. 98.

64. Rezaei S. [и др.]. The effectiveness of cognitive- behavioral therapy on quality of life in women with hypothyroidism in the reproductive age: a randomized controlled trial // Thyroid Research. 2020. (13). С. 6.

65. Ribeiro M. [и др.]. Levothyroxine supplementation among individuals with Subclinical Hypothyroidism and Depression | a review // European Psychiatry. 2022. № S1 (65). С. S561–S562.

66. Rivera T. M. The Proven Success of the Collaborative Care Model // Psychiatric News. 2025. № 9 (60). С. appi.pn.2025.09.9.29.

67. Romero-Gómez B. [и др.]. Mood Disorders in Levothyroxine-Treated Hypothyroid Women // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019. № 23 (16).

68. Samuels M. H. [и др.]. Health Status, Psychological Symptoms, Mood, and Cognition in L-Thyroxine-Treated Hypothyroid Subjects // Thyroid®. 2007. № 3 (17). С. 249–258.

69. Samuels M. H. [и др.]. The Effects of Levothyroxine Replacement or Suppressive Therapy on Health Status, Mood, and Cognition // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2014. № 3 (99). С. 843–851.

70. Santos A. J. S. [и др.]. Thyroid dysfunction and mental health: a systematic review of psychiatric symptoms associated with hypo- and hyperthyroidis // lumen et virtus. 2025. № 53 (16). С. e9172.

71. Scott A. J. [и др.]. Cognitive behavioral therapies for depression and anxiety in people with chronic disease: A systematic review and meta-analysis // Clinical Psychology Review. 2023. (106). С. 102353.

72. Siegmann E.-M. [и др.]. Association of Depression and Anxiety Disorders With Autoimmune Thyroiditis: A Systematic Review and Meta-analysis // JAMA Psychiatry. 2018. № 6 (75). С. 577–584.

73. Stern M. [и др.]. Cognitive decline in mid-life: Changes in memory and cognition related to hypothyroidism // Journal of Health Psychology. 2023. № 4 (28). С. 388–401.

74. Talaei A. [и др.]. TSH cut off point based on depression in hypothyroid patients // BMC Psychiatry. 2017. № 1 (17). С. 327.

75. Tang R. [и др.]. Subclinical Hypothyroidism and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis // Frontiers in Endocrinology. 2019. (10).

76. Tolentino J. C., Schmidt S. L. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice // Frontiers in Psychiatry. 2018. (9).

77. Touma K. T. B., Zoucha A. M., Scarff J. R. Liothyronine for Depression: A Review and Guidance for Safety Monitoring // Innovations in Clinical Neuroscience. 2017. № 3–4 (14). С. 24–29.

78. Wang Y. [и др.]. Effectiveness of Collaborative Care for Depression and HbA1c in Patients with Depression and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis // International Journal of Integrated Care. 2022. № 3 (22).

79. Wiklińska A. [и др.]. Depression and somatic diseases – how are they linked? // Quality in Sport. 2025. (39). С. 58457–58457.

80. Williams G. R., Bassett J. H. D. Local control of thyroid hormone action: role of type 2 deiodinase: Deiodinases: the balance of thyroid hormone // Journal of Endocrinology. 2011. № 3 (209). С. 261–272.

81. Wojtachnio D. [и др.]. Hypothyroidism: clinical presentation, diagnosis, treatment // Journal of Education, Health and Sport. 2022. № 8 (12). С. 650–660.

82. Zhao T. [и др.]. Subclinical hypothyroidism and depression: a meta-analysis // Translational Psychiatry. 2018. № 1 (8). С. 239.

УДК: 616.89-008.441.13:616.89-008.454.4+616.98:578.834

МЕТОД ДИНАМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА РИСКА РЕЦИДИВА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Абдукахарова Гулноза Курбановна – врач-ординатор
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)
Ашуров Зарифжон Шарифович – д.м.н., профессор
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Таджибаев Уктам Аскарович – заведующий клиническим отделением
Равшанов Жахонгир Азимжон угли – врач-ординатор
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Зависимость от новых психоактивных веществ характеризуется высоким риском рецидивов и нестабильным течением, что требует использования методов, позволяющих своевременно оценивать изменения состояния пациента. В статье представлен метод динамического мониторинга риска рецидива, основанный на регулярной оценке патологического влечения, уровня тревожности и эмоционального состояния. Описаны структура метода, алгоритм применения, дневник самонаблюдения и система стратификации риска. Показано, что использование динамического подхода позволяет своевременно выявлять периоды повышенной уязвимости пациента и корректировать лечебно-реабилитационную тактику. Рассмотрены клинические решения в зависимости от уровня риска и обоснована целесообразность применения метода в практической деятельности.*

Ключевые слова: *новые психоактивные вещества; рецидив; мониторинг; патологическое влечение; риск; клиническая оценка*

YANGI PSIXOAKTIV MODDALARGA QARAB QILIB QAYTA KASALLIK XAVFINI DINAMIK MONITORING USULI

Abduqahhorova Gulnoza Qurbonovna – rezident-shifokor
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)
Ashurov Zarifjon Sharifovich – t.f.d., professor
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Tojiboev O'ktam Asqarovich – klinik bo'lim mudiri
Ravshanov Zhaxongir Azimjon o‘g'li – rezident-shifokor
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Yangi psixoaktiv moddalarga qaramlik retsidiv xavfining yuqoriligi bilan tavsiflanadi. Ushbu maqolada retsidiv xavfini dinamik baholashga asoslangan monitoring usuli keltirilgan. Usul patologik mayl, havotir va emotsional holatni muntazam baholashni o‘z ichiga oladi. Metodning tuzilishi, algoritmi, o‘z-o‘zini kuzatish kundaligi va xavfni stratifikatsiya qilish tizimi bayon qilingan. Natijalar ushbu yondashuv klinik amaliyotda muhim ahamiyatga ega ekanligini ko‘rsatadi.*

Kalit so‘zlar: *yangi psixoaktiv moddalar; retsidiv; monitoring; patologik mayl; xavf; klinik baholash*

METHOD OF DYNAMIC MONITORING OF RECURRENCE RISK IN DEPENDENCE ON NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Abdukakharova Gulnoza Kurbanovna – resident-physician
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)
Ashurov Zarifjon Sharifovich – D.M.Sc., professor
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Tadjibaev Uktam Askarovich – head of the clinical department
Ravshanov Zhakhongir Azimjon ugli – resident-physician
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Dependence on novel psychoactive substances is associated with a high risk of relapse and unstable clinical course. This article presents a method of dynamic monitoring of relapse risk based on regular assessment of craving, anxiety, and emotional state. The structure of the method, monitoring algorithm, self-assessment diary, and risk stratification system are described. The approach allows timely identification of high-risk periods and supports adjustment of treatment strategies.*

Keywords: *new psychoactive substances; relapse; monitoring; craving; risk; clinical assessment*

Введение.

В последние годы зависимость от новых психоактивных веществ (НПВ) рассматривается как одна из наиболее актуальных проблем современной наркологии, что связано с быстрым расширением спектра синтетических соединений, их доступностью и выраженным аддиктивным потенциалом. По данным современных исследований, распространённость употребления НПВ сопровождается увеличением числа пациентов с тяжёлым и нестабильным течением заболевания, что представляет значимую проблему для системы здравоохранения [3–5,16].

НПВ характеризуются разнообразием фармакологических эффектов и непредсказуемостью клинических проявлений, что затрудняет диагностику и лечение. Особую роль играют синтетические катиноны и каннабиноиды, обладающие выраженным воздействием на центральную нервную систему и способностью быстро формировать зависимость. Современные данные свидетельствуют о том, что данные вещества ассоциированы с развитием аффективных нарушений, когнитивных расстройств и поведенческой дезорганизации [5,8,9].

Одной из ключевых особенностей зависимости от НПВ является высокая частота рецидивов, особенно в раннем постлечебном периоде. Рецидив рассматривается как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Важную роль в его формировании играют патологическое влечение, стрессовые воздействия и нарушения эмоциональной регуляции [13,15,20].

С позиций современной нейробиологии зависимость рассматривается как нарушение функционирования систем вознаграждения и самоконтроля, что приводит к формированию компульсивного поведения и снижению способности к произвольной регуляции. Патологическое влечение при этом выступает центральным звеном аддиктивного процесса и определяет поведенческие реакции пациента в условиях эмоциональной нестабильности [14,15].

Несмотря на значительный объём накопленных данных, в клинической практике оценка риска рецидива зачастую носит статический характер и основывается на разовой оценке состояния пациента. Такой подход не позволяет в полной мере учитывать динамику психоэмоциональных изменений и своевременно выявлять периоды повышенной уязвимости [6,18].

В последние годы всё большее внимание уделяется необходимости разработки клинико-ориентированных методов, направленных на динамическое наблюдение за состоянием пациента. Использование регулярной оценки патологического влечения и аффективных нарушений рассматривается как перспективное направление, позволяющее повысить точность прогнозирования и эффективность профилактики рецидивов [6,7].

В этой связи актуальной задачей является разработка метода динамического мониторинга риска рецидива, основанного на систематической оценке клинико-психологических показателей и их изменений во времени, что позволяет своевременно выявлять признаки дестабилизации состояния и обосновывать клинические решения.

Целью настоящей работы является описание метода динамического мониторинга риска рецидива у пациентов с зависимостью от новых психоактивных веществ, включающего алгоритм наблюдения, систему стратификации риска и подходы к принятию клинических решений.

Материалы и методы.

Настоящая работа выполнена на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья и направлена на разработку и клиническое описание метода динамического мониторинга риска рецидива у пациентов с зависимостью от новых психоактивных веществ.

В основу предлагаемого подхода положены результаты клинического наблюдения за пациентами, проходившими стационарное лечение по поводу зависимости от новых психоактивных веществ, а также анализ клинико-психологических факторов, влияющих на формирование рецидива. Исследование носило клинико-наблюдательный, проспективный характер с элементами катамнестического анализа.

В исследование включено 166 пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу зависимости от психоактивных веществ. В структуре выборки преобладали пациенты с зависимостью от синтетических катинонов — 90 человек (54,2%), пациенты с зависимостью от синтетических каннабиноидов составили 36 человек (21,7%), и 40 пациентов (24,1%) имели зависимость от прегабалина. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В гендерной структуре выборки отмечалось выраженное преобладание мужчин — 158 человек (95,2%), женщины составили 8 человек (4,8%), что отражает особенности распространённости упо-

требления новых психоактивных веществ в клинической практике.

При разработке метода использовался комплекс взаимодополняющих методов исследования, включающий клинический, клинико-анамнестический, психометрический и статистический методы. Клинический метод предусматривал оценку психического состояния пациентов в динамике с учётом особенностей течения зависимости. Клинико-анамнестический метод использовался для анализа данных о длительности заболевания, характере употребления и ранее перенесённых эпизодах рецидива.

Психометрическое исследование проводилось с использованием стандартизированных методик. Для оценки выраженности патологического влечения применялась клиническая шкала Винниковой. Аффективное состояние пациентов оценивалось с использованием шкалы депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS) и шкалы тревожности Спилбергера–Ханина.

Дополнительно применялись визуально-аналоговые шкалы (ВАШ), позволяющие оценивать уровень патологического влечения, тревожности и эмоционального состояния за последние 24 часа. Использование данного инструмента обеспечивало возможность отслеживания краткосрочных изменений состояния пациента.

Метод динамического мониторинга риска рецидива основан на регулярной оценке выраженности патологического влечения, уровня тревожности и эмоционального состояния пациента. Регулярность наблюдения определялась этапом лечения: в условиях стационара оценка проводилась ежедневно, в амбулаторных условиях — с учётом клинической динамики.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов медицинской статистики. Рассчитывались средние значения показателей и проводился сравнительный анализ. Статистическая значимость принималась при уровне $p < 0,05$.

Все этапы исследования проводились с соблюдением этических норм. Пациенты были информированы о целях исследования и давали добровольное согласие на участие.

Результаты исследования.

В ходе проведённого исследования были проанализированы клинико-психологические характеристики 166 пациентов с зависимостью от новых психоактивных веществ, находившихся на стационарном лечении. В структуре выборки пациенты с зависимостью от синтетических катинонов составили 90 человек (54,2%), синтетических каннабиноидов — 36 человек (21,7%), прегабалина — 40 человек (24,1%).

Клинико-психологическое обследование проводилось с использованием комплекса методов, включающих оценку патологического влечения, уровня тревожности и депрессивной симптоматики, а также субъективную оценку состояния пациентов. Применение стандартизированных психометрических методик позволило получить сопоставимые данные по всем обследованным пациентам.

Анализ показателей патологического влечения показал, что наиболее высокая его выраженность отмечалась у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов ($M = 24,3 \pm 2,1$), что свидетельствует о выраженном компульсивном характере влечения и снижении контроля над поведением. В группе синтетических каннабиноидов уровень патологического влечения составил $21,9 \pm 3,6$, оставаясь клинически значимым, но менее выраженным. У пациентов с зависимостью от прегабалина данный показатель был ниже ($M = 18,2 \pm 3,1$), что отражает сравнительно меньшую интенсивность влечения.

Результаты визуально-аналоговой оценки патологического влечения подтверждали данные клинической шкалы. Наиболее высокие значения интенсивности тяги отмечались у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов ($M = 7,4 \pm 1,6$), тогда как в группе синтетических

каннабиноидов показатель составил 5,9 ± 1,7, а в группе прегабалина — 4,4 ± 1,5.

Анализ аффективных показателей показал наличие выраженных нарушений эмоционального состояния у значительной части пациентов. По шкале депрессии Монтгомери–Асберга наиболее высокие значения выявлены в группе синтетических катинонов (M = 19,7 ± 4,2), что соответствует умеренной степени депрессивных расстройств. В группе синтетических каннабиноидов данный показатель составил 15,55 ± 6,00, в группе прегабалина — 16,34 ± 4,55.

Оценка уровня тревожности показала, что у пациентов всех групп отмечается повышение как реактивной, так и личностной тревожности. При этом у пациентов с зависимостью от прегабалина выявлены более высокие значения тревожности, что свидетельствует о выраженном внутреннем напряжении и эмоциональной нестабильности.

Субъективная оценка эмоционального состояния с использованием визуально-аналоговых шкал показала снижение уровня настроения у большинства пациентов, наиболее выраженное в группе синтетических катинонов (M = 3,6 ± 1,6), что отражает снижение эмоционального фона и астенизацию.

В ходе динамического наблюдения установлено, что у значительной части пациентов отмечаются колебания психоэмоционального состояния, проявляющиеся периодическим усилением патологического влечения, повышением уровня тревожности и снижением настроения. Указанные изменения носили волнообразный характер и предшествовали ухудшению клинического состояния.

Катамнестическое наблюдение через 3 месяца после выписки было завершено у 140 пациентов (84,3%). В ходе наблюдения рецидив был зарегистрирован у 108 пациентов (77,1%), что подтверждает высокий уровень рецидивирования при зависимости от новых психоактивных веществ.

Анализ клинических исходов показал, что наиболее неблагоприятное течение заболевания наблюдалось у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов, среди которых рецидив отмечен у 89,7% наблюдаемых пациентов. В группе синтетических каннабиноидов рецидив зарегистрирован у 60,0% пациентов, в группе прегабалина — у 62,5%.

Особое значение имеет выявленная зависимость между уровнем риска, определённым на основании динамической оценки состояния, и вероятностью рецидива. Установлено, что при низком уровне риска рецидив развился у 46,2% пациентов, при умеренном уровне риска — у 74,1%, тогда как при высоком уровне риска данный показатель достигал 94,6%. Таким образом, вероятность рецидива достоверно возрастала по мере увеличения уровня риска.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что динамика патологического влечения и аффективных нарушений является ключевым фактором, определяющим риск рецидива. Регулярная оценка указанных показателей позволяет своевременно выявлять периоды повышенной уязвимости пациента и может служить основой для принятия клинических решений.

Структура метода динамического мониторинга

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с зависимостью от новых психоактивных веществ риск рецидива формируется постепенно и связан с динамическими изменениями патологического влечения и аффективных нарушений. Установленная зависимость между уровнем риска и вероятностью рецидива, а также выявленные закономерности изменения психоэмоционального состояния позволяют рассматривать данные показатели в качестве клинически значимых маркеров уязвимости пациента.

Вместе с тем анализ результатов показал, что традиционная разовая оценка состояния пациента не позволяет в полной

мере выявлять периоды дестабилизации и своевременно предупреждать развитие рецидива. Это обуславливает необходимость перехода к динамическому наблюдению с регулярной оценкой ключевых показателей.

В этой связи на основании полученных данных разработан метод динамического мониторинга риска рецидива, направленный на выявление изменений состояния пациента в процессе наблюдения и повышение обоснованности клинических решений.

Структура предлагаемого метода и основные этапы его применения представлены ниже.

Таблица 1.

Алгоритм динамического мониторинга риска рецидива у пациентов с зависимостью от новых психоактивных веществ

Этап	Оцениваемые показатели	Критерии	Уровень риска	Клинические действия
Первичная оценка	Патологическое влечение, тревожность, настроение	Исходные значения	Не определяется	Формирование базового уровня
Динамическое наблюдение	Те же показатели	Стабильность / колебания	Предварительная оценка	Продолжение наблюдения
Анализ динамики	Изменения показателей	Усиление симптомов	Повышение риска	Усиление контроля
Стратификация	Комплексная оценка	Низкий / умеренный / высокий	Определён	Определение тактики
Принятие решения	Совокупность данных	Динамика состояния	Итоговый риск	Коррекция лечения

Представленный алгоритм позволяет систематизировать наблюдение за пациентом и обеспечить своевременное выявление признаков дестабилизации состояния.

Обсуждение.

Результаты проведённого исследования подтверждают, что зависимость от новых психоактивных веществ характеризуется выраженной клинической нестабильностью и высокой частотой рецидивов, что соответствует современным представлениям о хроническом и рецидивирующем характере аддиктивных расстройств. Выявленная высокая доля рецидивов в течение короткого катамнестического периода свидетельствует о сохраняющейся уязвимости пациентов даже после завершения стационарного этапа лечения.

Одним из ключевых результатов исследования является установление значимой роли патологического влечения в формировании рецидива. Наиболее высокая выраженность данного показателя отмечена у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов, что сопровождалось наибольшей частотой срывов. Это позволяет рассматривать патологическое влечение как центральный клинический маркер риска, требующий постоянного контроля в процессе наблюдения.

Не менее важное значение имеют аффективные нарушения, в частности тревожность и снижение настроения. Полученные данные показывают, что эмоциональная нестабильность является распространённым феноменом у пациентов с зависимостью от новых психоактивных ве-

ществ и играет существенную роль в формировании риска рецидива. При этом установлено, что не столько абсолютный уровень аффективных нарушений, сколько их динамика имеет определяющее значение.

Особого внимания заслуживает выявленная закономерность, согласно которой усиление патологического влечения в сочетании с повышением уровня тревожности и ухудшением эмоционального состояния предшествует развитию рецидива. Данная взаимосвязь указывает на возможность использования этих показателей в качестве ранних признаков дестабилизации состояния пациента.

С практической точки зрения важным является то, что выявленные изменения носят постепенный характер и могут быть зафиксированы при регулярном наблюдении. Это создаёт предпосылки для своевременного вмешательства и коррекции лечебной тактики до развития клинически выраженного срыва.

Полученные результаты обосновывают необходимость перехода от разовой оценки состояния пациента к его динамическому наблюдению. В отличие от традиционных подходов, основанных на фиксированной оценке, предложенный метод позволяет учитывать изменения состояния во времени и более точно определять текущий уровень риска.

Принципиальным преимуществом динамического мониторинга является его доступность и возможность применения в реальной клинической практике. Использование сочетания стандартизированных шкал и субъективной самооценки позволяет получать информацию о состоянии пациента без необходимости сложных диагностических процедур.

Важным аспектом является возможность стратификации пациентов по уровням риска. Выявленная градиентная зависимость между уровнем риска и вероятностью рецидива подтверждает клиническую значимость данного подхода и позволяет использовать его для дифференциации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, проведённое исследование показывает, что динамическая оценка патологического влечения и аффективных нарушений позволяет более точно прогнозировать риск рецидива и своевременно выявлять периоды повышенной уязвимости пациента. Это создаёт основу для более обоснованного выбора тактики ведения пациентов и повышения эффективности профилактики рецидивов.

Вместе с тем следует учитывать, что наблюдение за пациентами осуществлялось в ограниченный временной период, что не позволяет в полной мере оценить отдалённые результаты. Кроме того, часть пациентов была утрачена на этапе катамнестического наблюдения, что является типичным для данной категории больных.

В целом полученные данные подтверждают целесообразность использования динамического подхода в оценке риска рецидива и его практическую значимость в системе наркологической помощи.

Заключение.

Проведённое исследование показало, что зависимость от новых психоактивных веществ характеризуется высокой частотой рецидивов и выраженной клинической нестабильностью, что требует применения подходов, позволяющих учитывать динамику состояния пациента в процессе наблюдения.

Установлено, что патологическое влечение, тревожность и эмоциональное состояние, а также их изменения во времени являются ключевыми показателями, отражающими степень клинической уязвимости и риск развития рецидива. При этом наибольшее значение имеет не только уровень выраженности указанных показателей, но и их динамика, позволяющая выявлять ранние признаки дестабилизации состояния.

Разработанный метод динамического мониторинга риска рецидива обеспечивает возможность регулярной оценки состояния пациента и своевременного вы-

явления неблагоприятных изменений. Включение в структуру метода дневника самонаблюдения и системы стратификации риска позволяет повысить информативность наблюдения и обоснованность клинических решений.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование динамического подхода к оценке состояния пациента способствует более точному прогнозированию рецидива и позволяет дифференцировать пациентов по уровню риска, что имеет важное значение для выбора тактики ведения.

Таким образом, предложенный метод может рассматриваться как эффективный инструмент клинической оценки, направленный на повышение качества наблюдения за пациентами с зависимостью от новых психоактивных веществ и улучшение результатов лечебно-реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ashurov ZSh, Khayredinova II, Abdukakharova GK, Tadjibaev UA. Changes in the patterns of psychoactive substance use in Uzbekistan: from assessment to preventive measures. Am J Med Med Sci. 2025;15 (4):1187–1191. doi: 10.5923/j.ajmms.2025 1504.68

2. Abdukakharova GK, Ashurov ZSh, Khayredinova II, Tadjibaev UA, Ravshanov ZhA. System of psychotherapy and rehabilitation of emotional disorders in patients with dependence on novel psychoactive substances. Tashkent; 2024.

3. Lo TW, Yeung JWK. Substance abuse and public health: A multilevel perspective. Int J Environ Res Public Health. 2020;17 (7):2610. doi:10.3390/ijerph17072610

4. Varì MR, Mannocchi G, Tini A, et al. New psychoactive substances: Evolution and public health responses. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(23):8704. doi:10.3390/ ijerph17238704

5. Simão AY, Antunes M, et al. Implications of new psychoactive substances in public health. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(8):4869. doi:10.3390/ijer ph190848 69

6. Hasan M, Sarker SA. New psychoactive substances: A threat to developing countries. Addict Health. 2023;15(2):136–143. doi:10.22122/ahj.v15i2.387

7. Awuchi CG, Aja MP. New psychoactive substances: Public health concerns and solutions. J Chem. 2023; 2023:5852315. doi:10. 1155/2023/5852315

8. Gioé-Gallo C, Ortigueira S, et al. Synthetic cannabinoid receptor agonists: Pharmacological insights. Biomed Pharmacother. 2023; 164:114934. doi:10.1016/j. biopha.2023.114934

9. López-Arnau R, Camarasa J, et al. Synthetic cathinones and related substances. Front Psychiatry. 2022; 13:990405. doi:10. 3389/fpsyt.2022.990405

10. Luethi D, Liechti ME. Designer drugs: Mechanisms and adverse effects. Arch Toxicol. 2020;94(4):1085–1133. doi:10.1007 /s00204-020-02693-7

11. Shafi A, Berry AJ, Sumnall H, Wood DM, Tracy DK. New psychoactive substances: A review. Ther Adv Psychopharmacol. 2020; 10:2045125320967197. doi:10. 1177/2045 125320967197

12. Schifano F, Napoletano F, Arillotta D, et al. Clinical challenges of synthetic cathinones. Br J Clin Pharmacol. 2020;86(3): 410–419. doi:10.1111/bcp.14132

13. Verdejo-Garcia A, Albein-Urios N. Impulsivity and addiction mechanisms. Neurosci Biobehav Rev. 2021;128:314–329. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.06.019

14. Montag C, Sindermann C, Becker B. Affective neuroscience of addiction. Front Psychol. 2021;12:642. doi:10.3389/fpsyg. 2021. 642

15. Volkow ND, Boyle M. Neuroscience of addiction: Clinical relevance. Am J Psychiatry. 2021;178(3):209–220. doi: 10. 1176/appi.ajp.2020.20091380

16. European Union Drugs Agency. European Drug Report 2025: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2025.

17. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. Vienna: UNODC; 2024.

18. van Amsterdam J, Burgess N. Legal approaches to new psychoactive substan-ces. Eur Addict Res. 2023;29(5):363–372. doi:10.1159/000531123

19. Humphreys K, Shover CL. Responding to the opioid crisis: Global recommendations. Lancet. 2022;399(10324):55 5–604. doi:10.1016/S0140-6736(21)0225 2-2

20. Sinha R. Stress and relapse in addiction: Neurobiological mechanisms. J Clin Invest. 2024;134(5):e172883. doi:10.1172/JCI172883

РАЗНОНАПРАВЛЕННАЯ РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ДОМЕНОВ ПРИ МОНОПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ: ПИЛОТНОЕ КРОСС-СЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Медведева Юлия Андреевна – магистр
Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (Москва, Россия)
Павличенко Алексей Викторович – к.м.н., доцент, директор
Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (Москва, Россия)
Университет Реавиз, Институт психического здоровья
(Санкт-Петербург, Самара, Москва, Россия)

Аннотация. Введение. *Изучение личностных характеристик, связанных с монополярной депрессией (МД), представляет интерес в контексте уточнения факторов клинической гетерогенности состояния и возможных клинических маркеров. Несмотря на растущий интерес к альтернативным (дименсиональным) моделям расстройств личности, данные о связи аффективных темпераментов и доменов личностного функционирования, с одной стороны, и тяжестью депрессивной симптоматики, остаются ограниченными.*

Цель. *Оценить ассоциации аффективных темпераментов и доменов личностного функционирования с выраженностью депрессивной симптоматики для выявления факторов риска и потенциально протективных черт в острый период МД.*

Материалы и методы. *В пилотное одномоментное исследование включено 15 пациентов с верифицированным диагнозом МКБ-10 «рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод». Для психометрической оценки депрессии использовались шкалы MADRS и HADS, для оценки личностных характеристик – опросник аффективных темпераментов TEMPS-A и пятифакторный личностный опросник МКБ-11. Анализ включал описательные статистики и корреляции Спирмена ($r \geq 0,4$; $p \leq 0,05$).*

Результаты. *В структуре выборки доминировали дистимный и циклотимный темпераменты, а также домен негативной аффективности. Установлены прямые корреляции тяжести депрессии с такими характеристиками личности как ананкастность, трудоголизм и эгоцентризм. Обратные связи выявлены с безответственностью, недостатком эмпатии и чувством стыда, что указывает на их ситуативную протективную роль при остром эпизоде депрессии.*

Заключение. *Личностные стили обнаруживают неоднородные связи с выраженностью депрессивной симптоматики. Полученные результаты следует рассматривать как предварительные; они указывают на целесообразность дальнейшего изучения личностных параметров как возможных факторов риска и прогностических характеристик депрессивных состояний.*

Ключевые слова: *монополярная депрессия; личностные стили; аффективные темпераменты; домены личностных расстройств; МКБ-11.*

DIFFERENTIAL ROLE OF PERSONALITY DOMAINS IN UNIPOLAR DEPRESSION: A PILOT CROSS-SECTIONAL STUDY

Medvedeva Yulia Andreevna – master's degree
Lomonosov Moscow State University (Moscow, Russia)
Pavlichenko Aleksey Viktorovich – Ph.D., associate professor, director
Lomonosov Moscow State University (Moscow, Russia)
Reaviz University, Institute of Mental Health (St. Petersburg, Samara, Moscow, Russia)

Abstract. Introduction. *Investigating personality characteristics associated with unipolar depression (UD) is of interest for clarifying the clinical heterogeneity of the condition and identifying potential clinical markers. Despite growing interest in alternative (dimensional) models of personality disorders, data on the relationship between affective temperaments, personality functioning domains, and the severity of depressive symptoms remain limited.*

Aim. *To evaluate associations between affective temperaments, personality functioning domains, and the severity of depressive symptoms to identify risk factors and potentially protective traits during the acute UD.*

Materials and Methods. *A cross-sectional pilot study included 15 patients with a verified ICD-10 diagnosis of "recurrent depressive disorder, current depressive episode". Psychometric assessment of depression utilized the MADRS and HADS scales. Personality characteristics were assessed using the TEMPS-A questionnaire and the Five-Factor Personality Questionnaire for ICD-11. Data analysis included descriptive statistics and Spearman's correlations ($r \geq 0.4$; $p \leq 0.05$).*

Results. *The sample profile was dominated by dysthymic and cyclothymic temperaments, as well as the negative affectivity domain. Positive correlations were found between depression severity and personality traits such as anankastia, workaholism, and egocentrism. Negative associations were identified with irresponsibility, lack of empathy, and shame, indicating their situational protective role during an acute depressive episode.*

Conclusion. *Personality styles exhibit heterogeneous relationships with depressive symptom severity. These preliminary findings support the need for further investigation into personality parameters as potential risk factors and prognostic indicators in depressive states.*

Keywords: *unipolar depression; personality styles; affective temperaments; personality disorder domains; ICD-11.*

MONOPOLYAR DEPRESSIYADA SHAXS DOMENLARINING TURLI YO'NALISHDAGI ROLI: PILOT KROSS-SEKTSION TADQIQOT

Medvedeva Yuliya Andreevna – magistr
Lomonosov nomidagi Moskva davlat universiteti (Moskva, Rossiya)
Pavlichenko Aleksey Viktorovich – Ph.D., dotsent, direktor
Lomonosov nomidagi Moskva davlat universiteti (Moskva, Rossiya)
Reaviz universiteti, Ruhiy salomatlik instituti (Sankt-Peterburg, Samara, Moskva, Rossiya)

Annotatsiya. Kirish. *Monopolyar depressiya (MD) bilan bog'liq shaxsiy xususiyatlarni o'rganish holatning klinik geterogenligi omillari va mumkin bo'lgan klinik markerlarni aniqlashtirish nuqtai nazaridan qiziqish uyg'otadi. Shaxs buzilishlarining muqobil (dimensional) modellariga bo'lgan qiziqish ortib borayotganiga qaramay, bir tomondan affektiv temperamentlar va shaxs faoliyati domenlari, ikkinchi tomondan depressiv simptomatika og'irligi o'rtasidagi bog'liqlikka oid ma'lumotlar cheklangan bo'lib qolmoqda.*

Maqsad. *MDning o'tkir davrida xavf omillarini va potensial himoyalovchi xususiyatlarni aniqlash maqsadida affektiv temperamentlar hamda shaxs faoliyati domenlarining depressiv simptomatika ifodalanganligi bilan assotsiatsiyalarini baholash.*

Material va usullar. *Pilot bir momentli tadqiqotga XKT-10 bo'yicha «rekurrent depressiv buzilish, joriy depressiv epizod» tashxisi tasdiqlangan 15 nafar bemor kiritildi. Depressiyani psixometrik baholash uchun MADRS va HADS shkalalari, shaxsiy xususiyatlarni baholash uchun esa TEMPS-A affektiv temperamentlar so'rovnomasi hamda XKT-11 ning besh omilli shaxs so'rovnomasi qo'llanildi. Tahlil tavsifiy statistika va Spirmen korrelyatsiyalarini ($r \geq 0,4$; $p \leq 0,05$) o'z ichiga oldi.*

Natijalar. *Tanlanma tarkibida distimik va siklotimik temperamentlar, shuningdek negativ affektivlik domeni ustunlik qildi. Depressiya og'irligi bilan anankastlik, ishga ruju qo'yish (mehnatga qaramlik) va egotsentrizm kabi shaxsiy xususiyatlar o'rtasida to'g'ri korrelyatsiyalar aniqlandi. Mas'uliyatsizlik, empatiyaning yetishmasligi va uyat hissi bilan teskari aloqalar aniqlanib, bu xususiyatlarning o'tkir depressiv epizodda vaziyatli himoyalovchi rolini ko'rsatadi.*

Xulosa. *Shaxsiy uslublar depressiv simptomatika ifodalanganligi bilan bir xil bo'lmagan aloqalarni namoyon etadi. Olingan natijalar dastlabki sifatida ko'rib chiqilishi lozim; ular shaxsiy parametrlarni depressiv holatlarning mumkin bo'lgan xavf omillari va prognostik xususiyatlari sifatida yanada chuqur o'rganish maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi.*

Kalit so'zlar: *monopolyar depressiya; shaxsiy uslublar; affektiv temperamentlar; shaxs buzilishlari domenlari; XKT-11.*

Введение.

Депрессивные расстройства остаются одной из актуальных проблем современной психиатрии из-за их высокой распространённости, тенденции к хронификации и высокого суицидального риска. По данным ВОЗ, аффективная патология затрагивает более 3,8% мирового населения, а к 2030 году ожидается её выход на первое место в структуре причин утраты трудоспособности [1]. В рамках биопсихосоциальной модели генез депрессии связывается с взаимодействием средовых стрессоров, нейробиологических дисфункций и индивидуально-психологических особенностей, среди которых устойчивые личностные стили занимают особое место, определяя уязвимость к стрессу и характер клинического реагирования [2].

Внедрение дименсионального подхода в МКБ-11 изменило парадигму оценки личностной патологии, сместив фокус с категориальных диагнозов на домены функционирования: негативную аффективность, отстранённость, диссоциальность, расторможенность и ананкастность [3,4]. Одновременно сохраняет значимость концепция аффективных темпераментов, трактующая циклотимный, дистимный, гипертимный и возбудимый типы как факторы, предрасполагающие к развитию аффективных расстройств или являющиеся их субклиническими проявлениями [5]. Несмотря на убедительные данные о том, что высокие уровни нейротизма и перфекционизма выступают устойчивыми предикторами депрессивной симптоматики [6-9], вклад других личностных доменов (например, диссоциальности или расторможенности), а также возможные протективные эффекты отдельных черт остаются недостаточно изученными и описываются в литературе противоречиво.

Целью настоящего пилотного исследования явился анализ личностных стилей — аффективных темпераментов и доменов личностного функционирования по МКБ-11 — как факторов, ассоциированных с тяжестью депрессивной симптоматики. Предполагалось, что личностные стили демонстрируют значимые ассоциации с выраженностью депрессии, при этом часть характеристик выступает в роли факторов риска, тогда как другие могут выполнять протективную функцию.

Материалы и методы.

Дизайн и выборка. Проведено одномоментное пилотное исследование в период с декабря 2024 г. по март 2025 г. Критерии включения: пациенты 18–65 лет с верифицированным психиатром диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства по МКБ-10 (F33). Критерии исключения: биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство, органические поражения ЦНС, тяжёлые соматические заболевания, когнитивные нарушения. Итоговую выборку составили 15 респондентов (средний возраст 42,13 ± 15,44 года; 7 женщин, 8 мужчин). Все участники подписали добровольное информированное согласие.

Инструменты. Применялись следующие валидизированные методики:

Шкала депрессии Монтгомери–Асберг (MADRS) — полуструктурированное интервью для оценки тяжести депрессивной симптоматики (10 пунктов, диапазон 0–60); высокая чувствительность к изменениям подтверждена в мета-анализах [10].

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) — скрининговый самоопросник (14 пунктов); порог клинической значимости ≥11 баллов; русскоязычная версия валидизирована [11].

Опросник аффективных темпераментов TEMPS-A — самоотчётная методика для оценки гипертимного, дистимного, циклотимного, возбудимого и тревожного темпераментов; адаптирована для русскоязычной выборки [12].

Пятифакторный личностный опросник для МКБ-11 (FFiCD) — инструмент оценки пяти доменов личностного функционирования (негативная аффективность, отстранённость, диссоциальность, расторможенность, ананкастность); 121 пункт, шкала Ликерта 1–5; соответствует дименсиональной модели МКБ-11 [13].

Процедура. Обследование проводилось индивидуально в условиях амбулаторного приёма. Методики предъявлялись в фиксированной последовательности (HADS → TEMPS-A → FFiCD → MADRS) для минимизации эффекта утомления. Клиническое интервью по MADRS выполнялось сертифицированным исследователем.

Статистический анализ. Обработка данных выполнена в IBM SPSS Statistics v.26. Ввиду малого объёма выборки (N=15) и отклонения распределения от нормального использовались непараметрические методы: описательные статистики (M ± SD), коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ). Учитывая пилотный характер исследования, поправка на множественные сравнения не применялась; интерпретировались корреляции с |ρ| ≥ 0,40 при уровне значимости p ≤ 0,05.

Результаты.

Средний балл по шкале MADRS составил 28,73 ± 3,92, что соответствует депрессивному эпизоду умеренной степени тяжести. По данным HADS, средние показатели депрессии (13,73 ± 2,15) и тревоги (15,47 ± 2,95) превышали порог клинической значимости (11 баллов), при этом уровень тревоги был несколько выше, чем выраженность депрессивной симптоматики.

По результатам TEMPS-A среди аффективных темпераментов преобладали дистимный (74,40% при пороговом значении для «вероятного» темперамента 75%) и циклотимный (72,6%) типы, тогда как гипертимный (27,4%) и возбудимый (34,8%) темпераменты были выражены существенно слабее.

В структуре личностных доменов (FFiCD) ведущим являлся домен негативной аффективности (150,40 ± 3,54 балла). Остальные домены в порядке убывания: расторможенность (76,00 ± 4,87), ананкастность (69,60 ± 7,06), диссоциальность (55,07 ± 1,91) и отстранённость (37,73 ± 8,83). Детальные показатели субдоменов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели личностных доменов и субдоменов по пятифакторному личностному опроснику для МКБ-11 (FFiCD)

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартное отклонение
Агрессия	15	13,00	17,00	14,6667	1,17514
Недостаток эмпатии	15	18,00	25,00	21,0667	2,40436
Эгоцентризм	15	17,00	23,00	19,9333	1,79151
Диссоциальность	15	53,00	59,00	**55,0667**	1,90738
Гневливость	15	13,00	20,00	16,4000	2,38447

Тревожность	15	23,00	27,00	24,8000	1,61245
Депрессивность	15	28,00	33,00	30,2667	2,15362
Эмоциональная лабильность	15	15,00	21,00	18,7333	1,90738
Недоверчивость	15	6,00	11,00	8,8000	1,89737
Чувство стыда	15	20,00	27,00	23,5333	2,74816
Ранимость	15	17,00	20,00	19,0667	1,16292
Негативная аффективность	15	146,00	155,00	**150,4000**	3,54159
Неорганизованность	15	9,00	15,00	12,3333	1,75933
Безответственность	15	31,00	36,00	34,3333	1,87718
Опрометчивость	15	16,00	23,00	19,4667	2,26358
Поиск острых ощущений	15	8,00	12,00	9,8667	1,30201
Расторможенность	15	67,00	83,00	**76,0000**	4,86973
Эмоциональная отстраненность	15	10,00	22,00	15,2667	4,26726
Социальная отстраненность	15	4,00	18,00	12,4667	4,85308
Неуверенность	15	8,00	12,00	10,0000	1,46385
Отстраненность	15	26,00	51,00	**37,7333**	8,82745
Негибкость	15	32,00	42,00	35,5333	3,35659
Перфекционизм	15	18,00	24,00	19,8000	2,14476
Трудоголизм	15	7,00	19,00	14,2667	4,69752
Ананкастность	15	61,00	82,00	**69,6000**	7,05894

Статистически значимые корреляции между тяжестью депрессии и личностными параметрами представлены в таблице 2. Для MADRS и субшкалы депрессии HADS были выявлены сходные направления связей. Более высокая выраженность депрессивной симптоматики ассоциировалась с доменом ананкастности, субдоменом трудоголизма и эгоцентризмом, тогда как безответственность, чувство стыда и недостаток эмпатии демонстрировали обратные связи с тяжестью депрессии.

Таблица 2.

Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена между показателями депрессивной симптоматики и личностными характеристиками (FFiCD), N = 15

Личностная переменная	HADS (Депрессия)	MADRS
Ананкастность (домен)	0,506*	0,539*
Трудоголизм (субдомен)	0,311	0,508*
Эгоцентризм (субдомен)	0,404*	0,353
Безответственность (субдомен)	–0,424*	–0,462*
Чувство стыда (субдомен)	–0,424*	–0,462*
Недостаток эмпатии (субдомен)	–0,298	–0,429*

*Примечание: * — корреляции, удовлетворяющие критерию $|\rho| \geq 0{,}40$ при $p \leq 0{,}05$*

По шкале MADRS установлены положительные корреляции с ананкастностью (ρ = 0,539) и трудоголизмом (ρ = 0,508), а по шкале HADS — с ананкастностью (ρ = 0,506) и эгоцентризмом (ρ = 0,404). Таким образом, более высокая ригидность, фиксация на порядке и трудовой занятости, а также сосредоточенность на собственных интересах были связаны с большей выраженностью депрессивной симптоматики.

Отрицательные корреляции с тяжестью депрессии выявлены для безответственности (MADRS: ρ = –0,462; HADS: ρ = –0,424) и чувства стыда (для обеих шкал ρ = –0,462), а также для недостатка эмпатии по отношению к MADRS (ρ = –0,429). Эти данные указывают на то, что более лёгкое отношение к обязательствам, сниженная выраженность переживания стыда и ограниченное эмоциональное вовлечение в проблемы других были ассоциированы с меньшей выраженностью депрессивной симптоматики в обследованной выборке.

Примечательно, что интегральный показатель домена «негативная аффективность» не продемонстрировал значимой линейной связи с тяжестью депрессии по MADRS, что может отражать гетерогенность данного домена и разнонаправленный вклад его субдоменов.

Обсуждение.

Полученные результаты согласуются с современными моделями аффективной патологии, рассматривающими дистимный и циклотимный темпераменты в качестве преморбидных предикторов монополярных депрессий [5, 14]. Доминирование домена негативной аффективности в структуре личности обследованных пациентов отражает устойчивую связь данной черты с уязвимостью к стрессу и аффективной дисрегуляцией [15-17]. Однако ключевой находкой исследования является дифференцированная роль отдельных личностных доменов МКБ-11 в модуляции тяжести депрессивной симптоматики.

Чрезмерная вовлечённость в работу в сочетании с низкой способностью к отдыху и делегированию может формировать хроническое напряжение, способствующее усилению депрессивной симптоматики, что согласуется с концепцией ригидных копинг-стратегий, которые в условиях хронического стресса истощают адаптационные ресурсы [18].

Закономерной выглядит и ассоциация эгоцентризма с субъективно переживаемой выраженностью депрессии (по HADS): фиксация на собственных страданиях при сниженной способности к самодистанцированию может усиливать чувство безысходности [16].

Особый интерес представляет обнаруженная отрицательная корреляция чувства стыда (по субшкале FFiCD) с тяжестью депрессивной симптоматики, что расходится с традиционными представлениями о стыде как одном из центральных аффектов депрессии [15]. Возможным объяснением является то, что в острой фазе депрессии сохранность способности испытывать стыд может выполнять адаптивную функцию социального контроля и удерживать пациента от более глубокого регресса, тогда как выраженное снижение стыда может отражать большую тяжесть расстройства [15].

Аналогичным образом предполагаемый протективный эффект безответственности и недостатка эмпатии, вероятнее всего, связан с ситуативным снижением чрезмерных требований к себе и уменьшением эмпатического дистресса, возникающего в ответ на негативные эмоции окружающих, что временно смягчает переживание собственной несостоятельности [19]. Эти наблюдения подчёркивают нелинейный характер связи личностных черт и аффекта: крайние значения как в сторону гиперответственности, так и в сторону выраженной индифферентности могут иметь различное прогностическое значение.

При интерпретации результатов следует учитывать ряд ограничений. Во-первых, малый объём выборки (N = 15) и её возрастная гетерогенность существенно

ограничивают интерпретацию выводов. Во-вторых, отсутствие контрольной группы здоровых лиц не позволяет однозначно дифференцировать вклад преморбидных особенностей и состояний, связанных с текущим депрессивным эпизодом. В-третьих, поперечный дизайн не даёт возможности делать выводы о причинно-следственных связях: с одной стороны, лица с определёнными личностными характеристиками могут демонстрировать более тяжёлое течение депрессии, с другой — само депрессивное состояние способно искажать самовосприятие и оценку личностных черт. Для частичного снижения влияния состояния шкала MADRS использовалась в формате клинического интервью. Тем не менее, полученные данные следует расценивать как предварительные и требующие репликации на более крупных и более гомогенных выборках с использованием лонгитюдных дизайнов и поправок на множественные сравнения.

Заключение.

Проведённое пилотное исследование подтверждает значимость дименсиональной оценки личностных стилей для понимания факторов риска и возможных прогностических характеристик депрессивных состояний [20]. Установлено, что у пациентов с депрессивным расстройством в данной выборке преобладают циклотимный и дистимный аффективные темпераменты. Вопреки ожиданиям, интегральный показатель домена негативной аффективности не продемонстрировал прямой линейной связи с объективной тяжестью депрессивной симптоматики, тогда как его субдомены проявили разнонаправленные эффекты.

Полученные данные указывают на то, что более высокая выраженность ананкастности (особенно трудоголизма) и эгоцентризма ассоциирована с большей тяжестью депрессии, в то время как умеренно выраженные безответственность, недостаток эмпатии и чувство стыда могут быть связаны с относительно меньшей выраженностью симптоматики в остром периоде. Эти результаты следует рассматривать как предварительные и требующие проверки в более крупных выборках; вместе с тем они обосновывают целесообразность включения оценки личностного профиля в алгоритмы персонализированной терапии с фокусом на коррекцию ригидных когнитивных установок и регуляцию эмоционального дистресса. Для верификации выявленных закономерностей необходимы дальнейшие исследования с применением лонгитюдного дизайна, формированием контрольных групп и использованием многофакторных статистических моделей.

Благодарности.

Авторы выражают благодарность участникам исследования и врачам- психиатрам психоневрологического диспансера № 18 (заведующая – О.Ю. Тюлькина) психиатрической больницы №1 им. Н.А.Алексеева (главный врач – Г.П.Костюк) за их вклад на всех этапах выполнения данной работы. Исследование не имело внешней финансовой поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jun 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

2. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jun 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

3. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Geneva: WHO; 2023. Available from: https://icd.who.int/

4. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. BMC Psychiatry. 2018 Oct 29;18(1):351. doi: 10.1186/s12888-018-1908-3.

5. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. Curr Opin Psychiatry. 2010 Jan;23(1): 12-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833299d4.

6. Dunkley DM, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. Compr Psychiatry. 2009 Jul-Aug;50(4): 335-46. doi: 10.1016/j.comppsych.2008.09. 004. Epub 2008 Nov 21.

7. Simon PD, Salanga MGC, Aruta JJBR. The distinct link of perfectionism with positive and negative mental health outcomes. Front Psychiatry. 2025 Mar 14;16:1492466. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1492466.

8. Smith MM, Vidovic V, Sherry SB, Stewart SH, Saklofske DH. Are perfectionism dimensions risk factors for anxiety symptoms? A meta-analysis of 11 longitudinal studies. Anxiety Stress Coping. 2018 Jan;31(1):4-20. doi: 10.1080/10615806.2017.1384466.

9. А.В. Павличенко. Личностные стили как фактор риска развития и прогноза монополярной депрессии. Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения: Сборник материалов 7-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 31 октября 2022 года / Под редакцией проф. Г.П. Костюка. – М.: «КДУ»; «Добросвет», 2023. 294-301.

10. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979;134:382-9. doi: 10.1192/bjp.134.4.382

11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70. doi:10.1111/j.160 0-0447. 1983.tb09716.x

12. Akiskal HS, Akiskal KK. TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. J Affect Disord. 2005 Mar;85(1-2):1-2. doi: 10.1016/j.jad.2004.12. 003. PMID: 15780670.

13. Oltmanns JR, Widiger TA. A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. Psychol Assess. 2018 Feb;30(2):154-169. doi: 10.1037/pas0000459. Epub 2017 Feb 23.

14. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull. 2023;55(1):45-58.

15. Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS. Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. Psychol Bull. 2011 Jan;137(1):68-96. doi: 10.1037/a0021466.

16. Депрессия и дисфункция личности. Комплексный взгляд на функциональные домены / под ред. Г. де ла Парры, П. Даньино, А. Бена; пер. с англ.; под ред. Д. Н. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 327 с.

17. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet. 2023; 401(10382):1135-48. doi:10.1016/S0140-67 36(22)02273-1

18. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, Evans A, Radford S, Teasdale JD, Dalgleish T. How does mindfulness-based cognitive therapy work? Behav Res Ther. 2010 Nov;48(11):1105-12. doi: 10.1016/j.brat.2010.08.003.

19. Decety J, Bartal IB, Uzefovsky F, Knafo-Noam A. Empathy as a driver of prosocial behaviour: highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2016 Jan 19;371 (1686):20150077. doi: 10.1098/rstb.2015. 0077.

20. Hopwood CJ, Kotov R, Krueger RF et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. Personal Ment Health. 2018 Feb;12(1):82-86. doi: 10.1002/ pmh.1408.

ТРЕВОЖНОСТЬ ВРАЧА КАК ФАКТОР ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В ПСИХИАТРИИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Шукуров Баходир Лутфиллаевич
Магзумова Шахноза Шахзадэевна
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Психиатрическая практика характеризуется высокой клинической неопределённостью и высокой ценой ошибки, что создаёт условия для межврачебной вариабельности диагностических и терапевтических решений. Наряду с факторами, сопровождающими пациента и систему, всё большее значение придаётся факторам, влияющим на врача, определяющим решение врача, включая тревожность и отношение к неопределённости.*

Цель. *Обобщить современные данные о клинической характеристике тревожности врача (как состояния и как свойства) и её роли в вариабельности тактики лечения психических расстройств.*

Методы. *Выполнен описательный обзор литературы по медицинской неопределённости, толерантности/интолерантности к неопределённости у врачей и инструментам её измерения, по феномену «перестраховочной» клинической тактики и избыточного медицинского вмешательства, а также по психиатрическим исследованиям вариативности назначений, полипрагмазии и мониторинга побочных эффектов. Использованы систематические обзоры, мета-анализы и крупные наблюдательные исследования.*

Результаты. *Показано, что клиническая неопределённость может запускать тревожное реагирование, влияя на выбор стратегии решения (расширение диагностики, интенсификация лечения, раннее комбинирование, частые переключения, усиление контроля, либо избегание сложных случаев). Наиболее применяемыми инструментами оценки реакций на неопределённость являются PRU/PRUS, TFA и TAMSAD, при этом доказательства их психометрической состоятельности контекст-зависимы. Практически значимыми маркерами вариативности выступают антипсихотическая полипрагмазия, полнота мониторинга нежелательных явлений и длительное применение бензодиазепинов.*

Выводы. *Тревожность врача и непереносимость неопределённости могут повышать нежелательную вариабельность тактики. Перспективны проспективные многоуровневые исследования с привязкой психологических показателей врача к реальным клиническим решениям и внедрение командных алгоритмов и совместного принятия решений.*

Ключевые слова: *тревожность врача; клиническая неопределённость; непереносимость неопределённости; клиническое решение; вариабельность практики; психиатрия; полипрагмазия; мониторинг безопасности; бензодиазепины; совместное принятие решений.*

SHIFOKOR XAVOTIRLIGI PSIXIATRIADA DIAGNOSTIK VA TERAPEVTIK QARORLARDA O'ZGARUVCHILIK OMILI SIFATIDA: ADABIYOT SHARHI

Shukurov Bahodir Lutfilaevich
Magzumova Shaxnoza Shaxzadeevna
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. *Psixiatriya amaliyoti klinik noaniqlik ulushi yuqori bo‘lgan va xatolik “narxi” katta bo‘lgan soha hisoblanadi; bu esa o‘xshash klinik holatlarda ham shifokorlar o‘rtasida diagnostika va davolash taktikasi farqlanishiga olib kelishi mumkin. Bemor va tizim omillaridan tashqari, shifokorga oid omillar, jumladan xavotir hamda noaniqlikka munosabat tobora ko‘proq e’tiborga olinmoqda.*

Maqsad. *Shifokor tashvishlanishini (holat va barqaror xususiyat sifatida) klinik jihatdan tavsiflash va uning psixik buzilishlarni davolash taktikasidagi variabellikka qo‘shadigan hissasi bo‘yicha zamonaviy adabiyotlarni umumlashtirish.*

Usullar. *Tibbiy noaniqlik, noaniqlikka toqat/toqat qilmaslik va ularni o‘lchash shkalalari, nojo‘ya oqibatlardan meyyoridan ortiq himoyalanish kabi klinik taktika hamda ortiqcha tibbiy aralashuv, shuningdek psixiatriyada tayinlovlar variabelligi, polipragmaziya va nojo‘ya ta’sir monitoringi bo‘yicha tizimli sharhlar, meta-tahlillar va yirik kuzatuv tadqiqotlari tahlil qilindi.*

Natijalar. *Klinik noaniqlik shifokorda tashvishli reaksiya keltirib chiqarib, qaror strategiyasini o‘zgartirishi mumkin (diagnostikani kengaytirish, davolashni kuchaytirish, erta kombinatsiya, tez-tez almashtirish, nazoratni kuchaytirish yoki murakkab holatlardan qochish). Noaniqlikka reaksiyani baholashda PRU/PRUS, TFA va TAMSAD ko‘p qo‘llanadi, ammo ularning psixometrik dalillari kontekstga bog‘liq. Variabellikning amaliy markerlari sifatida antipsixotik polipragmaziya, xavfsizlik monitoringi to‘liqligi va benzodiazepinlarni uzoq muddat qo‘llash ajratildi.*

Xulosa. *Shifokor tashvishlanishi va noaniqlikka toqat qilmaslik noxush variabellikni kuchaytirishi mumkin; prospektiv ko‘p darajali tadqiqotlar va jamoaviy algoritmlar hamda bemor bilan birgalikda qaror qabul qilish amaliyotlari dolzarbdir.*

Kalit so‘zlar: *shifokor tashvishlanishi; klinik noaniqlik; noaniqlikka toqat qilmaslik; klinik qaror; amaliyot variabelligi; psixiatriya; polipragmaziya; xavfsizlik monitoringi; benzodiazepinlar; birgalikda qaror qabul qilish.*

PHYSICIAN ANXIETY AS A FACTOR OF VARIABILITY IN DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC DECISIONS IN PSYCHIATRY: A LITERATURE REVIEW

Bakhodir Lutfilaevich Shukurov
Shakhnoza Shakhzadeevna Magzumova
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract*. Psychiatric care is characterized by substantial clinical uncertainty and high perceived costs of error, which may contribute to clinician-to-clinician variation in diagnostic and therapeutic decisions. Beyond patient and system determinants, clinician-related factors such as anxiety and intolerance of uncertainty are increasingly recognized.*

Objective. *To synthesize contemporary evidence on physician anxiety (state and trait) and its potential contribution to variability in treatment tactics for mental disorders.*

Methods. *A narrative literature review was conducted across four domains: medical uncertainty and uncertainty tolerance and their measurement; physician anxiety and professional well-being; “defensive” clinical behaviors and excessive medical intervention/low-benefit care; and psychiatric evidence on prescribing variation, polypharmacy, and adverse-effect monitoring. Priority was given to systematic reviews, meta-analyses, and large observational studies, complemented by recent evidence on antipsychotic polypharmacy and benzodiazepine deprescribing strategies.*

Results. *Clinical uncertainty may elicit anxiety that shapes decision strategies, including increased diagnostic intensity, treatment escalation and early combinations, frequent switching,*

intensified monitoring, referral to team decisions, or avoidance of complex cases. PRU/PRUS, TFA, and TAMSAD are among the most frequently used instruments to assess uncertainty reactions, yet their psychometric evidence is heterogeneous and context sensitive. Practical markers of variation include antipsychotic polypharmacy and its dynamics, adherence to recommended safety monitoring, and long-term benzodiazepine use.

Conclusions. *Physician anxiety and intolerance of uncertainty may amplify undesirable practice variation in psychiatry. Prospective multilevel studies linking clinicians' psychological measures to real-world decisions and outcomes, alongside team-based pathways and shared decision-making practices, are warranted.*

Keywords: *physician anxiety; clinical uncertainty; intolerance of uncertainty; clinical decision-making; practice variation; psychiatry; antipsychotic polypharmacy; safety monitoring; benzodiazepines; shared decision making.*

Введение.

Психиатрическая практика характеризуется высокой долей неопределённости и ответственностью за решения, влияющие на безопасность пациента и окружающих, долгосрочные исходы и юридические последствия. В отличие от многих соматических областей, где значительную часть диагностики поддерживают лабораторные и инструментальные маркеры, в психиатрии клиническая оценка остаётся центральной. Это повышает значение клинического мышления и субъективной интерпретации данных, что создаёт условия для межврачебных различий даже при сходных клинических ситуациях.

Вариабельность тактики включает различия в диагностической активности (объём обследований, применение шкал и структурированных интервью), порогах постановки диагноза и выборе категории (например, аффективный спектр, психотический спектр, расстройства личности), а также в фармакотерапевтических решениях: выбор стартового препарата, скорость титрации, раннее комбинирование лекарственных средств, частота переключения схем, длительность поддерживающего лечения, стратегии отмены терапии. Дополнительно различаются подходы к психотерапии и реабилитации, к взаимодействию с семьёй, к планированию наблюдения и кризисного реагирования.

Традиционные модели объяснения вариативности основываются на факторах, идущих от пациента (тяжесть, коморбидность, предпочтения), факторах, свойственных системе оказания помощи (доступность помощи, нагрузка, формуляры), а также уровне доказательности. Однако всё больше исследований в области медицинской неопределённости и качества помощи подчёркивают вклад факторов врача: его толерантности к неопределённости, когнитивных стилей, отношения к риску, эмоциональных реакций, включая тревожность. Психиатрия, где цена ошибки воспринимается как высокая, является естественной модельной областью для изучения роли тревожности врача в вариабельности терапевтической тактики.

В редакционной статье тревожность, связанная с неопределённостью и «перестраховкой», рассматривается как один из механизмов оборонительной медицины и избыточного медицинского вмешательства [26]. В системах здравоохранения, ориентированных на стандартизацию и доказательность, осознание и управление фактором врача приобретает практическое значение: оно может снижать нежелательную вариативность при сохранении клинической индивидуализации и совместного принятия решений.

Цель обзора — расширенно описать тревожность врача (как состояния и как свойства), её связь с толерантностью/интолерантностью к неопределённости и возможные поведенческие послед-

ствия для принятия диагностических и терапевтических решений в психиатрии.

Материалы и методы.

Обзор выполнен в описательном формате. Использованы публикации по четырём взаимосвязанным направлениям: (1) медицинская неопределённость, толерантность к неопределённости и инструменты её измерения у врачей (систематические обзоры и валидизация шкал); (2) тревожность и профессиональное благополучие врачей, в том числе психиатров; (3) оборонительная медицина, избыточное медицинское вмешательство и вмешательства без доказанной клинической пользы; (4) психиатрические исследования вариативности назначений, полипрагмазии, мониторинга побочных эффектов. Опорой служили систематические обзоры по шкалам толерантности к неопределённости [25, 23], обзор по совладанию с неопределённостью [27], исследование связи толерантности к неопределённости и совместного принятия решений врачом и пациентом [3], мета-анализ оборонительной медицины [9], а также недавние данные по полипрагмазии антипсихотиков [14, 13, 6] и постепенной отмене бензодиазепинов [28].

Источники отбирались с акцентом на высокую доказательность (систематические обзоры, мета-анализы, крупные наблюдательные исследования, рандомизированные испытания интервенций), а также на публикации последних лет, соответствующие требованиям редакции.

Результаты.

1. Клиническая неопределённость и тревожность врача как детерминанты тактики принятия решений. Неопределённость в клинической практике может быть диагностической, терапевтической, прогностической, коммуникативной и правовой. Она может быть «устранимой» (недостаток данных) и «неустранимой» (границы знания и вероятностная природа исходов). В ответ на неопределённость у врача возникает эмоциональная реакция (в т.ч. тревога), которая влияет на когнитивную обработку информации и выбор стратегии. Типичные стратегии включают: (а) расширение диагностики и мониторинга; (б) интенсификацию лечения и раннее комбинирование; (в) отсрочку решений; (г) передачу решения (на консультацию/консилиум); (д) избегание сложных случаев. Эти стратегии могут быть адаптивными или дезадаптивными в зависимости от контекста и доказательности [23].

Реакция врача на неопределённость не ограничивается рациональным анализом информации. Обзор литературы по преодолению неопределённости в клинической практике подчёркивает, что в ответ на неё формируются взаимосвязанные когнитивные, эмоциональные и этические реакции. При этом интолерантность к неопределённости и стремление к «комфорту решения» могут запускать дезадаптивные формы клинического поведения. У врачей с более низкой переносимостью неопределённости чаще отмечаются искажения клинического мышления, преждевременное завершение диагностического поиска, более низкая диагностическая результативность, избыточное или нецелевое использование обследований, назначение не вполне обоснованных вмешательств, лишние направления к другим специалистам и меньшее вовлечение коллег и пациентов в совместное обсуждение решения [23].

Отдельный систематический обзор по переносимости неоднозначности и психологическому благополучию у врачей и студентов медиков показал, что во всех включённых исследованиях более низкая переносимость неопределённости или неоднозначности была связана с худшим психологическим состоянием. Авторы прямо указывают на возможную связь данного феномена со стрессом, эмоциональным истощением, профессиональным выгоранием и другими нарушениями психологического благополучия, хотя подчёрки-

вают и методологическую неоднородность имеющихся работ. Это важно для понимания того, что тревога врача в условиях неопределённости выступает не только как эмоциональное сопровождение клинического выбора, но и как фактор, способный менять сам способ переработки информации и стратегию действия. [10]

Современный обзор, посвящённый интолерантности к неопределённости и неопределённости принятия решений у врачей, показал, что в условиях высокой неопределённости этот феномен сочетается с признаками неблагополучия психического состояния и может быть связан с проблемными процессами принятия решений. В качественных исследованиях неопределённость описывалась как значимый стрессор для врачей, а в количественных работах она ассоциировалась с большей готовностью поддерживать непроверенные лечебные решения по крайней мере в начале пандемии. Хотя этот обзор основан на пандемическом контексте и не должен переноситься механически на рутинную практику, он подтверждает сам принципиальный механизм: неопределённость усиливает эмоциональное напряжение врача и может смещать тактику клинического выбора. [3]

С практической точки зрения реакция врача на клиническую неопределённость нередко реализуется в виде нескольких повторяющихся тактических моделей: расширения объёма диагностики и мониторинга, интенсификации лечения, включая более ранние или избыточные назначения, отсрочки окончательного решения, передачи ответственности через консультации, консилиумы и повторные направления, а также избегания клинически сложных или потенциально рискованных случаев. Вместе с тем такие стратегии не следует рассматривать как изначально патологические, поскольку в ряде ситуаций они могут быть вполне адаптивными и клинически оправданными, если соотносятся с уровнем риска, степенью неопределённости и имеющейся доказательной базой. Однако при высокой тревоге врача, выраженной интолерантности к неопределённости и страхе неблагоприятных исходов те же формы поведения могут утрачивать адаптивный характер и превращаться в дезадаптивную перестраховочную тактику. [23]

Особое место в этой связи занимает оборонительная медицина. Систематический обзор с мета-анализом, включивший 64 исследования и данные 35,9 тыс. врачей из 23 стран, показал, что общая объединённая распространённость оборонительной медицины составила 75,8%. Авторы описывают две основные формы такого поведения: “обеспечивающее” поведение, при котором врач усиливает наблюдение, обследование и дополнительные действия, и “избегающее” поведение, при котором он уклоняется от более рискованных пациентов или вмешательств. Среди наиболее частых проявлений назывались увеличение частоты наблюдения и избегание протоколов лечения с высоким риском осложнений; значимым фактором также оказался прежний опыт медико-правовых разбирательств. [29]

Более новый систематический обзор качественных исследований показал, что оборонительная практика не сводится только к страху судебного иска. Клиницисты описывали её как явление, формирующееся под влиянием страха жалоб, регуляторного давления, культуры обвинения, неопределённости клинических исходов и организационных обстоятельств. Авторы специально отмечают, что качественные данные не подтверждают упрощённое представление об оборонительной практике как о единственном механизме, напрямую связывающем медико-правовой риск с некачественным лечением; скорее речь идёт о более сложном комплексе мотивов и контекстов. Тем не менее сам обзор подтверждает, что оборонительная практика широко переживается врачами

как реальная часть клинического поведения. [16]

В психиатрической практике проблема имеет свои специфические формы. Опрос итальянских психиатров 2023 года показал, что 60,2% респондентов сообщали о наличии оборонительной практики, причём она чаще проявлялась у более молодых врачей и особенно в ситуациях, связанных с суицидальным риском, насилием, двойным диагнозом и криминальным анамнезом. Авторы также показали, что оборонительные действия у психиатров были связаны скорее с воспринимаемым юридическим риском, чем с фактическим участием в судебных или дисциплинарных разбирательствах. [22]

Дополнительное подтверждение значимости неопределённости именно для психиатрии даёт систематический обзор с мета-анализом по способности психиатрических стационарных пациентов принимать решения о лечении. Авторы прямо указывают на сохраняющуюся значительную неопределённость в этой области из-за высокой неоднородности данных. При этом способность к принятию решения варьировала в зависимости от стадии госпитализации, добровольности или недобровольности лечения, объёма предоставленной информации и тяжести психопатологической симптоматики. Для психиатрической практики это означает, что неопределённость касается не только диагноза или риска, но и самого статуса субъекта решения, а следовательно, может дополнительно усиливать тревогу врача и склонность к защитной тактике. [18]

Таким образом, современные источники последних пяти лет позволяют обоснованно утверждать, что клиническая неопределённость связана с эмоциональной реакцией врача, включая тревогу и дистресс, а через них — с изменением диагностической и лечебной тактики. Наиболее типичными направлениями такого смещения выступают расширение обследования, усиление мониторинга, интенсификация вмешательств, отсрочка решения, множественные консультации и избегание сложных ситуаций. В общей медицине эта закономерность уже подтверждается обзорными работами; в психиатрии она также просматривается, но пока описана менее систематизированно и требует дальнейшего изучения на материале реальных клинических решений. [29]

2. Клиническая характеристика тревожности врача

Тревожность врача целесообразно рассматривать как многокомпонентный клинико-психологический феномен, включающий по меньшей мере три взаимосвязанных уровня: ситуативную тревожность как эмоциональную реакцию на конкретную клиническую ситуацию, личностную тревожность как относительно устойчивую предрасположенность к тревожному реагированию и тревогу, связанную с клинической неопределённостью, то есть напряжение, возникающее в условиях неоднозначности данных, риска ошибки, неблагоприятного исхода или медико-правовых последствий. Современные обзоры подчёркивают, что реакция врача на неопределённость носит не только когнитивный, но и эмоциональный характер: клиническая неопределённость запускает аффективные, поведенческие и этические реакции, а низкая переносимость неопределённости ассоциируется с дистрессом, профессиональным выгоранием, снижением качества клинического мышления и смещением тактики принятия решений. В условиях практики это особенно значимо для ситуаций, требующих быстрого решения при недостатке информации и высокой цене ошибки; в психиатрии к таким ситуациям относятся поступление пациента с суицидальными намерениями, агрессией, психотической симптоматикой, интоксикацией, а также взаимодействие с родственниками, экстренными службами и правоохранительными структурами, где неопределённость риска сочетается с высокой ответственностью врача. [3]

В последние годы усилилось внимание к разграничению общей тревожности и тревоги, возникающей именно в связи с неопределённостью клинических решений. Современные работы показывают, что более низкая переносимость неопределённости связана с более выраженными отрицательными аффективными реакциями на неопределённость, включая тревогу и опасения неблагоприятного исхода, тогда как сами поведенческие проявления могут зависеть от контекста, этапа подготовки врача и организационной среды. Это особенно важно методологически: высокий уровень тревоги у врача не всегда отражает психопатологию как таковую, а может быть реакцией на сочетание высокой клинической сложности, ограниченности информации и культуры профессиональной ответственности. Именно поэтому тревожность врача следует интерпретировать не изолированно, а в связи с клинической ситуацией, степенью неопределённости, доступностью поддержки, регламентов. [12]

Для измерения тревожности в современных исследованиях и программах психологической поддержки по-прежнему используются два взаимодополняющих подхода. Первый ориентирован на оценку общих тревожных симптомов; здесь наиболее часто применяется шкала генерализованного тревожного расстройства GAD-7, которая в современных обзорах описывается как один из наиболее употребимых кратких инструментов скрининга тревоги. Второй подход направлен на разделение ситуативной и личностной тревожности; в этом контексте опросник Спилбергера — Ханина (STAI) остаётся одним из наиболее широко используемых самооценочных инструментов для оценки как текущей, так и устойчивой тревоги. Вместе с тем и GAD-7, и STAI следует рассматривать прежде всего как инструменты скрининга и количественной оценки выраженности симптомов, а не как эквивалент клинического диагноза; их результаты требуют интерпретации с учётом профессиональной нагрузки, хронического стресса, дежурного режима и организационной среды. [1]

С методологической точки зрения особенно важным остаётся измерение не просто общей тревожности, а реакций врача на неопределённость клинических решений. Именно для этого в медицинском образовании и врачебных исследованиях применяются специальные шкалы переносимости неопределённости, прежде всего шкала реакции врачей на неопределённость и её модификации, а также инструменты, оценивающие толерантность к неоднозначности. Современный мета-анализ надёжности таких шкал показал, что среди наиболее часто используемых инструментов у врачей и студентов-медиков наилучшие обобщённые показатели внутренней согласованности демонстрировали варианты шкалы реакции врачей на неопределённость, тогда как показатели для других инструментов, включая шкалы толерантности к неопределённости и неоднозначности, были более вариабельными. В частности, агрегированная внутренняя согласованность была оценена как очень хорошая для двух версий шкалы реакции врачей на неопределённость и как удовлетворительная или умеренная для шкал толерантности к неопределённости и неоднозначности; при этом надёжность в выборках врачей в целом была выше, чем в выборках студентов. [25]

Однако вопрос не исчерпывается одной лишь надёжностью. Систематический обзор данных о валидности этих шкал показал, что доказательства валидности инструментов измерения переносимости неопределённости у врачей и обучающихся медиков остаются неполными и неоднородными. Авторы подчёркивают, что разные шкалы нередко измеряют не один и тот же феномен, а различные его компоненты — эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции на неопределённость, связанную с неоднозначностью, вероятностью или сложностью информации.

Отсюда следует важный практический вывод: использование шкалы без учёта того, какой именно аспект неопределённости она измеряет, может приводить к смешению общей тревожности, интолерантности к неопределённости и собственно профессиональных реакций врача на клиническую неясность. [24]

Современные исследования также показывают, что связь между личностной непереносимостью неопределённости и ситуативными реакциями на клиническую неопределённость не является тождественной, но достаточно устойчивой. В продольном исследовании студентов-медиков было показано, что более высокая общая интолерантность к неопределённости предсказывала более выраженные тревогу и опасения неблагоприятных исходов в конкретных клинических ситуациях, хотя не всегда сопровождалась большей склонностью скрывать неопределённость от пациентов или коллег. Это подтверждает, что для корректного описания тревожности врача необходимо различать как минимум два уровня: устойчивую личностную предрасположенность и ситуативное аффективное реагирование в конкретной клинической задаче. Такой подход особенно важен для психиатрии, где профессиональное решение нередко принимается в условиях риска, ограниченной предсказуемости поведения пациента и высокой внешней ответственности врача. [12]

Перспективным направлением современных исследований является переход от поперечных опросов к проспективным многоуровневым моделям, в которых тревожность врача и реакции на неопределённость рассматриваются как возможные предикторы вариативности клинических решений при контроле тяжести состояния пациента, стажа, специальности и организационных условий. Существующие обзоры указывают, что низкая переносимость неопределённости связана с худшим психологическим благополучием и может сопровождаться смещением клинической тактики, однако для строгих выводов по реальной практике необходимы исследования, где психологические показатели врача сопоставляются с объективными данными: объёмом обследований, частотой консультаций, интенсивностью терапии, госпитализацией, использованием ограничительных мер и другими наблюдаемыми решениями. В этом контексте методологически ключевыми остаются стандартизированное измерение тревожности и реакций на неопределённость, обязательная проверка психометрических характеристик используемых шкал в конкретной профессиональной популяции и анализ данных с применением многоуровневых и смешанных статистических моделей. [3]

3. Инструменты оценки толерантности к неопределённости у врача и ограничения их применения. Толерантность к неопределённости у врача представляет собой не одномерное свойство, а сложный конструкт, включающий когнитивный компонент (способность удерживать вероятностное мышление и не сводить ситуацию к преждевременной псевдоопределённости), эмоциональный компонент (способность переносить напряжение, тревогу и дискомфорт, возникающие в условиях неоднозначности) и поведенческий компонент (готовность сохранять клиническую гибкость, обсуждать неопределённость с пациентом и пересматривать рабочие гипотезы по мере поступления новых данных). При этом толерантность к неопределённости не означает ни безразличия к исходу, ни снижения профессиональной ответственности; напротив, она предполагает способность действовать в условиях неполной информации без утраты клинической рассудительности и без ухода в дезадаптивную перестраховку. Современные публикации подчёркивают, что именно такое понимание наиболее адекватно для медицинской практики, где неопределённость не устраняется полно-

стью, а должна быть распознана, выдержана и встроена в процесс принятия решений. [21]

Для измерения данного феномена у врачей и обучающихся медицинских работников используется несколько групп инструментов, однако их результаты нельзя считать взаимозаменяемыми. Наиболее известными остаются шкала реакции врачей на неопределённость, шкалы толерантности к неоднозначности, включая TAMSAD, а также более общие инструменты, первоначально разработанные вне клинического контекста и позднее перенесённые в медицинское образование. Систематический обзор с анализом доказательств валидности показал, что существующие шкалы измеряют не полностью совпадающие аспекты отношения к неопределённости и нередко опираются на ограниченную психометрическую базу. Авторы пришли к выводу, что доказательства валидности таких инструментов остаются неполными, распределены неравномерно по типам валидности и не всегда позволяют уверенно переносить результаты между различными группами — например, между студентами, ординаторами и практикующими врачами. Это требует осторожности как при сравнении выборок, так и при интерпретации различий между специальностями и культурными контекстами. [24]

Не менее важны данные о надёжности используемых шкал. Мета-анализ надёжности шкал толерантности к неопределённости, применяемых у врачей и студентов-медиков, показал, что показатели внутренней согласованности различаются весьма существенно: лучшие результаты были получены для отдельных версий шкалы реакции врачей на неопределённость, тогда как для TAMSAD и ряда других инструментов показатели были более умеренными. Авторы подчёркивают, что даже приемлемая внутренняя согласованность сама по себе не решает проблему валидности: шкала может быть статистически согласованной, но при этом недостаточно точно отражать именно тот аспект неопределённости, который исследователь намерен измерять. Следовательно, при выборе инструмента необходимо заранее определять, идёт ли речь о тревожной реакции на неопределённость, о переносимости неоднозначности, о поведенческой гибкости или о более широком отношении к неопределённости как личностной характеристике. [25]

Особое значение для практики имеет вопрос контекстной и культурной чувствительности таких шкал. Исследование по переводу, культурной адаптации и валидизации японской версии TAMSAD показало, что этот инструмент может быть успешно применён в иной языковой и профессиональной среде и пригоден для оценки отношения к клинической неоднозначности у медицинских обучающихся в Японии. Вместе с тем сами авторы подчёркивают, что дальнейшая валидация остаётся необходимой, а результаты не следует механически переносить на иные группы и системы здравоохранения. Значение таких работ особенно велико для стран, где различаются стиль профессиональной коммуникации, ожидания пациента, роль иерархии в медицине и медико-правовая среда, поскольку все эти факторы способны влиять не только на переживание неопределённости, но и на ответы по шкале. [8]

Дополнительные ограничения применения этих инструментов связаны с тем, что часть шкал разрабатывалась преимущественно для образовательной среды, а затем использовалась для оценки практикующих врачей, хотя структура переживания неопределённости у студента и у клинициста с ответственностью за реальные последствия решений может существенно различаться. Более того, новые исследования по процессуальной валидности показывают, что одни и те же пункты шкал могут интерпретироваться респондентами по-разному в зависимости от клинического опыта и контекста применения. Это

ещё раз подчёркивает, что результаты опросников не следует трактовать как прямой эквивалент «высокой» или «низкой» толерантности к неопределённости без анализа того, как именно участники понимают формулировки вопросов и какой практический смысл они в них вкладывают. [5]

Таким образом, современные данные позволяют сделать несколько методологически важных выводов. Во-первых, инструменты оценки толерантности к неопределённости у врача действительно необходимы, поскольку позволяют выделять индивидуальные различия в реагировании на клиническую неоднозначность. Во-вторых, их использование требует осторожности, так как разные шкалы измеряют разные компоненты феномена и обладают неодинаковой психометрической поддержкой. В-третьих, перед применением инструмента в новой популяции или стране необходимы культурная адаптация, проверка структурной валидности, внутренней согласованности и интерпретируемости. Наконец, наиболее перспективным представляется не изолированное использование таких шкал, а их сочетание с показателями общей тревожности, непереносимости неопределённости и объективными данными клинической практики, что позволяет точнее понять, каким образом отношение врача к неопределённости связано с реальными решениями и вариативностью тактики. [24]

4. Как тревожность врача может менять тактику лечения психических расстройств

Влияние тревожности врача на тактику лечения психических расстройств целесообразно рассматривать поэтапно, в соответствии с логикой клинического процесса. На диагностическом этапе и при оценке риска повышенная тревожность, особенно в сочетании с низкой переносимостью неопределённости, может смещать клиническое мышление в сторону расширения обследований, более осторожной интерпретации симптомов, более низкого порога для квалификации состояния как тяжёлого или опасного, а иногда, напротив, к избеганию диагностических формулировок, связанных с потенциально высокими юридическими последствиями. Современный обзор по влиянию интолерантности к неопределённости на клиническое мышление показывает, что этот феномен связан с искажениями клинического рассуждения, изменением обследовательного поведения, большим числом направлений к коллегам и склонностью к решениям, уменьшающим субъективный дискомфорт неопределённости. Нарративный обзор по совладанию с неопределённостью в клинической практике дополнительно подчёркивает, что низкая переносимость неопределённости ассоциируется с худшей диагностической результативностью, более частым или нецелевым использованием обследований и меньшей готовностью удерживать вероятностное мышление в неоднозначных случаях. В психиатрии такие механизмы особенно значимы в ситуациях суицидального риска, агрессии, психотической дезорганизации и интоксикации, где высокая цена ошибки усиливает эмоциональное напряжение врача.[4]

На этапе выбора фармакотерапии тревожность врача может способствовать смещению тактики в сторону более раннего комбинирования, частых переключений схем при ожидании быстрого эффекта, назначения препаратов «на всякий случай», особенно седативных средств или дополнительных корректоров, а также избегания схем, требующих более тщательного лабораторного или клинического мониторинга. В условиях психиатрической практики это особенно правдоподобно там, где эффект терапии развивается не сразу, переносимость индивидуально вариабельна, а ухудшение состояния или импульсивное поведение пациента может восприниматься врачом как угроза немедленного неблагоприятного исхода. Современные

публикации по оборонительной психиатрии прямо подчёркивают, что психиатры работают в поле повышенной ответственности не только за обоснованность лечения, но и за последствия поведения пациента, что может усиливать склонность к перестраховочным лечебным решениям. [4]

На этапе мониторинга и сопровождения тревожность врача может иметь двойственный эффект. С одной стороны, она способна повышать настороженность, увеличивать частоту контактов, усиливать контроль побочных эффектов, соматического состояния и приверженности лечению, что в ряде случаев может быть клинически оправданным. С другой стороны, при хроническом напряжении и невозможности «закрыть» неопределённость такая гиперконтрольная тактика может трансформироваться в неустойчивый стиль ведения пациента, повышать эмоциональное истощение врача и ухудшать качество коммуникации. Современные обзоры по профессиональному выгоранию психиатров и специалистов сферы психического здоровья показывают, что выгорание у этой группы распространено и связано не только с ухудшением благополучия самих специалистов, но и с потенциальным снижением качества помощи, коммуникативными трудностями и нарушением устойчивости клинического мышления. В более широких медицинских обзорах стресс, связанный с неопределённостью, рассматривается как вероятный фактор выгорания, снижения вовлечённости и риска ошибок. Следовательно, тревожность врача может сначала усиливать контроль и мониторинг, но при длительном сохранении напряжения — наоборот, истощать ресурс клинического сопровождения. [15]

Особенно выраженным влияние тревожности врача становится в юридически и этически чувствительных решениях. В психиатрии это касается прежде всего вопросов госпитализации, в том числе недобровольной, оценки суицидального риска, применения ограничительных мер, документирования риска и выбора тактики в случаях, где возможны тяжёлые последствия для самого пациента или окружающих. Современные психиатрические публикации показывают, что именно в этих ситуациях медико-правовая уязвимость врача наиболее заметна. Нарративный обзор по оборонительной практике в психиатрии указывает, что опасения профессиональной ответственности и последствий суицида пациента формируют склонность к более осторожным и перестраховочным решениям. Опрос итальянских психиатров 2023 года показал, что большинство респондентов сообщали о наличии оборонительной практики, причём она чаще встречалась в случаях суицидального риска, насилия, двойного диагноза и криминального анамнеза; предикторами такой практики были молодой возраст, женский пол, более длительный стаж и высокая воспринимаемая вероятность профессиональной ответственности. Дополнительно современные обзоры по суициду в психиатрических стационарах подчёркивают, что оценка риска суицида остаётся крайне сложной и что единых полностью надёжных профилактических или прогностических решений в стационарной психиатрии нет, а значит сама структура ситуации поддерживает высокую тревогу врача и межврачебные различия в пороге вмешательства. На этом фоне более «безопасные» для врача решения, включая госпитализацию, особенно недобровольную, могут приниматься не только по клиническим основаниям, но и как способ уменьшить собственную неопределённость и юридическую уязвимость. [22]

Таким образом, тревожность врача может влиять на тактику лечения психических расстройств на всех ключевых этапах клинического процесса — от диагностики и оценки риска до выбора терапии, последующего наблюдения и юридически значимых решений. Наиболее вероятный механизм этого влияния проходит через

сочетание эмоционального напряжения, страха ошибки, низкой переносимости неопределённости и стремления снизить субъективный риск за счёт перестраховочной тактики. В современной литературе этот механизм убедительно показан в общей медицине и всё более отчётливо прослеживается в психиатрии, однако остаётся недостаточно количественно описанным именно применительно к вариативности психиатрической тактики, что делает данное направление особенно актуальным для дальнейших исследований. [4]

5. **Эмпирические маркеры вариативности психиатрической практики и подходы к их измерению.** Для проверки гипотезы о влиянии тревожности врача особенно важны такие исходы, которые, с одной стороны, могут быть относительно надёжно извлечены из медицинской документации, а с другой — действительно отражают особенности клинической тактики, а не только тяжесть состояния пациента. В этом отношении одним из наиболее удобных и содержательных маркеров выступает антипсихотическая полипрагмазия и её динамика во времени. Крупный систематический обзор с мета-анализом, опубликованный в The Lancet Psychiatry в 2024 году, показал, что антипсихотическая полипрагмазия остаётся распространённой клинической практикой, её распространённость в мире за последние десятилетия увеличилась, а сама она ассоциирована с большей тяжестью расстройств, менее благоприятными исходами и более высокой нагрузкой нежелательных явлений, включая более высокую общую смертность. Авторы при этом подчёркивают, что сама по себе полипрагмазия не решает проблему большей тяжести состояния и, следовательно, может рассматриваться как один из наиболее наглядных индикаторов вариативности психиатрической тактики. [11]

Вторым практичным маркером является приверженность рекомендованному мониторингу нежелательных явлений, прежде всего метаболических эффектов антипсихотиков. Современные публикации показывают, что даже при наличии клинических рекомендаций и высокой частоте факторов риска у пациентов мониторинг массы тела, гликемии, липидного профиля и других показателей в реальной психиатрической практике остаётся неполным. Исследование Psychiatric Services 2024 года зафиксировало недостаточную приверженность рекомендуемому метаболическому мониторингу у пациентов, получающих антипсихотики второго поколения, а недавние обзорные и аналитические публикации также подчёркивают сохраняющийся разрыв между рекомендациями и реальной практикой физического мониторинга. Для задач вашего исследования это особенно удобно, поскольку частота и полнота мониторинга могут быть формализованы по медицинской документации и интерпретированы как показатель степени клинической осторожности, организованности ведения и, возможно, тревожно-обусловленного гиперконтроля либо, напротив, истощения клинического наблюдения. [20]

Ещё одним значимым и относительно легко операционализируемым индикатором являются долгосрочные назначения бензодиазепинов и родственных седативно-снотворных средств. Хотя длительное применение таких препаратов давно рассматривается как клинически проблематичное, именно в последние годы появились более сильные сводные данные о стратегиях снижения дозы и планируемой отмены. Систематический обзор и сетевой мета-анализ рандомизированных исследований, опубликованный в BMJ в 2025 году, показал, что различные стратегии отмены терапии бензодиазепинов и близких препаратов способны повышать вероятность отмены или снижения их применения, хотя эффективность отдельных подходов различается. Для психиатрической практики длительное назначение бензодиазепинов представляет интерес не

только как фармакотерапевтическая проблема, но и как возможный поведенческий маркер перестраховочной тактики, когда быстрое снижение напряжения у пациента одновременно уменьшает и субъективную тревогу самого врача. Поэтому доля пациентов с длительным применением бензодиазепинов, частота попыток снижения дозы и успешность таких попыток могут использоваться как чувствительные показатели вариативности амбулаторной и стационарной практики. [28]

К числу дополнительных измеримых исходов относятся частота ранних переключений антидепрессантов, антидепрессивная полипрагмазия и более общие паттерны назначений в амбулаторной психиатрии. Современные исследования 2024–2025 годов показывают, что в амбулаторных психиатрических службах сохраняется значимая частота сочетанного назначения антидепрессантов и других психотропных средств, а также выраженная вариативность паттернов выписывания, что делает эти показатели потенциально полезными как эмпирические маркеры стиля лечения. Важно, однако, учитывать, что для их интерпретации особенно нужен контроль клинического контекста: часть переключений и комбинаций может быть клинически оправдана резистентностью, коморбидностью, непереносимостью или особенностями этапа терапии, поэтому такие показатели желательно анализировать вместе с диагнозом, длительностью эпизода, тяжестью симптоматики и предшествующим лечением. [2]

Наконец, перспективным организационно-клиническим маркером вариативности выступает то, насколько регулярно в отделении или службе применяются инструменты поддержки выбора лечения и практики совместного принятия решений с пациентом. Хотя этот показатель сложнее извлекать из стандартной документации, он отражает стиль ведения, степень открытости к неопределённости и организационную культуру принятия клинических решений. Современные обзоры в сфере психиатрической помощи показывают, что внедрение совместного принятия решений в лечении психозов и в психиатрической помощи в целом остаётся ограниченным, а его реализация зависит не только от особенностей пациента, но и от контекста службы, убеждений врача и локальных организационных условий. Следовательно, частота документированного обсуждения вариантов терапии, использования решений с участием пациента и фиксирования информированного выбора может рассматриваться как дополнительный маркер различий между врачами и подразделениями. [7]

С методологической точки зрения наибольшую ценность имеют такие эмпирические маркеры, которые одновременно доступны для ретроспективного извлечения, устойчиво документируются, связаны с клинической тактикой и допускают статистическую корректировку по тяжести состояния и организационным факторам. В этом смысле антипсихотическая полипрагмазия, полнота мониторинга нежелательных явлений, длительное применение бензодиазепинов, частота ранних переключений антидепрессантов и признаки использования совместного принятия решений представляют собой наиболее перспективные показатели для проверки гипотезы о том, что тревожность врача и низкая переносимость неопределённости могут быть связаны с вариативностью психиатрической практики. [11]

Обсуждение. Связь тревожности врача с вариативностью тактики является правдоподобной и клинически значимой, однако требует аккуратной методологии. Важно отделить «полезную» вариативность (индивидуализация под предпочтения и контекст пациента) от «нежелательной» (низкоценная помощь, необоснованная полипрагмазия, чрезмерная или недостаточная госпитализация). В исследованиях необходимо учитывать кластеризацию пациентов внутри врачей и организаций, а также контролировать потенциальные смешивающие переменные: выгора-

ние, депрессивные симптомы, нагрузку, стаж, юридическое давление, культуру отделения.

Перспективным механизмом снижения нежелательной вариативности является развитие совместного принятия решений. Показано, что толерантность к неопределённости у врачей связана с практикой совместного принятия решений с пациентом и самоэффективностью [27]. В психиатрии уже тестируются интервенции совместного принятия решений с пациентом при шизофрении (DECIDE Study) [19], внедряются цифровые инструменты выбора антипсихотика и клинические инструменты поддержки выбора лечения [6, 7], а также исследуются компьютеризированные клинические помощники для консультаций [17]. Эти подходы потенциально переводят неопределённость из личного давления на врача в прозрачный процесс обсуждения вариантов с пациентом и командой.

Важна и организационная перспектива. Неопределённость и тревога связаны с выгоранием; исследования показывают ассоциации неопределённости и выгорания у врачей [10], а среди психиатров в разных контекстах описываются значимые уровни тревоги и выгорания [15]. Следовательно, программы поддержки персонала, супервизия, справедливое распределение нагрузки и обучение работе с неопределённостью могут иметь эффект не только на благополучие врача, но и на согласованность клинической тактики.

Заключение. Современные данные позволяют рассматривать тревожность врача и непереносимость неопределённости как клинически значимые факторы, способные усиливать вариативность тактики лечения психических расстройств. Их влияние, по-видимому, реализуется через несколько взаимосвязанных механизмов: стремление к оборонительной медицине, склонность к избеганию риска, снижение устойчивости вероятностного мышления и смещение клинического рассуждения в сторону решений, уменьшающих субъективный дискомфорт врача, но не всегда оптимальных с точки зрения доказательности и долгосрочных исходов. В общей медицине этот механизм подтверждается современными обзорами по клинической неопределённости и оборонительной практике, а в психиатрии его особая значимость определяется тем, что многие решения принимаются в условиях неполной информации, высокой прогностической неопределённости и повышенного риска неблагоприятных последствий для пациента, окружающих и самого врача. Именно поэтому в психиатрической практике тревожность врача и низкая переносимость неопределённости могут особенно заметно отражаться на порогах госпитализации, выборе фармакотерапии, интенсивности мониторинга, склонности к полипрагмазии и частоте перестраховочных решений. [23]

Практическое значение этих выводов связано с необходимостью не только индивидуальной, но и организационной профилактики дезадаптивных реакций на неопределённость. Наиболее перспективными представляются стандартизированные алгоритмы для зон высокого риска, командные форматы обсуждения решений, консилиарная поддержка, супервизия, а также организационные меры, уменьшающие изоляцию врача при принятии сложных решений и поддерживающие устойчивую профессиональную коммуникацию. Вместе с тем имеющаяся доказательная база остаётся недостаточной для окончательных выводов именно в отношении психиатрии: требуются проспективные многоуровневые исследования, в которых показатели тревожности, непереносимости неопределённости и реакции на риск у врача будут сопоставляться с реальными параметрами практики — назначениями, полипрагмазией, мониторингом нежелательных явлений, приверженностью рекомендациям, юридически значимыми решениями и клиническими исходами. Такой подход позволит перейти от теоретически правдоподобной модели к её строгой эмпирической проверке. [23]

Таблица 1.

Инструменты для клинической характеристики тревожности врача и отношения к неопределённости (пример)

Инструмент	Что измеряет	Примечания
STAI — State–Trait Anxiety Inventory;	шкала ситуативной и личностной тревожности;	позволяет раздельно оценивать тревожность как состояние и как свойство; удобно для проспективных исследований.
GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder 7-item scale;	краткая шкала скрининга тревожной симптоматики;	подходит для контрольных измерений.
PRU/PRUS — Physicians' Reactions to Uncertainty / Physicians' Reactions to Uncertainty Scale;	шкалы реакций врача на неопределённость (включая тревожный компонент);	разработаны для медицинского контекста; возможна оценка подшкалы тревоги (PRUS-A).
TAMSAD — Tolerance of Ambiguity in Medical Students and Doctors;	шкала толерантности к неоднозначности в клинической среде;	имеются данные культурной адаптации и валидизации [8].
TFA — Tolerance for Ambiguity;	шкала общей толерантности к неоднозначности;	требует контекстно зависимой интерпретации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aktürk Z., Hapfelmeier A., Fomenko A., et al. Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) and 2-item (GAD-2) scales for detecting anxiety disorders in adults // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2025. № 3. Ст. CD015455. DOI: 10.1002/14651858.CD015455.

2. Al Zaabi M.S.R., Sridhar S.B., Rabbani S.A., Tadross T.M., Shareef J., Shariff A. Antidepressant prescription patterns and polypharmacy in outpatient psychiatry: a cross-sectional study // Pharmazie. 2024. Т. 79, № 3. С. 82–90. DOI: 10.1691/ph.2024.3663.

3. Appel H., Sanatkar S. Systematic Search and Scoping Review of Physicians' Intolerance of Uncertainty and Medical Decision-Making Uncertainties During the COVID-19 Pandemic: A Summary of the Literature and Directions for Future Research // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2024. Т. 31, № 2. С. 338–358. DOI: 10.1007/s10880-023-09974-0.

4. Brun C., Zerhouni O., Akinyemi A., Houtin L., Monvoisin R., Pinsault N. Impact of uncertainty intolerance on clinical reasoning: a scoping review of the 21st-century literature // Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2023. Т. 29, № 3. С. 539–553. DOI: 10.1111/jep.13756.

5. Eastwood J.L., Farlie M.K., Wilson A.B., Lazarus M.D., Hunt B., Stephens G.C. Exploring response process validity of uncertainty tolerance scales implemented among health professions students // Anatomical Sciences Education. 2025. DOI: 10.1002/ase.70083.

6. Esfandiari H., et al. Shared Decision Making Assistant (SDMA) and other digital tools for choosing antipsychotics in schizophrenia treatment // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2023. Т. 273. С. 1629–1631. DOI: 10.1007/s00406-023-01712-9.

7. Fitzgerald I., Howe J., Maidment I., et al. From Idealist to Realist - Designing and Implementing Shared Decision-Making Interventions in the Choice of Antipsychotic Prescription in People Living With Psychosis

(SHAPE): A Realist Review // Schizophrenia Bulletin. 2025. Т. 51, № 4. С. 932–948. DOI: 10.1093/schbul/sbaf059.

8. Fujikawa H., et al. Translation, adaptation, and validation of the Tolerance of Ambiguity in Medical Students and Doctors (TAMSAD) scale for use in Japan // BMC Medical Education. 2023. Т. 23. Ст. 412. DOI: 10.1186/s12909-023-04391-1.

9. Glasziou P., et al. Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises // BMJ. 2023. Т. 382. Ст. p1865. DOI: 10.1136/bmj.p1865.

10. Han A.X., et al. Tolerance of ambiguity and psychological well-being in medical training: a systematic review // Medical Education. 2020. Т. 54, № 2. С. 125–137. DOI: 10.1111/medu.14031.

11. Højlund M., Köhler-Forsberg O., Gregersen A.T., et al. Prevalence, correlates, tolerability-related outcomes, and efficacy-related outcomes of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Psychiatry. 2024. Т. 11, № 12. С. 975–989. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00314-6.

12. Kerr A.M., Thompson C.M. Medical students' reactions to uncertainty during clinical rotations // Family Medicine. 2022. Т. 54, № 4. С. 285–289. DOI: 10.22454/FamMed.2022.947719.

13. Köhler-Forsberg O., Højlund M., Rohde C., et al. Efficacy and acceptability of interventions to reduce antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials // Schizophrenia Research. 2024. DOI: 10.1016/j.schres.2024.06.001.

14. Lochmann van Bennekom M.W.H., IntHout J., Gijsman H.J., et al. Efficacy and tolerability of antipsychotic polypharmacy for schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis of individual patient data // Schizophrenia Research. 2024. DOI: 10.1016/j.schres.2024.07.035.

15. Looi J.C.L., Allison S., Bastiampillai T., et al. Psychiatrist and trainee burnout: commentary and recommendations on management // Australasian Psychiatry. 2022. Т. 30, № 6. С. 750–753. DOI: 10.1177/10398562221124798.

16. Lorenc T., et al. Defensive healthcare practice: systematic review of qualitative evidence // BMJ Open. 2024. Т. 14, № 7. Ст. e085673. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-085673.

17. Luo J., et al. Clinical computing: use of personal digital assistants in consultation psychiatry // Psychiatric Services. 2002. Т. 53, № 3. С. 271–273. DOI: 10.1176/appi.ps.53.3.271.

18. Marcó-García S., Ariyo K., Owen G.S., David A.S. Decision-making capacity for treatment in psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis // Psychological Medicine. 2024. Т. 54, № 6. С. 1074–1083. DOI: 10.1017/S0033291724000242.

19. Pérez Revuelta J.I., Lara Ruiz-Granados I., González Saiz F., Pascual Paño J.M., Villagran Moreno J.M. DECIDE study: shared decision making with a reinforcement schedule improves adherence in schizophrenia // Patient Education and Counseling. 2023. Т. 110. Ст. 107656.

20. Sanyal S., Calarge C., Rowan P.J., Aparasu R.R., Abughosh S., Sisley S., Chen H. Adherence to recommended metabolic monitoring of children and adolescents taking second-generation antipsychotics // Psychiatric Services. 2024. Т. 75, № 4. С. 342–348. DOI: 10.1176/appi.ps.20220584.

21. Sarkis S., Raphael C. Understanding uncertainty and ambiguity in medicine and medical education: a narrative review with implications for training // Postgraduate Medical Journal. 2025. Ст. qgaf170. DOI: 10.1093/postmj/qgaf170.

22. Scognamiglio P., Morena D., Di Fazio N., Delogu G., Iniziato V., La Pia S., Saviano P., Frati P., Fineschi V. Vox clamantis in deserto: a survey among Italian psychiatrists on defensive medicine and professional liability // Frontiers in Psychiatry. 2023. Т. 14. Ст. 1244101. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1244101.

23. Scott I.A., Doust J.A., Keijzers G.B., Wallis K.A. Coping with uncertainty in clinical practice: a narrative review // Medical Journal of Australia. 2023. Т. 218, № 9. С. 418–425. DOI: 10.5694/mja2.51925.

24. Stephens G.C., Lazarus M.D., Sarkar M., Karim M.N., Wilson A.B. Identifying validity evidence for uncertainty tolerance scales: a systematic review // Medical Education. 2023. Т. 57, № 9. С. 844–856. DOI: 10.1111/medu.15132.

25. Stephens G.C., Karim M.N., Sarkar M., Wilson A.B., Lazarus M.D. Reliability of uncertainty tolerance scales implemented among physicians and medical students: a systematic review and meta-analysis // Academic Medicine. 2022. Т. 97, № 9. С. 1413–1422. DOI: 10.1097/ACM.0000000000004641.

26. Thumbe A. Defensive medicine is a driver of overmedicalisation // BMJ. 2023. Т. 381. Ст. p1377. DOI: 10.1136/bmj.p1377.

27. Valentine K.D., Leavitt L., Sepucha K.R., Atlas S.J., Simmons L., Siegel L., Richter J.M., Han P.K.J. Uncertainty tolerance among primary care physicians: relationship to shared decision making-related perceptions, practices, and physician characteristics // Patient Education and Counseling. 2024. Т. 123. Ст. 108232. DOI: 10.1016/j.pec.2024.108232.

28. Zeraatkar D., et al. Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis // BMJ. 2025. Т. 389. Ст. e081336. DOI: 10.1136/bmj-2024-081336.

29. Zheng J., Lu Y., Li W., Zhu B., Yang F., Shen J. Prevalence and determinants of defensive medicine among physicians: a systematic review and meta-analysis // International Journal for Quality in Health Care. 2023. Т. 35, № 4. Ст.096.

ПОЛИНАРКОМАНИЯ (POLYSUBSTANCE USE DISORDER) И ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ: ОТ СЕТЕВОЙ НЕЙРОБИОЛОГИИ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ

Хайрединова Инара Ильгизовна
Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Психического Здоровья (Ташкент, Узбекистан)
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Центр Развития Профессиональной Квалификации Медицинских Работников (Ташкент, Узбекистан)
Каримова Рахшона Олимжон кизи
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Назарова Лазиза Комиловна
Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Психического Здоровья (Ташкент, Узбекистан)
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. Актуальность. *Полинаркомания (polysubstance use disorder, PSUD) представляет собой клинически и нейробиологически гетерогенное расстройство, ассоциированное с тяжёлым течением, высокой частотой коморбидной психиатрической патологии и сниженным ответом на стандартную терапию. Современное понимание PSUD как системного нарушения крупномасштабных нейронных сетей открывает новые возможности для целенаправленной нейромодуляции.*

Цель обзора *— обобщить современные данные о нейробиологических механизмах PSUD и о роли транскраниальной магнитной стимуляции (TMS) как инструмента сетевой нейромодуляции, с акцентом на биофизическое дозирование по электрическому полю (E-field), персонализированный таргетинг и стратегии профилактики рецидивов.*

Материалы и методы. *Проведён нарративный поиск публикаций 2009–2025 гг. в базах PubMed, Scopus и Web of Science, по ключевым словам, polysubstance use disorder, rTMS, deep TMS, E-field modeling, DLPFC targeting, executive control network, salience network, glutamate-GABA. Включены систематические и мета-аналитические работы, консенсусные документы, ключевые экспериментальные и клинические исследования.*

Основные положения. *(1) PSUD характеризуется системной дезинтеграцией трёх сетей — исполнительного контроля (ECN), выявления значимости (SN) и вознаграждения, с дополнительным нарушением структурной целостности кортико-стриарных трактов. (2) Глутамат-ГАМК дисбаланс и метапластические перестройки (включая ремоделирование перинейрональных сетей и эпигенетические изменения) лежат в основе резистентности аддиктивных воспоминаний к стандартной терапии. (3) Дозирование TMS по моторному порогу является неточным суррогатом дозы, особенно при корковой атрофии, типичной для PSUD; биофизически релевантным параметром выступает индуцированное E-поле. (4) Персонализированный таргетинг ДЛПФК с учётом индивидуальной функциональной связности и моделирования E-поля повышает воспроизводимость терапевтического ответа. (5) Перспективными направлениями являются глубокая TMS (H-катушки), iTBS и closed-loop TMS под контролем ЭЭГ-фазы.*

Заключение. *Конвергенция нейровизуализации, биофизического моделирования и сетевой нейромодуляции формирует фундамент для перехода от эмпирических протоколов к патогенетически обоснованной персонализированной терапии PSUD.*

Ключевые слова: *полинаркомания; транскраниальная магнитная стимуляция; нейромодуляция; электрическое поле; дорсолатеральная префронтальная кора; сетевая дезорганизация; нарративный обзор.*

POLYSUBSTANCE USE DISORDER AND TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION: FROM NETWORK NEUROBIOLOGY TO PERSONALIZED NEUROMODULATION

Khayredinova Inara Ilgizovna
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers (Tashkent, Uzbekistan)
Karimova Rakhshona Olimjon
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Nazarova Laziza Komilovna
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent, Uzbekistan)
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. Background. *Polysubstance use disorder (PSUD) is a clinically and neurobiologically heterogeneous condition associated with a severe course, high psychiatric comorbidity, and reduced response to standard care. The current understanding of PSUD as a large-scale network disorder opens new opportunities for targeted neuromodulation.*

Aim. *To summarize current evidence on the neurobiological mechanisms of PSUD and on transcranial magnetic stimulation (TMS) as a network-level neuromodulatory tool, focusing on electric-field (E-field) dosing, personalized targeting, and relapse-prevention strategies.*

Methods. *A narrative search of PubMed, Scopus, and Web of Science (2009–2025) was performed using the keywords polysubstance use disorder, rTMS, deep TMS, E-field modeling, DLPFC targeting, executive control network, salience network, and glutamate-GABA. Systematic and meta-analytical reviews, consensus documents, and pivotal experimental and clinical studies were included.*

Key points. *(1) PSUD is characterized by systemic disintegration of the executive control, salience, and reward networks, together with reduced integrity of cortico-striatal tracts. (2) Glutamate-GABA imbalance and metaplastic remodeling — including perineuronal-net rearrangement and epigenetic changes — underlie the resistance of drug-related memories to conventional treatment. (3) Motor-threshold-based dosing of TMS is an imprecise surrogate, particularly in patients with cortical atrophy typical of PSUD; the biophysically meaningful parameter is the induced E-field. (4) Personalized targeting of the DLPFC, informed by individual resting-state connectivity and E-field modeling, improves the reproducibility of response. (5) Promising directions include deep TMS (H-coils), iTBS, and EEG-phase-locked closed-loop TMS.*

Conclusion. *The convergence of neuroimaging, biophysical modeling, and network-level neuromodulation provides the foundation for a transition from empirical to mechanism-based, personalized treatment of PSUD.*

Keywords: *polysubstance use disorder; transcranial magnetic stimulation; neuromodulation; electric field; dorsolateral prefrontal cortex; network disorganization; narrative review.*

POLISUBSTANSIYALARDAN FOYDALANISH BUZILISHI VA TRANSKRANIAL MAGNIT STIMULYATSIYA: TARMOQ NEYROBIOLOGIYASIDAN SHAXSIYLASHTIRILGAN NEYROMODULYATSIYAGACHA

Xayredinova Inara Ilgizovna
Ruhiy salomatlik bo'yicha Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi (Toshkent, O'zbekiston)
Karimova Raxshona Olimjon
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Nazarova Laziza Komilovna
Ruhiy salomatlik bo'yicha Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Annotatsiya. Dolzarblik. *Polinarkomaniya (polysubstance use disorder, PSUD) klinik va neyrobiologik jihatdan geterogen buzilish bo'lib, og'ir kechish, komorbid psixiatrik patologiyaning yuqori chastotasi va standart terapiyaga pasaygan javob bilan assotsiatsiyalanadi. PSUD ni yirik miqyosli neyron tarmoqlarining tizimli buzilishi sifatida zamonaviy tushunish maqsadli neyromodulyatsiya uchun yangi imkoniyatlarni ochadi.*

Sharh maqsadi *— PSUD ning neyrobiologik mexanizmlari va tarmoq neyromodulyatsiyasi vositasi sifatida transkranial magnit stimulyatsiya (TMS) roli haqidagi zamonaviy ma'lumotlarni umumlashtirish, elektr maydon (E-field) bo'yicha biofizik dozalash, individuallashtirilgan targeting va retsidivlarning oldini olish strategiyalariga urg'u berib.*

Materiallar va usullar. *PubMed, Scopus va Web of Science bazalarida polysubstance use disorder, rTMS, deep TMS, E-field modeling, DLPFC targeting, executive control network, salience network, glutamate-GABA kalit so'zlari bo'yicha 2009–2025 yillardagi nashrlarga narrativ qidiruv o'tkazildi. Tizimli va meta-analitik ishlar, konsensus hujjatlari, muhim eksperimental va klinik tadqiqotlar kiritildi.*

Asosiy qoidalar. *PSUD uchta tarmoqning — ijro etuvchi nazorat tarmog'i (ECN), muhimlikni aniqlash tarmog'i (SN) va mukofot tarmog'ining — tizimli dezintegratsiyasi bilan tavsiflanadi, bunga kortiko-striar traktlarning strukturaviy yaxlitligi buzilishi ham qo'shiladi. Glutamat-GABA disbalansi va metaplastik qayta tuzilishlar (perineyronal to'rlarning remodellashuvi va epigenetik o'zgarishlarni o'z ichiga olgan holda) additiv xotiralarning standart terapiyaga rezistentligi asosida yotadi.*

TMS ni motor pragi bo'yicha dozalash, ayniqsa PSUD uchun xarakterli kortikal atrofiya sharoitida, noaniq doza surrogati hisoblanadi; biofizik jihatdan tegishli parametr sifatida indutsirlangan E-maydon chiqadi.

Individual funksional bog'lanish va E-maydonni modellashtirishni hisobga olgan holda DLPFK ning individuallashtirilgan targetingi terapevtik javobning takrorlanuvchanligini oshiradi.

Chuqur TMS (H-g'altaklar), iTBS va EEG fazasi nazorati ostidagi closed-loop TMS istiqbolli yo'nalishlar hisoblanadi.

Xulosa. *Neyrovizualizatsiya, biofizik modellashtirish va tarmoq neyromodulyatsiyasining konvergensiyasi PSUD ning empirik protokollardan patogenetik asoslangan individuallashtirilgan terapiyaga o'tishi uchun fundament shakllantiradi.*

Kalit so'zlar: *polinarkomaniya; transkranial magnit stimulyatsiya; neyromodulyatsiya; elektr maydon; dorsolateral prefrontal korteks; tarmoq dezorganizatsiyasi; narrativ sharh.*

1. Введение.

Полинаркомания (polysubstance use disorder, PSUD) определяется как паттерн аддиктивного поведения, характеризующийся одновременным или последовательным употреблением нескольких классов психоактивных веществ (ПАВ). В современной клинической практике это состояние рассматривается не как сумма отдельных зависимостей, а как качественно отличный клинический феномен, сопряжённый с серьёзными диагностическими вызовами. PSUD ассоциируется с более тяжёлым течением заболевания, высокой частотой коморбидных психических расстройств и снижением эффективности стандартных протоколов лечения [1]. Неблагоприятные клинические исходы у данной группы пациентов делают необходимым глубокое понимание механизмов, лежащих в основе формирования и поддержания сочетанной зависимости.

Современный нейробиологический подход рассматривает расстройства, связанные с употреблением ПАВ, как хронические рецидивирующие заболевания мозга, в основе которых лежит стойкая дисфункция нейрональных контуров. Согласно концептуальной модели G. F. Koob и N. D. Volkow [2], развитие зависимости протекает в рамках трёхстадийного цикла, каждая фаза которого обеспечивается специфическими изменениями в ключевых структурах мозга: (1) стадия интоксикации/бинга характеризуется усилением дофаминергической передачи в системе вознаграждения (VTA → вентральный стриатум) с формированием патологической стимульной значимости употребления; (2) стадия абстиненции и негативного аффекта связана с активацией стресс-систем расширенной миндалины (extended amygdala), что делает воздержание субъективно труднопереносимым; (3) стадия предвосхищения и поиска (preoccupation / craving) обусловлена дефицитом исполнительного контроля и нарушениями префронтальной коры [2, 3].

Нейробиологическая дезорганизация этих контуров объясняет высокую вероятность рецидива даже после достижения длительной ремиссии. Стойкие изменения в синаптической организации делают самоконтроль крайне затруднительным, что подтверждается данными функциональной нейровизуализации (фМРТ, ПЭТ) и доклинических исследований [3, 4].

Несмотря на наличие разработанных протоколов помощи, существующие методы лечения демонстрируют ограниченную эффективность у значительной части пациентов с PSUD, что подтверждается высокой частотой рецидивов в постабстинентном периоде [5]. Это диктует необходимость поиска и валидации более таргетных стратегий, способных модифицировать фундаментальные механизмы зависимости. На механистическом уровне в качестве устойчивых звеньев уязвимости, препятствующих поддержанию ремиссии, выступают четыре ключевых домена: (а) дофаминовая дисрегуляция, ведущая к патологической аттрактивности связанных с ПАВ стимулов [2]; (б) глутаматергический и ГАМК-ергический дисбаланс, лежащий в основе патологической пластичности кортико-стриарных проекций (PFC → NAc) [6, 7]; (в) дефицит нисходящего (top-down) контроля со стороны дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК) и передней поясной коры (ACC) [3]; (г) дестабилизация сна и циркадных ритмов как независимый предиктор срыва [8].

В этом контексте транскраниальная магнитная стимуляция (TMS) рассматривается как перспективный неинвазивный инструмент нейромодуляции, позволяющий целенаправленно воздействовать на корковые узлы и ассоциированные нейронные сети [5, 9, 10]. В течение последнего десятилетия в ряде исследований продемонстрирована способность различных протоколов стимуляции (rTMS,

iTBS, deep TMS) модифицировать уровни корковых метаболитов (Glu, GABA, Glx), восстанавливать функциональную связность между ключевыми узлами сетей вознаграждения и контроля, а также улучшать поведенческие показатели — интенсивность тяги (craving) и частоту употребления [5, 10, 11]. Эти терапевтические эффекты могут быть интерпретированы в рамках иерархической последовательности «узел → сеть → поведение», в которой точечное воздействие на корковую мишень инициирует каскад изменений в распределённых нейрональных сетях.

Цель настоящего обзора — обобщить современные данные о нейробиологических механизмах PSUD и о роли TMS как инструмента сетевой нейромодуляции, с особым акцентом на биофизическое дозирование, персонализированный таргетинг и стратегии профилактики рецидивов.

2. Материалы и методы.

Поиск литературы выполнен в базах PubMed (MEDLINE), Scopus и Web of Science за период январь 2009 г. – декабрь 2025 г. Использовались следующие группы поисковых терминов в различных комбинациях: *polysubstance use disorder*, *polydrug addiction*, *substance use disorder*; *transcranial magnetic stimulation*, *rTMS*, *deep TMS*, *iTBS*; *E-field modeling*, *motor threshold dosing*; *dorsolateral prefrontal cortex*, *insula*, *anterior cingulate cortex*; *executive control network*, *salience network*, *reward circuit*; *glutamate*, *GABA*, *magnetic resonance spectroscopy*; *synaptic plasticity*, *metaplasticity*, *perineuronal nets*; *craving*, *relapse prevention*.

Приоритет отдавался систематическим обзорам, мета-анализам, консенсусным документам международных рабочих групп, а также экспериментальным работам с высоким методологическим качеством, опубликованным в журналах, индексируемых Q1–Q2. В обзор не включались материалы конференций без полнотекстовых публикаций и работы, не прошедшие рецензирование. Поскольку настоящая работа является нарративным, а не систематическим обзором, формального протокола PRISMA не применялось; отбор источников проводился экспертно с учётом релевантности концептуальной рамке «нейробиология PSUD → биофизика TMS → клиническая нейромодуляция».

3. Нейробиологические механизмы полинаркомании

3.1. Сетевая модель аддикции: взаимодействие систем исполнительного контроля, выявления значимости и вознаграждения

Современная нейробиология рассматривает аддикцию не как локальное повреждение отдельных структур мозга, а как системную дисфункцию крупномасштабных нейронных сетей. Ключевым патофизиологическим механизмом является нарушение динамического взаимодействия между корковыми системами исполнительного контроля и подкорковыми контурами обработки вознаграждения [3, 12]. В течение последнего десятилетия концепция зависимости трансформировалась из модели «локального дефицита» в модель глобальной сетевой дезорганизации, затрагивающей баланс между тремя крупномасштабными системами: сетью исполнительного контроля (executive control network, ECN), сетью вознаграждения (reward network) и сетью выявления значимости (salience network, SN) [13].

3.1.1. Архитектура фронто-стриарного дисбаланса

Центральное место в патогенезе занимает оппозиция двух функциональных систем. Система исполнительного контроля (top-down) включает ДЛПФК и переднюю поясную кору (ACC); эти области ответственны за когнитивную гибкость, ингибиторный контроль и оценку долгосрочных последствий [3]. В норме ДЛПФК осуществляет нисходящий регуляторный контроль, подавляя импульсивные позывы, генерируемые подкорковыми структурами. Система вознаграждения и побуждения (bottom-up) включает вентральную область покрышки (VTA) и прилежащее ядро (NAc), образующие мезолимбический дофаминовый путь; эта система оценивает

аффективную значимость стимулов и инициирует мотивацию [12].

Хроническая экспозиция ПАВ приводит к развитию феномена «нейробиологического захвата» (neurobiological hijacking). Согласно модели iRISA (Impaired Response Inhibition and Salience Attribution) [3], происходит функциональная деградация префронтального контроля при одновременной сенситизации систем вознаграждения к наркотическим триггерам. В результате стимулы, связанные с употреблением, приобретают патологическую сверхзначимость (incentive salience), а корковые механизмы торможения оказываются неспособны купировать возникающий импульс.

3.1.2. Сетевая дезорганизация: нейровизуализационные данные

Современные мета-анализы свидетельствуют, что при хронической зависимости наблюдается не только снижение активности отдельных зон, но и прогрессирующая дезинтеграция фронто-париетальной сети. У лиц с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, фиксируется снижение объёма серого вещества в ACC и медиальной префронтальной коре, коррелирующее с выраженностью дефицита ингибиторного контроля [3, 13]. Параллельно отмечается гиперсенситизация сети вознаграждения: в стадиях интоксикации и активного поиска регистрируется аномально высокая функциональная связность между вентральным стриатумом и аффективной сетью (миндалевидное тело, инсула) [13, 14].

Важным аспектом является роль инсулы (островковой коры) как центрального узла SN. При аддикции инсула гиперреактивно отвечает на внутренние сигналы тяги, «перехватывая» когнитивные ресурсы у сети контроля. Снижение функциональной связности между SN и ECN на сегодняшний день рассматривается как один из надёжных нейробиологических предикторов рецидива [13].

3.1.3. Специфика PSUD

Полинаркомания накладывает дополнительный уровень сложности на описанную модель. В отличие от моноаддикции, PSUD вызывает диффузную десинхронизацию нейронных сетей. Комбинированное воздействие различных классов веществ (например, стимуляторов и опиоидов) сопровождается синергичным повреждением белого вещества, что снижает структурную целостность трактов, связывающих ДЛПФК со стриатумом. У пациентов с PSUD отмечается выраженная «фрагментация» ECN, что клинически проявляется глубоким дефицитом принятия решений и неспособностью к планированию [12, 13].

3.2. Нейрохимические механизмы: глутамат-ГАМК баланс и MR-спектроскопические биомаркеры

Патофизиология зависимости неразрывно связана с дисрегуляцией возбуждающей и тормозной нейротрансмиссии. Ключевую роль играют глутаматергическая (Glu) и ГАМК-ергическая (GABA) системы, обеспечивающие синаптическую пластичность, ассоциативное обучение и регуляцию поведения, связанного с вознаграждением [6, 15].

3.2.1. Глутаматергический гомеостаз в системе «PFC → NAc»

Глутамат является основным возбуждающим нейромедиатором ЦНС и критическим медиатором кортико-стриарного сигналинга. Согласно гипотезе глутаматного гомеостаза P. W. Kalivas [6] и последующим работам M. D. Scofield с соавт. [7], хроническая аддикция характеризуется снижением базального уровня внеклеточного глутамата и резким избыточным выбросом при предъявлении наркотических триггеров. Это сочетание ведёт к гиперреактивности системы вознаграждения и неспособности префронтального контроля подавить импульс к поиску ПАВ.

3.2.2. Рецепторный сигналинг: AMPA и NMDA

На рецепторном уровне ионотропные глутаматные рецепторы AMPA и NMDA являются главными посредниками синаптической пластичности. Экспозиция ПАВ индуцирует адаптации, подобные

процессам долговременной потенциации (LTP) и долговременной депрессии (LTD). В частности, при абстиненции происходит встраивание в синапсы NAc кальций-проницаемых AMPA-рецепторов (CP-AMPARs), что резко повышает синаптическую силу в контурах вознаграждения и лежит в основе интенсивной тяги и высокого риска рецидива [16]. Изменения в соотношении субъединиц NMDA-рецепторов (GluN2A/GluN2B) модулируют порог последующей пластичности; эти нейроадаптации носят персистирующий характер и сохраняются после прекращения употребления [4].

3.2.3. ГАМК-ергическая система и тормозная недостаточность

Параллельно нарушается ГАМК-ергическая система, обеспечивающая ингибиторный контроль. Снижение ГАМК-ергического тонуса в корковых и подкорковых структурах приводит к растормаживанию мезолимбических путей. У пациентов с зависимостью наблюдаются изменения плотности ГАМК-А рецепторов и нарушения синтеза ГАМК; это не только способствует гипервозбудимости систем вознаграждения, но и тесно связано с аффективными нарушениями (тревожность, депрессия) в структуре синдрома отмены [2, 17].

3.2.4. MR-спектроскопия как инструмент in vivo диагностики

Магнитно-резонансная спектроскопия (MRS) позволяет неинвазивно количественно оценивать концентрации нейромедиаторов в живом мозге. Основными биомаркерами выступают глутамат (Glu), глутамин (Gln) (часто объединяемые в комплекс Glx) и ГАМК. Современные метаанализы подтверждают изменение уровней Glu в ACC при алкогольной и стимуляторной зависимостях, а также сдвиги концентрации Glx в ДЛПФК [15, 17]. Исследования с использованием 3T и 7T МРТ показывают изменение соотношения Glu/GABA в медиальной префронтальной коре, что рассматривается как биомаркер нарушения исполнительного контроля и высокой импульсивности [15].

3.2.5. Особенности PSUD

Полинаркомания представляет собой наиболее сложный случай нейрохимической дезорганизации. Комбинированное воздействие различных ПАВ вызывает перекрёстные изменения в нескольких нейромедиаторных системах одновременно, что выражается в более выраженных когнитивных дефицитах и масштабных нейрохимических нарушениях по сравнению с моноаддикцией [18]. При PSUD наблюдается синергичное снижение ГАМК-ергического торможения в сочетании с гиперреактивным глутаматергическим ответом на триггеры; MRS-исследования фиксируют глобальное снижение уровня N-ацетиласпартата (NAA) — маркера нейрональной целостности — в комбинации с относительно низкими уровнями ГАМК в фронтальных отделах [15, 17].

3.3. Синаптическая пластичность и метапластичность: механизмы устойчивой поведенческой адаптации

Современная нейробиология рассматривает аддикцию как расстройство дезадаптивной синаптической пластичности в кортико-стриарных и лимбических контурах. Регулярное воздействие аддиктивных веществ индуцирует долгосрочные изменения синаптической силы, способствующие трансформации добровольного употребления в компульсивное поведение поиска [16, 19].

3.3.1. Фундаментальные механизмы

Синаптическая пластичность определяется как зависимое от активности изменение эффективности синаптической передачи, включающее LTP и LTD. В структурах системы вознаграждения, особенно в VTA и NAc, аддиктивные препараты индуцируют LTP-подобные адаптации, что критически важно для кодирования ассоциативной памяти, связанной с наркотиком [16]. Повторное введение ПАВ приводит к стойкому укреплению синаптических связей, ассоциированных с наркотическими

триггерами, что обусловливает уязвимость к рецидиву.

3.3.2. Концепция метапластичности

Метапластичность — зависимая от активности регуляция самой способности синапса к пластическим изменениям — добавляет дополнительный уровень сложности к пониманию аддикции [20]. Метапластичность определяет порог для индукции будущих синаптических изменений, стабилизируя или дестабилизируя функции сети в зависимости от предшествующей истории активности. При хронической экспозиции ПАВ механизмы метапластичности смещаются в сторону состояния, при котором связанные с наркотиком стимулы легче индуцируют пластические изменения, тогда как механизмы «стирания» этих связей блокируются. Этот феномен объясняет персистенцию аддиктивного поведения и резистентность к стандартным фармакологическим и психотерапевтическим вмешательствам [19, 20].

3.3.3. Структурная и эпигенетическая метапластичность

Исследования последнего десятилетия расширили понимание пластичности за счёт обнаружения роли не-нейрональных факторов и эпигенетических маркеров. **Перинейрональные сети (perineuronal nets, PNNs)** — структуры экстрацеллюлярного матрикса, окружающие тормозные интернейроны — претерпевают перестройку под воздействием ПАВ, что фиксирует патологические воспоминания и создаёт «физический барьер» для нормальной пластичности [21, 22]. **Эпигенетические модификации** (ацетилирование гистонов и метилирование ДНК) в медиальной префронтальной коре «запирают» синаптические сети в высокоактивном состоянии, препятствуя восстановлению когнитивного контроля [23, 24].

3.3.4. Трансформация «цель → привычка» на уровне контуров

На системном уровне эти процессы вовлекают кортико-стриарные петли. Префронтальные входы в стриатум регулируют переход от целенаправленного поведения к привычному. Дезадаптивная пластичность в этих контурах лишает индивида гибкости: поведение становится ригидным и автоматизированным. Согласно концепции B. J. Everitt и T. W. Robbins [25], при хронической зависимости контроль над поведением смещается от вентрального стриатума (связанного с прогнозируемым исходом) к дорсальному (связанному с моторной привычкой).

3.3.5. Особенности PSUD

В случае полинаркомании механизмы метапластичности подвергаются «перекрёстному искажению». Различные ПАВ воздействуют на перекрывающиеся, но различные нейрохимические системы, что амплифицирует синаптическую перестройку одновременно в нескольких путях. Это ведёт к выраженной когнитивной ригидности, при которой остаточная пластичность мозга направлена преимущественно на поддержание полиморфного поиска веществ, при значительной утрате способности к деадаптации старых ассоциативных связей [18].

4. Биофизика TMS и принципы дозирования

4.1. Электрическое поле (E-field) как универсальный параметр дозирования

Транскраниальная магнитная стимуляция основана на законе электромагнитной индукции Фарадея: меняющееся магнитное поле индуцирует вторичное электрическое поле (E-field) в кортикальной ткани. Именно это электрическое поле является первичным физическим детерминантом активации нейронов, вызывая деполяризацию клеточных мембран [26]. Физиологические эффекты стимуляции определяются не столько выходной мощностью стимулятора, сколько пространственным распределением и величиной напряжённости индуцированного E-поля непосредственно в целевых структурах [27].

4.2. Ограничения дозирования на основе моторного порога

Переход от эмпирических стратегий к прецизионной нейромодуляции требует критического пересмотра роли моторного порога (МП) как стандарта калибровки интенсивности импульса. Традиционный подход предполагает, что интенсивность стимуляции целевой зоны (например, ДЛПФК) должна составлять определённый процент от МП, определённого для первичной моторной коры (M1). Однако данный метод не учитывает фундаментальные анатомические и морфологические различия между корковыми зонами [27, 28].

Исследования на основе вычислительного моделирования показали, что на параметры индуцированного E-поля существенно влияют индивидуальные анатомические факторы: (а) геометрия коры и локальная кривизна извилин определяют ориентацию нейронов относительно силовых линий и, следовательно, эффективность их активации; (б) толщина черепа и скальпа — расстояние от катушки до поверхности мозга — критически снижает напряжённость поля с известной степенью; (в) проводимость тканей и особая роль цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), которая, обладая высокой проводимостью, перераспределяет токи и снижает фокальность воздействия [27, 28]. В результате идентичная интенсивность стимуляции, выраженная в процентах от МП, создаёт у разных лиц статистически значимые различия в фактической напряжённости E-поля в ДЛПФК. МП служит лишь косвенным и потенциально неточным суррогатом дозы, что вносит существенный вклад в межиндивидуальную вариабельность терапевтического ответа.

4.3. Специфика PSUD и риск «недолеченности»

Хроническое употребление ПАВ ведёт к стойким нейроанатомическим изменениям, включая атрофические процессы в коре. Вычислительное моделирование методом конечных элементов (FEM) на основе индивидуальных МРТ-снимков показывает, что при расширении борозд и истончении коры фактическая энергия, достигающая нейрональных мишеней, может быть значительно ниже расчётной. Это создаёт серьёзный риск «недолеченности» (under-dosing) при использовании стандартных протоколов (100–120% МП) [27, 29]. Кроме того, нейробиологическая гетерогенность PSUD проявляется в дестабилизации ГАМК- и глутаматергической трансмиссии вследствие перекрёстной толерантности, что напрямую влияет на порог возбудимости нейронов и делает ответ на стимуляцию менее предсказуемым. В таких условиях использование E-поля как универсального параметра дозирования позволяет стандартизировать воздействие не по субъективному моторному ответу, а по объективной физической величине энергии, доставленной в зону интереса [29].

4.4. Концепция «узел → сеть → поведение»

Прецизионная TMS опирается на иерархическую модель транссинаптического распространения импульса. Эффективность терапии зависит не только от локальной активации нейронов в месте проекции катушки, но и от последующей модуляции всей функциональной сети (например, фронто-стриарных контуров исполнительного контроля). Дозирование под контролем E-поля обеспечивает адекватную стимуляцию коркового «узла», что является обязательным условием для системного изменения сетевой динамики [5, 29]. Такая персонализация позволяет: (а) достигать необходимого порога деполяризации в ДЛПФК для восстановления нисходящего контроля; (б) минимизировать нежелательную стимуляцию соседних зон (например, орбитофронтальной коры), расширяя терапевтическое окно и снижая риск побочных эффектов.

5. Таргетинг нейронных сетей: от стандартных координат к персонализированным подходам

Традиционная методология TMS исторически опиралась на упрощённые методы навигации — правило «5 см» и си-

стему «10–20». Однако накопленные за последнее десятилетие данные свидетельствуют о значительной межиндивидуальной вариабельности анатомии коры и функциональной связности, что делает стандартизованные подходы недостаточно эффективными, особенно в терапии сложных расстройств, таких как PSUD [9, 27].

5.1. Ограничения структурного таргетинга на основе моторного порога

Стандартный протокол калибровки по МП первичной моторной коры исходит из предположения о гомогенности корковой возбудимости. Однако исследования с использованием вычислительного моделирования E-поля показали, что корреляция между возбудимостью M1 и префронтальных зон (например, ДЛПФК) крайне слаба [27, 28]. У пациентов с хронической зависимостью часто наблюдаются атрофические изменения и расширение субарахноидальных пространств. Увеличение слоя ЦСЖ приводит к «эффекту шунтирования», при котором значительная часть энергии рассеивается, не достигая целевых нейрональных популяций. Это требует персонализированного расчёта напряжённости поля для каждой индивидуальной мишени [29].

5.2. Функциональный таргетинг на основе rs-fMRI

Современная парадигма переходит от анатомических ориентиров к функциональным. Использование функциональной МРТ в состоянии покоя (rs-fMRI) позволяет идентифицировать индивидуальные «узлы» в крупномасштабных сетях пациента. Таргетинг левой ДЛПФК наиболее эффективен в том случае, если точка стимуляции имеет высокую функциональную связность с подкорковыми структурами вознаграждения (вентральный стриатум) [30]. Принцип **антикорреляционного таргетинга** — обоснованный для лечения депрессии и обсуждаемый для аддикций — предполагает, что наиболее выраженный антиаддиктивный эффект может достигаться при стимуляции зон ДЛПФК, антикоррелированных с субгенуальной ACC или инсулой [13, 30].

5.3. Нейронавигация и интеграция E-field моделирования

Применение нейронавигации в сочетании с моделированием электрического поля становится «золотым стандартом» прецизионной нейромодуляции. Использование специализированного ПО (например, SimNIBS) позволяет трансформировать интенсивность в процентах от МП в абсолютные значения напряжённости поля (В/м) с учётом индивидуальной анатомии [27, 29]. Эффективность активации пирамидных нейронов зависит также от угла наклона катушки относительно извилин: индивидуальный таргетинг позволяет оптимизировать направление индуцированного тока относительно стенок целевой борозды, что снижает порог активации нейронов [27].

5.4. Замкнутые системы (closed-loop TMS)

Перспективным направлением является развитие систем TMS с обратной связью по ЭЭГ. Такой подход позволяет подавать импульс в определённую фазу эндогенных осцилляций (например, в восходящую фазу мю- или альфа-ритма), что максимизирует синаптическую пластичность и потенциально способствует более эффективной реинтеграции фрагментированных сетей исполнительного контроля при PSUD [5, 9]. Накопление данных РКИ для этого направления остаётся ограниченным; его клиническое применение пока относится к категории экспериментальных стратегий.

6. Клинические протоколы и профилактика рецидивов при PSUD

6.1. Нейросетевая модель уязвимости к рецидиву

Традиционное понимание рецидива как следствия «волевого дефицита» в современной аддиктологии заменено моделью дезорганизации крупномасштабных нейронных сетей мозга. При PSUD риск рецидива детерминирован патологическим взаимодействием между ECN, SN и сетью

вознаграждения [3, 9, 13]. Центральным механизмом срыва является дефицит нисходящего торможения: хроническое употребление нескольких ПАВ ведёт к прогрессирующему снижению функциональной связности внутри ECN (ДЛПФК и ACC), что сопровождается гиперреактивностью SN, ключевым узлом которой выступает инсула. Снижение функциональной связности между SN и ECN рассматривается как один из наиболее надёжных нейробиологических предикторов рецидива [13].

6.2. rTMS и deep TMS как инструменты сетевой реинтеграции

Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) рассматривается как приоритетный метод нейромодуляторной профилактики рецидива, способный индуцировать LTP-подобные изменения в ослабленных узлах сети контроля [11]. **Высокочастотная rTMS (10–20 Гц) левой ДЛПФК** (координата F3) направлена на реинтеграцию фронто-стриарных связей и восстановление нисходящего контроля над импульсивностью [9, 11]. **Глубокая TMS (H-катушки)** позволяет одновременно стимулировать латеральные и медиальные отделы префронтальной коры, а специальные конфигурации (H-4) — также инсулярную и ACC-области. РКИ A. Zangen и соавт. с использованием H-4 катушки при никотиновой зависимости стало основой регистрации deep TMS в FDA в данном показании; работа также демонстрирует принципиальную возможность модуляции глубоких узлов SN, имеющую значение и для PSUD [10].

6.3. iTBS и протоколы сокращённой продолжительности

Интермиттентная тета-бёрст-стимуляция (iTBS) демонстрирует сопоставимую с конвенциональной rTMS эффективность при существенно меньшей длительности сессии, что повышает комплаентность и доступность терапии [11]. В аддиктологии iTBS пока находится на этапе накопления данных, однако накопленный опыт в депрессии и пилотные исследования при отдельных формах SUD поддерживают целесообразность его клинической оценки при PSUD.

6.4. Сравнительная характеристика модальностей TMS, применяемых при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ

Накопленный к настоящему времени массив доказательств позволяет провести структурное сопоставление трёх ключевых модальностей TMS, применяемых или активно изучаемых в аддиктологии: ритмической TMS со стандартной катушкой типа «figure-of-8», глубокой TMS с H-катушками и интермиттентной тета-бёрст-стимуляции. Параметры биофизики, типовые протоколы, целевые мишени, регуляторный статус и доказательная база этих методов суммированы в Таблице 1.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика rTMS, deep TMS и iTBS в контексте лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ, и полинаркомании (PSUD)

Характеристика	rTMS (figure-of-8)	Deep TMS (H-катушка)	iTBS
Тип катушки	Восьмёрка (figure-of-8), реже круговая	H1, H4, H7 (Brainsway); многоканальные конфигурации	Восьмёрка (figure-of-8)
Глубина эффективной стимуляции	1,5–2 см от поверхности коры	3–6 см; охват глубоких и медиальных структур	1,5–2 см

Паттерн / частота	Высокочастотная (10–20 Гц) или низкочастотная (1 Гц) непрерывная стимуляция	Высокочастотная (10–20 Гц), длительные тренинги	Бёрсты по 3 импульса при 50 Гц, повторяемые при 5 Гц
Интенсивность	100–120 % МП	100–120 % МП	80–90 % АМП (активного моторного порога)
Импульсов за сессию	1500–3000	1980–2400	600 (стандарт), до 1800 в усиленных протоколах
Длительность сессии	20–40 мин	20–25 мин	≈ 3 мин (стандарт); 9 мин (усиленный)
Типовая мишень при SUD	Левая ДЛПФК (F3 по EEG-системе 10–20 или нейронавигация)	Двусторонняя dlPFC + mPFC (H1); инсула и латеральная PFC (H4)	Левая ДЛПФК; обсуждается mPFC
FDA-одобренные показания (общие)	БДР (2008); ОКР (2018); мигрень	БДР (2013); ОКР (2018); никотиновая зависимость, H-4 (2020)	БДР (2018); ускоренный протокол SAINT (2022)
FDA-одобрение в аддиктологии	Нет	Да — никотиновая зависимость (H-4)	Нет
Уровень рекомендации при SUD (Lefaucheur и соавт., 2020)	Уровень B (вероятная эффективность) при никотиновой зависимости и кокаиновом расстройстве употребления	Уровень A (определённая эффективность) при никотиновой зависимости	Уровень рекомендации не присвоен; данные ограничены пилотными РКИ
Ключевые клинические исследования при аддикции	Terraneo et al., 2016 (кокаин); Mishra et al., 2010 (алкоголь); метаанализы 2019–2024	Dinur-Klein et al., 2014 и Zangen et al., 2021 (никотин, основа FDA-регистрации)	Hanlon et al., 2017; Sanna et al., 2019 (алкоголь); пилотные данные при стимуляторной зависимости
Применимость при PSUD	Базовый, наиболее доступный протокол; ограничено поверхностной глубиной воздействия на узлы SN	Преимущество при тяжёлом стаже за счёт прямого воздействия на глубинные узлы (инсула, ACC)	Перспективное направление, но данные именно при PSUD пока носят предварительный характер
Преимущества	Широкая доступность; наибольший массив данных; известный профиль безопасности; воз-	Воздействие на глубокие и медиальные структуры; единственная FDA-одобренная TMS-модаль-	Сокращение сессии в 7–10 раз → высокая комплаентность; меньшая суммарная нагрузка;

	можность точного фокального таргетинга	ность при аддикции; меньшая чувствительность к точности позиционирования	возможность ускоренных протоколов
Ограничения	Поверхностная глубина E-поля; высокая длительность курса; чувствительность к точности позиционирования	Высокая стоимость; менее фокальная стимуляция; больший дискомфорт; ограниченная доступность аппаратуры	Скромная база РКИ в аддиктологии; неопределённость долгосрочной эффективности; меньшая стандартизация мишеней

Примечания. ДЛПФК — дорсолатеральная префронтальная кора; mPFC — медиальная префронтальная кора; ACC — передняя поясная кора; SN — сеть выявления значимости; SUD — расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ; PSUD — полинаркомания (polysubstance use disorder); БДР — большое депрессивное расстройство; МП / АМП — моторный / активный моторный порог; РКИ — рандомизированное контролируемое исследование. Регуляторные данные приведены по состоянию на 2025 г. и могут различаться между юрисдикциями (FDA / EMA / Росздравнадзор). Уровни рекомендации даны в соответствии с обновлёнными рекомендациями J.-P. Lefaucheur и соавт. [11].

Из представленного сопоставления следует, что выбор модальности TMS при PSUD должен определяться комбинацией клинических и биофизических факторов. Высокочастотная rTMS левой ДЛПФК остаётся базовым протоколом с наибольшим объёмом накопленных данных и оптимальным профилем доступности; её применение оправдано в большинстве случаев, особенно при доминировании дефицита нисходящего контроля и отсутствии выраженной корковой атрофии. Глубокая TMS с H-катушками имеет преимущество у пациентов с длительным стажем PSUD и преимущественным вовлечением сети выявления значимости (инсула, ACC), а также при структурных изменениях, ограничивающих эффективность поверхностной стимуляции; её клиническое внедрение, однако, ограничено стоимостью оборудования и доступностью. iTBS представляет интерес как протокол сокращённой длительности, повышающий комплаентность пациентов с низкой мотивацией к продолжительному курсу, однако специфические данные при PSUD требуют дальнейшего накопления, прежде чем этот режим может быть рекомендован в качестве самостоятельной первой линии. Во всех случаях персонализация дозирования по E-полю и функциональный таргетинг на основе rs-fMRI остаются ключевыми условиями повышения воспроизводимости терапевтического ответа [5, 27, 29].

6.5. Биомаркеры эффективности и прогноза

Объективизация ответа на нейромодуляцию требует использования биомаркеров. rs-fMRI позволяет оценивать восстановление функциональной связности между ДЛПФК и вентральным стриатумом, а также нормализацию баланса SN–ECN. MR-спектроскопия даёт возможность мониторировать динамику уровней ГАМК и глутамата в фронтальных областях; восстановление баланса возбуждения/торможения в ACC может служить объективным критерием снижения риска рецидива [15, 17]. E-field моделирование на основе индивидуальных МРТ-данных

позволяет верифицировать достижение целевой напряжённости поля в зоне ДЛПФК — обязательного условия адекватной нейрональной активации [27, 29].

6.6. Cue provocation и принцип дестабилизации сети

Среди обсуждаемых стратегий повышения эффективности рассматривается приём провокации значимыми триггерами (cue provocation) непосредственно перед сессией TMS. Гипотетический механизм — временная дестабилизация консолидированных аддиктивных энграмм и открытие «окна реконсолидации», в течение которого нейромодуляторное воздействие способно эффективнее модифицировать патологическую сеть [9]. Клиническая валидизация подхода при PSUD остаётся предметом текущих исследований.

7. Ограничения обзора

Настоящий обзор имеет ряд ограничений. Во-первых, нарративный формат не предполагает формальной систематической оценки риска систематических ошибок и полного покрытия литературы по PRISMA-протоколу. Во-вторых, данные клинических исследований TMS при PSUD остаются ограниченными по объёму выборок и неоднородными по протоколам стимуляции, локализации мишени и параметрам дозирования, что затрудняет прямое сопоставление эффективности. В-третьих, представленные модели сетевой нейробиологии аддикции преимущественно валидизированы в исследованиях моноаддикции, и их экстраполяция на PSUD требует осторожности, учитывая нейрохимическую и анатомическую гетерогенность этой группы. В-четвёртых, экономическая доступность E-field-guided протоколов и индивидуального МРТ-планирования остаётся существенным барьером для широкого клинического внедрения. Эти ограничения подчёркивают необходимость дальнейших РКИ с гомогенными группами пациентов и стандартизованными биофизическими и нейровизуализационными метриками.

8. Заключение.

Современные данные позволяют рассматривать полинаркоманию как качественно отличную форму аддиктивного расстройства, в основе которой лежит системная дезинтеграция трёх крупномасштабных нейронных сетей — исполнительного контроля, выявления значимости и вознаграждения, — а также комплекс нейрохимических и метапластических перестроек, делающих аддиктивные воспоминания резистентными к традиционным терапевтическим подходам.

Транскраниальная магнитная стимуляция представляется одним из наиболее перспективных инструментов сетевой нейромодуляции при PSUD. Биофизически обоснованной альтернативой эмпирическому дозированию по моторному порогу является персонализированное моделирование индуцированного электрического поля на основе индивидуальной анатомии. Сочетание функционального таргетинга по rs-fMRI, E-field-моделирования и протоколов глубокой и тета-бёрст-стимуляции открывает путь к патогенетически обоснованной нейромодуляции аддиктивных контуров.

Дальнейшие исследования должны быть сосредоточены на проведении многоцентровых рандомизированных контролируемых испытаний, прямом сопоставлении эффективности стандартной калибровки по моторному порогу и дозирования по E-полю, на валидизации нейровизуализационных и нейрохимических биомаркеров ответа на терапию, а также на оценке экономической эффективности персонализированных протоколов TMS у пациентов с сочетанными формами зависимости. Конвергенция нейровизуализации, биофизики и нейромодуляции формирует основу для перехода от эмпирической практики к патогенетически обоснованной персонализированной медицине в аддиктологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Connor JP, Gullo MJ, White A, Saunders JB. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. Drug Alcohol Depend. 2014;134:1–15. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.012

2. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Lancet Psychiatry. 2016;3(8):760–773. doi:10.1016/S2215-0366(16)00104-8

3. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. Nat Rev Neurosci. 2011;12(11):652–669. doi:10.1038/nrn3119

4. Volkow ND, Michaelides M, Baler R. The neuroscience of drug reward and addiction. Physiol Rev. 2019;99(4):2115–2140. doi:10.1152/physrev.00014.2018

5. Ekhtiari H, Tavakoli H, Addolorato G, et al. Transcranial electrical and magnetic stimulation (tES and TMS) for addiction medicine: a consensus paper on the present state of the science and the road ahead. Neurosci Biobehav Rev. 2019; 104:118–140. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.007

6. Kalivas PW. The glutamate homeostasis hypothesis of addiction. Nat Rev Neurosci. 2009;10(8):561–572. doi:10.1038/nrn2515

7. Scofield MD, Heinsbroek JA, Gipson CD, et al. The nucleus accumbens: mechanisms of addiction across drug classes reflect the convergent dysregulation of glutamate homeostasis. Neuron. 2016;89(2):264–282. doi: 10.1016/j.neuron.2015.12.007

8. Logan RW, Hasler BP, Forbes EE, et al. Impact of sleep and circadian rhythms on addiction vulnerability in adolescents. Biol Psychiatry. 2018;83(12):987–996. doi: 10.1016/j.biopsych.2017.11.035

9. Soleimani G, Joutsa J, Moussawi K, et al. Transcranial magnetic stimulation as an interventional tool for addiction. Am J Psychiatry. 2024;181(2):100–114. doi: 10.1176/appi.ajp.20221022

10. Zangen A, Moshe H, Martinez D, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for smoking cessation: a pivotal multicenter double-blind randomized controlled trial. World Psychiatry. 2021;20(3):397–404. doi: 10.1002/wps.20905

11. Lefaucheur JP, Aleman A, Baeken C, et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): an update (2014–2018). Clin Neurophysiol. 2020;131(2):474–528. doi:10.1016/j.clinph.2019.11.002

12. Haber SN, Knutson B. The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. Neuropsychopharmacology. 2010; 35(1): 4–26. doi:10.1038/npp.2009.129

13. Sutherland MT, McHugh MJ, Pariyadath V, Stein EA. Resting state functional connectivity in addiction: lessons learned and a road ahead. Neuroimage. 2012;62(4):2281–2295. doi:10.1016/j.neuroimage.2012.01.117

14. Zilverstand A, Huang AS, Alia-Klein N, Goldstein RZ. Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: a systematic review. Neuron. 2018;98(5):886–903. doi: 10.1016/j.neuron.2018.03.048

15. Mon A, Durazzo TC, Meyerhoff DJ. Glutamate, GABA, and other cortical metabolite concentrations during early abstinence from alcohol and their associations with neurocognitive changes. Drug Alcohol Depend. 2012;125(1–2):27–36. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.03.012

16. Lüscher C, Malenka RC. Drug-evoked synaptic plasticity in addiction: from molecular changes to circuit remodeling. Neuron. 2011;69(4):650–663. doi: 10.1016/j.neuron.2011.01.017

17. Silveri MM, Cohen-Gilbert J, Crowley DJ, et al. Frontal lobe γ-aminobutyric acid levels during adolescence: associations with impulsivity and response inhibition. Biol Psychiatry. 2013;74(4):296–304. doi:10.1016/j.biopsych.2013.01.033

18. Crummy EA, O'Neal TJ, Baskin BM, Ferguson SM. One is not enough: understanding and modeling polysubstance use. Front Neurosci. 2020; 14:569. doi:10.3389/fnins.2020.00569

19. Kauer JA, Malenka RC. Synaptic plasticity and addiction. Nat Rev Neurosci. 2007;8(11):844–858. doi:10.1038/nrn2234

20. Abraham WC, Bear MF. Metaplasticity: the plasticity of synaptic plasticity. Trends Neurosci. 1996;19(4):126–130. doi:10.1016/S0166-2236(96)80018-X

21. Sorg BA, Berretta S, Blacktop JM, et al. Casting a wide net: role of perineuronal nets in neural plasticity. J Neurosci. 2016;36 (45):11459–11468. doi:10.1523/JNEUROSCI.2351-16.2016

22. Slaker M, Churchill L, Todd RP, et al. Removal of perineuronal nets in the medial prefrontal cortex impairs the acquisition and reconsolidation of a cocaine-induced conditioned place preference memory. J Neurosci. 2015;35(10):4190–4202. doi:10.1523/JNEUROSCI.3592-14.2015

23. Nestler EJ, Lüscher C. The molecular basis of drug addiction: linking epigenetic to synaptic and circuit mechanisms. Neuron. 2019;102(1):48–59. doi: 10.1016/j.neuron.2019.01.016

24. Walker DM, Cates HM, Heller EA, Nestler EJ. Regulation of chromatin states by drugs of abuse. Curr Opin Neurobiol. 2015; 30:112–121. doi:10.1016/j.conb.2014.11.002

25. Everitt BJ, Robbins TW. Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. Annu Rev Psychol. 2016;67:23–50. doi:10.1146/annurev-psych-122414-033457

26. Barker AT, Jalinous R, Freeston IL. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex. Lancet. 1985;1(8437):1106–1107. doi:10.1016/s0140-6736(85)92413-4

27. Thielscher A, Antunes A, Saturnino GB. Field modeling for transcranial magnetic stimulation: a useful tool to understand the physiological effects of TMS? Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc. 2015;2015:222–225. doi:10.1109/EMBC.2015.7318340

28. Janssen AM, Oostendorp TF, Stegeman DF. The coil orientation dependency of the electric field induced by TMS for M1 and other brain areas. J Neuroeng Rehabil. 2015;12:47. doi:10.1186/s12984-015-0036-2

29. Caulfield KA, Fleischmann HH, George MS, McTeague LM. A transdiagnostic review of safety, efficacy, and parameter space in accelerated transcranial magnetic stimulation. J Psychiatr Res. 2022;152:384–396. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.06.038

30. Fox MD, Buckner RL, White MP, Greicius MD, Pascual-Leone A. Efficacy of transcranial magnetic stimulation targets for depression is related to intrinsic functional connectivity with the subgenual cingulate. Biol Psychiatry. 2012;72(7):595–603. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.04.028

31. Terraneo A, Leggio L, Saladini M, Ermani M, Bonci A, Gallimberti L. Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: a pilot study. Eur Neuropsychopharmacol. 2016;26(1):37–44. doi:10.1016/j.euroneuro.2015.11.011

32. Dinur-Klein L, Dannon P, Hadar A, et al. Smoking cessation induced by deep repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal and insular cortices: a prospective, randomized controlled trial. Biol Psychiatry. 2014;76(9):742–749. doi:10.1016/j. biopsych.2014.05.020

33. Hanlon CA, Dowdle LT, Correia B, et al. Left frontal pole theta burst stimulation decreases orbitofrontal and insula activity in cocaine users and alcohol users. Drug Alcohol Depend. 2017; 178:310–317. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.03.039

34. Sanna A, Fattore L, Badas P, Corona G, Cocco V, Diana M. Intermittent theta burst stimulation of the prefrontal cortex in cocaine use disorder: a pilot study. Front Neurosci. 2019;13:765. doi:10.3389/fnins.2019.00765

УДК: 616.895.8:612.017-092.19

ПАРАНОИД ШИЗОФРЕНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ДИНАМИК КЕЧИШИДА ИММУН ТИЗИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎРНИ

Гопурова Гулчехра Фарухтдиновна – Ph.D., доцент
Тошкент давлат тиббиёт университети (Тошкент, Ўзбекистон)
Усманова Шахноза Фарухтдиновна – к.м.н., доцент
Ўзбекистон Республикаси ички ишлар вазирлиги академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Аннотация. Кириш. *Параноид шизофрения — шизофрениянинг энг кўп тарқалган клиник шакли бўлиб, у асосан продуктив симптоматика (иллюзиялар, галлюцинациялар, параноидал ғоялар) билан намоён бўлади. Шизофрения патогенезида фақат нейрохимик ва генетик омиллар эмас, балки иммун тизими ва яллиғланиш медиаторлари ҳам муҳим ўрин тутади. Сўнгги йилларда цитокинлар, айниқса интерлейкин-6 (IL-6), ўсма некрози альфа фактори (TNF-α) ва интерлейкин-1β (IL-1β), марказий нерв тизими фаолиятига таъсир этувчи биологик кўрсаткич сифатида қаралмоқда.*

Мақсад. *Тадқиқотнинг мақсади параноид шизофренияда продуктив клиник белгиларининг намоён бўлишида цитокин биокимёвий кўрсаткичларнинг ўрнини аниқлашдан иборат.*

Тадқиқот материаллари ва методлари. *Тадқиқот ишида клиник-патопсихологик (PANSS позитив ва негатив психопатологик симптомларни баҳолаш шкаласи, клиник-иммунологик, статистик таҳлил усулларидан фойдаланилган. Ташхис МКБ-10 мезонлари ва клинико-психопатологик текширув асосида қўйилди. Позитив симптоматикани баҳолаш учун PANSS шкаласининг "Позитив симптомлар" субшкаласи қўлланилди. Беморлар асосий гуруҳда антидепрессант терапия олдидан ва 8 ҳафталик даводан кейин қайта текширилди. Ҳар икки ҳолатда ҳам цитокинлар даражалари (IL-6, TNF-α, IL-1β) ва PANSS "Позитив" субшкала баллари солиштирилди.*

Натижалар. *Олинган маълумотлар шундан далолат берадики, параноид шизофренияда нейролептик терапия нафақат клиник позитив симптоматикани, балки цитокинлар даражасини ҳам пасайтиради. Бу ҳолат иммунологик кўрсаткичлар билан позитив симптоматика ўртасидаги яқин биологик боғлиқликни кўрсатади.*

Хулоса. *Клинико-динамик тадқиқотлар IL-6, TNF-α ва IL-1β даражалари параноид шизофренияда позитив симптоматика кучлилиги билан яққол корреляция қилишини ва нейролептик терапия самарасида пасайишини кўрсатди. Бу иммунологик тадқиқотларни касаллик ташхиси ва терапия мониторингига киритиш зарурлигини асослаб берди.*

Калит сўзлар. *Параноид шизофрения, позитив симптомлар, цитокинлар, иммун кўрсаткичлар*

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Гопурова Гульчехра Фарухтдиновна – Ph.D., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Усманова Шахноза Фарухтдиновна – к.м.н., доцент
Академия Министерства внутренних дел Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. Введение. *Параноидная шизофрения — наиболее распространённая клиническая форма шизофрении, которая проявляется преимущественно продуктивной симптоматикой (иллюзии, галлюцинации, параноидные идеи). В патогенезе шизофрении важную роль играют не только нейрохимические и генетические факторы, но и иммунная система, а также медиаторы воспаления. В последние годы цитокины, в частности интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли альфа (TNF-α) и интерлейкин-1β (IL-1β), рассматриваются как биологические маркеры, влияющие на функционирование центральной нервной системы.*

Цель. *Цель исследования заключается в определении роли цитокинов в формировании продуктивной клинической симптоматики при параноидной шизофрении.*

Материалы и методы исследования. *В исследовании использованы клинико-патопсихологические методы (шкала PANSS для оценки позитивных и негативных психопатологических симптомов), клинико-иммунологические и статистические методы анализа. Диагноз устанавливался на основании критериев МКБ-10 и клинико-психопатологического обследования. Для оценки позитивной симптоматики применялась субшкала «Позитивные симптомы» шкалы PANSS. Пациенты основной группы обследовались до начала антидепрессивной терапии и повторно через 8 недель лечения. В обоих случаях сравнивались уровни цитокинов (IL-6, TNF-α, IL-1β) и баллы PANSS по субшкале «Позитивные симптомы».*

Результаты. *Полученные данные свидетельствуют о том, что при параноидной шизофрении нейролептическая терапия снижает не только выраженность клинической позитивной симптоматики, но и уровни цитокинов. Это подтверждает наличие тесной биологической связи между иммунологическими показателями и клинической симптоматикой.*

Заключение. *Клинико-динамические исследования показали, что уровни IL-6, TNF-α и IL-1β чётко коррелируют с выраженностью позитивной симптоматики при параноидной шизофрении и снижаются на фоне нейролептической терапии. Это подтверждает необходимость включения иммунологических исследований в диагностику и мониторинг течения заболевания.*

Ключевые слова: *параноидная шизофрения, позитивные симптомы, цитокины, иммунологические показатели.*

THE ROLE OF IMMUNE SYSTEM INDICATORS IN THE CLINICAL-DYNAMIC COURSE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

Gopurova Gulchehra Farukhtdinovna – Ph.D., associate professor
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Usmanova Shakhnoza Farukhtdinovna – C.M.Sc., associate professor
Academy of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. Introduction. *Paranoid schizophrenia is the most common clinical form of schizophrenia, predominantly manifested by productive symptoms (illusions, hallucinations, paranoid ideas). The pathogenesis of schizophrenia involves not only neurochemical and genetic factors but also the immune system and inflammatory mediators. In recent years, cytokines, particularly interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor-alpha (TNF-α), and interleukin-1β (IL-1β), have been considered as biological markers influencing central nervous system function.*

Objective. *The aim of the study is to determine the role of cytokine biochemical indicators in the manifestation of productive clinical symptoms in paranoid schizophrenia.*

Materials and Methods. *The study employed clinical and pathopsychological methods (the PANSS scale for the assessment of positive and negative psychopathological symptoms), clinical-immunological and statistical methods. Diagnosis was established based on ICD-10 criteria and clinical-psychopathological examination. The "Positive Symptoms" subscale of the PANSS scale was used to assess positive symptomatology. Patients in the main group were examined before the start of antidepressant therapy and re-examined after 8 weeks of treatment. In both cases, cytokine levels (IL-6, TNF-α, IL-1β) and PANSS "Positive" subscale scores were compared.*

Results. *The findings indicate that in paranoid schizophrenia, neuroleptic therapy reduces not only clinical positive symptoms but also cytokine levels. This demonstrates a close biological relationship between immunological markers and clinical symptomatology.*

Conclusion. *Clinical and dynamic studies have shown that IL-6, TNF-α, and IL-1β levels clearly correlate with the severity of positive symptoms in paranoid schizophrenia and decrease under neuroleptic therapy. This substantiates the need to include immunological assessments in the diagnosis and monitoring of the disease.*

Keywords: *paranoid schizophrenia, cytokine, positive symptoms, immune system.*

Кириш.

Кўп йиллик тадқиқотлар натижасида, бир қанча олимлар томонидан организмни ташқи муҳитга мослашувини бошқарувчи "гуморал доира - иммун тизим ва нейро-эндокрин тизим" фаолиятини концепция сифатида фанга киритиш таклифи берилган.[1,6,10] Иммунитет медиаторларини нейротроп фаолликка таъсири, фанни чуқурроқ ўрганишга асос бўлди. Кўрсатилишича IL-4, IL-10, IFN-у, цитокин ва бошқалар марказий нерв тизимининг фаолиятини бошқаришда масалан: хотира механизмига таъсири, ҳулқ-атворни, ҳиссиётларни бошқарувчи ўринни эгаллаган. [7,11] Иммунокомпетент ҳужайралар бош миянинг гематоэнцефал тўсиғидан ўтиш қобилиятига эга. [2,5,8] Шунингдек, уларни гипоталамус фаолиятини ва вегетатив марказларни бошқариш қобилиятига эга эканлиги исботланган. Бу ҳолатда иммун ҳужайралар вегетатив марказнинг структур функционал таркиби сифатида иштирок этади. Бу аниқлик вегетатив нерв тизимининг асосий қисми бўлган "симпатик" ва "парасимпатик" иммунокомпетент ҳужайраларнинг мавжудлигини исботлайди..[3,9]

Бугунги кунда нейроиммун тизим ва руҳий патологияларнинг келиб чиқиши ўртасидаги боғлиқлилик мавзуси устида фаол изланишлар ўтказилмоқда.

Клиник психо-нейрология соҳаси психо-нейро-иммунологиянинг таркибий қисмидир. Бу соҳа шахснинг стрессга индивидуал типологик жавоб реакциясини инобатга олиб, психо-адаптацион ҳолатларни нейро-иммун ўзаъро боғлиқлиги билан ўрганади. [4,12] Шунингдек, бу соҳа касалликнинг ва ўтказилаётган психофармакотерапиянинг, руҳий бузилишлар даврида клиник нозологик ва клиник динамик тавсифларидан келиб чиқиб ўрганади. Клиник психонейроиммунологиянинг вазифалари: касаллик кечишини башорат қилиш, руҳий патологияни узоқ давом этиши ёки такрорланиш ҳавфини олдини олиш, комплекс терапевтик ва реабилитацион чора-тадбирлар режасини ишлаб чиқишдан иборат. Адабиётларда цитокинлар томонидан чақириладиган иммуносупрессия, иммун гиперфаолликни ва аутоиммун жараёнларнинг юқори фаоллигини юзага келтириб, натижада организмнинг стрессга нисбатан реакциясини анча мураккаблаштиради. Шундай қилиб, адабиётларнинг муҳокамаси ЎППК нейроиммун ўзаъро боғлиқлик ҳолатларини турғун эмаслигини таъкидлайди. Ва улар доимо касалликни кечиши даврида ўзгариб туриб, беморларнинг мослашувчан-

лик имкониятларини белгилаб беради. Цитокин тизимининг бузилиши иммун тизимининг бошқарув механизмини бузилишининг шаклланишига олиб келади. Цитокинлар иммун тизимининг барча бўғинлари гемопоэз, яллиғланиш, тизимлараро ўзаъро боғлиқ ва ҳужайралараро ўзаъро боғлиқликларнинг эндоген бошқарувини амалга оширади. Цитокинлар ҳужайраларнинг яшовчанлик, мослашувчанлик қобилиятини ва уларнинг ўсиб бўлинишини стимуллайди. Уларни бир биридан фарқлайди ҳамда функционал фаоллигини ва мия ҳужайра нейроапоптозини белгилаб беради.

Тадқиқотнинг мақсади параноид шизофренияда продуктив клиник белгиларининг намоён бўлишида цитокин биокимёвий кўрсаткичларнинг ўрнини аниқлашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари: параноид шизофренияда продуктив клиник белгиларининг намоён бўлиш чуқурлигини баҳолаш, ҳамда цитокин биокимёвий кўрсаткичларнинг функционал ҳолати ва касаллик клиникасининг кечишида корреляцион боғлиқликларини аниқлашдан иборат бўлган.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика Руҳий касалликлар клиник шифохонасида (F-20.0) параноид шизофрения билан даволанаётган 18 ёшдан 49 ёшгача бўлган 205 нафар бемор олинган (ўртача ёши 33,2 ± 0,29). Беморларнинг 145 (70,7%) нафарини эркаклар, 60 (29,3%) нафарини аёллар ташкил этди.

Тадқиқотга беморлар қуйидаги меъзонлар бўйича киритилмади:

- Психоактив моддалар ва алкогол истеъмол қилиш оқибатида келиб чиққан ўткир психозли беморлар; сурункали оғир соматик касалликлари мавжуд бўлган беморлар; сурункали неврологик касалликлари мавжуд бўлган беморлар; психоорганик касалликлари мавжуд бўлган беморлар; сурункали аутоиммун касалликлари мавжуд бўлган беморлар; ҳомиладор ва эмизикли аёллар.

Тадқиқот материаллари ва методлари. Тадқиқот ишида клиник-патопсихологик (PANSS позитив ва негатив психопатологик симптомларни баҳолаш шкаласи, клиник-иммунологик, статистик таҳлил усулларидан фойдаланилган. Ташхис МКБ-10 мезонлари ва клинико-психопатологик текширув асосида қўйилди. Позитив симптоматикани баҳолаш учун PANSS шкаласининг “Позитив симптомлар” субшкаласи қўлланилди. Беморлар асосий гуруҳда антидепрессант терапия олдидан ва 8 ҳафталик даводан кейин қайта текширилди. Ҳар икки ҳолатда ҳам цитокинлар даражалари (IL-6, TNF-α, IL-1β) ва PANSS “Позитив” субшкала баллари солиштирилди.

Қўйилган вазифаларидан келиб чиқиб, тадқиқотимиз қуйидаги 4 босқични ўз ичига олди: Тадқиқот мақсадидан келиб чиқиб, тадқиқотнинг 1 босқичида кузатувдаги 205 нафар беморда клиник-патопсихологик текширув усули сифатида PANSS шкаласи сўровномаси ўтказилди ва продуктив симптоматикаси бўйича юқори бал тўплаган 110 нафар бемор ажратиб олинди. Бу гуруҳни биз 1-чи гуруҳ деб номладик. Тадқиқотнинг 2 босқичида 110 нафар бемордан клиник-иммунологик текширув усулини қўллаган ҳолда, тирсак вена қон томиридан 3,0 мл миқдорда қон олинди ва интерлейкин- IL-6, TNF-α, IL-1β Цитокин кўрсаткичлари лаборатор таҳлил қилинди. Тадқиқотнинг 3 босқичида беморлардан асосий патогенетик даволаш курсини ўтиб бўлгандан сўнг интерлейкин- IL-6, TNF-α, IL-1β Цитокин кўрсаткичлари такроран лаборатор таҳлил қилинди.

Тадқиқотнинг 4 босқичида барча клиник маълумотлар статистик таҳлил қилинди.

Беморлар антидепрессант терапиядан олдин ва 8 ҳафталик даводан кейин қайта текширилди. Ҳар икки ҳолатда ҳам цитокинлар даражалари (IL-6, TNF-α, IL-1β) ва PANSS Positive субшкала баллари солиштирилди.

1-жадвал.

Антидепрессант терапиядан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар

Кўрсаткичлар	Даво олдидан (ўртача ± кўрсаткичлар)	Даводан кейин (ўртача ± СО)	р-қиймат
PANSS Positive баллари	28.4 ± 5.2	19.6 ± 4.7	<0.05
IL-6 (пг/мл)	11.8 ± 3.0	7.9 ± 2.4	<0.01
TNF-α (пг/мл)	17.5 ± 3.8	11.2 ± 3.1	<0.01
IL-1β (пг/мл)	9.8 ± 2.3	6.7 ± 1.9	<0.05

Лаборатор маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики:

- Кучли позитив симптоматикали беморларда IL-6 ва TNF-α даражалари назорат гуруҳига нисбатан юқори бўлган.

- Даво олдидан PANSS Positive субшкала баллари юқори даражада сақланган.

- Антидепрессант терапиядан кейин PANSS Positive баллари ва цитокинлар даражалари сезиларли пасайди. Касалхонада даволанишнинг 20-30 кунлари беморларда продуктив симптомакомплекслар: васваса, фикрлашнинг бузилиши, галлюцинациялар, психомотор қўзғалувчанлик, буюклик, шубҳа ва таъқиб ғоялари, адоватлилик каби патологик белгиларни яхши томонга силжиганлигини гувоҳи бўлдик. Беморларда даволанишнинг 10-15-20 кунидан соғлом фикрлаш белгилари қайд этилди. Васваса белгиларининг намоён бўлиш чўққисида беморларда PANSS шкаласи бўйича олинган балларнинг суммар йиғиндиси юқорилиги 28.4 ± 5.2 қондаги ИЛ-6 цитокини миқдорининг патологик юқорилигига 11.8 ± 3.0, ҳамда TNF-α (пг/мл) ўсма некрози альфа фактори ва IL-1β (пг/мл) 1-бета интерлейкин - кўрсаткичлари орасида ижобий корреляцион боғлиқлик аниқланди.

Муҳокама.

Олинган маълумотлар шундан далолат берадики, параноид шизофренияда нейролептик терапия нафақат клиник позитив симптоматикани, балки цитокинлар даражасини ҳам пасайтиради. Бу ҳолат иммунологик кўрсаткичлар билан позитив симптоматика ўртасидаги яқин биологик боғлиқликни кўрсатади. Шунингдек, цитокин кўрсаткичи пасайишининг клиник ремиссия билан бир вақтда кузатилиши, уларни биологик маркер сифатида қўллаш имкониятини оширади. Яъни, келгусида IL-6 ва TNF-α каби кўрсаткичлар орқали терапия самарадорлигини баҳолаш ва индивидуал даво тактикаси ишлаб чиқиш мумкин бўлади.

Хулоса.

- Параноид шизофренияда IL-6, TNF-α ва IL-1β даражалари юқори бўлиб, улар позитив симптоматика кучлилиги билан яққол корреляцион боғлиқ.

- Нейролептик терапиядан сўнг PANSS Positive субшкала баллари ва цитокинлар даражалари сезиларли пасайиши аниқланди.

- Олинган маълумотлар цитокинларни фақат патогенетик механизмлар кўрсаткичи сифатида эмас, балки биомаркер сифатида терапия самарадорлигини баҳолашда қўллаш имкониятини асослайди.

- IL-6 ва TNF-α шизофрения клиникасида иммун тизими билан боғлиқ динамик ўзгаришларнинг асосий кўрсаткичлари ҳисобланиши мумкин.

- Келгусида цитокинларнинг, айниқса IL-6 ва TNF-αнинг динамикасини кузатиш, шизофренияда индивидуал терапия стратегиясини ишлаб чиқишда муҳим қадам бўлади.

Шундай қилиб, клинико-динамик тадқиқотлар IL-6, TNF-α ва IL-1β даражалари параноид шизофренияда позитив симптоматика кучлилиги билан яққол корреляция қилишини ва нейролептик те-

рапия самарасида пасайишини кўрсатди. Бу иммунологик тадқиқотларни касаллик ташхиси ва терапия мониторингига киритиш зарурлигини асослаб берди.

АДАБИЁТЛАР

1. Акимов, А. Н. Иммунные механизмы при шизофрении / А. Н. Акимов, Е. В. Литвинова. – Москва: МЕДпресс-информ, 2020. – 256 с.

2. Андреев, В. Г. Цитокины и психические расстройства: современные представления / В. Г. Андреев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, №5. – С. 34–40.

3. Гапурова, Г., Ш. Усманова, и Ш. Курбаниязова. «Совершенствование алгоритма лечения острых полиморфных психотических заболеваний». Медицина и инновации, т. 1, вып. 1, октябрь 2021 г., сс. 93-95, https://inlibrary.uz/index.php/medicine and innovations/article/view/38.

4. Литвинова, Е. В. Влияние интерлейкинов на клиническое течение параноидной шизофрении / Е. В. Литвинова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2019. – Т. 21, №2. – С. 45–52.

5. Потехина, Ю. П. Биомаркеры шизофрении: роль интерлейкинов и фактора некроза опухоли / Ю. П. Потехина // Российский психиатрический журнал. – 2022. – №2. – С. 55–61.

6. Чурилов, Л. П. Иммунопатология: цитокины и психические заболевания / Л. П. Чурилов. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. – 312 с.

7. Goldsmith, D. R. Inflammatory markers in recent onset psychosis and chronic schizophrenia: a systematic review and meta-analysis / D. R. Goldsmith, E. Rapaport, B. J. Miller // Schizophrenia Bulletin. – 2016. – Vol. 42, №6. – P. 1344–1356.

8. Gopurova, Gulchekhra Farukhtdinovna, et al. "Clinical and immunological parallels of acute polymorphic psychotic disorders." European Journal of Molecular and Clinical Medicine, vol. 8, no. 2, 15 Jan. 2021, pp. 508+. Gale OneFile: Health and Medicine, link.gale.com/apps/doc/A698523859/HRCA?u=anon~772d6be0&sid=googleScholar&xid=72f1a10e. Accessed 22 Sept. 2025.

9. Miller, B. J. Cytokine alterations in schizophrenia: a meta-analysis / B. J. Miller, J. Buckley, W. Seabolt, A. Mellor, B. Kirkpatrick // Schizophrenia Research. – 2011. – Vol. 123, №1–3. – P. 1–3.

10. Upthegrove, R. Immune dysfunction and cognitive deficits in schizophrenia: systematic review and meta-analysis / R. Upthegrove, S. Manzanares-Teson, P. Barnes // Psychological Medicine. – 2014. – Vol. 44(16). – P. 3409–3421.

11. Howes, O. D. The role of inflammation in the pathophysiology of schizophrenia / O. D. Howes, S. McCutcheon // Brain. – 2017. – Vol. 140, №3. – P. 610–622.

12. Müller, N. Immunology of schizophrenia / N. Müller // Neuroimmunomodulation. – 2018. – Vol. 25(2). – P. 97–104.

ВНЕДРЕНИЕ СТРУКТУРИРОВАННЫХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ РИСКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОТИВОПРАВНЫХ ДЕЙСТВИЙ СРЕДИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ ВРАЧАМИ – ПСИХИАТРАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ; БУХАРСКОЙ И ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН)

Усманов Улугбек Маратович – главный врач
Республиканская психиатрическая больница с интенсивным наблюдением Министерства здравоохранения (Ташкент, Узбекистан)
Царев Сергей Анатольевич – главный врач
Самарская областная клиническая психиатрическая больница (Самара, Россия)
Амбарцумов Левон Валерьевич – заместитель главного врача
Республиканская психиатрическая больница с интенсивным наблюдением Министерства здравоохранения (Ташкент, Узбекистан)
Павлова Марина Николаевна – заместитель главного врача
Дорошенко Никита Анатольевич – заместитель главного врача
Самарская областная клиническая психиатрическая больница (Самара, Россия)

Аннотация. Введение. *Снижение рисков совершения противоправных действий лицами с психическими расстройствами составляет одну из значимых социальных задач психиатрической службы, направленную на защиту личности, общества и государства от преступных посягательств.*

Цель исследования*. Изучить распространённость противоправных действий среди лиц с психическими расстройствами в Республике Узбекистан и Российской Федерации, выявить основные факторы, повышающие риски общественной опасности, и определить мишени для индивидуальной превентивной работы у пациентов, находящихся на принудительном лечении.*

Материалы и методы*. Проведён сравнительный анализ опубликованных государственными органами судопроизводства статистических обзоров о распространённости противоправных действий за 2022–2024 годы в Узбекистане, Российской Федерации и Самарской области. Проанализировано более 30 источников научной литературы (eLIBRARY, PubMed, Google Scholar). С использованием скрининговой методики «СОРОП» (структурированная оценка риска опасного поведения) обследован 121 пациент Самарской областной клинической психиатрической больницы и 100 пациентов, проходящих принудительное лечение в Бухарской и Хорезмской областях Республики Узбекистан.*

Результаты. *Доля тяжких и особо тяжких преступлений в структуре противоправных действий составила 35,1–37,7% в Узбекистане и 36,9–39,3% в Российской Федерации. Статистически значимыми предикторами рецидива противоправных действий явились зависимость от психоактивных веществ (+7 баллов), низкая приверженность лечению (−6), возраст 20–39 лет (+6) и низкий образовательный уровень.*

Заключение. *Применение структурированных методик оценки риска опасного поведения в сочетании с клинико-динамическим наблюдением является значимым инструментом профилактики противоправных действий; обоснована целесообразность участия врача-психиатра-нарколога и общественных организаций в реабилитационных программах.*

Ключевые слова: *социальная психиатрия, противоправные действия, профилактика противоправных действий, принудительное лечение, оценка риска опасного поведения, СОРОП, психические расстройства, психиатрическая служба.*

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA ROSSIYA FEDERATSIYASIDAGI PSIXIATRLAR TOMONIDAN RUHIY BUZILISHLARI BO'LGAN SHAXSLAR ORASIDAGI NOQONUNIY HARAKATLARNING OLDINI OLISH BO'YICHA BIR QATORDA XAVFLI XULQ-ATVOR XAVFINI BAHOLASHNING TUZILMALI USULINI TADBIRLAR KOMPLEKSIDA TADBIRLARNI TADBIRLASH (ROSSIYA FEDERATSIYASI SAMARA VILOYATI; O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI BUXORO VA XORAZM VILOYATLARI MISOLIDAN FOYDALANISH)

Usmanov Ulug'bek Maratovich – bosh shifokor
Sog'liqni saqlash vazirligining intensiv kuzatuv ostidagi Respublika psixiatriya kasalxonasi (Toshkent, O'zbekiston)
Tsarev Sergey Anatolyevich – bosh shifokor
Samara viloyat klinik psixiatriya kasalxonasi (Samara, Rossiya)
Ambartsumov Levon Valerievich – bosh shifokor o'rinbosari
Sog'liqni saqlash vazirligining intensiv kuzatuv ostidagi Respublika psixiatriya kasalxonasi (Toshkent, O'zbekiston)
Pavlova Marina Nikolaevna – bosh shifokor o'rinbosari
Doroshenko Nikita Anatolyevich – bosh shifokor o'rinbosari
Samara viloyat klinik psixiatriya kasalxonasi (Samara, Rossiya)

Annotatsiya. Kirish. *Ruhiy buzilishlari bo'lgan shaxslarning huquqqa zid xatti-harakatlar sodir etish xavfini kamaytirish — shaxs, jamiyat va davlatni jinoiy tajovuzlardan himoya qilishga qaratilgan psixiatriya xizmatining muhim ijtimoiy vazifalaridan biri hisoblanadi.*

Tadqiqot maqsadi. *O'zbekiston Respublikasi va Rossiya Federatsiyasida ruhiy buzilishlari bo'lgan shaxslar orasida huquqbuzarliklar tarqalganligini o'rganish, ijtimoiy xavfni oshiruvchi asosiy omillarni aniqlash hamda majburiy davolanishda bo'lgan bemorlarda individual profilaktik ishning nishonlarini belgilashdir.*

Material va usullar. *2022–2024 yillarda O‘zbekiston, Rossiya Federatsiyasi va Samara viloyatida sodir etilgan huquqqa zid xatti-harakatlarga oid sud organlari tomonidan e’lon qilingan statistik sharhlarning qiyosiy tahlili o‘tkazildi. Ilmiy adabiyotning 30 dan ortiq manbasi (eLIBRARY, PubMed, Google Scholar) tahlil qilindi. «SOROP» (xavfli xatti-harakat xavfini strukturalashtirilgan baholash) skrining metodikasi yordamida Samara viloyat klinik psixiatriya kasalxonasining 121 nafar bemori va O'zbekiston Respublikasi Buxoro va Xorazm viloyatlaridagi 100 nafar majburiy davolanishdagi bemori tekshirildi.*

Natijalar. *Huquqqa zid xatti-harakatlar tarkibida og‘ir va o‘ta og‘ir jinoyatlar ulushi O‘zbekistonda 35,1–37,7%, Rossiya Federatsiyasida 36,9–39,3% ni tashkil etdi. Qayta huquqbuzarliklar retsidivining statistik jihatdan ahamiyatli prediktorlari sifatida psixoaktiv moddalarga qaramlik (+7 ball), davolanishga past rioya qilish (−6), 20–39 yosh (+6) hamda past ta’lim darajasi aniqlandi.*

Xulosa. *Xavfli xatti-harakat xavfini strukturalashtirilgan baholash metodikalarini klinik-dinamik kuzatuv bilan birgalikda qo‘llash huquqbuzarliklarning oldini olishning muhim vositasi hisoblanadi; reabilitatsiya dasturlariga psixiatr-narkolog shifokor va jamoat tashkilotlarini jalb etish maqsadga muvofiqligi asoslab berilgan.*

Kalit so'zlar: *ijtimoiy psixiatriya, huquqqa zid xatti-harakatlar, huquqbuzarliklar profilaktikasi, majburiy davolash, xavfli xatti-harakat xavfini baholash, SOROP, ruhiy buzilishlar, psixiatriya xizmati.*

IMPLEMENTATION OF STRUCTURED METHODS FOR ASSESSING THE RISK OF DANGEROUS BEHAVIOR IN A COMPLEX OF MEASURES TO PREVENT UNLAWFUL ACTS AMONG PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS IMPLEMENTED BY PSYCHIATRISTS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN AND THE RUSSIAN FEDERATION (USING THE EXAMPLE OF THE SAMARA REGION OF THE RUSSIAN FEDERATION; THE BUKHARA AND KHOREZM REGIONS OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN)

Usmanov Ulugbek Maratovich – chief physician
Republican Psychiatric Hospital with Intensive Observation of the Ministry of Health (Tashkent, Uzbekistan)
Tsarev Sergey Anatolyevich – chief physician
Samara Regional Clinical Psychiatric Hospital (Samara, Russia)
Ambartsumov Levon Valerievich – deputy chief physician
Republican Psychiatric Hospital with Intensive Observation of the Ministry of Health (Tashkent, Uzbekistan)
Pavlova Marina Nikolaevna – deputy chief physician
Doroshenko Nikita Anatolyevich – deputy chief physician
Samara Regional Clinical Psychiatric Hospital (Samara, Russia)

Abstract. Background. *Reducing the risk of unlawful acts committed by persons with mental disorders is one of the significant social tasks of psychiatric services, aimed at protecting individuals, society, and the state from criminal infringements.*

Objective*. To study the prevalence of unlawful acts among persons with mental disorders in the Republic of Uzbekistan and the Russian Federation, to identify the main risk factors for public dangerousness, and to define targets for individual preventive interventions in patients undergoing compulsory treatment.*

Materials and methods*. A comparative analysis of statistical reports on the prevalence of unlawful acts for 2022–2024 in Uzbekistan, the Russian Federation, and the Samara Region was conducted, based on data published by state judicial authorities. More than 30 scientific literature sources (eLIBRARY, PubMed, Google Scholar) were analyzed. Using the screening methodology "SOROP" (Structured Assessment of the Risk of Dangerous Behavior), 121 patients of the Samara Regional Clinical Psychiatric Hospital and 100 patients undergoing compulsory treatment in the Bukhara and Khorezm regions of the Republic of Uzbekistan were examined.*

Results. *The share of grave and especially grave crimes in the structure of unlawful acts amounted to 35.1–37.7% in Uzbekistan and 36.9–39.3% in the Russian Federation. Statistically significant predictors of recurrent unlawful acts included dependence on psychoactive substances (+7 points), low treatment adherence (−6), age 20–39 years (+6), and low educational level.*

Conclusion. *The application of structured risk assessment methods for dangerous behavior, combined with clinical-dynamic observation, is a significant tool for the prevention of unlawful acts; the involvement of a psychiatrist-narcologist and public organizations in rehabilitation programs is substantiated.*

Keywords: *social psychiatry, unlawful acts, prevention of unlawful acts, compulsory treatment, dangerous behavior risk assessment, SOROP, mental disorders, psychiatric services.*

Введение. В статье представлены итоги сравнительного анализа распространённости противоправных действий, совершенных лицами с психическими расстройствами в 2022-2024 годах в Республике Узбекистан (с численностью населе-

ния 35,8 миллионов человек), Российской Федерации (с численностью населения 146,42 миллионов человек) и в одном из регионов Приволжского федерального округа Российской Федерации – Самарской области (с численностью населения 3,11 миллионов человек).

Особое внимание уделено оценке степени общественной опасности противоправных действий, совершённых лицами с психическими расстройствами в Республике Узбекистан и в Российской Федерации, а также гендерным и возрастным характеристикам рассматриваемого контингента правонарушителей.

Проведен обзор результатов научных исследований, посвящённых выявлению предикторов криминогенного поведения лиц с психическими расстройствами.

Кроме того, приведены сведения о результатах прогнозирования вероятности рецидива противоправных действий с использованием скрининговых методик структурированной оценки риска опасного поведения в группах пациентов, находящихся на принудительном лечении в стационарах общего типа (121 человек) и специализированных реабилитационных отделениях (100 человек).

Представлены векторы возможного применения полученных результатов в практической деятельности врачей-психиатров амбулаторной службы и психиатрических отделений для исполнения принудительного лечения.

Цель исследования. Выявить распространённость совершения противоправных действий среди лиц с психическими расстройствами и основные факторы, повышающие риски общественной опасности. Определить мишени для индивидуальной превентивной работы, направленной на снижение рисков повторных противоправных действий у находящихся на принудительном лечении пациентов.

Материалы и методы исследования.

В октябре – декабре 2025 года в государственном учреждении «Республиканская психиатрическая больница с интенсивным наблюдением» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» изучены и проанализированы опубликованные государственными органами судопроизводства статистические обзоры о распространённости противоправных действий за 2022-2024 годы.

Использованы библиографический и аналитический методы, с применением наукометрических баз данных (eLIBRARY, PubMed, Google Scholar databases), проанализировано более 30 источников научной литературы по теме совершения противоправных действий лицами с психическими расстройствами, из них выделено 14 ключевых источников, перечисленных в списке литературы.

При помощи скрининговых методик оценки рисков общественной опасности обследованы три группы совершеннолетних пациентов: находящиеся на принудительном лечении в специализированных реабилитационных отделениях Бухарской и Хорезмской областей Республики Узбекистан (100 человек), завершившие (84 человека) или продолжающие (37 человек) лечение в отделении принудительного лечения общего типа Самарской областной клинической психиатрической больницы.

Статистический анализ проводился методами описательной и сравнительной статистики

Ключевые слова: социальная психиатрия, противоправные действия, профилактика противоправных действий, принудительное лечение, СОРОП.

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения характеризует психическое расстройство как клинически

значимое нарушение мыслительной функции, эмоциональной регуляции или поведения человека.

Снижение рисков совершения противоправных действий лицами с психическими расстройствами составляет одну из значимых социальных задач психиатрической службы, направленную на защиту личности, общества и государства от преступных посягательств, снижение размеров ущерба и потерь от правонарушений.

Результаты и их обсуждение.

По результатам изучения и анализа статистических обзоров о распространённости противоправных действий за 2022-2024 годы, опубликованных государственными органами судопроизводства установлено следующее:

в Республике Узбекистан рост количества лиц, осужденных по уголовным делам, составил 8% (от 56542 до 61502 человек) при снижении количества лиц, направленных на принудительное лечение на 9,9% (от 233 до 212 человек);

в Российской Федерации отмечалось снижение количества лиц, осужденных по уголовным делам, на 11,4% (от 578774 до 512846 человек) и количества лиц, направленных на принудительное лечение на 4,1% (от 7835 до 7516 человек).

В общем числе лиц, совершивших преступления, доля лиц, направленных на принудительное лечение, в Республике Узбекистан не претерпевала существенных изменений и составляла в рассматриваемом периоде 0,31% до 0,34%; в Российской Федерации зарегистрирован рост доли лиц, направленных на принудительное лечение, на 8,2% (от 1,33% до 1,44%).

Доля тяжких и особо тяжких преступлений в структуре противоправных действий, совершаемых лицами с психическими расстройствами, сохранялась на высоком уровне. В Республике Узбекистан в 2022-2024 годах этот показатель составлял от 35,1% до 37,7%, в Российской Федерации - от 36,9% до 39,3%.

В общем числе лиц, направленных в 2022-2024 годах на принудительное лечение, в Республике Узбекистан доля женщин составляла от 3,1% до 3,5%, доля несовершеннолетних лиц – от 1,1% до 1,2%, тогда как в Российской Федерации доля женщин составляла от 15,1% до 16,8%, доля несовершеннолетних – от 4,5% до 5,1%.

В одном из субъектов Российской Федерации – Самарской области в 2022-2024 годах на фоне снижения на 9,6% количества лиц, осужденных по уголовным делам (от 11223 до 10146 человек), отмечалось увеличение на 70% количества направленных на принудительное лечение лиц (от 37 до 63 человек). При этом доля лиц, направленных на принудительное лечение, в общем числе лиц, совершивших противоправные действия, оставалась на уровне, значительно меньшем, чем аналогичный показатель в Российской Федерации, и составляла от 0,32% до 0,62%.

Доля тяжких и особо тяжких преступлений, совершённых страдающими психическими расстройствами жителями Самарской области, находилась в более широком диапазоне, чем в Российской Федерации в целом, и составляла от 34,9% до 43,2%; при этом доля направленных на принудительное лечение женщин в общем числе лиц, направленных на принудительное лечение, составляла от 19% до 35%, что в 1,3- 2 раза превышает аналогичный показатель, зарегистрированный в Российской Федерации. Несовершеннолетние жители Самарского региона в 2022 году не направлялись на принудительное лечение, в 2023 -2024 годах их доля в общем числе лиц, направленных на принудительное лечение, составляла от 1,5% до 4,8%.

Проведённый анализ статистических показателей позволяет сделать выводы о значительной доле тяжких и особо тяжких преступлений, совершаемых лицами с психическими расстройствами, как в Республике Узбекистан, так и в Россий-

ской Федерации, и её отдельном регионе – Самарской области, а также подтверждает сохраняющуюся актуальность темы раннего выявления пациентов, склонных к совершению противоправных действий.

По данным многочисленных исследований установлено, что психическая болезнь сама по себе не является непосредственной причиной совершения преступлений. Скорее, это условие, на фоне которого негативно влияющая на больного действительность, преломляясь через деформированное психическим расстройством сознание, находит отражение в его общественно опасном реагировании на данное воздействие. Опасность психически больного, риск совершения им общественно опасных действий – обычно временное состояние, при котором психопатологические изменения личности обусловливают неадекватное ситуации поведение, в результате чего может быть нанесён ущерб окружающим, обществу и самому больному [1,4].

При всей неопровержимости того, что психические отклонения могут выступать спусковым крючком для общественно опасных действий и иметь противоправное значение, они не выступают причиной преступного поведения, а страдающие ими лица вовсе не обречены быть преступниками. Эти расстройства - внутренний дисбаланс, субъективные условия, с которыми непосредственно сталкивается человек, фон, на котором в неблагоприятных социальных обстоятельствах могут возникнуть и реализоваться антиобщественные действия [2].

Значительный вклад в изучение причин совершения противоправных действий лицами с психическими расстройствами внесли специалисты ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России. Основными факторами риска совершения противоправных действий названы:

употребление психоактивных веществ [3,5],

расстройства поведения в детско-подростковом возрасте; эксплозивная, возбудимая, агрессивная, асоциальная личностные структуры в преморбиде; перенесённые экзогенно-органические вредности; низкий уровень образования; семейно-бытовая неустроенность; зависимость от алкоголя и наркотических средств; противоправное поведение в анамнезе; трудовая незанятость [6];

нонкомплайентность больного, а также клинико-психопатологические характеристики психического расстройства: выраженные нарушения поведения, диссоциальность; эмоциональная изменённость, парадоксальность, искажение морально-этического смысла; хронические бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы; выраженная прогредиентность заболевания со значительным нарушением когнитивных и критических функций, эмоциональной неадекватностью [3,6];

пережитое насилие [5].

Среди дополнительных факторов, способствующих совершению противоправных действий, другими исследователями отмечены:

травматическое поражение головного мозга в анамнезе [7,9],

тяжёлое материальное положение, неблагоприятные жилищные условия, конфликтные отношения, антисоциальное окружение, воспитание душевнобольными родителями или вне родительской семьи [1, 8].

Наибольшую опасность для общества представляют лица, прошедшие курс принудительного лечения и совершившие повторные противоправные действия. Сведения о частоте рецидивов криминогенного поведения среди душевнобольных в течение различных периодов времени после прекращения принудитель-

ного лечения представлены в немногочисленных исследованиях:

в первый год повторные противоправные действия наблюдались у 42% больных, в последующие 3 года – еще у 49% пациентов [11];

в течение 2 лет совершаются около 70% повторных противоправных действий [10];

в течение 8 лет повторные противоправные действия совершали 66% больных, из их числа 40% - в течение первого года [4].

По итогам проведённого в 2012 году анализа федеральной формы статистического наблюдения №36-пл «Сведения о контингентах психически больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении» выявлена тенденция к снижению вероятности совершения повторных правонарушений по мере увеличения периода времени, следующего после отмены принудительного лечения. Из 2187 пациентов, поступивших в 2012 году на стационарное принудительное лечение, длительность интервала после совершения повторного правонарушения менее года была у 23,8%; 1-2 года – 21,6%; 2-3 года – 17,0%; 3-5 лет – 16,9% [13].

В качестве ведущих факторов, способствующих реализации повторных противоправных действий, названы негативная и психопатоподобная симптоматика [4,14]. Среди других значимых факторов отмечены неблагоприятная наследственность, отягощённая психическими заболеваниями и алкоголизмом, склонность к асоциальным поступкам с детства, низкий образовательный уровень (от неграмотности до неполного среднего образования) [13].

Из экзогенных факторов, оказавших влияние на совершение повторных правонарушений, выявлены высокий уровень алкоголизации и наркотизации, а также сочетанный характер злоупотребления психоактивными веществами [6,12,13].

В большинстве случаев у повторно совершивших противоправные действия пациентов не было достигнуто значительного улучшения социальной адаптации в период проведения предыдущего принудительного лечения, что также способствовало рецидиву криминального поведения [13].

Выявление у страдающего психическим расстройством пациента потенциальной опасности совершения противоправных действий, в том числе повторных, является ключевой задачей профилактической работы. Эффективность профилактической работы определяется способностью специалистов психиатрической службы правильно оценить совокупность клинико-психопатологических и социально-психологических факторов, послуживших предикторами криминогенного поведения конкретного пациента, что представляется необходимым для формирования пациентоориентированной программы превентивных мер, с обязательным участием специалистов полипрофессиональной бригады.

В целях поиска мишеней для возможного повышения эффективности превентивных мер, направленных на снижение рисков повторного криминогенного поведения среди пациентов ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница», в октябре 2025 года проведено исследование с помощью скрининговой методики прогнозирования риска опасного поведения психически больных «СОРОП» (структурированная оценка риска опасного поведения), разработанной ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

В процессе исследования были обследованы 121 пациент с тяжёлыми психическими расстройствами, совершившими противоправные действия в состоянии

невменяемости: 84 пациента, выписанных из отделения принудительного лечения общего типа в течение 2022-2024 годов и находящихся на диспансерном наблюдении и 37 пациентов, совершивших повторные правонарушения в период с 2022 года по сентябрь 2025 года. Преимущественное большинство обследованных – мужчины (97,5%); в нозологической структуре преобладала шизофрения (68,6%) и органические, включая симптоматические, психические расстройства (16,5%). Доли других психических расстройств составляли: расстройства настроения (аффективные расстройства) – 7,4%, умственная отсталость – 5,0%, расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – 2,5%.

На первом этапе исследования был проведён расчёт коэффициентов корреляции факторов и исхода в виде повторной госпитализации. Итоги анализа представлены на схеме.

Коэффициенты корреляции факторов и исхода

	Фактор	**Значение коэффициента**	**Величина p**
В период первой госпитализации	Пол	-0,171	0,120
	Возраст	-0,099	0,373
	Диагноз	0,041	0,708
	Длительность пребывания	0,195	0,076
	Судимость в анамнезе	-0,033	0,769
В период между госпитализациями	Значение СОРОП	0,322	0,003
	Регулярность визитов	0,475	0,000
	Приверженность диспансерному наблюдению	0,611	0,000

Приведенные в таблице результаты свидетельствуют, что в группах наблюдения с различным исходом (пациенты с повторной госпитализацией, и без нее), факторами со статистически значимыми различиями в значениях были: Значения шкалы СОРОП, регулярность визитов и приверженность ДН.

На втором этапе исследования проведено обследование 121 пациента по 22 статичным и динамичным параметрам риска противоправных действий, распределённым в методике СОРОП на 3 блока (клинических признаков, связанных с историей жизни больного, характеризующих социальную адаптацию); по результатам скрининга установлены уровни риска совершения опасных действий у каждого обследованного, затем выделены статистически значимые (значение $p<0,05$) параметры риска противоправных действий, способствовавших совершению повторных противоправных действий. Результаты проведённой работы представлены в таблице.

Сведения.

о статистически значимых параметрах риска противоправных действий, способствовавших совершению повторных противоправных действий пациентами ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница в 2022-2025 годах.

	Значение шкалы СОРОП	Значение коэффициента	Величина p
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ*	+7	0,216	0,049
Приверженность лечению	-6	-0,465	0,000
Возраст 20–39 лет	+6	0,256	0,019
Возраст 60 лет и старше	-6	-0,223	0,041
Низкий образовательный уровень	+1	0,285	0,009

** психоактивные вещества;*

Полученные результаты позволяют сделать выводы о целесообразности рассмотрения в качестве потенциально перспективных направлений комплексной работы по минимизации рисков криминогенных действий среди страдающих психическими расстройствами лиц:

1. участие врача психиатра-нарколога в разработке и реализации индивидуальных программ лечения и медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами, имеющих признаки зависимости или злоупотребления алкоголем, иными психоактивными веществами;

3. повышение компетенций специалистов медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи склонным к общественно опасному поведению пациентам, по вопросам устранения анозогнозии нонкомплайентности;

4. вовлечение в работу по формированию социально приемлемых навыков поведения у пациентов, имеющих низкий образовательный уровень, общественных организаций, созданных для поддержки и защиты интересов лиц с психическими расстройствами и членов их семей.

С 2026 года в ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» методика «СОРОП» внедрена в работу отделения принудительного лечения общего типа; организовано проведение на систематической основе консультаций пациентов круглосуточного стационара врачом психиатром-наркологом областного наркологического диспансера, с использованием медицинской телекоммуникационной системы; сотрудниками, имеющими длительный опыт работы, проводится индивидуальное практическое обучение практикам снижения анозогнозии и нонкомплайентности у пациентов в рамках работы по наставничеству молодых специалистов.

В Республике Узбекистан на основе методики «СОРОП» разработана адаптированная методика оценки риска общественной опасности лиц с психическими расстройствами, включающая 23 параметра риска.

В 2025 году с использованием адаптированной методики проведено обследование 100 пациентов, проходящих принудительное лечение в специализированных реабилитационных отделениях Бухарской и Хорезмской областей.

Заключения об установленных уровнях риска общественной опасности пациентов в качестве объективной доказательной базы были приобщены к результатам клинической оценки состояния больного и клинико-динамического наблюдения и приняты во внимание при решении вопросов о продлении/изменении типа/прекращении принудительного лечения.

Среди обследованных пациентов также обращает на себя внимание значительное количество пациентов, злоупотреблявших алкоголем (21%), не имеющих образования (11%).

По результатам обследования, с учётом объективной доказательной базы принято решение о прекращении принудительного лечения у 26 пациентов (26%), изменении типа принудительного лечения у 27 пациентов (27%), о продлении принудительного лечения у 42 пациентов (42%).

С 2026 года в Республике Узбекистан реализуется проект внедрения адаптированной методики оценки риска общественной опасности в работу участковых и районных врачей – психиатров. Проект предполагает ежемесячную оценку врачом - психиатром общественной опасности пациента по адаптированной методике. Результаты оценки позволяют сформировать обоснованный выбор условий и объёма оказания психиатрической помощи (от недобровольной госпитализации в круглосуточный стационар при высоком риске общественной опасности до наблюдения в амбулаторных условиях при незначительном риске общественной опасности). При установлении у пациентов социально-бытовых проблем для их устранения привлекаются активисты махалли.

Кроме этого, в Республике Узбекистан данная методика была использована при оценке статуса 414 лиц, состоящих на спецучете под грифом «Социально опасный». Из них рекомендовано снять со спец.учета лишь 94 человека (22%). Причинами отказа от снятия явились нерегулярное посещение психиатра в 31% случаях, нерегулярный прием поддерживающей терапии в 25% случаев, частые госпитализации в 21% случаях, неустойчивое психическое состояние в 19% случаев, а также плохие условия проживания. При этом средний срок нахождения на спец учете составил около 2,5 лет.

Заключение: Применение врачами-психиатрами в практической работе структурированных методик оценки риска опасного поведения является значимым дополнительным инструментом, позволяющим в совокупности с клинической оценкой состояния больного и результатами клинико-динамического наблюдения выявлять склонных к общественно опасным действиям лиц и формировать индивидуальную программу медико-социальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова Т.Н., Михайлова А.В. К вопросу о криминальном поведении лиц, имеющих психические расстройства, исключающие вменяемость. Прикладная юридическая психология, 2008, №2; 57, 58.

2. Шуточкина А.С., Фастович Г.Г. Влияние психических аномалий на преступное поведение личности. Уголовное право и криминология, 2019, №5, 62.

3. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей, 2010, 592.

4. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных, 1995; 225.

5. Макушкина О.А. Оценка риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия, 2017, том 27 №3; 50-51.

6. Макушкина О.А., Муганцева Л.А., Яхимович Л.А., Румянцев В.А. Клинико-психопатологическое и математико-статистическое обоснование методики риска опасных действий психически больных, Российский психиатрический журнал, 2016, №2, 20-30.

7. Сазонова Н.А. Травматическое поражение головного мозга, алкоголизм как факторы, провоцирующие противоправное поведение лиц с психическими аномалиями. Закон и право, 2010, №2, 102-107.

8. Хамитов Р.Р., Гатин Ф.Ф., Гатин Э.Ф. Сопряжённость противоправных действий психически больных с негативными

социальными и средовыми факторами. Неврологический вестник, 2018, №4, том 50, 94-96.

9. Свальковский А.В. Объём общественно опасных действий больных органическим заболеванием головного мозга. Молодой учёный, 2015, №22, 295-300.

10. Гонопольский М.Х., Шариков Ю.Д., Яковенко З.Я. Анализ противоправных действий психически больных, находившихся ранее на принудительном лечении. Проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1981. – С. 200–202.

11. Кондратьев Ф.В., Котова Т.А. Профилактика повторных поступлений на принудительное лечение. Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. 1983; 35-40.

12. Петунова С.А., Григорьева Н.В., Литвинова Е.М., Максимова Л.Н., Сиренева А.Н. Психологические особенности психически больных лиц, совершивших повторные общественно-опасные деяния. International journal of medicine and psychologe, 2021, том 4, №4; 30-36.

13. Макушкина О.А., Яхимович Л.А. Повторные общественно опасные действия лиц, страдающих психическими расстройствами: проблемы профилактики. Российский психиатрический журнал, 20 14, №2; 4-11.

14. Кондратьев Ф.В. Необходимость анализа динамики самосознания психически больных в период проведения им принудительного лечения. Проблема профилактики общественно опасных действий психически больных, 2007; 30-33.

УДК: 616.89-008.441.13:616.98:578.834:616.89-008.47

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Таджибаев Уктам Аскарович – заведующий клиническим отделением
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкентская область, Узбекистан)
Ашуров Зарифжон Шарифович – д.м.н., профессор, директор
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкентская область, Узбекистан)
Хайрединова Инара Ильгизовна – Ph.D., старший преподаватель, врач-ординатор
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкентская область, Узбекистан)
Абдукахарова Гулноза Курбановна – врач ординатор
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (Ташкентская область, Узбекистан)

Аннотация. *В последние годы в наркологической практике всё большее значение приобретает влияние постковидных нарушений на клиническое течение алкогольной зависимости. В настоящем обзоре на основе анализа современных научных публикаций и обобщения клинических наблюдений рассмотрены особенности влияния перенесённой коронавирусной инфекции на выраженность патологического влечения к алкоголю, тяжесть алкогольного абстинентного синдрома и риск рецидива. Показано, что постковидные изменения, включающие астенические, когнитивные и аффективные расстройства, способствуют утяжелению клинической картины заболевания, снижению эффективности проводимой терапии и ухудшению приверженности пациентов к лечению. Особое внимание уделено вопросам комплексной диагностики, стратификации риска осложнённого течения и оптимизации лечебных подходов. Обоснована необходимость внедрения дифференцированных и персонализированных стратегий ведения пациентов с алкогольной зависимостью с учётом постковидного статуса.*

Ключевые слова: *алкогольная зависимость; постковидный синдром; абстинентный синдром; патологическое влечение; рецидив; тревога; лечение*

COVIDDAN KEYINGI DAVRDA ALKOGOLGA QARSHILIKNING KLINIK VA PATOGENETIK XUSUSIYATLARI

Tojiboev O'ktam Asqarovich – klinik bo'lim mudiri
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent viloyati, O'zbekiston)
Ashurov Zarifjon Sharifovich – t.f.d., professor, direktor
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent viloyati, O'zbekiston)
Xayredinova Inara Ilgizovna – t.f.d., katta o'qituvchi, rezident shifokor
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent viloyati, O'zbekiston)
Abduqahhorova Gulnoza Qurbonovna – t.f.d., rezident
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent viloyati, O'zbekiston)

Annotatsiya. *So‘nggi yillarda narkologiya amaliyotida postkovid buzilishlarning alkogolga qaramlikning klinik kechishiga ta’siri tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. Ushbu sharhda zamonaviy ilmiy manbalar tahlili va klinik kuzatuvlar asosida COVID-19 infeksiyasini boshdan kechirgan bemorlarda patologik moyillikning kuchayishi, abstinent sindromning og‘irlashuvi hamda relaps xavfining ortishi xususiyatlari ko‘rib chiqilgan. Postkovid o‘zgarishlar, jumladan asteniya, kognitiv va affektiv buzilishlar kasallikning klinik manzarasini og‘irlashtirishi, davolash samaradorligini pasaytirishi va bemorlarning davolanishga rioya qilish darajasini kamaytirishi aniqlangan. Diagnostika, xavf stratifikatsiyasi va davolash yondashuvlarini optimallashtirish masalalariga alohida e’tibor qaratilgan. Postkovid omillarni hisobga olgan holda alkogolga qaram bemorlarni individual va kompleks yondashuv asosida davolash zarurligi asoslab berilgan.*
Kalit so’zlar: *alkogolga qaramlik; postkovid sindrom; abstinent sindrom; patologik moyillik; relaps; tashvish; davolash*

CLINICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF ALCOHOL DEPENDENCE IN THE POST-COVID PERIOD

Tadjibaev Uktam Askarovich – head of the clinical department
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent Region, Uzbekistan)
Ashurov Zarifjon Sharifovich – D.M.Sc., professor, director
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent Region, Uzbekistan)
Khayredinova Inara Ilgizovna – Ph.D., senior lecturer, resident physician
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent Region, Uzbekistan)
Abdukakharova Gulnoza Kurbanovna – Ph.D. resident
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Mental Health (Tashkent region, Uzbekistan)

Abstract. *In recent years, increasing attention in addiction medicine has been given to the impact of post-COVID conditions on the clinical course of alcohol dependence. This review, based on an analysis of recent scientific publications and clinical observations, examines the influence of previous COVID-19 infection on alcohol craving, severity of withdrawal syndrome, and relapse risk. It is shown that post-COVID changes, including asthenic, cognitive, and affective disturbances, contribute to worsening of the clinical condition, reduced treatment effectiveness, and decreased patient adherence. Particular attention is paid to issues of comprehensive diagnostics, risk stratification, and optimization of treatment approaches. The necessity of implementing individualized and integrated treatment strategies for patients with alcohol dependence, taking into account post-COVID factors, is substantiated.*
Keywords: *alcohol dependence; post-COVID syndrome; withdrawal syndrome; craving; relapse; anxiety; treatment*

Введение.

Алкогольная зависимость остаётся одной из ведущих медико-социальных проблем, характеризующейся хроническим рецидивирующим течением, высокой частотой осложнений и значительным снижением качества жизни пациентов. В структуре заболевания ключевое значение имеют патологическое влечение к алкоголю, формирование алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и высокий риск рецидива, что обусловливает необходимость поиска факторов, влияющих на течение заболевания и эффективность лечения [3,5,14].

Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) оказала существенное влияние на распространённость и клинические особенности расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Ограничительные меры, социальная изоляция, рост тревожных и депрессивных состояний, а также снижение доступности специализированной медицинской помощи способствовали увеличению потребления алкоголя и ухудшению течения алкогольной зависимости [1,2,5,18]. Ряд исследований указывает на увеличение частоты рецидивов и утяжеление клинической картины заболевания в период пандемии [6,13,19].

Особое значение в настоящее время приобретает постковидный период, характеризующийся стойкими астеническими, когнитивными и аффективными нарушениями. У пациентов, перенёсших COVID-19, нередко наблюдаются повышенная утомляемость, снижение когнитивных функций, нарушения сна и эмоциональная нестабильность, что оказывает непосредственное влияние на течение алкогольной зависимости и процессы восстановления [8,11,15,16].

Сочетание хронической алкогольной интоксикации и постковидных нарушений формирует дополнительные патогенетические механизмы утяжеления заболевания. Известно, что алкоголь оказывает неблагоприятное воздействие на иммунную систему и может выступать фактором риска более тяжёлого течения инфекционных заболеваний, включая COVID-19 [3,22,23]. В свою очередь, перенесённая инфекция способствует снижению адаптационных возможностей организма и усилению аффективных нарушений.

Данные клинических и отечественных исследований подтверждают влияние постковидных факторов на психическое состояние пациентов и течение алкогольной зависимости [4,9,12,20,21].

Цель исследования.

Целью настоящего исследования является обобщение и анализ современных данных о влиянии постковидных нарушений на клиническое течение алкогольной зависимости, включая выраженность алкогольного абстинентного синдрома, патологического влечения и риск рецидива, а также обоснование дифференцированных подходов к ведению пациентов с учётом постковидного статуса. Дополнительно целью исследования является определение роли постковидных факторов в формировании клинико-патогенетических особенностей заболевания и их влияния на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы.

В настоящей работе использован метод аналитического обзора научной литературы с целью обобщения современных данных о влиянии постковидных нарушений на клиническое течение алкогольной зависимости.

Поиск научных публикаций проводился в международных библиографических базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и Google Scholar за период с 2020 по 2025 гг. В качестве поисковых запросов использовались ключевые слова и их комбинации: «alcohol dependence», «alcohol use disorder», «COVID-19», «post-COVID», «withdrawal syndrome», «craving», «relapse», «mental health».

Критериями включения являлись: наличие оригинальных исследований, систематических обзоров и клинических наблюдений, посвящённых влиянию

COVID-19 и постковидных нарушений на течение алкогольной зависимости; публикация в рецензируемых научных изданиях; доступность полного текста статьи; язык публикации — русский или английский.

Критериями исключения служили: дублирующиеся публикации, нерецензируемые источники, а также работы, не содержащие клинической или аналитической информации по изучаемой проблеме.

В анализ были включены исследования, отражающие клинические, психопатологические, нейрофизиологические и терапевтические аспекты алкогольной зависимости в условиях пандемии и постковидного периода. Особое внимание уделялось данным о выраженности алкогольного абстинентного синдрома, патологического влечения, психоэмоциональных нарушений и риске рецидива.

Отбор и анализ публикаций проводился с использованием описательного и сравнительного методов, а также синтеза полученных данных с целью выявления наиболее значимых закономерностей и формулирования практических выводов.

Результаты.

Анализ современных научных публикаций показал, что постковидные нарушения оказывают значимое влияние на клиническое течение алкогольной зависимости, затрагивая основные патогенетические звенья заболевания.

В первую очередь выявлено, что у пациентов, перенёсших COVID-19, отмечается усиление патологического влечения к алкоголю. Данное явление связывают со снижением стрессоустойчивости, выраженными аффективными нарушениями и нарушением механизмов саморегуляции, формирующихся в постковидном периоде [7,11,13]. Указанные изменения создают предпосылки для более раннего возврата к употреблению алкоголя и снижают устойчивость ремиссии.

Отдельное внимание в исследованиях уделяется течению алкогольного абстинентного синдрома. Установлено, что у пациентов с постковидным анамнезом абстиненция протекает более тяжело и длительно, сопровождаясь выраженными вегетативными и психическими нарушениями, включая тревогу, бессонницу и эмоциональную нестабильность [5,10,15]. В ряде работ отмечается повышение риска развития осложнений, в том числе судорожных состояний и делириозных расстройств.

Существенным компонентом клинической картины являются когнитивные и астенические нарушения. У пациентов наблюдаются снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, повышенная утомляемость и снижение работоспособности, что затрудняет участие в лечебном процессе и снижает эффективность проводимой терапии [7,11]. Данные изменения носят стойкий характер и могут сохраняться на протяжении длительного времени после перенесённой инфекции.

Также установлено, что постковидные нарушения оказывают влияние на комплаентность пациентов. Эмоциональная нестабильность, тревожно-депрессивные состояния и снижение мотивации к лечению приводят к снижению приверженности терапии и увеличению риска преждевременного прекращения лечения [6,13].

В отечественных исследованиях получены сходные результаты. Показано, что у пациентов с алкогольной зависимостью, перенёсших COVID-19, отмечаются более выраженные изменения психического статуса, а также неблагоприятные тенденции в структуре наркологической заболеваемости [4,9,12]. Кроме того, выявлены особенности нейрофизиологических изменений, включая признаки повышенной судорожной готовности, что имеет значение для оценки риска осложнений и выбора тактики лечения [14].

Таким образом, результаты анализа свидетельствуют о том, что постковидные нарушения оказывают комплексное воздействие на течение алкогольной зависимости, утяжеляя клиническую картину за-

болевания, снижая эффективность терапии и увеличивая риск рецидива.

Обсуждение.

Полученные данные свидетельствуют о том, что постковидные нарушения оказывают комплексное влияние на основные клинические проявления алкогольной зависимости, выступая в качестве значимого модифицирующего фактора течения заболевания. В отличие от изолированного течения алкогольной зависимости, в условиях постковидного состояния формируется сочетание соматических, когнитивных и аффективных расстройств, которые усиливают выраженность патологического влечения и затрудняют достижение устойчивой ремиссии.

Одним из ключевых механизмов является снижение адаптационных возможностей организма и стрессоустойчивости. Астенические и тревожно-депрессивные нарушения, характерные для постковидного периода, приводят к дестабилизации эмоционального состояния и нарушению механизмов саморегуляции, что способствует усилению патологического влечения к алкоголю и формированию замкнутого круга «стресс — употребление — временное облегчение — ухудшение состояния».

Существенное значение имеет влияние постковидных нарушений на течение алкогольного абстинентного синдрома. Более тяжёлое и затяжное течение абстиненции, сопровождающееся выраженными вегетативными и психическими симптомами, требует пересмотра стандартных подходов к терапии и более тщательного мониторинга состояния пациентов. В этой связи возрастает роль ранней стратификации риска осложнений, включая судорожные и делириозные состояния.

Отдельного внимания заслуживают когнитивные нарушения, выявляемые у пациентов в постковидном периоде. Снижение концентрации внимания, ухудшение памяти и снижение исполнительных функций ограничивают способность пациентов к активному участию в лечебном процессе, затрудняют проведение психотерапевтических мероприятий и снижают эффективность реабилитационных программ.

Важным аспектом является влияние постковидных изменений на комплаентность пациентов. Эмоциональная нестабильность, снижение мотивации к лечению и повышенная утомляемость приводят к нарушению режима терапии и увеличению риска преждевременного прекращения лечения, что, в свою очередь, повышает вероятность рецидива.

С клинической точки зрения постковидные нарушения следует рассматривать не как изолированное состояние, а как фактор, влияющий на ключевые звенья патогенеза алкогольной зависимости. Это обосновывает необходимость комплексного подхода к ведению пациентов, включающего не только купирование абстинентного синдрома, но и коррекцию аффективных, когнитивных и функциональных нарушений.

Таким образом, результаты анализа подчёркивают необходимость разработки дифференцированных лечебных стратегий, ориентированных на индивидуальные особенности пациентов, с обязательным учётом постковидного статуса, что позволяет повысить эффективность терапии и улучшить прогноз заболевания.

Заключение.

Постковидные нарушения являются значимым фактором, влияющим на клиническое течение алкогольной зависимости и исходы лечения. Их наличие ассоциируется с усилением патологического влечения к алкоголю, утяжелением алкогольного абстинентного синдрома, а также повышением частоты психоэмоциональных и когнитивных нарушений.

Установлено, что сочетание постковидных изменений и хронической алкогольной интоксикации приводит к снижению адаптационных возможностей организма, нарушению механизмов саморегуляции и ухудшению комплаентности пациентов, что в совокупности увеличивает

риск рецидива и снижает эффективность проводимой терапии.

Полученные данные обосновывают необходимость пересмотра стандартных подходов к ведению пациентов с алкогольной зависимостью с учётом постковидного статуса. Практическое значение имеет внедрение дифференцированных лечебных стратегий, включающих раннюю стратификацию риска, комплексную оценку психоэмоционального и функционального состояния, а также индивидуализацию медикаментозной и реабилитационной помощи.

Перспективным направлением является дальнейшее изучение механизмов влияния постковидных нарушений на течение алкогольной зависимости и разработка персонализированных подходов к лечению, направленных на повышение устойчивости ремиссии и снижение частоты рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chick J. Alcohol and COVID-19. *Alcohol Alcohol.* 2020;55(4):341–342. doi:10.1093/alcalc/agaa039

2. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):779–788. doi: 10.1016/j.dsx.2020.05.035

3. Bailey KL, Samuelson DR, Wyatt TA. Alcohol use disorder: a predictor of COVID-19? *Alcohol.* 2021; 88:45–52. doi:10.1016/j.alcohol.2020.10.003

4. Tadjibaev UA. Influence of alcohol dependence on the course of coronavirus infection (COVID-19). In: Proceedings of the Russian Scientific Conference. Rostov-on-Don; 2021. p.187–190.

5. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on mental health: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):2470. doi:10.3390/ijerph18052470

6. Subhani M, Sheth A, Unitt S, Aithal GP, Ryder SD, Morling JR. Impact of COVID-19 on alcohol-related disorders and screening. *Alcohol Alcohol.* 2022;57(2):203–210. doi:10.1093/alcalc/agab059

7. Pavarin RM, Fabbri C, De Ronchi D. COVID-19 hospitalization rates among individuals with alcohol use disorders. *Psychiatry Res.* 2022; 307:114521. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114521

8. Rodríguez CV, Horcajadas FA, Arroba CM, et al. Neuropsychiatric symptoms related to COVID-19 in patients with alcohol dependence. *Front Psychiatry.* 2022; 13:943851. doi:10.3389/fpsyt.2022.943851

9. Turaev BT, Ochilov UU, Alkarov RB, Karshiev ZH. Prevalence of depressive disorders in individuals consuming alcohol during the COVID-19 pandemic. *J Biomed Pract.* 2022; 7(1):154–158.

10. Turaev BT, Ochilov UU, Turgunboev AU, Kubaev RM. Influence of psychological factors on alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *J Biomed Pract.* 2022; 3:347–351.

11. Turaev BT. Clinical and laboratory changes of liver function in patients with alcoholism after COVID-19. *Doktor axborotnomasi.* 2023;(1):137–140.

12. Tadjibaev UA, Ashurov ZSh, Khayredinova II. Drug addiction situation during the COVID-19 pandemic: primary morbidity and age structure of newly detected cases. *Vestnik Tashkent Medical Academy.* 2023; 2: 124–128.

13. Gajdics J, Bagi O, Farkas FF, Andó B, Pribék IK, Lázár BA. Impact of the COVID-19 pandemic on the severity of alcohol use disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20 (20):6939. doi:10.3390/ijerph20206939

14. Friske MM, Spanagel R. Chronic alcohol consumption and COVID-19 infection risk. *Alcohol Clin Exp Res.* 2023;47(4):629–639. doi:10.1111/acer.15041

15. Mohamed MS, Rukh GR, Vadlin S, Olofsdotter S, Åslund C, Schiöth HB, et al. Differential change in alcohol consumption during COVID-19. *Front Psychiatry.* 2024; 15:1236410. doi:10.3389/fpsyt.2024.1236410

16. Luk JW, Leiter N, Stangl BL, et al. Associations of alcohol use disorder with loneli-

ness and mental health. *Psychiatry Res.* 2024; 335:115826. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115826

17. Jackson K, Baker R, O'Donnell A, et al. Identifying patients with alcohol use disorder post-COVID-19. *BMC Health Serv Res.* 2024; 24:772. doi:10.1186/s12913-024-11232-4

18. Oldfield BJ, Haque L, Edelman EJ. Opportunities for alcohol-related care during COVID-19. *J Gen Intern Med.* 2024;39(12):2129–2130. doi:10.1007/s11606-024-08730-w

19. Kinouani S, Macalli M, Arsandaux J, et al. Alcohol misuse during COVID-19 lockdown. *BMC Public Health.* 2024; 24:646. doi:10.1186/s12889-024-18182-w

20. Tadjibaev UA, Ashurov ZSh, Khayredinova II, Abdukakharova GK, Ravshanov JA. Features of mental status in patients with alcohol dependence who underwent COVID-19. *Nevrologiya.* 2024;3(99):31–36.

21. Ashurov ZSh, Tadjibaev UA, Khayredinova II, Ibragimova SY, Ravshanov JA, Abdukakharova GK. EEG monitoring in assessing seizure risk in patients with alcohol dependence and COVID-19. *Am J Med Med Sci.* 2025;15(4):196–205.

22. Merlo A, Hendriksen PA, Severeijns NR, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Hum Psychopharmacol.* 2025;40(2):e70004. doi:10.1002/hup.70004

23. Turner AP, Adams SV, Hawkins E, et al. Alcohol use and COVID-19 outcomes. *Chest.* 2025;168(3):589–601. doi: 10.1016/j.chest.2025.05.039

24. Constant AB, Xu RH, Folck B, et al. Alcohol-related outcomes during COVID-19 pandemic. *Sci Rep.* 2025; 15:27750. doi:10.1038/s41598-025-13606-y

25. Kast KA, Sidelnik SA, Nejad SH, Suzuki J. Management of alcohol withdrawal syndromes. *BMJ.* 2025;388: e080461. doi:10.1136/bmj-2024-080461

НАУЧНЫЕ ТЕЗИСЫ

TURLI SOHA SHIFOKORLARIDA EMOTSIONAL CHARCHASH SINDROMINING BOSQICHLARI

Yadgarova Nargiza Faxritdinovna – Ph.D., dotsent
Kevorkova Marina Anatolevna – Ph.D., katta o‘qituvchi
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Emotsional charchash sindromi — bu, asosan, yuqori ish yuklamasi, bemorlar bilan uzoq muddatli muloqot va doimiy emotsional zo‘riqish tufayli tibbiyot xodimlarida uchraydigan psixologik holatdir. Mazkur tadqiqotning maqsadi turli tibbiy yo‘nalishlarda faoliyat yurituvchi shifokorlar orasida emotsional charchash darajasini baholash hamda uning og‘irlik darajasiga ta’sir etuvchi omillarni aniqlashdan iborat bo‘ldi.*

Kalit so‘zlar: *emotsional charchash sindromi, emotsional holdan toyish, kasbiy kompetentlik, Maslach Burnout Inventory, stressga chidamlilik.*

Аннотация. *Синдром эмоционального выгорания — это психологическое состояние, которое преимущественно возникает у медицинских работников вследствие высокой рабочей нагрузки, длительного взаимодействия с пациентами и постоянного эмоционального напряжения. Целью данного исследования явилась оценка уровня эмоционального выгорания среди врачей, работающих в различных медицинских направлениях, а также выявление факторов, влияющих на степень его выраженности.*

Ключевые слова: *синдром эмоционального выгорания, эмоциональное истощение, профессиональная компетентность, опросник Маслач (Maslach Burnout Inventory), стрессоустойчивость.*

Abstract. *Emotional burnout syndrome is a psychological condition that primarily occurs among healthcare professionals due to high workload, prolonged interaction with patients, and continuous emotional stress. The aim of this study was to assess the level of emotional burnout among physicians working in various medical specialties and to identify factors influencing its severity.*

Keywords: *emotional burnout syndrome, emotional exhaustion, professional competence, Maslach Burnout Inventory, stress resilience.*

Materiallar va usullar. Tadqiqotda jami 208 nafar shifokor ishtirok etdi. Tadqiqot klinik sinov formatida o‘tkazilib, ikki guruhni o‘z ichiga oldi. Birinchi guruh (asosiy guruh) umumiy amaliyot shifokorlaridan iborat bo‘lib, ular jami ishtirokchilarning 83,1% ni (n=173) tashkil etdi. Ikkinchi guruh (nazorat guruhi) tor ixtisoslikdagi mutaxasisslardan — nevrologlar, yuqumli kasalliklar bo‘yicha mutaxassislar, akusher-ginekologlar, psixiatrlar hamda narkologlardan iborat bo‘lib, 16,9% ni (n=35) tashkil qildi. Har ikki guruh respondentlari bir xil metodologiya asosida baholandi. Tadqiqotda 27 yoshdan 59 yoshgacha bo‘lgan shifokorlar ishtirok etdi. Birinchi guruh respondentlarining o‘rtacha yoshi 35,9±0,85 yilni, ikkinchi guruhda esa 31,5±0,24 yilni tashkil etdi. Shifokorlarning ish staji 1 oydan 39 yilgacha bo‘lgan oraliqda baholandi. Kasbiy tajriba ko‘rsatkichlariga ko‘ra, birinchi guruhda o‘rtacha ish staji 18,04±24,12 yilni, ikkinchi guruhda esa 20,09±27,02 yilni tashkil etdi.

Natijalar. Tadqiqotda jami 232 nafar tibbiyot xodimi ishtirok etdi, ulardan 163 nafari (70,3%) ayollar va 69 nafari (29,7%) erkaklar edi. Ishtirokchilarning yoshi 31 yoshdan 58 yoshgacha bo‘lib, ayollarda o‘rtacha yosh 50 yoshni, erkaklarda esa 53 yoshni tashkil etdi. Erkak ishtirokchilar ayollarga nisbatan statistik jihatdan ahamiyatli darajada katta yoshda ekani aniqlangan ($H=20,79$; $p<0,001$). Umumiy ish staji erkaklar orasida ayollarga nisbatan sezilarli darajada yuqori bo‘ldi (27,0±12,0 yil ga nisbatan 24,3±13,2 yil; $F(1,230)=25,36$; $p<0,001$). Shuningdek, bevosita tibbiy faoliyat staji ham erkaklarda yuqori ekanligi aniqlandi ($H=21,54$; $p<0,001$), bu esa erkaklar guruhi statistik jihatdan katta yoshli va uzoqroq kasbiy faoliyat yo‘liga ega ekanligini ko‘rsatdi. Tibbiy mutaxassisliklar kesimida ayollar eng ko‘p umumiy amaliyot shifokorlari va terapevtlar сифатида фаолият юритганsifatida faoliyat yuritgan (40,1%). Erkaklar esa ko‘proq psixiatrlar (21,7%), nevrologlar (5,8%) ва narkologlar (7,2%) sifatida ishlagan. Mutaxassisliklarning jins bo’yicha taqsimlanishi statistik jihatdan axamiyatli farq qildi ($\chi^2(30)=56,70$; $p=0,002$): ayollar ko‘proq birlamchi tibbiy yordam soxasida faoliyat yuritgan bo‘lsa, erkaklar psixiatriya ва nevrologiya yo‘nalishlarida ustunlik qilgan. Tungi navbatchiliklar soni ham jinslar o‘rtasida sezilarli farq qildi ($H=19,15$; $p<0,001$): ayollar oyiga o‘rtacha to‘rt marta tungi navbatda ishlagan bo‘lsa, erkaklarda bu ko’rsatgich ikki martaga teng bo‘lgan. Bu holat oilaviy majburiyatlar va uy ishlari taqsimoti bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Aksincha, ertalabki yig‘ilishlarda ishtirok etish chastotasi bo’yicha sezilarli farq aniqlanmadi ($\chi^2(4)=1,70$; $p=0,791$); shifokorlarning aksariyati ushu yig‘ilishlarda haftada bir yoki bir necha marta ishtirok etgan, bu esa odatiy shifoxona amaliyoti doirasida amalga oshirilgan. Jinslar o‘rtasida vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik varaqalari (kasallik ta’tili) bo‘yicha farq kuzatilmadi ($\chi^2(4)=14,50$; $p=0,006$). Ayollar ko‘proq qisqa muddatli kasallik ta’tili olgan (43,5% hech qanday ta’til olmaganini bildirgan, erkaklarda esa bu ko’rsatgich 36,8%), erkaklar esa bir xafta yoki undan ortiq davom etgan uzoqroq ta’tillarga biroz ko‘proq ega bo‘lgan, bu esa surunkali sog‘liq muammolari mavjudligini ko‘satdi.

Muhokama. Tadqiqot natijalarida aniqlangan eng muhim qonuniyatlardan biri kasbiy tajriba yillari bilan emotsional charchash og‘irligi o‘rtasidagi bog‘liqlik bo‘ldi. 20 yildan ortiq ish stajiga ega shifokorlarda emotsional holdan toyish va depersonalizatsiya ko‘rsatkichlari eng yuqori darajada qayd etildi, bu esa kumulyativ stress effekti mavjudligini ko‘rsatadi.

Xulosa. Mazkur tadqiqot turli mutaxassislikdagi shifokorlar orasida emotsional charchash va kasbiy charchoq keng tarqalgan hamda dolzarb muammo ekanligini ko‘rsatdi. Eng zaif guruhlar kuchli emotsional talablar va yuqori bemor oqimiga duch keladigan mutaxassislar, ayniqsa birlamchi tibbiy yordam shifokorlari va narkologlar ekanligi aniqlandi.

ADABIYOTLAR

1. Akhmadalieva, N. O. (2019). Psychoemotional burnout and its prevention among university teachers in Uzbekistan. Doktor Akhborotnomasi, 2, 13–16.

2. Alonso, A. F., et al. (2022). Gender differences in physician burnout: A meta-analysis. Journal of Occupational Health Psychology, 27(3), 345–360.

3. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. Journal of Occupational Health Psychology, 22(3), 273–285.

4. Boyko, V. V. (2005). The “Emotional Burnout” Syndrome in Professional Communication. St. Petersburg: Sudarynya Publishing.

ИЗМЕНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УЗБЕКИСТАНЕ В 2023-2024 гг.

Рахматов Отабек Санжарович
Ганиханов Абдурахим Абдухамитович
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Проблема психического здоровья остаётся актуальной в современном обществе, так как психические заболевания оказывают значительное влияние на качество жизни людей, их способность к труду, а также на экономику и социальные структуры в целом. Рассмотрение изменений в распространенности психических заболеваний на протяжении времени позволяет идентифицировать тенденции и своевременно реагировать на новые вызовы в системе здравоохранения.

Основной анализ.

В период с 2023 по 2024 год зарегистрирован рост общего числа случаев психических заболеваний с 21,882 до 22,634, что свидетельствует об увеличении на 752 случая. Однако, данные по шизофрении показывают снижение с 1,653 до 1,586 случаев. Это требует дополнительного анализа, так как общее число увеличивается, а один из серьезных видов психических заболеваний показывает уменьшение.

Выводы.

Рост числа психических заболеваний может быть обусловлен различными факторами, включая улучшение диагностических методов, повышение общественной осведомленности и доступность медицинской помощи. Здесь важно отметить:

1. Снижение заболеваемости шизофренией, что может свидетельствовать об улучшении методов ранней диагностики и профилактики, а также повышении эффективности лечения.
2. Увеличение общего числа случаев заболеваний подчеркивает необходимость более глубокого анализа факторов риска и структурирования превентивных мер в широком спектре психических расстройств.

Заключение.

Анализ распространенности психических заболеваний за указанный период выявляет важные тенденции, которые могут стать основой для разработки более целевых программ в области психического здоровья. Важно продолжать мониторинг и исследование динамики заболеваний для повышения эффективности оказываемой помощи и снижения бремени на общество в целом.

SHIFOKORLARDA EMOTSIONAL CHARCHASH SINDROMIGA OLIB KELUVCHI IJTIMOIY OMILLRI

Yadgarova Nargiza Faxritdinovna – Ph.D., dotsent
Kevorkova Marina Anatolevna – Ph.D., katta o‘qituvchi
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *O‘zbekistondagi tibbiyot muassasalarida faoliyat yurituvchi 208 nafar shifokor ishtirokida kuzatuv tadqiqoti o‘tkazildi. Ishtirokchilar ikki guruhga ajratildi: umumiy amaliyot shifokorlari (n=173, 83,1%) va tor soha mutaxassislari (n=35, 16,9%). Emotsional charchash darajasi Maslachning Emotsional charchash inventari (Maslach Burnout Inventory), Boykoning “Emotsional charchash” so‘rovnomasi hamda maxsus reyting shkalasi yordamida baholandi. Charchash sindromining tarqalishi ish staji, ish yuklamasi va kasbiy mas’uliyat darajasiga ko‘ra tahlil qilindi. Mazkur tadqiqot shifokorlar orasida emotsional charchash sindromini kamaytirish uchun psixologik yordamni kuchaytirish, mehnat sharoitlarini yaxshilash va stressni boshqarish strategiyalarini joriy etish zarurligini ko‘rsatadi. Ruhiy salomatlikni saqlash va yuqori sifatli tibbiy yordamni ta’minlash uchun maqsadli profilaktik chora-tadbirlarni ishlab chiqish muhim ahamiyat kasb etadi.*

Kalit so‘zlar: *Emotsional charchash sindromi, shifokorlar, umumiy amaliyot shifokorlari, Maslach Burnout Inventory, Boyko metodikasi, ish yuklamasi, stressni boshqarish, psixologik yordam, profilaktika, tibbiy xizmat sifati.*

Аннотация. *В медицинских учреждениях Узбекистана было проведено наблюдательное исследование с участием 208 врачей. Участники были разделены на две группы: врачи общей практики (n=173, 83,1%) и узкие специалисты (n=35, 16,9%). Уровень эмоционального выгорания оценивался с использованием опросника Маслач (Maslach Burnout Inventory), методики В. В. Бойко «Эмоциональное выгорание», а также специальной рейтинговой шкалы. Распространённость синдрома выгорания анализировалась в зависимости от стажа работы, уровня рабочей нагрузки и степени профессиональной ответственности. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усиления психологической поддержки врачей, улучшения условий труда и внедрения стратегий управления стрессом с целью снижения уровня эмоционального выгорания среди медицинских работников. Разработка целевых профилактических мероприятий имеет важное значение для сохранения психического здоровья врачей и обеспечения высокого качества медицинской помощи.*

Ключевые слова: *Синдром эмоционального выгорания, врачи, врачи общей практики, опросник Маслач, методика Бойко, рабочая нагрузка, управление стрессом, психологическая помощь, профилактика, качество медицинской помощи.*

Abstract. *An observational study was conducted among 208 physicians working in medical institutions in Uzbekistan. The participants were divided into two groups: general practitioners (n=173, 83.1%) and specialized physicians (n=35, 16.9%). The level of emotional burnout was assessed using the Maslach Burnout Inventory, Boyko’s Emotional Burnout Questionnaire, and a specialized rating scale. The prevalence of burnout syndrome was analyzed according to years of professional experience, workload, and level of professional responsibility. The findings indicate the need to strengthen psychological support for physicians, improve working conditions, and implement stress management strategies to reduce emotional burnout among healthcare professionals. The development of targeted preventive measures is essential for maintaining mental health and ensuring high-quality medical care.*

Keywords: *Emotional burnout syndrome, physicians, general practitioners, Maslach Burnout Inventory, Boyko method, workload, stress management, psychological support, prevention, quality of medical care.*

Materiallar va usullar. Tadqiqotda jami 208 nafar shifokor ishtirok etdi. Tadqiqot klinik sinov formatida o‘tkazilib, ikki guruhni o‘z ichiga oldi. Birinchi guruh (asosiy guruh) umumiy amaliyot shifokorlaridan iborat bo’lib, ular jami ishtirokchilarning 83,1% ni (n=173) tashkil etdi. Ikkinchi guruh (nazorat guruhi) tor ixtisoslikdagi mutaxasislardan — nevrologlar, yuqumli kasalliklar bo‘yicha mutaxassislar, akusher-ginekologlar, psixiatrlar hamda narkologlardan iborat bo’lib, 16,9% ni (n=35) tashkil qildi. Har ikki guruh respondentlari bir xil metodologiya asosida baholandi. Tadqiqotda 27 yoshdan 59 yoshgacha bo‘lgan shifokorlar ishtirok etdi. Birinchi guruh respondentlarining o‘rtacha yoshi 35,9±0,85 yilni, ikkinchi guruhda esa 31,5±0,24 yilni tashkil etdi. Shifokorlarning ish staji 1 oydan 39 yilgacha bo‘lgan oraliqda baholandi. Kasbiy tajriba ko‘rsatkichlariga ko‘ra, birinchi guruhda o‘rtacha ish staji 18,04±24,12 yilni, ikkinchi guruhda esa 20,09±27,02 yilni tashkil etdi.

Tadqiqot metodlari. Tadqiqot maqsadlariga erishish uchun K. Maslach ва N.V. Vodopyanova tomonidan moslashtirilgan tibbiyot xodimlari uchun mo‘ljallangan Maslach Burnout Inventory (MBI) modifikatsiyalangan varianti, V.V. Boykoning “Emotsional kuyish” so‘rovnomasi hamda maxsus ishlab chiqilgan reyting shkalasidan foydalanildi.

Natijalar. Tadqiqotda jami 232 nafar tibbiyot xodimi ishtirok etdi, ulardan 163 nafari (70,3%) ayollar va 69 nafari (29,7%) erkaklar edi. Ishtirokchilarning yoshi 31 yoshdan 58 yoshgacha bo‘lib, ayollarda median yosh 50 yoshni, erkaklarda esa 53 yoshni tashkil etdi. Erkak ishtirokchilar ayollarga nisbatan statistik jihatdan ahamiyatli darajada katta yoshda ekani aniqlangan ($H=20,79$; $p<0,001$). Tibbiy mutaxassisliklar kesimida ayollar eng ko‘p umumiy amaliyot shifokorlari va terapevtlar sifatida faoliyat yuritgan (40,1%). Erkaklar esa ko‘proq psixiatrlar (21,7%), nevrologlar (5,8%) va narkologlar (7,2%) sifatida ishlagan. Mutaxassisliklarning jins bo‘yicha taqsimlanishi statistik jihatdan axamiyatli farq qildi ($\chi^2(30)=56,70$; $p=0,002$): ayollar ko‘proq birlamchi tibbiy yordam soxasida faoliyat yuritgan bo‘lsa, erkaklar psixiatriya va nevrologiya yo‘nalishlarida ustunlik qilgan. Rahbarlik lavozimlarini egallash bo‘yicha ҳам sezilarli jinsiy farq kuzatildi ($\chi^2(6)=16,26$; $p=0,012$): erkaklar ko’proq bosh shifokor o‘rinbosari yoki bo‘lim mudiri lavozimlarida faoliyat yuritgan, ayollar esa ko’proq oddiy shtatdagi shifokorлар (71,6%) qatorida bo‘lgan. Hamkasblar va bemorlar bilan munosabatlar umumiy jixatdan ijobiy baxolangan: respondentlarning 70% dan ortig‘i ularni yaxshi yoki a’lo daragada deb baxolangan va bu borada jins bo‘yicha sezilarli farq aniqlanmadi ($p>0,6$). Ishtirokchilarning aksariyati (93,1%) ilmiy darajaga ega bo‘lgan va bu ko‘rsatgich bo‘yicha ham jinsiy farq kuzatilmadi ($\chi^2(1)=0,97$; $p=0,324$).

Muhokama. Natijalar tashkiliy va psixososial omillarning axamiyatini yana bir bor tasdiqladi. Qo‘llab-quvvatlashning yetishmasligi, ma’muriyat bilan samarasiz kommunikatsiya ва psixologik maslahat xizmatlariga cheklangan kirish respondentlar tomonidan tez-tez qayd etildi. Bu kuzatuvlar World Health Organization xamda Dzau ва hammualliflar [5] ma’lumotlariga mos keladi; ular faqat individual coping strategiyalariga tayanish yetarli emasligini, balki strukturaviy islohotlar zarurligini ta’kitlaydi. Farovonlik dasturlari, muntazam superviziya ва hamkasblar qo‘llab-quvvatlash tizimiga ega shifoxonalarda charchash darajasi sezilarli past bo‘ladi. Ochiq muloqotni rag‘batlantiruvchi, adolatli ish yuklamasi va kasbiy yutuqlarni e’tirof etuvchi tashkiliy madaniyat kuchli himoya omili xisoblanadi. Demak, barqaror natijalarga erishish uchun individual darajadagi aralashuvlar bilan bir qatorda tizimli islohotlar xam oshirilishi lozim.

Xulosa. Emotsional so‘nish bilan charchoq o‘rtasida kuzatilgan kuchli bog‘liqlik profilaktika choralarini kompleks yondashuv asosida ishlab chiqish zarurligini ta’kidlaydi. Bunday strategiya ish yuklamasini optimallashtirish, psixologik qo‘llab-quvvatlashni kuchaytirish hamda tibbiyot xodimlarining emotsional holatini muntazam monitoring qilishni o‘z ichiga olishi lozim.

ADABIYOTLAR

1. Akhmadalieva, N. O. (2019). Psychoemotional burnout and its prevention among university teachers in Uzbekistan. Doktor Akhborotnomasi, 2, 13–16.
2. Alonso, A. F., et al. (2022). Gender differences in physician burnout: A meta-analysis. Journal of Occupational Health Psychology, 27(3), 345–360.
3. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. Journal of Occupational Health Psychology, 22(3), 273–285.
4. Boyko, V. V. (2005). The “Emotional Burnout” Syndrome in Professional Communication. St. Petersburg: Sudarynya Publishing.
5. Hobfoll, S. E. (2018). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. Handbook of Stress and Health, 65–78.
6. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout: A multidimensional perspective. Psychology Press.
7. Vodopyanova, N. E. (2014). Resource support for counteracting professional burnout in labor subjects. Doctoral dissertation abstract.
8. World Health Organization (WHO). (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases (ICD-11). WHO.

АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ

Турсунходжаева Лейла Тимуровна
Рустамова Жанна Темирхановна – к.м.н., доцент, научный руководитель
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. На современном этапе развития психиатрии несуицидальное самоповреждающее поведение (non-suicidal self-injury) рассматривается как самостоятельный клинико-психологический феномен, распространённость которого возрастает среди различных возрастных групп. Несмотря на отсутствие суицидального намерения, селфхарм ассоциирован с выраженной эмоциональной дисрегуляцией и социальной дезадаптацией, что обусловливает необходимость изучения личностных особенностей, способствующих формированию самоповреждающих поведенческих паттернов.

Целью исследования явился анализ личностных особенностей у лиц с несуицидальными формами самоповреждения.

Материалы и методы. Было обследовано 42 пациента в возрасте от 30 до 45 лет, склонных к самоповреждающему поведению. Верификация селфхарма осуществлялась на основании клинического интервью, осмотра на наличие рубцов и свежих повреждений, ретроспективного анализа медицинской документации, а также применения Шкалы причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской. Оценка личностных характеристик проводилась с использованием сокращённого многофакторного опросника Mini-Mult (СМОЛ).

Результаты и обсуждение. Анализ структуры самоповреждающего поведения показал, что соматические формы (расчесывание кожи, обкусывание ногтей, сковыривание корочек) отмечались у 66,7% обследованных, инструментальные формы (самопорезы, удары частями тела о твёрдые поверхности) - у 11,0%, тогда как сочетание различных форм селфхарма наблюдалось у 22,3% пациентов. Исследование личностных характеристик выявило повышение показателей по ряду клинических шкал Mini-Mult. Так, повышенные значения по шкале ипохондрии выявлены у 33,6% обследованных, депрессии — у 33,6%, истерии — у 22,4%, психастении — у 33,6%. Наиболее выраженные показатели отмечены по шкале психопатии — у 44,7% пациентов и по шкале паранойи — у 56,0%. При этом у 45,0% обследованных наблюдалось повышение более чем по двум шкалам одновременно, что свидетельствует о выраженной личностной дезинтеграции и эмоциональной нестабильности. Повышение по шкале психопатии отражало трудности социальной адаптации и импульсивность, тогда как высокие значения по шкале паранойи ассоциировались с ригидностью установок и повышенной чувствительностью к межличностному напряжению. Одновременно повышение по шкалам ипохондрии, депрессии и психастении указывало на внутреннее эмоциональное напряжение, тревожность и неуверенность в собственных возможностях.

Выводы. Таким образом, лица с несуицидальными формами самоповреждения характеризуются сочетанием эмоциональной нестабильности, тревожности и нарушений социальной адаптации. Выявленные множественные подъёмы профиля Mini-Mult свидетельствуют о комплексном характере личностной дисфункции, что подтверждает необходимость учёта личностных факторов при разработке психотерапевтических программ помощи пациентам с селфхарм-поведением.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ПОДХОДОВ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ

Абдукодирова Азизахон Мухиддинжон кизи
Бабарахимова Сайера Бориевна
Ташкентский Государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Введение. Расстройства аутистического спектра относятся к сложным нарушениям нейроразвития, проявляющимся дефицитом социальной коммуникации, затруднениями адаптации и наличием повторяющихся, стереотипных форм поведения. Семейная среда при данной патологии играет значимую роль в формировании клинических проявлений и поведенческих особенностей ребёнка.

Цель исследования: определить специфику внутрисемейных взаимоотношений и воспитательных подходов в семьях детей и подростков с атипичным аутизмом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 48 пациентов (30 мальчиков и 18 девочек) в возрасте 6–15 лет, получавших лечение в санаторных подразделениях Городского детского психоневрологического центра г. Ташкента. Сбор эмпирических данных проводился при помощи авторской диагностической карты, включавшей разделы, посвящённые анализу структуры семьи, особенностям эмоционального климата, характеру родительского контроля, а также выявлению доминирующих воспитательных стратегий.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что 60% обследованных воспитывались в полных семьях. Вместе с тем в семьях, где растёт ребёнок с РАС, нередко отмечалось отсутствие отца, что, вероятно, связано с трудностями принятия мужчинами факта наличия у ребёнка тяжёлого нейроразвитийного расстройства. Доля неполных семей составила 28%, ещё 12% детей проживали с родственниками либо находились в условиях интернатных учреждений. По типу внутрисемейного взаимодействия чаще встречались дисфункциональные (47%) и деструктивные модели (35%). Гармоничный эмоциональный климат был зафиксирован лишь у 3,6% подростков, что свидетельствует о дефиците благоприятной психологической атмосферы у подавляющего большинства испытуемых. Анализ воспитательных установок показал преобладание гиперопеки (68%), в том числе её жёсткого, доминирующего варианта (25%). В 15% случаев регистрировались физические наказания и иные формы сурового обращения, что сопровождалось более выраженной негативной динамикой клинических проявлений аутизма. Наиболее распространённым оказался авторитарный стиль воспитания, предполагающий строгий контроль, жёсткие требования и ориентацию на безусловное подчинение. Однако применительно к детям с РАС подобная стратегия нередко приводит к усилению симптоматики. Ребёнок с аутизмом испытывает затруднения в понимании абстрактных социальных предписаний («веди себя правильно»), а его поведенческие реакции зачастую обусловлены сенсорной перегрузкой, тревожностью либо внутренним дискомфортом, а не сознательным протестом. Усиление контроля и применение наказаний повышают уровень тревоги, провоцируют аффективные вспышки, аутоагрессию и способствуют нарушению доверительных отношений с родителями. Использование элементов директивного подхода допустимо лишь при чётком обозначении предсказуемых границ, преимущественно касающихся вопросов безопасности (например, запрет выхода на проезжую часть), и только в сочетании с методами позитивного подкрепления. Неблагоприятные воспитательные практики коррелировали с формированием поведенческих нарушений: оппозиционностью, агрессивностью, а также искажениями

пищевого и полоролевого поведения. Выявлены гендерные различия: у девочек чаще отмечались избирательность в питании, элементы повышенной сексуализации поведения и агрессия по отношению к младшим детям; у мальчиков преобладали приступы гнева, выраженная гетероагрессия, разрушительные действия и склонность к самоповреждению.

Выводы. Таким образом, у значительной части детей и подростков с атипичными формами аутизма выявляются нарушения семейного взаимодействия, нередко сочетающиеся с неполной структурой семьи и доминированием гиперопеки либо жёстких авторитарных методов воспитания. Полученные данные обосновывают необходимость включения семейно-ориентированных психокоррекционных мероприятий в комплексную систему реабилитации детей с РАС. Разработка программ психопрофилактики, направленных на формирование конструктивных воспитательных стратегий и снижение уровня семейной дисфункции, может способствовать уменьшению выраженности поведенческих нарушений и повышению социальной адаптации данной группы пациентов.

ТИПОЛОГИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Бердахова Аксунгуль Азатбаевна
Рогов Алексей Владимирович – Ph.D., доцент, научный руководитель
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Гиперкинетические расстройства(F90) представляют собой одну из наиболее распространённых форм психических нарушений детского и подросткового возраста, характеризующихся дефицитом внимания, моторной гиперактивностью, импульсивностью и нарушениями исполнительных функций. Несмотря на значительное количество исследований, остаются дискуссионными вопросы возрастной динамики клинической картины и сохранения гиперкинетических симптомов во взрослом возрасте. В современной литературе существует тенденция расширения диагноза на взрослую популяцию, однако клинические наблюдения указывают на выраженную трансформацию симптоматики с возрастом и возможное исчезновение классической гиперкинетической структуры. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка возрастной типологии гиперкинетических расстройств и анализ изменения симптомокомплекса по мере взросления пациента.

Цель исследования. Разработать возрастную типологию гиперкинетических расстройств и изучить возрастную трансформацию их клинической картины.

Материалы и методы. В исследование включено 63 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет с установленным диагнозом гиперкинетического расстройства. Дети 4–11 лет составили 34 человека, подростки 12–18 лет — 29 человек. Использовались клинико-психопатологический метод с оценкой внимания, моторной активности, импульсивности, эмоциональной регуляции и исполнительных функций; психометрические шкалы Conners4(2020), Vanderbilt(2003) и Barkley(2011); дименсиональный анализ симптомов; а также катамнестическое наблюдение в динамике на протяжении 3–6 месяцев.

Результаты. Результаты показали выраженную возрастную трансформацию клинической структуры гиперкинетических расстройств. У детей младшего возраста преобладала моторная гиперактивность (76,5%) и импульсивность (61,8%), тогда как у подростков отмечалось значительное снижение двигательной гиперактивности (до 37,9%) при одновременном росте дефицита внимания (72,4%), нарушений исполнительных функций (69,0%) и эмоциональной дисрегуляции (58,6%). Дименсиональный анализ позволил выделить четыре клинических типа: моторно-гиперактивный (28,6%), импульсивно-поведенческий (23,8%), когнитивно-дезорганизационный (31,7%) и эмоционально-дисрегуляторный (15,9%). Катамнестическое наблюдение выявило снижение выраженности моторных проявлений у 46% пациентов и переход части подростков (22,2%) от гиперактивного к когнитивно-дезорганизационному профилю. В 17,5% случаев обнаружено расхождение между данными психометрических шкал и клинической оценкой, преимущественно в сфере эмоциональной регуляции.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что с возрастом происходит существенное изменение клинической структуры гиперкинетических расстройств, сопровождающееся уменьшением классических проявлений гиперактивности и импульсивности и усилением когнитивных и эмоциональных нарушений. Это подтверждает гипотезу о том, что типичная клиническая картина гиперкинетического расстройства характерна преимущественно для детского и подросткового возраста, а во взрослом периоде трансформируется в иные психопатологические формы, не

соответствующие классическому гиперкинетическому синдрому. Интеграция клинических, психометрических и дименсиональных методов повышает точность типологической диагностики и позволяет более точно оценивать возрастную динамику симптомов. Таким образом, гиперкинетические расстройства демонстрируют выраженную возрастную эволюцию клинической картины, что требует возрастно-ориентированного подхода к диагностике и пересмотра представлений о сохранении классического гиперкинетического синдрома за пределами детского и подросткового периода. Разработанная типологическая модель позволяет более точно описывать клинические профили пациентов и может быть использована для оптимизации диагностики и лечебно-коррекционных стратегий.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ИЗБЫТОЧНОГО АМИЛОИДОГЕНЕЗА

Юсупова Заринахон Шухратовна
Рогов Алексей Владимирович – Ph.D., доцент, научные руководители
Абдуллаева Василя Каримбековна – д.м.н., профессор

Введение. Когнитивная дисфункция признана «ядерным» симптомом шизофрении, определяющим уровень социального функционирования и комплаентности пациентов. Поиск биологических детерминант когнитивного снижения указывает на возможную роль нарушений метаболизма белка-предшественника амилоида (APP). Изучение влияния интенсивности амилоидогенеза на структуру когнитивного дефекта позволит объективизировать патогенетические механизмы интеллектуально-мнестического снижения при эндогенных психозах.

Цель исследования. Оценить структуру и выраженность нейрокогнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией с различным уровнем продукции белка APP.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с параноидной шизофренией (F20.0), разделенных на основную группу (высокий уровень APP: 9,43±1,32 нг/мл) и группу сравнения (нормативный уровень APP: 3,74±0,44 нг/мл). Нейрокогнитивный статус оценивался с помощью модифицированной батареи BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia). Для сопоставимости субтестов проводилось z-преобразование данных. Статистический анализ включал расчет t-критерия Стьюдента и оценку динамических характеристик (кривые обучения и истощаемости).

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что избыточная продукция белка APP ассоциирована с диффузным снижением когнитивного ресурса, имеющим специфическую иерархию поражения. Наиболее глубокий дефицит зафиксирован в домене устойчивости внимания (таблицы Шульте): среднее время выполнения в основной группе составило 62,65±1,59 сек. против 49,63±0,97 сек. в группе сравнения ($t=6,99$; $p<0,001$), что соответствует критическому снижению нейродинамики ($z=-2,03$). Выраженная недостаточность выявлена также в сферах зрительно-моторной координации (27,19±2,5 против 46,72±3,02 символов; $p<0,001$; $z=-0,98$) и исполнительных функций (277,54±22,28 против 203,19±11,2 сек.; $p=0,004$; $z=-1,01$). При изучении проблемно-решающего поведения (тест «Лондонская башня») в основной группе отмечена стагнация результатов при повторном тестировании (8,73 и 8,51 баллов; $p>0,5$), что указывает на блокировку механизмов научения и когнитивную ригидность. В то же время показатели слухоречевой памяти не продемонстрировали статистически значимых различий ($p=0,391$), оставаясь наиболее сохранным звеном когнитивной сферы вне зависимости от уровня амилоидогенеза..

Выводы. Повышенный уровень белка APP при шизофрении является маркером формирования специфического когнитивного фенотипа, характеризующегося критическим снижением устойчивости внимания, психомоторным замедлением и нарушением исполнительного контроля. Сохранность первичных мнестических процессов на фоне выраженной нейродинамической слабости подтверждает избирательный характер токсического влияния продуктов амилоидогенеза на фронто-стриарные и стволовые системы мозга. Полученные данные обосновывают необходимость коррекции нейродинамического дефицита у пациентов с верифицированной амилоидной интоксикацией..

АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Рафикова Зебинисо Мухтор кизи
Бабарахимова Сайёра Бориевна
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)

Введение. Расстройства приема пищи, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, имеют тяжелые последствия для состояния здоровья подростков в будущем, сопровождаются формированием депрессивной симптоматики и риском развития суицидального поведения

Цель работы – изучить риск развития суицидальных проявлений у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения для оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы. В исследование были включены 52 пациентки 15–19 лет, соответствующие диагностическим критериям рубрики F50 «Расстройства приема пищи» (F50.0 — нервная анорексия). Применялись шкала депрессии Цунга, Columbia-Suicide Severity Rating Scale (K. Posner, D. Brent, C. Lucas, 2009).

Результаты и обсуждение. На начальном этапе обследования выраженная депрессия тяжелой степени выявлена не была. У большинства испытуемых — 61,5% (32 пациентки) — диагностирована легкая степень депрессивных проявлений, у 38,5% (20 пациенток) — депрессия средней выраженности. Клиническая картина характеризовалась сочетанием сниженного фона настроения с тревожно-фобическими и соматовегетативными проявлениями, включая стойкое уменьшение аппетита и убежденность в несоответствии собственной внешности принятым стандартам привлекательности. В структуре дисморфофобической депрессии доминировали жалобы на мнимые или преувеличенные физические недостатки, ощущение непривлекательности и физической «неполноценности». Указанные переживания сопровождались ограничительным типом питания, соблюдением жестких диет и начальными проявлениями нервной анорексии. В преморбидном периоде избыточная масса тела чаще отсутствовала, однако образ жизни подростков был ориентирован на достижение «идеальных» параметров фигуры посредством строгого контроля питания и интенсивных физических нагрузок. В ряде случаев дефицит эмоционального контакта с родителями способствовал формированию протестных патохарактерологических реакций, выражавшихся, в частности, в отказе от приема пищи. Подростки нередко предъявляли претензии к родителям, связывая особенности своей внешности с наследственностью или ранним перекармливанием. Жалобы включали неудовлетворенность внешностью, тревогу за будущее, негативную оценку настоящего и прошлого, чувство обиды, стремление к социальной изоляции. Суицидальные проявления в основном ограничивались мыслями и эпизодическим планированием без устойчивого намерения реализации. Высказывания носили пассивный и нестойкий характер; зачастую информация о подобных переживаниях поступала от родителей. У 80% обследованных отмечалось стремление найти выход из сложной ситуации, тогда как у 20% пациенток с депрессией средней степени выявлялось выраженное отрицательное отношение к жизни и тенденция к избеганию помощи. Более чем у половины участниц (56%) отмечались разочарование и страх перед постановкой новых целей, что усиливало тревожность. Самоповреждения (порезы в области локтевых сгибов и на внутренней поверхности бедер) чаще носили характер аффективной разрядки и не отражали истинного намерения суицида, а служили способом снижения

эмоционального напряжения. У 28% подростков выявлялись активные мысли о смерти без четко сформированного плана действий; они отличались кратковременностью и вариабельностью интенсивности. Анализ мотивационной структуры показал ее неоднородность. В 48,08% случаев суицидальное поведение носило демонстративно-шантажный характер; у 19,23% мотивом выступал отказ от жизни; у 17,31% — протест; у 7,69% — стремление к устранению психотравмирующей ситуации; еще у 7,69% — мотивы мести или призыва. В целом преобладала демонстративно-манипулятивная направленность, тогда как протестные и обвинительные мотивы встречались реже.

Выводы. Девочки-подростки с расстройствами пищевого поведения характеризуются наличием преимущественно нестойких суицидальных тенденций, чаще демонстративного характера, формирующихся на фоне депрессивной симптоматики и дисморфофобических переживаний. Усиление депрессивных проявлений повышает риск социальной дезадаптации и требует своевременной психотерапевтической и профилактической коррекции с учетом индивидуальной мотивационной структуры.

КЛИНИКО-ДИМЕНСИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА И ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Юсупова Гуласал Акрамовна – студентка магистратуры
Рогов Алексей Владимирович – Ph.D., доцент, научный руководитель
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Источник финансирования: самофинансирование
Ключевые слова: шизофрения, негативная симптоматика, PANSS, BACS, SANS, мотивационно-волевой дефицит, реабилитация

Актуальность. Негативная симптоматика при шизофрении остается одной из наименее изученных и наименее излечимых составляющих психопатологической структуры заболевания. Несмотря на клиническое доминирование продуктивных расстройств при параноидной шизофрении, именно негативные симптомы в наибольшей степени определяют уровень социального функционирования, трудовой дезадаптации и качество жизни пациентов. Традиционный категориальный подход не позволяет в полной мере отразить гетерогенность и динамику негативных расстройств, что обуславливает необходимость применения клинико-дименсионального анализа для уточнения прогноза и оптимизации лечебно-реабилитационных стратегий.

Цель. Оценить прогностическое значение клинико-дименсиональных характеристик негативной симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией и их влияние на эффективность реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Обследованы пациенты с диагнозом параноидной шизофрении (F20.0 по МКБ-10), находившиеся на стационарном лечении. Клиническая оценка проводилась с использованием психопатологического метода и дименсионального анализа негативной симптоматики. Для объективизации выраженности негативных расстройств применялись стандартизированные шкалы PANSS (Шкала оценки позитивных и негативных симптомов), SANS (Шкала оценки негативных симптомов) и BACS (Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией). Проводилась дифференциация первичных и вторичных негативных симптомов с учетом выраженности продуктивной и аффективной симптоматики, а также побочных эффектов антипсихотической терапии. Уровень социального функционирования оценивался по клинико-анамнестическим данным и показателям социальной адаптации.

Результаты. Установлено, что негативная симптоматика при параноидной шизофрении имеет гетерогенную структуру и представлена различными сочетаниями экспрессивного и мотивационно-волевого дефицита. Преобладание первичных негативных симптомов ассоциировалось с менее благоприятным течением заболевания, снижением эффективности фармакотерапии и ограниченным потенциалом социальной реабилитации. Вторичные негативные проявления в большей степени поддавались коррекции при оптимизации лечебной тактики.

Выводы. Клинико-дименсиональный анализ негативной симптоматики при параноидной шизофрении позволяет повысить точность прогноза и обосновать индивидуализированный подход к терапии и реабилитации пациентов.

KIMYOVIY ADDIKTIV BUZILISHLARDA DEPRESSIV BUZILISHLARNI KOMPLEKS KORREKSIYALASHNING KLINIK VA REABILITATSION JIHATLARI

Mo'minov Jamshid Ilxomiddinovich – narkolog shifokor
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazining narkologiya xizmati bo'yicha Samarqand viloyati filiali (Samarqand, O'zbekiston)
Turayev Bobir Temirpulotovich – t.f.n., v.b dotsent
Samarqand davlat tibbiyot unversiteti (Samarqand, O'zbekiston)

Kirish. Psixoaktiv moddalarga qaramlik bugungi kunda nafaqat tibbiy, balki muhim ijtimoiy-psixologik muammo sifatida namoyon bo'lmoqda. Kimyoviy addiktiv buzilishlar organizmning somatik holatiga salbiy ta'sir ko'rsatish bilan birga, ruhiy salomatlikka ham jiddiy zarar yetkazadi. Xususan, bunday bemorlar orasida depressiv buzilishlarning yuqori darajada uchrashi reabilitatsiya jarayonini murakkablashtiradi, ijtimoiy moslashuvni pasaytiradi va qaytalanish xavfini oshiradi. Shu sababli, addiktiv buzilishlarda komorbid depressiyani erta aniqlash va samarali korreksiyalash dolzarb ilmiy-amaliy ahamiyatga ega.

Tadqiqotning maqsadi - kimyoviy addiktiv buzilishlari mavjud bemorlarda depressiv simptomatikani aniqlash hamda kompleks yondashuv asosida o'tkazilgan davolashning reabilitatsiya samaradorligiga ta'sirini baholashdan iborat bo'ldi.

Materiallar va usullar: Tadqiqot 2024–2025-yillarda Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Samarqand viloyati filialida olib borildi. Klinik va psixometrik baholash asosida "psixoaktiv moddalarga qaramlik" tashxisi qo'yilgan kimyoviy addiktiv buzilishlari mavjud bo'lgan 200 nafar bemor o'rganildi. Ulardan 61%da alkogolga, 24%da opioidlarga, 9%da sintetik kannabinoidlarga va 6%da psixostimulyatorlarga qaramlik aniqlandi. Depressiv buzilishlar aniqlangan bemorlar tasodifiy tanlanma asosida ikkita guruhga ajratildi: asosiy guruh (n=100) kompleks yondashuv (SSRI + KHT + MI) asosida, taqqoslash guruhi (n=100) esa faqat SSRI preparatlari bilan davolandi. Depressiv simptomatikani baholashda HDRS, BDI va HADS shkalalari qo'llanildi. Baholash reabilitatsiyadan oldin, 3 oylik oraliq va 6 oylik kech monitoring bosqichlarida o'tkazildi.

Natijalar Asosiy guruhda barcha shkalalar bo'yicha depressiv simptomlar keskin pasaygani kuzatildi. BDI bo'yicha ballar 25,1 ± 3,0 dan 8,4 ± 1,9 gacha, HDRS bo'yicha 27,8 ± 4,3 dan 7,9 ± 2,2 gacha, HADS depressiya subshkalasi bo'yicha esa 13,8 ± 2,0 dan 4,4 ± 1,1 gacha pasaydi ($p<0,001$). Asosiy guruhda depressiv simptomlarning sezilarli va barqaror kamayganligini ko'rsatdi. Barcha psixometrik shkalalar bo'yicha 3 oydayoq yaqqol ijobiy dinamika kuzatildi, 6 oylik kuzatuvda esa depressiya darajasi boshlang'ich ko'rsatkichlarga nisbatan ikki martadan ortiq pasaydi ($p<0,001$). Taqqoslash guruhida ham ijobiy o'zgarishlar qayd etilgan bo'lsa-da, ularning darajasi va barqarorligi asosiy guruhga nisbatan past bo'ldi ($p<0,005$). Kompleks yondashuv qo'llanilgan bemorlarda ruhiy barqarorlikning mustahkamlanishi, motivatsiyaning ortishi va ijtimoiy moslashuv ko'rsatkichlarining yaxshilanishi aniqlandi.

Xulosa. Olib borilgan tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, kimyoviy addiktiv buzilishlar mavjud bemorlarda depressiv buzilishlarni aniqlash va ularni kompleks yondashuv (Serotoninni qayta qabul qilishning selektiv ingibitorlari, kognitiv-harakat terapiyasi va motivatsion intervyu) asosida korreksiyalash reabilitatsiya jarayonining samaradorligini sezilarli darajada oshiradi. Bunday integratsiyalashgan yondashuv faqat farmakoterapiyaga asoslangan usullarga qaraganda depressiv simptomlarni chuqurroq va barqarorroq kamaytirishga xizmat qiladi hamda bemorlarning ijtimoiy moslashuvini yaxshilaydi.

DYNAMICS OF COMORBID COURSE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN THE ELDERLY WITH PSYCHOORGANIC SYNDROME WITH VASCULAR GENESIS

Kuchimova Charoz Azamatovna
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)

Introduction. In the last decades, depressive disorders have become of great importance, both scientifically and practically. This situation is linked to the widespread prevalence of depression and the negative impact of patients on quality of life. Although basically the total frequency of depressive disorders is 10-15%, in the elderly this indicator is observed to be twice as high. It has also been observed that cardiovascular pathology in the elderly leads to tserebrovascular complications, and these cranial vascular diseases are becoming the main cause of psychoorganic disorders. In combination with this, mild cognitive disorders are observed in combination in elderly patients in 25-50% of cases.

The purpose of the study. The purpose of this study is to study the specific clinical-dynamic course of comorbid conduction with vascular genesis psycho-organic syndrome of depressive disorders observed in the elderly.

Research materials and methods. The study was carried out at the Samarkand branch of the Republican specialized scientific practical medical center of mental health during 2023-2025. In the course of the research, clinical-psychopathological examination methods were used, standard clinical scales that determine the degree of rancidity of ruxias (Hamilton scale, assessment of cognitive functions - MMSE scale, general clinical establishment scale, mathematical-statistical processing of results). For the Study, 105 patients who were being treated with depressive disorders, which were associated with Psycho-organic disorders with vascular Genesis, were taken into the main group (22 male patients aged 60-80 years, 83 female patients). 53 patients were taken to the control group with depressive disorders.

Research results. The development of the depressive episode gradually developed in the main and control group. In the main group, the anergic variant of depression was observed more often than in the control group (36.89% and 15.68%, $r<0.01$). In patients with depressive disorder combined with psychoorganic syndrome, no major differences were found in the frequency of the melancholic variant of depression compared with the control group (20.39% and 19.61%). In the control group, the frantic variant of depression gained relatively reliable indicators ($r<0.01$). Panic, hypochondriac characters received low indicators in the main group compared to the control group. In the main group of patients, motor braking, the observation of lethargy in relation to activity prevailed. Patients with depressive disorder, combined with psychoorganic syndrome with vascular Genesis, were given an accent on the symptomatology of anergy and decreased activity in relation to depressive disorders observed in old age. Also, hypochondric simtomatics was weakly expressed in relation to the control group in the main group. This means that in the main group of patients, the lack of attention to the activity of their organism was justified by the fact that patients torpid the psyche, the difficulty of attentiveness and the stickiness of their thinking. These signs were more complicated by hypothymic signs in depression, which are associated with psychoorganic syndrome. In addition in the main group, the criticism of the disease has been observed to be lower, also attributing the reason why patients feel bad to factors such as climate, extreme fatigue at work, viral infections, lack of rest time.

Conclusion. In the main group of patients, that is, in depressive disorders accompanied by comorbid with vascular Genesis psycho-organic syndrome, the anergic variant of depression, in the control group i.e. in patients who did not go comorbid with Psycho-organic syndrome, the panic variant of depression prevailed, no significant differences were found in the frequency of the melancholic variant of depression in both groups of patients.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

Каримова Сабохон Халиковна
Республиканская клиническая психиатрическая больница (Ташкент, Узбекистан)
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)
Бабаев Жумабек Сагдуллаевич
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)
Курбаниязова Шахида Эркабаевна
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: В связи с отчетливыми изменениями возрастного состава общего населения в сторону старших возрастных групп и, по-видимому, связанным с этим нарастанием доли психически больных пожилого и старческого возраста изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей. Указанные общемировые тенденции делают актуальными изучение дебютирующих в нетипичном (позднем) возрасте шизофренических психозов в связи с трудностями диагностики, дифференцированного подхода к лечению, реабилитации. Нейропсихологические исследования, построенные на принципах синдромального анализа и предполагающие рассмотрение высших психических функций в их тесной взаимосвязи, делают возможным построение более согласованной картины нейрокогнитивного функционирования при шизофрении.

Цель работы – выявление особенностей нарушений высших психических функций у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте.

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов (48 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст 52±5,8 лет) с дебютом шизофренического процесса в позднем возрасте (после 45 лет), которые составили основную группу. Длительность шизофренического процесса у больных в основной группе была от 1 до 21 года (средняя продолжительность 7,3±6,12 лет). Пациенты в возрасте от 32 до 59 лет с началом шизофрении в 30 – 44 года составили группу контроля, обследованию подверглись 32 человека (24 женщины и 8 мужчин). Продолжительность заболевания у больных в контрольной группе была сопоставима с её длительностью у пациентов основной группы – от 0,5 до 21 года (средняя продолжительность 7,8±6,7 лет). Использованы клинико-психопатологический, патопсихологический и нейропсихологический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Апато - абулический тип дефекта был выявлен у 29 больных – 38,2% основной группы и 19 пациентов – 59,4% из контрольной группы. Больные поздней шизофренией достоверно отличались ($p<0,05$) от контрольной группы меньшим значением средних величин оценок по блокам «экспрессивная речь», «понимание речи и словесных выражений», «слухоречевая память», «зрительная память», «праксис» и «мышление». Некоторые больные жаловались на упадок сил, сонливость, слабость, просили «отложить беседу на другое время». На первый план у пациентов с апато - абулическим типом дефекта выступали снижение способности к программированию и контролю психической деятельности. В целом апато - абулический дефект у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте соответствовал второму варианту нейропсихологического синдрома, что включало поражение префронтальных конвекситальных отделов лобных долей,

подкорковых ганглиев, нарушение корково-подкорковых взаимоотношений. Псевдоорганический тип дефекта выявлен у 22 пациентов (29%) основной группы и 6 больных (18,8%) контрольной. У больных обеих групп с этим типом дефекта все ВПФ нарушены довольно грубо. Выявлена достоверно значимая ($p<0,05$) большая выраженность расстройств у больных из группы контроля в блоках «экспрессивная речь», «понимание речи и словесных выражений», «слухоречевая память», «зрительная память», «отсроченное воспроизведение предложений и рассказов», «праксис», «оптико-пространственный гнозис», «чтение», «мышление». Симптоматика у больных с данным типом дефекта в целом отличалась полиморфностью и тяжестью, нарушения высших форм регуляции были достаточно выраженными и стабильными по сравнению с первым и вторым вариантами. Данный тип дефекта у больных шизофренией с началом в позднем возрасте соответствовал третьему варианту нейропсихологического синдрома, что включало в себя симптомы поражения префронтальных конвекситальных образований лобных долей, подкорковых ганглиев в сочетании с дисфункцией конвекситальных теменно-затылочных и височных отделов мозга. Психопатоподобный дефект личности имели 21 больной шизофренией, из них основной группы 23,7% (18 больных) и 9,3% (3 человека) группы контроля. Как и при псевдоорганическом типе дефектного состояния, расстройства ВПФ при психопатоподобном дефекте носили довольно выраженный характер. Статистически достоверно ($p<0,05$) в контрольной группе больных нарушения по блокам «экспрессивная речь», «понимание речи и словесных выражений», «слухоречевая память», «зрительная память», «праксис», «оптико-пространственный гнозис», «акустический невербальный гнозис», «мышление» носили более выраженный характер, нежели в основной группе. У больных контрольной группы достоверно в большей степени, чем в основной ($p<0,05$), при составлении короткого рассказа по картинкам отмечалась выраженная отвлекаемость на посторонние раздражители, однако при побуждающей помощи со стороны экспериментатора пациентам удавалось передать смысл рассказа. Психопатоподобный дефект включал в себя симптомы поражения префронтальных конвекситальных образований лобных долей и подкорковых ганглиев в сочетании с дисфункцией конвекситальных теменно-затылочных и височных отделов мозга. Группа больных с астеническим дефектом личности оказалась самой малочисленной: 7 больных (9,2%) в основной группе и 4 пациента (12,5%) – в контрольной. Нарушения присутствовали у больных обеих групп по всем блокам данного исследования, однако достоверно в большей степени ($p<0,05$) они встречались у пациентов контрольной группы. Нарушения экспрессивной речи, слухоречевой и зрительной памяти, праксиса, гнозиса, мышления оказались у больных поздней шизофренией с астеническим типом дефекта менее выраженными, чем у больных с другими типами дефектного состояния. Астенический дефект включал в себя симптомы дисфункции медиобазальных и префронтальных конвекситальных отделов лобных долей с дискоординацией корково-подкорковых связей.

Вывод: Проведенное исследование установило, что представленные типы дефекта у больных поздней шизофренией патогенетически связаны и являются отражением единого патологического процесса разной степени выраженности с углублением нарушений высших психических функций в ряду от астенического до псевдоооргонического типа дефекта личности. Полученные данные об особенностях нейрокогнитивного дефицита каждого из типов дефекта позволяют провести топическую диагностику указанных нарушений, а также окажут неоценимую помощь при проведении психореабилитационных мероприятий (в том числе тренинга когнитивных и социальных навыков)

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА ПРИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: КОМПЛЕКСНЫЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Юлдашев Нодир Акбарович
Кашкадарьинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (Карши, Узбекистан)
Бабаев Жумабек Сагдуллаевич
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)

Введение. Глубокие структурные повреждения миокарда, обусловленные кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов (АП), вызывают разнообразные патологические сдвиги электрокардиограммы (ЭКГ), отражающие появление морфофункциональных нарушений со стороны сердца. Однако вопрос о динамике изменений ЭКГ-знаков при различных сроках антипсихотической терапии (АПТ) практически не разработан.

Цель. Изучить с помощью оригинального статистического алгоритма изменения ЭКГ при различных сроках АПТ.

Материал и методы. Изучено 210 ЭКГ, принадлежащих 78 больным шизофренией (мужчин – 50, женщин – 28), в возрасте преимущественно (64,1%) от 41 года до 60 лет. Всем пациентам проводилась АПТ различной длительности. Назначались разнообразные АП в дозах, соответствующих терапевтическому стандарту, нередко в комбинациях друг с другом.

В зависимости от сроков лечения материал разделен на четыре группы: I – до 5 лет (56 ЭКГ); II – от 5 до 10 лет (90 ЭКГ); III – от 11 года до 20 лет (44 ЭКГ); IV – свыше 20 лет (20 ЭКГ). Учитывалось семь ЭКГ-знаков. Исследование проведено в пять этапов.

Этап I. Определена частота (Мх) тех или иных ЭКГ-знаков при АПТ разной длительности. Это первая их характеристика.

Этап II. В связи с тем, что Мх того или иного параметра не показывает в полной мере динамику изменений его выраженности, то есть уровень лабильности, нами введен такой процентный показатель, как индекс различия (МΔ). Это вторая характеристика изучаемых ЭКГ- знаков.

Этап III. Силу изучаемого воздействия в количественном выражении показывает коэффициент Коэна (d'C). Величина, обратная d'C, определяет чувствительность показателя к вредоносному воздействию. Таким образом, чувствительность является третьей характеристикой рассматриваемых ЭКГ-знаков.

Этап IV. Он заключается в проведении информационного анализа, который количественно устанавливает информативность (Iх) отдельного признака, показывающую его диагностическую значимость. Это четвертая характеристика ЭКГ-знаков.

Этап V. Ранжируются по возрастанию величины таких показателей, как Мх, МΔ и Iх, а значения d'C, напротив, по убыванию. По сумме рангов (Σр-г) четырех ранговых рядов (Мх, МΔ, d'C и Iх) изученных ЭКГ-знаков рассчитывается рейтинг (Rt) последних. Этот интегральный показатель позволяет комплексно оценить каждый параметр ЭКГ, наблюдающийся при АПТ, одновременно по их четырем различным характеристикам (частота, лабильность, чувствительность, Iх).

Для статистической обработки данных использована компьютерная программа «Statistica 6.0» с уровнем значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. У пациентов, принимавших АП, чаще всего регистрируются нарушения ритма. По мере увеличения длительности АПТ частота аритмий снижается. Напротив, частота почти всех остальных ЭКГ-знаков в целом увеличивается. Согласно величинам МД, наиболее лабильными оказались (в порядке возрастания) такие показатели, как перегрузка правых отделов, отклонение электрической оси сердца (ЭОС) влево и гипертрофия левого желудочка. Определение d'C, обратно пропорционального чувствительности ЭКГ-знаков, показало, что максимально чувствительными являются нарушения ритма и проводимости, а также гипертрофия левого желудочка.

Итоги информационного анализа позволяют выделить наиболее информативные из изученных ЭКГ-знаков. Это (по возрастанию Ix) – удлинения интервала QTc, перегрузка правых отделов и отклонение ЭОС влево. При расчете Rt изученных ЭКГ-знаков установлено, что здесь лидируют отклонение ЭОС влево и перегрузка правых отделов. У остальных параметров ЭКГ Rt значительно ниже.

Заключение. Проведенный комплексный статистический анализ позволяет дать объективную интегральную характеристику изменений параметров ЭКГ, ассоциированных с приемом АП, одновременно по четырем позициям – частоте, лабильности, чувствительности и информативности. В этом плане лидирующее положение занимают такие ЭКГ-знаки, как отклонение ЭОС влево и перегрузка правых отделов.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Каримова Сабохон Халиковна
Республиканская клиническая психиатрическая больница (Ташкент, Узбекистан)
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)
Бабаев Жумабек Сагдуллаевич
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)
Курбаниязова Шахида Эркабаевна
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования. Определить и сравнить уровень качества жизни детей с легкой умственной отсталостью и умеренной умственной отсталостью, а также оценить понимание родителями состояния их ребенка, и выявить различия в оценке качества жизни между родителями детей с легкой и умеренной интеллектуальной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование Качества жизни у 116 несовершеннолетних с умственной отсталостью и их родителей: 82 ребенка с легкой степенью отсталости и 34 – с умеренной степенью умственной отсталости. Для исследования качества жизни была предоставлена специальная анкета по оценке качества жизни PedsQl (Pediatric Quality of life Inventory), версия 4.0. Вопросы анкеты PedsQl были разделены на 4 шкалы, описывающих физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), жизнь в школе (жШ). Ответы ребенка дублировались ответами родителей (опекунов). Варианты опросника, заполняемые родителями, имели такое же смысловое содержание, как и модули для детей, но несколько отличались по форме задаваемых вопросов. В исследование были включены дети и подростки в возрасте от 7 до 18 лет. Детям предоставлялся вопросник PedsQl4.0, с учетом их интеллектуального возраста. Общее количество баллов после процедуры перекодирования рассчитывалось по 100-балльной шкале. Перекодирование нами проводилось по защищенным авторским правом процедурам, которые предоставлены непосредственно авторами опросника (Varni J., et al., 2001, Varni JW.et al., 2002, Varni J.W., et fl, 2004).

Результаты. Субъективная оценка качества жизни детьми значительно варьировала, так, дети с легкой степенью умственной отсталости оценили этот показатель на 67,8%, дети с умеренной степенью отсталости – 46,2% ($p<0,01$). Родители детей с легкой степенью отсталости определили качество жизни своих детей выше, чем родители детей с умеренной умственной отсталостью – 65,2% и 49,8% соответственно ($p<0,01$). Причем

родители детей с легкой степенью отсталостью, оценивают их качество жизни ниже, чем сами дети, в то же время родители детей с умеренной умственной отсталостью характеризуют качество жизни своих детей выше.

Анализ данных по шкалам физического, эмоционального, социального функционирования и жизни в школе отражает более высокий уровень качества жизни у детей с легкой умственной отсталостью. Различия в оценке качества жизни детьми по шкале «Физическое функционирование», имеют наибольшие отличия в пользу детей с легкой степенью умственной отсталости – 70,10% против 54,80% ($p<0,01$). «Эмоциональное функционирование» дети оценивают при легкой степени отсталости

выше среднего – 61,1%, при умеренной степени отсталости – несколько ниже – 53,2% (p<0,01). Уровень качества жизни по шкале «Социальное функционирование» у детей с легкой степенью умственной отсталости выше, чем при умеренной степени отсталости – 78,2% и 49,7% (p<0,01). «жизнь в школе» детьми оценивается достаточно высоко при легкой умственной отсталости – 62,5% и крайне низко при умеренной умственной отсталости – 19,2% (p<0,01).

По оценкам родителей физическое и эмоциональное функционирование выше оцениваются родителями детей с легкой умственной отсталостью: «Физическое функционирование» – 69,4% против 56,8% при умеренной форме умственной отсталости (p<0,01), «Эмоциональное функционирование» – 58,2% против 56,4% при умеренной степени. Родители детей с легкой умственной отсталостью оценивают «Социальное функционирование» и «жизнь в школе» значительно выше: «Социальное функционирование» – 74,1% при легкой степени отсталости и 53,4% при умеренной степени отсталости (p<0,01), «жизнь в школе» – 58,5%, и 25,5% при легкой и умеренной степени соответственно (p<0,01).

Заключение. Таким образом, мы видим тенденцию, что дети с легкой умственной отсталостью и их родители, оценивают качество своей жизни и жизни своих детей достоверно выше, по сравнению с детьми с умеренной степенью отсталости и их родителями. При этом, родители детей с легкой степенью отсталости недооценивают уровень качества жизни своих детей, тогда как родители детей с умеренной степенью несколько переоценивают ее. Более высокая оценка качества жизни детьми с легкой степенью отсталости ожидаема и оправдана, т.к. они более сохранны и в физическом развитии, и в психоэмоциональном по сравнению с другой группой детей.

Достоверные отличия в оценке качества жизни детьми и их родителями, помогут сориентироваться в направлении психотерапевтической коррекции, и наглядно продемонстрировать ее эффективность. По результатам оценки Кж при умеренной степени отсталости очевидна необходимость выстраивания более близких психоэмоциональных отношений между ребенком и родителем. Организации для родителей удаленных онлайн лекций по психологии особенного ребенка.

Показатель качества жизни является достоверным критерием оценки здоровья ребенка и, соответственно, может стать эффективным инструментом в оценке применяемого лечения. Основываясь на субъективном восприятии самого ребенка и его родителей, оценка качества жизни является весьма чувствительным и информативным методом, чего не позволяют сделать чисто клинические методы.

GIPERAKTIVLIK SINDROMIDA KOGNITIV BUZILISHLAR TIBBIY-PSIXOLOGIK KORREKSIYASI

Madirimova Latofat Ollaberganovna – assistent
Ibadullayev Bekzod Baxromovich
Komilova Dilrabo Raximbayevna
Urganch davlat tibbiyot instituti (Urganch, O‘zbekiston)

Hozirgi kunda bog‘cha va maktab yoshidagi bolalar va ularning yaqinlari uchun tibbiy-ijtimoiy va tibbiy-psixologik dolzarb muammolardan biriga aylanib ulgurgan sindromlardan biri bu giperaktivlik va diqqat sustligi sindromidir (GVDS). Horijiy va mahalliy epidemiologik tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki mintaqamizda GVDS ning tarqalishi 4 dan 28% gacha tashkil qilishi aniqlangan. Amerika pediatriya akademiyasi (AAP) hisob-kitoblariga ko‘ra, GVDS ga chalingan bolalar soni 4 dan 12% gacha tashkil qilgan.

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 psixoemotsional 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 gip[eraktiv 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.

ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМИК СИНДРОМ РИВОЖЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҲАВОТИРЛИ-ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР ПСИХОКОРРЕКЦИЯСИ

Курбонбоев Сирож Кувандиқ ўгли – ассистент
Ибадуллаев Бекзод Бахромович
Урганч давлат тиббиёт институти (Урганч, Ўзбекистон)

Бугунги кунга келиб ЖССТ маълумотларига асосан касалликлар статистикасига назар ташласак, гипатобилиар тизим касалликлари ва уларнинг асоратлари ривожланиб бориши йилдан-йилга ошиб бормоқда. ЖССТ маълумотлари бўйича холесистэктомия ўтказган беморларнинг 30% и постхолесистэктомик синдром ривожланишидан азият чекади (World Health Organization (WHO) — Gastrointestinal Disorders Statistics, 2023.). Бу синдром беморларда психоэмоционал бузилишларнинг ривожланиб бориши ва беморлар рухиятида жиддий ўзгаришларни келтириб чикаради (Khurana R., Kochhar R. – “Postcholecystectomy Syndrome: Diagnostic and Management Approaches”, Journal of Clinical Gastroenterology, 2021.). Шу сабабдан беморлар руҳиятида бўладиган бузилишларни ўз вақтида аниқлаб, тиббий-психологик ёндашуни олиб бориш бугунги куннинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Мақсад: Постхолесистектомик синдром ривожланган беморларда ҳавотирли-депрессив бузилишлар даражасини аниқлаш ва уларни коррекция қилишда рационал психотерапиянинг ахамиятини ўрганиш

Материал ва методлар: ТТА Урганч филиали терапия бўлимида постхолесистектомик синдром ривожланган 30 нафар бемор асосий гуруҳга киритилган ҳолда кузатувга олинди. Беморларнинг ўртача ёши 45.1±4,5 ни ташкил қилди, шундан эркаклар - 46%, аёллар -54% ни ташкил қилди. Таққослаш гуруҳига эса ПХС билан касалланган 24 бемор киритилди, Бу гуруҳдаги беморларнинг 45% - эркаклар, 55% ини аёллар ташкил қилди. Беморларимизда психоэмоционал бузилишлар, яъни, хавотир ва депрессия даражасига баҳо беришда HADS шкаласидан фойдаланилди. Беморларда аниқланган психоэмоционал бузилишлар даражасини психокоррекция қилишда 1-гуруҳда базис давога қўшимча рационал психотерапия, 2-гуруҳда беморларда фақат стандарт терапиядан ўтказилди. Олинган кўрсаткичлар статистик таҳлил қилинган ҳолда, қуйидаги натижалар олинди.

Натижалар: Унга кўра асосий гуруҳдаги 30 нафар беморимизнинг 40% ида клиник ҳавотир, 47% ида субклиник ҳавотир ва 13% ида ҳавотир йўқлиги, назорат гуруҳда эса ҳавотир даражаси 33% ида клиник ҳавотир, 50% ида субклиник ҳавотир ва 17% ида ҳавотир йўқлиги аниқланди. Беморларимизда аниқланган депрессия даражаси асосий гуруҳда 37% клиник депрессия, 50% субклиник депрессия ва 13% ида депрессия йўқлиги, назорат гуруҳда эса бу кўрсаткич 37,5% клиник депрессия, 37,5% субклиник депрессия ва 25% депрессий йўқлиги қайд қилинди. Даводан кейин, асосий гуруҳда ўтказилган рационал психотерапиядан кейин терапия натижалари, беморларимизда ривожланган клиник ҳавотир даражаси 40% дан 13% гача, субклиник ҳавотир даражасини 47% дан 30% гача пасайишига, ҳавотир аниқланмаган беморларимизнинг 13% дан 57% гача ўсишини таъминлади ($p<0,001$), асосий гуруҳдаги беморларимизда депрессия даражаси, клиник депрессия 37% дан 13% гача, субклиник депрессия 50% дан 33 % гача, депрессия аниқланмаган беморларимизда эса бу кўрсаткич 13% дан 54% гача

ўсиши кузатилди($p<0.01$). Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткичлар фақат базис даво ҳисобига ҳавотир ва депрессия даражаларида деярли кам ўзгаришлар қайд қилинди

Хулоса: Олинган натижалардан шуни хулоса қилиш мумкинки, постхолесистектомик синдром ривожланган беморларимизда психоэмоционал бузилишлар юқори эканлиги, ўтказилган рационал терапиядан кейинги муолажаларидан сўнг асосий гуруҳдаги беморларимизда ҳавотир, депрессия даражаларининг, 2 чи гуруҳдаги беморларимизга нисбатан юқори даражада пасайганли, бу эса ўз навбатида бу беморларда рационал психотерапияни тўғри йўлга қўйиш ва терапевтик жараёнларга мукаммал йўналтириш лозимлигини исботлаб берди.

СУРУНКАЛИ ГАСТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АДАПТАЦИОН БУЗИЛИШЛАР КЛИНИК СРУКТУРАСИ ВА ПСИХОКОРРЕКЦИЯСИ

Сетиризаев Имрон Буваходдиний – ассистент
Ибадуллаев Бекзод Бахромович
Урганч давлат тиббиёт институти (Урганч, Ўзбекистон)

Бугунги кунга келиб жанубий орол бўйи минтақасида жойлашган шахарларда минтақамизда соматик касалликлар сони ортиб бормоқда, шулардан бири сурункали гастрит касаллиги бўлиб, яъни сурункали гастрит билан касалланиш беморлар умумий популяцияга нисбатан 50-70% ни ташкил қилмоқда (World Health Organization (WHO) – Global Report on Digestive Diseases, 2023.). Бизнинг минтақада гастритнинг учраши 45-65% ташкил қилиши аниқланган. Сурункали гастрит касаллиги беморларда соматик ва рухий ўзгаришлар билан намоён бўлиб, айниқса беморларда психоэмоционал бузилишларнинг ривожланиб бориши касаллик кечишига ўзининг таъсирини ўтказмасдан қолмайди, бу эса ўз навбатида тиббий-психологик коррекцияни ҳам талаб қилади (Osadchuk M.A., Klyuyeva I.M. – “Gastroenterological Diseases and Psychosomatic Disorders”, Москва, 2021.).

Мақсад: ТТА Урганч филиали клиникасига мурожаат қилган сурункали гастрит билан касалланган беморларда адаптацион бузилишлар даражасини аниқлаш ва уларни коррекция қилишга психотерапевтик ёндашув

Материал ва методлар: ТТА Урганч филиалига рухий ўзгаршилар билан мурожаат қилган сурункали гастрит ташхиси билан даволаниб юрган 46 та бемор кузатувга олинди ва икки гуруҳга ажратилди. Шундан 23 бемор биринчи гуруҳга, 23 та бемор иккинчи гуруҳга бириктирилди Беморларимиз психоадаптацион бузилишлар даражасини аниқлашда Айзенк (беморларнинг ўз руҳий ҳолатини баҳолаш) сўровномасидан фойдаланилди. Беморларда аниқланган психоадаптацион бузилишлар даражасини психокоррекция қилишда 1-гуруҳда базис давога қўшимча когнитив–бихевиориал психотерапия, 2-гуруҳда беморларда фақат плацеботерапия стандарт терапия билан биргаликда олиб борилди. Олинган кўрсаткичлар статистик таҳлил қилинган ҳолда, қуйидаги натижалар олинди.

Натижалар: Унга кўра 1-гуруҳдаги (n=23) беморларимзда Айзенк сўровномаси бўйича, ҳавотир 13% (n=3) ида аниқланмади 7,0±0,0, 65,2% (n=15) ида ўрта 12,8±0,21, 22% (n=5) ида юқори даражада 17,8±0,25, агрессивлик 17,4% (n=4) ида аниқланмади 7,0±0,0, 61% (n=14) ида ўрта 12,0±0,18, 22% (n=5) ида юқори даражада 18,0±0,0, фрустурация 26% (n=6) ида аниқланмади 7,0±0,0, 65% (n=15) ида ўрта 12,6±0,16, 9% (n=2) ида юқори даражада 18,3±0,21, ригидлик 22% (n=5) ида аниқланмади 7,0±0,0, 65% (n=15) ида ўрта 12,7±0,21, 13% (n=3) ида юқори даражада 18,0±1,5 эканлиги аниқланди, 2-гуруҳда эса ҳавотир 13% (n=3) ида аниқланмади 6,4±0,1, 74% (n=17) ида ўрта 12,6±0,21, 13% (n=3) ида юқори даражада 17,6±0,18, агрессивлик 17,4% (n=4) ида аниқланмади 7,0±0,0, 69,5% (n=16) ида ўрта 11,7±0,23, 13% (n=3) ида юқори даражада 17,0±0,58, фрустурация 17% (n=4) ида аниқланмади 7,0±0,0, 78,3% (n=18) ида ўрта 12,4±0,22, 4.3% (n=1) ида юқори даражада 18,6±0,24, ригидлик 22% (n=5) ида аниқланмади 7,0±0,0, 70% (n=16) ида ўрта 12,3±0,24, 8% (n=2) ида юқори даражада 19,3±0,48 эканлиги аниқланди (p>0,05). Даводан кейин 1-гуруҳдаги (n=23) беморларимизда Айзенк сўровномаси бўйича, ҳавотир 65,2% (n=15) ида аниқланмади 6,4±0,12, 34,8% (n=30) ида ўрта 9,1±0,26, агрессивлик 69,6% (n=16) ида аниқланмади 6,3±0,09, 30,4% (n=7) ида ўрта 8,7±0,16, фрустурация 65,2% (n=15) ида аниқланмади 6,4±0,10, 34,8% (n=8) ида ўрта 8,4±1,0, ригидлик 73,9% (n=17) ида аниқланмади 6,4±0,11,

26,1% (n=6) ида ўрта 8,7±0,13 пасайганлиги аниқланди (p<0,001). 2-гуруҳда эса бу кўрсаткичлар юқорида олинган даражалардан фарқ қилмади

Хулоса: Олинган натижалардан шуни хулоса қилиш мумкинки, сурункали гастрит билан кузатувга олинган беморларимизда психоадаптацион бузилишлар юқори эканлиги аниқланди, ўтказилган психотерапевтик даво муолажаларидан сўнг асосий гуруҳдаги беморларимизда ҳавотир, фрустурация,агрессивлик ва ригидлик даражаларининг, 2 чи гуруҳдаги беморларимизга нисбатан юқори даражада пасайганлиги, бу эса ўз навбатида бу беморларда орол бўйи мухитида ва шунга ўҳшаш ноқулай климатга эга бўлган шароитда яшовчи ахолида соматик касалликлар натижасида ривожланувчи психоадаптацион ва психоэмоционал бузилишларни коррекция қилишда когнитив-бихевиориал терапияни стандарт даволаш жараёнларига тадбиқ қилиш самарали натижаларга еришишига туртки бўлиши кузатувларимизда ўз исботини топди.

PSYCHODYNAMIC PROPERTIES OF PATIENTS WITH NEUROTIC ANXIETY SPECTRUM DISORDERS

Sivagami Ganesan – student
Babayev J.S. – senior teacher, scientific supervisor
Tashkent state medical university (Tashkent, Uzbekistan)

The significance of anxiety disorders (ADs) stems from their clinical heterogeneity, their tendency toward a protracted course, and the formation of comorbid relationships with depressive and somatoform symptoms. The role of premorbid characterological features in the genesis of ADs, as well as constitutional-biological factors that facilitate the development of neurotic reactions, is well-documented in the literature. However, less attention is currently paid to the specifics of a subject's "current psychophysical status," as expressed through their psychodynamic properties.

The purpose of this study was to investigate and identify differences in the psychodynamic properties of patients with anxiety-spectrum neuroses, comparing those with and without prominent depressive manifestations.

Materials and Methods. A total of 85 female patients were examined; their mean age was 38.5±7 years. The structure of depression within anxiety neuroses was analyzed based on the principle of the depressive triad, identifying the primary depressive affect. All subjects were divided into two groups. The first group consisted of 54 patients with anxiety-spectrum neuroses with prominent depressive manifestations. The second group included 31 women with neuroses characterized by a predominance of anxiety and anxiety-phobic spectrum disorders. In accordance with the ICD-10, the patients' conditions corresponded to the following categories: F40 - Phobic anxiety disorders (29 individuals, 34.1% of the total sample), F41 - panic disorder, episodic paroxysmal anxiety (15 individuals, 17.6%), F42 - obsessive-compulsive disorder (29 individuals, 34.1%), and F43.22 - adjustment disorders (12 individuals, 14.2%).

The study employed psychological testing methods (the Luscher Color Test, the Szondi Test, and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory) and statistical methods for data processing (descriptive and analytical statistics - Pearson's $\chi 2$ test, Student's t-test). The exclusion criteria were: the presence of neurotic-level depression of endogenous or somatogenic origin, neurosis-like disorders related to organic CNS damage, and the presence of any clinically significant somatic pathology.

Discussion of Results. The study results showed that patients with anxiety disorders (AD) are characterized by a moderate level of non-productive neuropsychic tension, an optimal level of activation with a focus on active action, and a predominance of such psychodynamic properties as spontaneity and rigidity. A comparative intergroup analysis established that significant differences pertain to the degree of drive tension conditioned by psychodynamic properties, revealing no difference in the manifestation of general activation parameters. Patients with a leading depressive affect were characterized by a lower number of null reactions and a higher number of ambivalent choice reactions ($p \leq 0.01$). At a significant level, they exhibited a predominance of psychodynamic properties of the sensitive-melancholic circle, reflected in the tension of the drive factor (h) as identified by Szondi's eight-drive test ($p \leq 0.05$). An analysis of the typological characteristics of patients with AD based on data from a standardized multifactorial method of personality investigation revealed differences on the "pessimism" and "social introversion" scales, which were more pronounced in the group of patients with depressive affect, and the "optimism" scale, for which the values were, conversely,

lower ($p \leq 0.05$). These features are more reflective of the patients' current mental state rather than their characterological traits.

The characterological core in neurotic patients with a predominant depressive affect, as with other patients, is primarily represented by affective rigidity.

Conclusions. Thus, data on the specific manifestations of psychodynamic properties in depressive patients, depending on their nosologically classification, can be used as additional differential diagnostic criteria for distinguishing neurotic disorders with predominant depressive symptomatology, which in turn will help in selecting the optimal psychotherapeutic strategy for each individual case.

CHANGES IN EATING PATTERNS AND AFFECTIVE STATES IN PATIENTS BEFORE AND AFTER BARIATRIC SURGERY

Kuchkarov Humoyun Nuralievich
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)
EMU University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Bariatric surgery is an effective treatment for obesity that leads not only to significant weight loss but also to psychological and behavioral changes. This study evaluated postoperative changes in eating behavior (emotional, external, and restrained eating) and affective symptoms (anxiety and depression) during the first three months after surgery using the HADS questionnaires. The results demonstrated a significant reduction in emotional eating, anxiety, and depressive symptoms compared to the preoperative period. The findings emphasize the importance of continuous psychological monitoring and comprehensive psychocorrective support for bariatric patients.*

Keywords: *bariatric surgery, obesity, eating behavior, emotional eating, affective disorders, anxiety, depression, HADS, body image, clinical dynamics.*

Materials and Methods.

The study was conducted at the multidisciplinary clinic of Tashkent Medical Academy (2024-2026) and included 124 patients with obesity who underwent bariatric surgery. Participants were divided into a main group (n=70) and a control group (n=54). Eating behavior and affective symptoms were assessed at 3 months postoperatively using HADS (HADS-A, HADS-D) scales. Statistical analysis was performed with significance set at $p < 0.05$ in accordance with bioethical standards.

Results.

Preoperatively, both groups demonstrated clinically significant anxiety levels (median HADS-A: 12,5 vs. 12,0; $p > 0.05$), confirming comparable psychoemotional status. At 3 months after surgery, the main group showed a significant reduction in anxiety symptoms compared to the control group ($U=691.5$; $p < 0.001$). Clinically significant anxiety decreased to 17.1% in the main group, whereas it remained high in the control group (68,5%). Regarding depressive symptoms, preoperative clinical depression was more prevalent in the control group ($p=0.035$). At 3 months, more than half of patients in the main group demonstrated normal HADS-D scores, while subclinical and clinical depression persisted in a proportion of patients. Intergroup differences were statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion.

Bariatric surgery contributes to a significant reduction in anxiety and depressive symptoms in the early postoperative period. However, the persistence of borderline and clinical affective symptoms in some patients highlights the necessity of long-term psychological monitoring, early psychocorrection, and a multidisciplinary treatment approach.

KIMYOVIY ADDIKTIV BUZILISHLARDA IJTIMOIY MOSLASHUV DARAJASI VA KOMPLEKS TIBBIY-IJTIMOIY REABILITATSIYA SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Turayev Bobir Temirpulotovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand, O‘zbekiston)

Kimyoviy addiktiv buzilishlar zamonaviy narkologiya va psixiatriyada dolzarb muammolardan biridir. Ushbu kasalliklar nafaqat biologik, balki psixologik va ijtimoiy omillar bilan ham belgilanadi, bu esa bemorlarning ijtimoiy moslashuv darajasini sezilarli darajada pasayishiga olib keladi. Samarali reabilitatsiya dasturlari faqat medikamentoz davolash bilan cheklanmay, balki psixologik qo‘llab-quvvatlash va ijtimoiy moslashuvni tiklashni ham o‘z ichiga olishi kerak. Shu sababli, kimyoviy addiktiv bemorlarda ijtimoiy moslashuvni baholash va kompleks tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya samaradorligini aniqlash ilmiy va amaliy jihatdan katta ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi. Kimyoviy addiktiv buzilishlarga chalingan bemorlarda ijtimoiy moslashuv darajasini baholash va kompleks tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturining samaradorligini aniqlash hamda bemorlarning psixologik, ijtimoiy va klinik ko‘rsatkichlari bilan bog‘liqligini o‘rganish.

Materiallar va usullar. Tadqiqot Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazining narkologiya xizmati bo‘yicha Samarqand viloyati filialida amalga oshirildi. Tadqiqotda kimyoviy addiktiv buzilishlarga chalingan jami 140 nafar bemor ishtirok etdi. Bemorlar tadqiqot dizayniga muvofiq ikki guruhga ajratildi: asosiy guruh - 100 nafar bemor va nazorat guruhi - 40 nafar bemor. Psixopatologik simptomlarni aniqlash uchun Bek depressiya shkalasi; Spielberger-Xanin shkalasi; MoCA testi; ASI (Addiction Severity Index); hayot sifatini baholash uchun esa WHOQOL-BREF so‘rovnomasi qo‘llanildi.

Natijalar. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, kimyoviy addiktiv buzilishlarga chalingan bemorlarda psixopatologik simptomlar keng tarqalgan. Depressiya (BDI): Asosiy guruhda bemorlarning 68,0%ida o‘rtacha va og‘ir darajadagi depressiv simptomlar kuzatildi, nazorat guruhida esa bu ko‘rsatkich 42,5% ni tashkil qildi ($p<0,05$). Yengil depressiv simptomlar mos ravishda 22,0% va 35,0% bemorlarda qayd etildi. Xavotir (Spielberger-Xanin): Asosiy guruhda yuqori reaktiv xavotir 72,0% bemorlarda, shaxsiy xavotir esa 64,0% holatda aniqlangan. Nazorat guruhida mos ravishda 45,0% va 40,0% bemorlarda yuqori daraja qayd etildi ($p<0,05$). Kognitiv funksiyalar (MoCA): Asosiy guruh bemorlarining 58,0%ida yengil va o‘rtacha darajadagi kognitiv buzilishlar kuzatildi, nazorat guruhida esa bu ko‘rsatkich 30,0% ni tashkil etdi ($p<0,05$). Normal kognitiv ko‘rsatkichlar asosiy guruhda 42,0%, nazorat guruhida 70,0% bemorlarda qayd etildi. Addiksiya og‘irligi (ASI): Asosiy guruhda yuqori darajadagi addiktiv buzilishlar 66,0% bemorlarda, o‘rtacha daraja 24,0% holatda aniqlangan. Nazorat guruhida mos ravishda 37,5% va 40,0% bemorlarda kuzatildi ($p<0,05$). Hayot sifati (WHOQOL-BREF): Past hayot sifati ko‘rsatkichlari asosiy guruhda 62,0% bemorlarda aniqlangan bo‘lsa, nazorat guruhida bu ko‘rsatkich 35,0% ni tashkil etdi ($p<0,05$). Korrelyatsion tahlil natijalari shuni ko‘rsatdiki: depressiya darajasi va addiksiya og‘irligi o‘rtasida ijobiy bog‘liqlik mavjud ($r=0,62$; $p<0,05$), shuningdek, xavotir darajasi va relaps xavfi ham sezilarli ijobiy korrelyatsiyani ko‘rsatdi ($r=0,58$; $p<0,05$). Kognitiv buzilishlar darajasi esa hayot sifati ko‘rsatkichlari bilan teskari bog‘liq bo‘ldi ($r=-0,55$; $p<0,05$).

Xulosa. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, kimyoviy addiktiv bemorlarda depressiya, yuqori xavotir darajasi va kognitiv buzilishlar keng tarqalgan bo‘lib, ularning addiksiya og‘irligi va hayot sifati bilan sezilarli bog‘liqligi aniqlangan ($p<0,05$). Ushbu ma’lumotlar psixopatologik simptomlarni erta aniqlash va kompleks tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya dasturlariga kiritish zarurligini ko‘rsatadi.

KIMYOVIY ADDIKTIV BEMORLARDA PSIXOPATOLOGIK SIMPTOMLARNING KLINIK TUZILMASI VA ULARNING KASALLIK KECHISH PROGNOZIDAGI AHAMIYATI

Turayev Bobir Temirpulotovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand, O‘zbekiston)

Kimyoviy addiktiv buzilishlar zamonaviy narkologiya va psixiatriyada eng dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Ushbu kasalliklar nafaqat biologik, balki psixologik va ijtimoiy omillar bilan ham belgilanadi. Addiktiv bemorlarda psixopatologik simptomlar keng tarqalgan bo‘lib, ular kasallikning klinik kechishiga, remissiya davomiyligiga va qaytalanish xavfiga sezilarli ta’sir ko‘rsatadi.

Tadqiqot maqsadi. Kimyoviy addiktiv buzilishlarga chalingan bemorlarda psixopatologik simptomlarning klinik tuzilmasini kompleks baholash, ularning o‘zaro bog‘liqligini aniqlash hamda ushbu simptomlarning kasallik kechishi, remissiya davomiyligi va retsedivlarning rivojlanish prognoziga ta’sirini ilmiy asoslash.

Materiallar va usullar. Tadqiqot Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazining narkologiya xizmati bo‘yicha Samarqand viloyati filialida amalga oshirildi. Tadqiqotda kimyoviy addiktiv buzilishlarga chalingan jami 140 nafar bemor ishtirok etdi. Bemorlar tadqiqot dizayniga muvofiq ikki guruhga ajratildi: asosiy guruh - 100 nafar bemor va nazorat guruhi - 40 nafar bemor. Bemorlarning klinik-psixopatologik holatini baholashda kompleks yondashuv qo‘llanildi. Psixopatologik simptomlarni aniqlash uchun Bek depressiya shkalasi (BDI), Spielberger-Xanin xavotir shkalasi, kognitiv funksiyalarni baholash uchun MoCA testi, addiksiya og‘irligini aniqlash uchun ASI (Addiction Severity Index) hamda hayot sifatini baholash uchun WHOQOL-BREF so‘rovnomasi qo‘llanildi.

Natijalar. Tadqiqot natijalariga ko‘ra, kimyoviy addiktiv buzilishlarga chalingan bemorlarda psixopatologik simptomlar keng tarqalganligi aniqlandi. Asosiy guruhda depressiv simptomlar BDI natijalariga ko‘ra 68,0% bemorlarda o‘rtacha va og‘ir darajada kuzatildi, nazorat guruhida esa ushbu ko‘rsatkich 42,5% ni tashkil etdi ($p<0,05$). Yengil depressiv simptomlar mos ravishda 22,0% va 35,0% bemorlarda aniqlanib, guruhlar o‘rtasida sezilarli farq qayd etildi. Xavotir darajasini baholashda (Spielberger-Xanin shkalasi) asosiy guruh bemorlarining 72,0% ida yuqori reaktiv xavotir aniqlangan bo‘lsa, nazorat guruhida bu ko‘rsatkich 45,0% ni tashkil etdi ($p<0,05$). Shaxsiy xavotir darajasi ham asosiy guruhda sezilarli yuqori bo‘lib, 64,0% holatda yuqori darajada qayd etildi, nazorat guruhida esa 40,0% ni tashkil etdi ($p<0,05$). Kognitiv funksiyalarni baholash (MoCA testi) natijalariga ko‘ra, asosiy guruh bemorlarining 58,0% ida yengil va o‘rtacha darajadagi kognitiv buzilishlar aniqlangan bo‘lsa, nazorat guruhida ushbu ko‘rsatkich 30,0% ni tashkil etdi ($p<0,05$). Normal kognitiv ko‘rsatkichlar esa nazorat guruhida ko‘proq (70,0%) uchradi, asosiy guruhda esa 42,0% ni tashkil etdi. Addiksiya og‘irligi (ASI) bo‘yicha tahlil shuni ko‘rsatdiki, yuqori darajadagi addiktiv buzilishlar asosiy guruhda 66,0% bemorlarda kuzatildi, nazorat guruhida esa bu ko‘rsatkich 37,5% ni tashkil etdi ($p<0,05$). O‘rtacha darajadagi addiksiya mos ravishda 24,0% va 40,0% holatda aniqlangan. Hayot sifatini baholash (WHOQOL-BREF) natijalari asosiy guruh bemorlarida sezilarli darajada past ekanligini ko‘rsatdi. Past hayot sifati ko‘rsatkichlari asosiy guruhda 62,0% bemorlarda qayd etilgan bo‘lsa, nazorat guruhida 35,0% ni tashkil etdi ($p<0,05$).

Xulosa. Tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, kimyoviy addiktiv bemorlarda psixopatologik simptomlar keng tarqalgan bo‘lib, ular depressiya, yuqori xavotir darajasi va kognitiv buzilishlarni o‘z ichiga oladi. Asosiy guruhda bu simptomlar nazorat guruhiga nisbatan sezilarli yuqori bo‘lib, addiksiya og‘irligi va hayot sifati bilan uzviy bog‘liq ekanligi aniqlangan. Natijalar psixopatologik simptomlarni erta aniqlash va individual reabilitatsiya dasturlariga kiritish zarurligini ko‘rsatadi.

ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Ашуров Зарифжон Шарифович
Султанов Шохрух Хабибуллаевич
Гопурова Гулчехра Фарухтдиновна
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Параноидная шизофрения представляет собой одну из наиболее распространённых форм шизофренического спектра, характеризующуюся преобладанием бредовых идей преследования, воздействия и величия, а также слуховых галлюцинаций. Современные исследования в области психонейроиммунологии свидетельствуют о значимой роли иммунных и воспалительных механизмов в патогенезе данного расстройства.

Психонейроиммунологические детерминанты включают активацию провоспалительных цитокинов (интерлейкинов IL-1β, IL-6, фактора некроза опухоли-α), нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и дисбаланс микроглии. Хронический стресс и генетическая предрасположенность способствуют усилению нейровоспалительных процессов, что приводит к нарушению нейротрансмиссии, прежде всего дофаминергической и глутаматергической систем. Данные изменения обусловливают формирование продуктивной психотической симптоматики. Иммунные нарушения при ПШ проявляются изменением уровня Т- и В-лимфоцитов, снижением активности естественных киллеров и повышенной проницаемостью гематоэнцефалического барьера. Отмечается корреляция между выраженностью воспалительных маркеров и тяжестью психопатологических проявлений, что позволяет рассматривать иммунные показатели как потенциальные биомаркеры прогноза и эффективности терапии. Клинико-динамические особенности течения ПШ характеризуются постепенным дебютом, относительно сохранной когнитивной сферой на ранних этапах и доминированием систематизированного бреда. Заболевание может протекать приступообразно-прогредиентно либо непрерывно-прогредиентно. В период обострения усиливаются продуктивные симптомы, тогда как в межприступный период могут сохраняться резидуальные проявления в виде негативной симптоматики: эмоционального уплощения, социальной изоляции и снижения мотивации. Иммунные сдвиги также оказывают влияние на клиническую динамику заболевания. Повышение уровня провоспалительных цитокинов ассоциировано с более тяжёлым течением, резистентностью к антипсихотической терапии и большей вероятностью рецидивов. В этой связи перспективным направлением является применение противовоспалительных и иммуномодулирующих стратегий в комплексном лечении.

Таким образом, параноидная шизофрения представляет собой мультифакторное расстройство, в развитии которого существенную роль играют психонейроиммунологические механизмы. Учет иммунных показателей при диагностике и терапии способствует более точному прогнозированию течения заболевания и персонализации лечебных подходов.

НЕЙРОФИДБЕК-ТЕРАПИЯ В ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Велиляева Алие Сабриевна
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Когнитивные расстройства наблюдаются у 40-60 % больных с фокальной эпилепсией и проявляются снижением скорости обработки информации и когнитивной гибкости, особенно при правополушарной локализации очага. В связи с этим актуально применение персонифицированных методов реабилитации, направленных на восстановление исполнительных функций, таких как нейрофидбек-терапия (НФТ). Целью данного исследования являлась оценка эффективности нейрофидбек-терапии в восстановлении когнитивных функций у пациентов с фокальной эпилепсией с учётом латерализации эпилептогенного очага. Обследовано 78 пациентов (40 женщин, 38 мужчин, 22–40 лет) с фокальной эпилепсией и когнитивными нарушениями. Пациенты были разделены на две группы: Группа А (n=40): получала фенотропил + нейрофидбек-терапию + когнитивно-поведенческую психотерапию; Группа Б (n=38): только фенотропил. Терапия проводилась на аппарате «Нейрон-Спектр-4/ВПМ» (Нейрософт, Россия), 20 сеансов по 30 мин. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (2013), все участники подписали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Статистика: SPSS 17.0, t-тест, $p < 0,05$; данные - M ± SD. По результаты исследования: до реабилитации: 1) результаты ТМТ-А: правополушарные пациенты показали значимо худшие результаты – 38,5±7,2; в противовес левополушарные – 34,2± 6,5 секунд ($p=0,001$) и 2) результаты ТМТ-В: правополушарные – 80,2±11,5; в противовес левополушарные – 72,4±10,8 секунд ($p<0,001$); после - ТМТ-А: 1) группа А (ноотропное средство фенотропил и оптимизация реабилитации курсом нейрофидбек-терапия + психотерапия) продемонстрировала значимое улучшение – 29,2±6,1; в противовес группе Б (только ноотропное средство фенотропил) – 32,8±7,1 секунд ($p<0,01$) и 2) результаты ТМТ-В: группа А – 61,0±10,3; в противовес группа Б – 70,5±10,8 секунд ($p<0,01$). Таким образом, оптимизация реабилитации с включением нейрофидбек-терапии и психотерапии обеспечивает значительное улучшение исполнительных функций, особенно у правополушарных пациентов, демонстрируя потенциал НФТ как обязательного компонента персонализированной когнитивной реабилитации при фокальной эпилепсии.

Arns M., de Ridder, Strehl S.U., Breteler M., & Coenen A. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on in-attention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. Clinical EEG and Neuroscience. 2020; 46(4): 265-278. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовой заинтересованности.

ОЦЕНКА ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ С ПОМОЩЬЮ TRAIL MAKING TEST-A И TRAIL MAKING TEST-B ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Велиляева Алие Сабриевна
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Исполнительные функции, включающие внимание, когнитивную гибкость и скорость обработки информации, играют ключевую роль в поддержании социальной адаптации пациентов с эпилепсией. Нарушения этих функций нередко наблюдаются у больных с фокальными формами заболевания и снижают качество жизни. Тесты Trail Making Test-A (TMT-A) и Trail Making Test-B (TMT-B). Целью исследования явилось изучение изменения скорости обработки информации и когнитивной гибкости по результатам TMT-A и TMT-B у пациентов с фокальной эпилепсией до и после курса комплексной реабилитации. В исследование включены 140 пациентов (72 с левополушарной и 68 с правополушарной фокальной эпилепсией), Средний возраст составил 29,3 ± 5,1 года. В программу реабилитации входили ноотропная терапия и таргетированная нейрофидбек-терапия (20 сеансов по 30 минут, 3 раза в неделю) с контролем эффективности по TMT-A и TMT-B. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (2013). Все участники подписали письменное информированное согласие. Статистический анализ выполнялся в программе SPSS 13.0 с использованием t-теста; различия считались значимыми при $p < 0,05$; данные представлены как $M \pm SD$. По результатам исследования: до начала реабилитации пациенты с правополушарной эпилепсией выполняли тесты достоверно медленнее: TMT-A - 38,5 ± 7,2 с против 34,2 ± 6,5 с у левополушарных ($p = 0,001$); TMT-B - 80,2 ± 11,5 с против 72,4 ± 10,8 с ($p < 0,001$). После курса реабилитации отмечено статистически значимое улучшение: TMT-A - 29,2 ± 6,1 с в основной группе против 32,8 ± 7,1 с ($p < 0,01$); TMT-B - 61,0 ± 10,3 с против 70,5 ± 10,8 с ($p < 0,01$). Снижение времени выполнения тестов отражает восстановление скорости обработки информации, улучшение когнитивной гибкости и повышение эффективности исполнительных функций, особенно у пациентов с правополушарной локализацией очага. Таким образом, Тесты TMT-A и TMT-B являются высокочувствительными показателями динамики когнитивного восстановления у больных эпилепсией. Их использование в комплексе с нейрофидбек-терапией позволяет объективно оценивать эффективность персонализированной реабилитации и отслеживать улучшение исполнительных функций в динамике.

Коидзуми К, Кунии Н. et al. Прокладывая путь к улучшению памяти: разработка и исследование системы нейрофидбэка, нацеленной на медиальную височную долю. Биомедицина. 2023; 11(8): 2262. https://doi.org/10.3390/biomedicines11082262_Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовой заинтересованности.

УДК: 616.89

КЛИНИКО-ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДИНАМИКИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Волкова Любовь Олеговна
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Актуальность изучения: Шизотипическое расстройство рассматривается как континуальное образование, включающее личностные, когнитивно-перцептивные и интерперсональные особенности, связанные с расстройствами шизофренического спектра. Несмотря на большое количество исследований, недостаточно изученной остаётся динамическая структура шизотипии, в частности различия в траекториях симптоматики при повторных обследованиях. Выделение клинико-психометрических типов с учётом динамики может иметь значение для прогноза и индивидуализации клинического подхода.

Цель: выделить клинико-психометрические типы шизотипического расстройства в юношеском возрасте с учётом уровня и динамики симптоматики.

Материалы и методы: Обследованы 54 пациента юношеского возраста с данными опросника Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) в двух точках наблюдения. Для типологического анализа использовались показатели SPQ (1-я и 2-я точки и их разность), шкалы SOPS и показатели социального функционирования PSP. Данные диагностического интервью SADS-L и демографические характеристики в процедуру типологизации не включались и использовались post-hoc для клинической интерпретации. Применялись методы главных компонент и иерархической кластеризации (метод Уорда). Межгрупповые различия оценивались непараметрическими статистическими критериями.

Результаты: в результате анализа выделены три клинико-психометрических типа.

Первый тип (n = 20) характеризовался умеренно высоким или высоким уровнем шизотипической симптоматики с сохранением либо незначительным усилением проявлений при повторном обследовании. В структуре нарушений преобладали интерперсональные особенности, подозрительность и социальная тревожность. В клинической картине отмечались выраженные негативные симптомы и устойчивое снижение уровня социального функционирования.

Второй тип (n = 21) отличался относительно низким или умеренным уровнем шизотипии с тенденцией к редукции симптоматики при повторном обследовании. Когнитивно-перцептивные нарушения были минимально выражены, клиническое состояние характеризовалось относительной компенсацией.

Третий тип (n = 13) характеризовался высоким уровнем шизотипической симптоматики на исходной точке с последующей выраженной редукцией показателей. Наибольшая динамика наблюдалась по когнитивно-перцептивным и интерперсональным шкалам SPQ, что указывает на состояние-зависимый характер симптоматики.

Post-hoc анализ данных SADS-L выявил различия между типами по степени представленности расстройств шизофренического спектра, при этом прямого соответствия диагностическим категориям не наблюдалось. Демографические факторы не оказывали значимого влияния на принадлежность к типу.

Заключение. Выделены три варианта динамики шизотипической симптоматики — устойчивый, компенсированный и пластичный. Учет динамики шизотипических проявлений может способствовать уточнению клинической стратификации и прогностической оценки пациентов юношеского возраста.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РИСКА СОМАТИЧЕСКИХ ОРГАНОПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА-ADH1B

Гопурова Гулчехра Фарухтдиновна – Ph.D., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Цеомашко Наталья Евгеньевна – д.б.н., с.н.с., заведущий отделением
РСНПМЦПЗ (Ташкент, Узбекистан)
Гаюбов Умид Маъмурович – Ph.D., соискатель, ассистент
РСНПМЦПЗ (Ташкент, Узбекистан)
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Алкогольная зависимость представляет собой одну из ведущих медико-социальных проблем современности, сопровождающуюся высоким риском развития соматических органоповреждений, прежде всего печени, сердечно-сосудистой системы, поджелудочной железы и центральной нервной системы. В последние годы особое внимание уделяется выявлению клинико-биохимических предикторов, позволяющих прогнозировать тяжесть и вероятность формирования органных осложнений. Существенную роль в индивидуальной вариабельности течения заболевания играет генетический фактор, в частности полиморфизм гена ADH1B, кодирующего один из изоферментов алкогольдегидрогеназы.

Фермент ADH1B участвует в метаболизме этанола, катализируя его окисление до ацетальдегида. Известно, что различные аллельные варианты гена (например, ADH1B*1 и ADH1B*2) отличаются по скорости метаболизма алкоголя. Носительство аллеля ADH1B*2 ассоциировано с более высокой активностью фермента, что приводит к быстрому накоплению ацетальдегида — токсичного метаболита, способного вызывать выраженные вегетативные реакции и тканевое повреждение. С одной стороны, это может снижать риск формирования зависимости за счёт неблагоприятных ощущений при употреблении алкоголя, с другой — при хроническом употреблении способствует усилению оксидативного стресса и повреждению клеточных структур.

Среди клинических предикторов соматических осложнений при алкогольной зависимости важное значение имеют длительность и стаж злоупотребления, суточная доза этанола, наличие абстинентных состояний, сопутствующие метаболические нарушения (ожирение, сахарный диабет), а также пол и возраст пациента. Биохимические маркеры включают повышение активности трансаминаз (АЛТ, АСТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), щелочной фосфатазы, уровня билирубина, а также изменение показателей липидного спектра и маркеров воспаления (С-реактивный белок). Дополнительное прогностическое значение имеют маркеры фиброза печени, показатели коагулограммы и уровень углеводно-дефицитного трансферрина.

Комбинированная оценка клинико-биохимических показателей с учётом генетического полиморфизма ADH1B позволяет формировать персонифицированный прогноз риска органоповреждений. Так, у пациентов с неблагоприятным аллельным вариантом, сопровождающимся ускоренным образованием ацетальдегида, при наличии повышенных трансаминаз и длительного алкогольного анамнеза вероятность развития алкогольной болезни печени и кардиомиопатии существенно возрастает. Генетическое тестирование может использоваться как дополнительный инструмент стратификации риска, особенно у лиц с семейной предрасположенностью к зависимости и соматическим осложнениям.

Таким образом, интеграция клинических данных, биохимических маркеров и генетических особенностей метаболизма этанола открывает перспективы для ранней диагностики, профилактики и индивидуализации терапии алкогольной зависимости. Выявление пациентов группы высокого риска позволяет своевременно проводить коррекцию факторов повреждения, снижать частоту тяжёлых соматических последствий и улучшать прогноз заболевания.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА “НЕЙРОЭНДОКРИН КОГНИТИВ ДИЗРЕГУЛЯЦИЯ СИНДРОМИ”

Ибадуллаев Бекзод Бахрамович – Ph.D., доцент
Урганч давлат тиббиёт институти (Урганч, Ўзбекистон)

Ҳозирги кунда минтақамизда эндокринологик касалликлар сони йилдан-йилга ошиб бормоқда, ЖССТ нинг маълумотларига кўра дунё аҳолисининг 750 млн га яқини қалқонсимон без касалликларидан азият чекмоқда, глобал миқёсда эса гипотиреоз 5-10% ва тиреотоксикоз 1-2% билан касалланган беморлар ташкил қилиши аниқланган. Қалқонсимон без касалликлари тиббий-ижтимоий ва шу билан бирга тиббий-психологик муаммолардан бири хисобланадиб бу касалликлар гуруҳининг ҳар иккала турида хам неврологик ва нейропсихологик бузилишлар беморларда шаклланиб боради бг эса буморлар рухиятида жиддий ўзгаришларга сабаб бўлади

Мақсад. Қалқонсимон без касалликлари (гипотиреоз ва гипертиреоз) ривожланган беморлар нейрогуморал ва нейропсихологик бузилишлар структурасини шакллантириш

Материал ва методлар. УрДТИ клиникаси эндокринология бўлимига ўзида неврологик ва нейропсихологик шикоятлар билан мурожаат қилган гипотиреоз ва гипертиреоз ривожланган 54 нафар беморлар кузатувга олинди, бунда беморларнинг эндокрин лабаратор текширувлари, неврологик статусиб ЭЭГ va нейропсихологик текширувлардан MoCa ва BDI сўровномаси орқали теширилди, беморларда 40 баллик тизимда бахоландию

Натижалар. Олинган лабаратор текширувлар, неврологик ва нейропсихологик текширувлар натижалари тахлил қилинганда қуйидаги натижалар шаклланди, бунда гипотиреоз ривожланган беморларимизда (n=27) ўртача TSH $\geq$ 10 мЕд/л, MoCA $\leq$ 24, BDI $\geq$ 20, EEG – тета ритмлар ошган / альфа ритмлар эса пасайганлиги аниқланиб балл кўрсаткичлари хисобланганда умумий 35$\pm$1,5 баллни ташкил қилган, гипертиреоз билан касалланган (n=27) беморларда эса бу кўрсаткичлар ўртача TSH = 0.01 мЕд/л, MoCA $\leq$ 25, BDI $\leq$ 20, EEG – альфа ритмлар гиперактив тимпда, β ритмлар эса ошган типда аниқланди, бу эса ўз навбатида ўртача 31$\pm$1,3 баллик кўрсаткичларни кўрсатиб берди, юқоридаги боҳлиқликлар структураси ўзаро тахлилд қилинганда қалқонсимон без касалликлари ривожланган беморларнинг хар иккала гуруҳида нейроэндокрин когнитив дизрегуляция синдроми мавжудлигини кўрсатиб берди, унга кўра бу синдромнинг типологи кжихатдан бахолаганимизда гипотиреоз ривожланган беморларимизнинг кўп қисми НҚДС нинг микс типи борлиги (когнитив+депрессив+соматоневрологик) ва гипертиреоз ривожланган беморларимизда эса аффектив+вегетатив тип даги тури борлиги аниқланди

Хулоса. Мазкур илмий кузатувларимиз орқали шуни айтишимиз мумкинки, қалқонсимон без касалликларида маълум бир аниқликдаги текширувларни умумий струкутрага билаштириш орқали беморларимизда нейроэндокрин когнитив дизрегуляция синдроми ривожланганлиги аниқ кўрсаткичлар асосида тахлил қилинди ва мазкур синдром кузатувларимиз критерийларига мос холда ривожланганлиги беморларимизда аниланди бу эса ўз навбатида бундай беморларни даволашджа янги йўналишларни очиб беришга хизмат қилади.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Исламова Лола Раимовна
Шадманова Лола Шавкатовна
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)

В последние годы накапливается все больше доказательств того, что тревога и некоторые другие психопатологические состояния являются независимыми факторами риска развития артериальной гипертензии (АГ) и должны рассматриваться в совокупности с признанными факторами риска [7]. Эти патологии увеличивают заболеваемость и смертность от АГ и ишемической болезни сердца (ИБС) [2]. Предположения о том, что аффективные расстройства, чаще всего тревога и депрессия, занимают важное место в развитии и течении АГ, высказывались еще в начале прошлого столетия.

Ключевые слова; гипертоническая болезнь, аффективные расстроства, антидепрессанты, депрессия, тревога, психофармакотерапия

Цель исследования. заключалась в оценке эффективности и переносимости у больных с АГ комбинированного лечения гипотензивными препаратами и противотревожным антидепрессантом Рексетин. Продолжительность исследования — 4 нед.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 60 больных с АГ в возрасте 61,41±6,91 года (от 38 до 77 лет). Пациенты были разделены случайным образом на две группы (основную и контрольную) по 30 человек. В основной группе было 18 мужчин и 12 женщин, в группе сравнения — 19 мужчин и 11 женщин.АГ в основной группе с умеренным течением (II степень) наблюдалась у 60% пациентов, с тяжелым течением (III степень) — у 40%; в группе сравнения больных с умеренным течением было 66,6%, с тяжелым — 33,4%. Средняя продолжительность заболевания АГ составила 10,61 + + 4,1 года (от 3 до 20 лет).

Пациенты основной группы получали комбинированное лечение антигипертензивными препаратами в сочетании с Рексетином, который назначали по схеме: 1 таблетка в сутки утром.Лечение назначалось в течение месяца. Наблюдение в динамике проводилось в начале исследования, через 2 и 4 нед проводимой терапии.Для оценки психического статуса применяли личностную шкалу тревоги (J. Teylor), которая предназначена для измерения уровня тревожности (адаптированная Т. А. Немчиниовым).

Результаты исследования.

Исследование психического статуса больных обеих групп выявило у значительной части пациентов симптомы тревоги различной степени тяжести. Количество больных с исходным высоким уровнем тревоги составило 40% в основной группе и 43% в группе сравнения. Количество больных с исходным средним уровнем тревоги с тенденцией к высокому составило 60% в основной группе и 56,6% в группе сравнения.

К концу исследования высокий уровень тревоги снизился в основной группе на 39,39% и достиг среднего уровня тревожности с тенденцией к низкому, а в группе сравнения уровень тревоги снизился лишь на 3,6%.

У пациентов основной группы, принимавших Рексетин, четкое снижение уровня тревоги отмечалось уже через 2 нед и к концу месяца достигло достоверности в сравнении с группой больных, которым проводилась стандартная антигипертензивная терапия. Купирование аффективных нарушений сопровождалось уменьшением жалоб

на беспокойство, чувство беспомощности, неуверенности в себе, чувство угрожающей опасности, плохой сон.

В основной группе больных, дополнительно принимавших Рексетин, систолическое артериального давления (АД) снизилось на 24,28% — практически до показателей возрастной нормы, в группе сравнения отмечено снижение на 16,48%, т. е. отмечено некоторое превышение нормальных показателей. Снижение диастолического давления к концу 4-й недели в основной группе (на 17,7%) и в группе сравнения (на 5,9%) также было достоверным.

Выводы.

Результаты нашего исследования показывают, что у всех больных АГ определяются симптомы тревоги различной степени выраженности, которые утяжеляют течение болезни, способствуя более высоким подъемам уровня как систолического, так и диастолического АД. Включение антидепрессанта Рексетин в комплексную терапию пациентов с АГ повышает эффективность проводимого лечения, снижает уровень тревоги, что способствует более быстрому наступлению гипотензивного эффекта.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

Велиляева Алие Сабриевна
Курбанов Анвар Аламович
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Когнитивные расстройства занимают одно из ведущих мест среди неврологических последствий посттравматической эпилепсии (ПТЭ) и существенно влияют на социальную адаптацию и качество жизни пациентов. Целью исследования явилось оценка состояния когнитивных функций у пациентов с посттравматической эпилепсией с использованием стандартизированных психометрических инструментов MMSE и MoCA, В исследование включено 120 пациентов (72 мужчины и 48 женщин, возраст 24-49 лет; средний 35,8 ± 6,3 года) с ПТЭ продолжительностью от 1 до 8 лет. Когнитивное состояние оценивалось по шкалам MMSE (*Folstein et al., 1975; порог ≥ 27 баллов*) и MoCA (*Nasreddine et al., 2005; порог ≥ 26 баллов*). Статистическая обработка проведена в SPSS 11.0 с использованием *t*-теста Стьюдента, критерия Шапиро-Уилка и χ^2-критерия Пирсона; различия считались значимыми при $p < 0,05$. Исследование соответствовало требованиям Хельсинкской декларации (2013), все участники подписали письменное информированное согласие. Результаты исследования показали, что среднее значение MMSE составило 24,9 ± 2,1, что соответствует лёгкому когнитивному снижению; у 60 % пациентов показатели находились в диапазоне 22-26 баллов. По MoCA средний балл - 20,1 ± 2,9; у 73,3 % пациентов результаты были ниже порога 26 баллов, что указывает на мультидоменный характер нарушений. Наиболее часто фиксировались: дефицит кратковременной памяти - у 80 % (96 чел.); снижение рабочей памяти -у 75,8 % (91 чел.); нестабильность внимания - у 70 % (84 чел.); замедление мышления и речевая инертность - у 65 % (78 чел.). Сравнение с контрольной группой (здоровые добровольцы, $n = 120$) показало достоверные различия: MMSE - $t = 2,28; p = 0,028$; MoCA - $t = 2,54; p = 0,016$. Выявленные нарушения преимущественно связаны с дисфункцией лобно-височных и гиппокампальных структур, участвующих в регуляции внимания и памяти. Таким образом, применение шкал MMSE и MoCA обеспечивает раннюю диагностику когнитивных дефицитов и должно использоваться как обязательный компонент комплексного обследования и реабилитации данной категории больных.

Нгадимон И.В. et al. Взаимодействие между посттравматической эпилепсией и сопутствующим когнитивным снижением: систематический обзор. Front Neurol. 24 февраля 2022 г.; 13:827571. doi: 10.3389/fneur.2022.827571. PMID: 35280285; PMCID: PMC8908100. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовой заинтересованности.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Велиляева Алие Сабриевна
Курбанов Анвар Аламович
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Посттравматическая эпилепсия (ПТЭ) часто сопровождается нарушениями когнитивных функций, влияющими на качество жизни и социальную адаптацию больных. Целью исследования явилось определить частоту и структуру когнитивных нарушений у пациентов с посттравматической эпилепсией с использованием стандартизированных шкал MMSE и MoCA, а также установить взаимосвязь между степенью дефицита и клиническими характеристиками заболевания. В исследование включено 120 пациентов (72 мужчины -60 %; 48 женщин -40 %) в возрасте от 24 до 49 лет (M = 35,8 ± 6,3 года) с ПТЭ продолжительностью 1-8 лет и компенсированным течением заболевания. Когнитивное состояние оценивалось по шкалам Mini-Mental State Examination (MMSE) [Folstein et al., 1975] и Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [Nasreddine et al., 2005]; диагностические пороги - ≥ 27 и ≥ 26 баллов соответственно. Статистическая обработка проводилась в SPSS 11.0; уровень значимости $p < 0,05$. Исследование выполнялось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (2013), все пациенты подписали письменное информированное согласие. Результаты исследования показали, что средний показатель MMSE составил 24,9 ± 2,1, что соответствует лёгкому когнитивному снижению. У 60 % обследованных (n = 72) значения находились в диапазоне 22–26 баллов, что отражало снижение кратковременной памяти и внимания. По шкале MoCA среднее значение составило 20,1 ± 2,9; 73,3 % (n = 88) пациентов не достигли диагностического порога. Наиболее часто фиксировались следующие когнитивные дефициты: снижение кратковременной памяти - у 80 % (n = 96); сужение объёма рабочей памяти - у 75,8 % (n = 91); нестабильность внимания - у 70 % (n = 84); замедление мыслительных операций и речевая инертность - у 65 % (n = 78). Таким образом, наиболее уязвимыми оказались процессы кратковременной и рабочей памяти, концентрация внимания и скорость мыслительных операций. Регулярная нейропсихологическая оценка по MMSE и MoCA должна рассматриваться как неотъемлемый компонент ведения пациентов с ПТЭ для своевременного назначения когнитивных тренингов, психотерапии и реабилитационных программ, направленных на повышение приверженности терапии и улучшение качества жизни. Нгадимон И.В. et al. Взаимодействие между посттравматической эпилепсией и сопутствующим когнитивным снижением: систематический обзор. Front Neurol. 24 февраля 2022 г.; 13:827571. doi: 10.3389/fneur.2022.827571. PMID: 35280285; PMCID: PMC8908100. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовой заинтересованности.

VITILIGOLI BEMORLARDA HAYOT SIFATI VA IJTIMOIY MOSLASHUVNING KLINIK-PSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI

Rajapov Maxmud Sharipovich
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Dolzarbligi. Vitiligo surunkali autoimmun kasallik bo‘lib, terida depigmentatsiyalangan oq dog‘lar paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. Kasallik ko‘pincha yuz, qo‘l va boshqa ochiq tana qismlarida joylashadi, bu esa bemorlarning psixologik holati va ijtimoiy hayotiga sezilarli ta’sir ko‘rsatadi. Zamonaviy ilmiy ma’lumotlar vitiligoni faqat kosmetik muammo sifatida baholash noto‘g‘ri ekanligini ko‘rsatmoqda.

Maqsad. Vitiligoli bemorlarda hayot sifati va ijtimoiy moslashuv darajasini klinik va psixologik ko‘rsatkichlar asosida baholash.

Material va usullar. Tadqiqotga 60 nafar vitiligoli bemor (18–60 yosh) jalb qilindi. Hayot sifati Dermatology Life Quality Index (DLQI) va Vitiligo-Specific Quality of Life (VitiQoL) yordamida baholandi. Ruhiy holatni aniqlash uchun Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) va Rosenberg o‘z-o‘zini baholash shkalasi (RSE) qo‘llanildi. Stigmatizatsiya darajasi Feelings of Stigmatization Questionnaire (FSQ) orqali o‘rganildi. Kasallik og‘irligi Vitiligo Area Scoring Index (VASI) asosida aniqlangan.

Natijalar. DLQI o‘rtacha ko‘rsatkichi 12,9±6,8 ni tashkil etdi, bu hayot sifatiga katta ta’sir mavjudligini ko‘rsatadi. VitiQoL o‘rtacha 28,7±16,2 bo‘ldi. Yuz va ochiq tana qismlarining zararlanishi hamda tana yuzasining ≥5 % zararlanishi yuqori DLQI va HADS ko‘rsatkichlari bilan ishonchli bog‘liq bo‘ldi ($p<0,05$). 35 % bemorda yuqori tashvish, 22 % bemorda depressiv simptomatika aniqlangan. Yosh va nikohda bo‘lmagan bemorlarda hayot sifati pasayishi va o‘z-o‘zini baholashning pastligi ko‘proq uchradi. Latent sinf tahlilida bemorlarning 12 % ida og‘ir psixososial ta’sir guruhi aniqlanib, ularda ijtimoiy chekinish va ish faoliyati pasayishi kuzatildi.

Xulosa. Vitiligo bemorlarning hayot sifati va ijtimoiy moslashuviga sezilarli salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Klinik ko‘rik bilan bir qatorda psixologik skrining o‘tkazish, yuqori xavf guruhidagi bemorlarga multidisiplinar yondashuv asosida psixologik yordam ko‘rsatish maqsadga muvofiq.

VITILIGODA STIGMATIZATSIYA, TASHVISH VA DEPRESSIYANING IJTIMOIY MOSLASHUVGA TA'SIRI

Rajapov Maxmud Sharipovich
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbligi. Vitiligo bilan og'rigan bemorlarda teri o'zgarishlarining ko'rinadigan joylarda namoyon bo'lishi jamiyatdagi noto'g'ri qarashlar va stigmatizatsiyani kuchaytiradi. Bu holat bemorlarning ruhiy salomatligi va ijtimoiy faolligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Maqsad. Vitiligoli bemorlarda stigmatizatsiya darajasi, tashvish va depressiya ko'rsatkichlarining hayot sifati hamda ijtimoiy moslashuv bilan o'zaro bog'liqligini aniqlash.

Material va usullar. 60 nafar bemor FSQ, DLQI, VitiQoL va HADS shkalalari yordamida baholandi. Ijtimoiy moslashuv darajasi strukturalangan savolnoma orqali o'rganildi.

Natijalar. FSQ bo'yicha stigma o'rtacha 142,3±26,1 ni tashkil etdi. Stigma darajasi bilan DLQI o'rtasida kuchli teskari korrelyatsiya aniqlandi ($r=-0,58$; $p<0,001$). Bemorlarning 79 % i jamiyatning salbiy munosabatidan qo'rqishini bildirgan. 54 % bemor ijtimoiy tadbirlardan chekinishini, 48 % esa do'stlar bilan uchrashuvdan qochishini qayd etgan. Ijtimoiy moslashuvi past guruhda HADS tashvish va depressiya ballari ishonchli darajada yuqori bo'ldi ($p<0,01$). Yuz zararlanishi bo'lgan bemorlarda psixososial yuklama yanada kuchli namoyon bo'ldi.

Xulosa. Vitiligoda stigmatizatsiya hayot sifati pasayishining yetakchi omillaridan biri hisoblanadi va ruhiy buzilishlar rivojlanishiga zamin yaratadi. Psixoedukativ dasturlar, stigma bilan kurashish strategiyalari va psixologik reabilitatsiya choralarini joriy etish bemorlarning ijtimoiy moslashuvini yaxshilashga xizmat qiladi.

ПСИХОНЕЙРОМИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПАТОГЕНЕЗА СМЕШАННОГО ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА (F41.2): ДИЗАЙН, АНАЛИЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Содикова Диёра Зафаровна – студентка
Гопурова Гулчехра Фарухтдиновна – Ph.D., доцент, научные руководители
Холдарбекова Гулжахон Зафаровна – Ph.D., докторант
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) характеризуется сочетанием симптомов тревожности и депрессии, что затрудняет диагностику и терапию. Современные данные свидетельствуют о важной роли микробиоты кишечника в регуляции эмоционального состояния и развитии психических расстройств.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении психо-нейро-микробиологических механизмов F41.2 и выявлении связи между составом микробиоты и тяжестью клинической картины.

Дизайн исследования включал три основных этапа. На первом этапе проводился скрининг и психометрическое обследование участников с использованием шкал PHQ-9 и HADS. Основная группа включала 60 пациентов: мужчины — 18 (30%), средний возраст 27,2 ± 4,9 года, женщины — 42 (70%), средний возраст 28,6 ± 5,3 года. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту, средний возраст 27,9 ± 4,8 года. На втором этапе осуществлялась диагностика микробиоты: сбор биологического материала и посев на селективные среды для идентификации микроорганизмов. Основное внимание уделялось выявлению дисбиоза и различий в составе микробиоты между пациентами и контролем. Полученные данные подвергались статистической обработке, включающей сравнительный анализ групп. На третьем этапе проводилась корреляционная обработка **данных** для выявления зависимостей между составом микробиоты и тяжестью тревожно-депрессивных симптомов. Результаты показали, что у пациентов с F41.2 наблюдалось статистически значимое снижение разнообразия кишечной микробиоты, особенно представителей родов Lactobacillus и Bifidobacterium, в сравнении с контролем ($p < 0,05$). При этом более выраженные изменения коррелировали с высокой оценкой по PHQ-9 и HADS, указывая на связь дисбиоза с тяжестью клинических проявлений. Таблица 1.

Таблица 1.

Результаты анализа микробиотов

Род бактерий	Основная группа	Контрольная группа	Примечания
Lactobacillus	↓ на 35%	норм	$p < 0,05$
Bifidobacterium	↓ на 28%	норм	$p < 0,05$
Enterobacter	↑ на 22%	норм	$p < 0,05$
Clostridium	↑ на 18%	норм	$p < 0,05$

Сравнительный анализ показал значительное снижение разнообразия кишечной микробиоты у пациентов с F41.2 по сравнению с контролем. Дисбиоз характеризовался уменьшением полезных бактерий (Lactobacillus, Bifidobacterium) и увеличением представителей потенциально патогенных родов (Enterobacter, Clostridium).

Корреляционный анализ выявил устойчивую зависимость между тяжестью тревожно-депрессивных симптомов и изменениями микробиоты. Участники с более низким уровнем Lactobacillus и Bifidobacterium демонстрировали более высокие баллы по PHQ-9 и HADS ($r = -0,56$; $p < 0,01$). Половые различия проявлялись в более выраженных изменениях у женщин, что согласуется с более высокой интенсивностью депрессивных и тревожных симптомов.

Выявлены также половые различия: у женщин изменения микробиоты были более выраженными, что согласуется с более высокой тяжестью депрессивных и тревожных симптомов в этой группе. Эти данные подтверждают гипотезу о влиянии микробиоты на психоэмоциональное состояние и подчеркивают необходимость учета индивидуальных особенностей пациентов при разработке терапевтических стратегий.

Таким образом, интеграция клинических, психометрических и микробиологических данных позволяет получить целостное представление о механизмах смешанного тревожно-депрессивного расстройства и формировать новые стратегии ранней диагностики и терапии.

Выводы:

1. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство сопровождается выраженными изменениями кишечной микробиоты, подтверждающими психонейромикробиологическую модель патогенеза.
2. Дисбиоз кишечника коррелирует с тяжестью симптомов и может рассматриваться как потенциальный биомаркер F41.2.
3. Полученные данные открывают перспективы для персонализированного подхода к терапии, включая использование пробиотиков и коррекцию микробиоты в сочетании с психотерапией и фармакотерапией.
4. Результаты подчеркивают необходимость комплексного подхода, объединяющего психометрическую оценку и микробиологический анализ, для ранней диагностики и прогнозирования течения расстройства.

UDC: 616.89:616-056.52:316.3- 084

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Талипова Нозима Шоолимовна
Магзумова Шахноза Шахзадаевна
Ташкентский Государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Алиментарное ожирение в настоящее время рассматривается как многофакторное биопсихосоциальное состояние, при котором психосоциальные стрессоры играют существенную роль в формировании психической дезадаптации. Накопленные данные свидетельствуют о высокой распространённости пограничных психических расстройств среди женщин с ожирением, однако вклад семейных и социально-психологических факторов в развитие психопатологической симптоматики изучен недостаточно.

Цель исследования — выявить психосоциальные предикторы развития психических расстройств у женщин с алиментарным ожирением.

Материалы и методы. Проведено сравнительное поперечное исследование с участием 208 женщин в возрасте 20–49 лет. Основную группу составили пациентки с алиментарным ожирением (n=108), контрольную группу — женщины с нормальной массой тела (n=100).

Программа исследования включала: клинико-психопатологическое обследование, социально-анамнестическое интервью, оценку выраженности психопатологической симптоматики с использованием SCL-90-R и анализ типов пищевого поведения по опроснику DEBQ.

Статистическая обработка данных проводилась с применением χ^2-критерия, корреляционного анализа Спирмена и многофакторной логистической регрессии с расчётом отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов.

Результаты. У женщин с алиментарным ожирением психические расстройства выявлялись достоверно чаще по сравнению с контрольной группой, что сопровождалось более выраженной психосоциальной дезадаптацией.

Анализ психосоциальных характеристик показал значимо более высокую распространённость неблагоприятных семейно-воспитательных факторов, включая дисгармоничное воспитание, хронические семейные конфликты и неблагоприятный эмоциональный климат семьи.

Многофакторный логистический регрессионный анализ позволил выделить независимые предикторы психических нарушений: дисгармоничное воспитание (OR=2,38; p=0,001), частые семейные конфликты (OR=2,11; p=0,005), недоброжелательное отношение супруга (OR=1,89; p=0,026), алкоголизация семьи (OR=1,74; p=0,047).

Психопатологическая симптоматика достоверно ассоциировалась с преобладанием эмоциогенного типа пищевого поведения, что указывает на участие стресс-индуцированных механизмов регуляции приёма пищи.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о ключевой роли психосоциальных факторов в формировании психических расстройств у женщин с алиментарным ожирением. Семейные стрессоры и неблагоприятные условия воспитания выступают значимыми факторами риска психической дезадаптации и опосредованно способствуют развитию дисфункционального пищевого поведения.

Интеграция психосоциальной диагностики и психотерапевтических вмешательств в программы лечения ожирения может повысить эффективность комплексной терапии и профилактики хронического течения заболевания.

DEPRESSIYA BILAN OG'RIGAN KEKSA YOSHDAGI BEMORLARNING TERAPEVTIK DINAMIKASINI PROGNOZ QILISH

Rajapov M.Sh., Shadmanova L.Sh.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Kalit so'zlar: depressiya, gamilton, qarilik, neyroprotektorlar, antidepressantlar, qon tomir patologiyasi

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)

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.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Зокиров Ф.Ф., Шадманова Л.Ш.
Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

В настоящее время депрессией страдает около 4-6% населения в мире, то есть приблизительно 120-122 миллионов человек [49]. Депрессия является самым распространенным заболеванием неорганической природы в пожилом возрасте [222], и возникает она в любом возрастном периоде старения, однако наибольшая подверженность депрессиям отмечается в возрасте 60-75 лет [47]. Депрессии позднего возраста - это, прежде всего, тревожные депрессии [47].

Ключевые слова: депрессия, сердечно-сосудистые заболевания, пожилые больные,психокоррекция,антидепрессанты

Цель исследования; является улучшение результатов лечения больных артериальной гипертонией пожилого возраста с наличием тревожно-депрессивной симптоматики

Материалы и методы.

Было исследовано 70 больных в кардологическом отделении клиники ТМА.Расстройства аффективного спектра исследовалось по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), по шкале Бека (BDI),

Результаты исследования.

У пожилых пациентов с АГ в 63% случаев встречаются ТДР. Структура аффективных нарушений складывается из смешанных тревожно-депрессивных расстройств (75%), депрессии (19%) и тревоги как самостоятельного аффективного расстройства (6%). Выраженность тревоги в исследуемой выборке составила 9,8±3,3 балла по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), выраженность депрессии - 9,6±1,7 балла. По шкале Бека (BDI) выраженность депрессии - 19,6±1,7 балла. У пожилых пациентов с АГ и ТДР достоверно чаще наблюдаются нарушения сна, астения и выше уровень стресса, чем у аналогичной группы пациентов без ТДР.

Выводы.

Наличие аффективных растройств у пожилых больных артериальной гипертензией существенно ухудшает их качество жизни и когнитивно-мнестические функции. Выявлена взаимосвязь оценки уровня качеством жизни и уровня депрессии у больных артериальной гипертензией старше 60 лет. Снижение когнитивно-мнестических функций у данной категории пациентов определяется большим возрастом, уровнем тревоги и САД ночь.

На фоне комплексной терапии гипотензивными препаратами и антидепрессантами качество жизни улучшается. Достоверные положительные изменения происходят по комплексу шкал, отвечающих за психический компонент здоровья, а также достоверно улучшаются когнитивно-мнестические функции (за счет шкал внимания и счета и отсроченного воспроизведения).

KEKSA YOSHDAGI BEMORLARDA QON TOMIR KASALLIKLARIDAN KELIB CHIQADIGAN DEPRESSIYANING KO'RSATKICHLARNI O'RGANISH

Shukrillayeva Kamola Furqat qizi, Shadmanova L.Sh.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Kalit so'zlar: miya qon tomir kasalliklari bilan og'rigan keksa bemorlarning ruhiy tushkunlik psixo-organik kasalliklari.

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).).

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.

УДК: 616.89-008.431

ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ОСНОВАНИИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГЛУТАМАТНОГО МЕТАБОЛИЗМА В ТРОМБОЦИТАХ

Сизов С.В., Прохорова Т.А., Савушкина О.К., Олейчик И.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Актуальность изучения. Современные концепции патогенеза эндогенных психических расстройств (в т.ч. шизофрении и шизотипических расстройств) акцентируют внимание на комплексном взаимодействии нейрохимических, иммуновоспалительных и метаболических механизмов. Нарушения работы нейромедиаторных систем, воспаление, митохондриальная дисфункция и окислительный стресс в значительной мере обуславливают развитие патологического процесса при психических заболеваниях. Известно, что у пациентов с психическими заболеваниями биохимические изменения наблюдаются в рамках всего организма. Так, признаки воспаления, митохондриальной дисфункции и окислительного стресса фиксируются как в ткани мозга, так и в крови больных. Глутамат участвует во многих обменных процессах и является основным возбуждающим нейромедиатором в ЦНС. Нарушения глутаматергической нейропередачи связаны с развитием психических патологических процессов. Известно, что глутамат является регуляторной молекулой для тромбоцитов. Тромбоциты содержат глутамат в плотных гранулах и имеют глутаматные рецепторы. При шизофрении обнаружена повышенная чувствительность тромбоцитарных глутаматных рецепторов к глутамату, а также зарегистрированы изменения активности тромбоцитарной глутаматдегидрогеназы (ГДГ).

Прогнозирование эффективности антипсихотической терапии остаётся актуальной проблемой клинической психиатрии. Существующие методы оценки имеют субъективный характер и не всегда позволяют предсказать ответ на лечение на ранних этапах. Фармакотерапия эндогенных психозов подразумевает, в первую очередь, применение антипсихотиков, действие которых направлено на купирование психоза и обусловлено взаимодействием препаратов с рецепторами нейромедиаторов. На сегодняшний день имеется лишь крайне ограниченное число исследований, направленных на поиск биомаркеров для предикции эффективности фармакотерапии антипсихотиками. Наши многолетние исследования, нацеленные именно на поиск данных биомаркеров, проводились, в основном, на когортах больных, леченных одним и тем же нейролептиком (или их сочетанием) [1-6]. При этом, обнаруженные биохимические показатели, связанные с эффективностью терапии, в той или иной степени отражали и патогенетические аспекты психозов.

Таким образом, актуальность исследования определяется недостаточной изученностью биохимических параметров энергетического и глутаматного метаболизма, а также антиоксидантной защиты у больных с эндогенными психическими расстройствами. Уточнение данных аспектов может способствовать уточнению прогноза и исхода подобных заболеваний, а также позволит разработать адекватную персонифицированную терапевтическую тактику у этой категории больных.

Материалы и методы: в исследование была включены 81 пациентка в возрасте от 16 до 56 лет (средний возраст 27,3±11,2 лет), проходившие лечения по поводу депрессивно-бредовых состояний, развившихся в рамках приступообразно-

прогредиентной шизофрении (50 человек, 59,5%) и шизотипического расстройства (31 чел., 36,9%). Психическое состояние больных оценивалось до и после курса лечения с помощью шкалы Гамильтона (HDRS-21) и психометрической шкалы позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS). Биохимические исследования, которые проводили до начала терапии на тромбоцитах и эритроцитах, выделенных из периферической венозной крови больных, включали в себя оценку активности ферментов энергетического и глутаматного метаболизма и антиоксидантной защиты. Были исследованы больные только женского пола для исключения влияния гендерного фактора. Статистический анализ проводили с помощью программы STATISTICA, версия 10 (Statsoft Inc., США), с использованием непараметрических методов анализа. Корреляционный анализ проводили с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (Spearman r). Статистически значимые различия отмечали при $p<0,05$. Работа проводилась в рамках научных исследований отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ (зав. отделом - д.м.н. И.В. Олейчик).

Результаты.

Методом кластерного анализа выделены две подгруппы больных, различавшихся по эффективности проведенной психофармакотерапии, показателям психометрических шкал и активности глутаматдегидрогеназы (фермента глутаматного метаболизма) в тромбоцитах. Так, в подгруппе с более высокой эффективностью психофармакотерапии (выше 20%) отмечался более низкий уровень активности ГДГ (5,04±1,08 Ед/мг), а в подгруппе с низкой эффективностью терапии, напротив, уровень активности ГДГ возрастал (активность ГДГ 6,16 ± 1,05 Ед/мг).

Заключение.

Подтверждена прогностическая ценность биохимических параметров, в т.ч. активности тромбоцитарной ГДГ, для оценки эффективности антипсихотической терапии у пациентов с эндогенными психическими расстройствами. Так, снижение активности ГДГ в тромбоцитах до начала лечения ассоциируется с более высоким ответом на психофармакотерапию. Тромбоциты могут служить доступной периферической моделью для изучения глутаматергических механизмов при эндогенных психозах. Полученные новые данные открывают перспективы для разработки персонализированных подходов к терапии: прогнозирование эффективности антипсихотиков на ранних этапах, оптимизация выбора препаратов и дозировок, сокращение времени подбора терапии и снижение риска побочных эффектов. Дальнейшие исследования в этой области позволят: расширить панель биомаркеров (включая другие ферменты глутаматного и энергетического метаболизма), валидировать прогностические модели на независимых выборках, а также внедрить биохимические тесты в клиническую практику.

Внедрение биохимических маркеров в алгоритм диагностики и лечения эндогенных психических расстройств повысит точность прогноза, улучшит исходы терапии и будет способствовать развитию персонализированной психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burbaeva G.Sh., Boksha I.S., Tereshkina E.B., Savushkina O.K., Turishcheva M.S., Starodubtseva L.I., Brusov O.S., Morozova M.A. Effect of olanzapine treatment on platelet glutamine synthetase-like protein and glutamate dehydrogenase immunoreactivity in schizophrenia. World J. Biol. Psychiat. 2006. № 7 (2). P. 75-81.

2. Burbaeva G.Sh., Boksha I.S., Turishcheva M.S., Savushkina O.K., Beniashvili A.G., Rupchev G.E., Morozova M.A. Platelet cytochrome c-oxidase activity in patients with acute schizophrenia in the course of their treatment with risperidone. 2011. Health. V. 3 № 1. P. 13-19.

3. Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Турищева М.С., Омельченко М.А. и др. Белок, подобный глутаминсинтетазе, глутаматдегидрогеназа и цитохром с-оксидаза в тромбоцитах больных при первом психотическом приступе в связи с лечением. Ж. неврол. психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111. № 9. С. 61-66.

4. Васильева Е.Ф., Савушкина О.К., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Бокша И.С., Сизов С.В., Олейчик И.В. Провоспалительная активность моноцитов и активность глутатион-зависимых ферментов в эритроцитах крови у женщин с депрессивными состояниями. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024;124(6):120-125. DOI: 10.17116/jnevro2024124061120

5. Прохорова Т.А., Бокша И.С., Савушкина О.К., Терешкина Е.Б., Воробьева Е.А., Помыткин А.Н., Каледа В.Г., Бурбаева Г.Ш. Активность тромбоцитарной глутаматдегидрогеназы у больных с эндогенными психозами. Ж. неврол. психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 3. С. 44-48.

6. Prokhorova TA, Boksha IS, Savushkina OK, Tereshkina EB, Vorobyeva EA, Pomytkin AN, Kaleda VG, Burbaeva GS. Aktivnost' trombotsitarnoi glutamatdegidrogenazy u bol'nykh s endogennymi psikhozami [Glutamate dehydrogenase activity in platelets of patients with endogenous psychosis]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2016;116(3):44-48. Russian. doi: 10.17116/jnevro20161163144-48.

UDC: 616.89:616-056.52:316.3- 084

СВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Талипова Нозима Шоолимовна
Магзумова Шахноза Шахзадаевна
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (E66), рассматривается как мультифакторное заболевание, в патогенезе которого существенную роль играют психопатологические и поведенческие механизмы. Современные исследования демонстрируют высокую распространённость тревожно-депрессивных и соматоформных нарушений у пациентов с ожирением, однако структура психопатологической симптоматики и её связь с типами пищевого поведения остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: определить клинико-психопатологические особенности и их взаимосвязь с типами пищевого поведения у женщин с алиментарным ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 208 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили пациентки с алиментарным ожирением (n=108), контрольную — женщины с нормальной массой тела (n=100).

Исследование включало:

- клинико-психопатологическое обследование;
- психодиагностическое тестирование с использованием SCL-90-R;
- оценку типов пищевого поведения по опроснику DEBQ.

Статистическая обработка выполнялась с применением χ^2-критерия, критерия Манна–Уитни, корреляционного анализа Спирмена и логистической регрессии ($p<0,05$).

Результаты. У женщин с алиментарным ожирением выявлена достоверно более высокая выраженность психопатологической симптоматики практически по всем шкалам SCL-90-R ($p<0,001$). Наиболее выраженными оказались показатели: депрессии, тревожности, соматизации, обсессивно-компульсивных проявлений, межличностной чувствительности.

Профиль психических нарушений носил полиморфный характер и соответствовал структуре пограничных психических расстройств.

Анализ пищевого поведения показал преобладание: эмоциогенного и экстернального типов питания.

Выявлены статистически значимые корреляции между шкалами SCL-90-R и показателями DEBQ ($r=0,31–0,52$; $p<0,05$), что свидетельствует о связи выраженности психического дистресса с нарушениями регуляции пищевого поведения.

Многофакторный анализ показал, что психосоциальные стрессоры и дисгармоничные семейные факторы увеличивают риск формирования психических расстройств более чем в 2 раза.

Выводы.

1. Алиментарное ожирение сопровождается выраженной полиморфной психопатологической симптоматикой.
2. Ведущими психическими нарушениями являются тревожно-депрессивные и соматоформные расстройства.
3. Эмоциогенное пищевое поведение выступает ключевым психологическим механизмом поддержания ожирения.
4. Полученные данные подтверждают необходимость интеграции психиатрической оценки в программы лечения ожирения.

ТАРГЕТИРОВАННАЯ НЕЙРОФИДБЕК-ТЕРАПИЯ В ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Велиляева Алие Сабриевна
Тураев Толиб Махмуджанович
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Полушарная локализация эпилептогенного очага влияет на характер аффективных нарушений: правополушарные очаги чаще сопровождаются выраженной тревожностью и деперсонализацией, тогда как левополушарные - апатией и ангедонией.

Целью исследования явилось оценка эффективности таргетированной нейрофидбек-терапии в снижении депрессивных и тревожных симптомов у пациентов с фокальной эпилепсией. Обследовано 120 праворуких пациентов (53 женщины, 67 мужчин, возраст 18–40 лет, средний 28,0 ± 4,9 года) с фокальной эпилепсией без структурных изменений по данным МРТ. Из них выделено 68 пациентов с умеренной и тяжёлой депрессией (BDI-II ≥ 20), рандомизированных на две группы: 1) Группа А (n = 37): NFB + когнитивно-поведенческая психотерапия + Велаксин (75–150 мг/сут); 2) Группа В (n = 31): только Велаксин. Протокол NFB: 20 сеансов по 30 мин, 3 раза в неделю, ЭЭГ-комплекс «Нейрон-Спектр-4/ВПМ» (Нейрософт, Россия); схема 10-20; активные точки F3/F4-Cz-A1/A2. Целевые диапазоны: α (8–12 Гц), β (15–18 Гц), подавление θ (4-7 Гц). Оценка депрессии проводилась по шкалам BDI-II и HADS-D до и после 12 недель терапии. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (2013), все участники подписали письменное информированное согласие. Статистическая обработка данных проведена в SPSS 13.0 с использованием t-теста; различия считались значимыми при $p < 0,05$; результаты представлены как M ± SD. По результатам исследования: до лечения пациенты с правополушарной эпилепсией имели достоверно более высокие показатели депрессии: BDI-II - 24,1 ± 6,8 против 19,5 ± 5,9 ($p = 0,002$); HADS-D- 11,3 ± 3,4 против 8,7 ± 2,9 ($p < 0,001$). После курса реабилитации: Группа А: BDI-II снизился с 23,8 ± 6,1 до 15,6 ± 5,4 ($\Delta = –8,2$; $p < 0,001$); HADS-D - с 11,0 ± 3,2 до 6,5 ± 2,6 ($\Delta = -4,5$; $p < 0,001$). Группа В: BDI-II - с 22,7 ± 5,8 до 18,6 ± 5,7 ($\Delta = -4,1$; $p = 0,005$); HADS-D - с 10,8 ± 3,1 до 8,5 ± 2,9 ($\Delta = -2,3$; $p = 0,012$). Межгрупповые различия оказались статистически значимыми: ΔBDI-II = 4,1 ($p = 0,008$); ΔHADS-D = 2,2 ($p = 0,005$) Таким образом, добавление таргетированной нейрофидбек-терапии к стандартной фармакотерапии обеспечило более чем двукратное снижение выраженности депрессивных и тревожных симптомов по сравнению с монотерапией Велаксином.

Telford E. et al. Right-hemispheric networks in affect regulation. Brain Struct Funct. 2022;.227: 3245–3259.265–278. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовой заинтересованности.

МЕЖПОЛУШАРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ СИМПТОМОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОФИДБЕК-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Велиляева Алие Сабриевна
Тураев Толиб Махмуджанович
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Латерализация эпилептического очага оказывает значимое влияние на выраженность и структуру эмоциональных нарушений. Правополушарная эпилепсия чаще сопровождается тревожностью, деперсонализацией и выраженной депрессией, что связано с дисфункцией правых лобно-височных сетей, участвующих в регуляции негативного аффекта и эмоционального контроля. Целью данного исследования явилось сравнение выраженности депрессивных и тревожных симптомов у пациентов с левополушарной (ЛПЭ) и правополушарной (ППЭ) эпилепсией, а также оценить эффективность таргетированной нейрофидбек-терапии (NFB) в их коррекции.В исследование включено 120 пациентов с фокальной эпилепсией (58 - ЛПЭ, 62- ППЭ), в возрасте от 18 до 40 лет (M ± SD = 28,7 ± 5,3 года). Оценка депрессии проводилась по шкалам BDI-II и HADS-D до и после курса терапии. Протокол NFB включал 20 сеансов по 30 минут (3 раза в неделю) на ЭЭГ-комплексе *«Нейрон-Спектр-4/ВПМ»* (Нейрософт, Россия). Активные зоны - F3/F4-Cz-A1/A2, целевые диапазоны: α (8-12 Гц), β (15-18 Гц), с подавлением θ-активности (4-7 Гц). Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (2013), все участники подписали письменное информированное согласие. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе SPSS 13.0 с применением t-теста Стьюдента; различия считались значимыми при $p < 0,05$. По результатам исследования: до начала терапии у пациентов с правополушарной эпилепсией отмечены достоверно более высокие уровни депрессии и тревожности: BDI-II: 24,1 ± 6,8 против 19,5 ± 5,9 ($p = 0,002$); HADS-D: 11,3 ± 3,4 против 8,7 ± 2,9 ($p < 0,001$). После курса нейрофидбек-терапии в сочетании с психотерапией показатели улучшились: ΔBDI-II = -8,2 (p < 0,001); ΔHADS-D = -4,5 (p < 0,001) - что более чем вдвое превышает эффект монотерапии антидепрессантом (ΔBDI-II = -4,1; ΔHADS-D = -2,3). Таким образом, у больных с правополушарной локализацией очага депрессивные и тревожные проявления выражены достоверно выраженее ($p \leq 0,002$), что требует персонифицированного подхода. Оптимизация лечения таргетированной нейрофидбек-терапией значительному снижению выраженности депрессивных симптомов улучшая качество жизни пациентов с фокальной эпилепсией. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовой заинтересованности.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЙ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Усманова Шахноза Фарухтдиновна – к.м.н., доцент
Академия внутренних дел при МВД Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)
Абдулкасимова Саодат Тухтамурадовна – преподаватель
Университет Альфраганус (Ташкент, Узбекистан)
Гопурова Гулчехра Фарухтдиновна – Ph.D., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Проблема диагностики алкогольного, наркотического и медикаментозного опьянения занимает важное место в судебно-психиатрической практике, поскольку состояние интоксикации может существенно влиять на поведение лица, его способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, а также руководить ими. Дифференциальная оценка форм опьянения требует комплексного клинико-психопатологического и токсикологического подхода.

Алкогольное опьянение характеризуется стадийностью клинических проявлений. На начальном этапе наблюдаются эйфория, снижение самокритики, расторможенность, повышение речевой и двигательной активности. По мере увеличения концентрации этанола развиваются нарушения координации, дизартрия, замедление мышления, аффективная неустойчивость, импульсивность. В тяжелых случаях возможны оглушенность, сопор и кома. Особое значение в судебной практике имеет патологическое опьянение — кратковременное психотическое состояние с внезапным началом, выраженным помрачением сознания, аффектом страха или ярости и последующей амнезией.

Наркотическое опьянение отличается вариабельностью симптоматики в зависимости от группы психоактивных веществ. При употреблении опиоидов преобладают эйфория, заторможенность, сужение зрачков, снижение болевой чувствительности, замедление психических процессов. Стимуляторы (кокаин, амфетамины) вызывают психомоторное возбуждение, ощущение прилива сил, идеи величия, подозрительность, возможны острые психотические реакции с бредом и галлюцинациями. Каннабиноиды сопровождаются изменением восприятия времени и пространства, деперсонализацией, тревожностью или, напротив, беспечностью. При интоксикации галлюциногенами доминируют иллюзии, истинные и псевдогаллюцинации, нарушение схемы тела и сознания.

Медикаментозное опьянение чаще связано с передозировкой или неправильным применением психотропных препаратов (бензодиазепины, барбитураты, антидепрессанты, нейролептики). Клиническая картина включает сонливость, заторможенность, нарушение концентрации внимания, эмоциональную лабильность, когнитивный дефицит. В отдельных случаях возможны парадоксальные реакции — возбуждение, агрессия, спутанность сознания.

Судебно-психиатрическая оценка состояния опьянения основывается на анализе клинической симптоматики, данных анамнеза, лабораторных исследований и поведения лица в момент правонарушения. Важно разграничивать физиологическое опьянение, при котором сохраняется способность осознавать и контролировать действия, и состояния с психотическими нарушениями, потенциально влияющими на вменяемость. Комплексный подход позволяет объективно оценить степень психопатологических расстройств и их юридическое значение.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО БРЕМЕНИ НА ДИНАМИКУ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Хамидуллаев Хайрулла Шухратович
Республиканская клиническая психиатрическая больница (Ташкент, Узбекистан)
Бабаев Жумабек Сагдуллаевич
Ташкентский Государственный Медицинский Университет (Ташкент, Узбекистан)
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)
Тилавов Самариддин Уралович
Республиканская клиническая психиатрическая больница (Ташкент, Узбекистан)
Alfraganus University (Ташкент, Узбекистан)

Несмотря на очевидную значимость, проблема оценки и динамики социального функционирования детей и подростков с психическими расстройствами остается недостаточно изученной как в плане методологических подходов, так и преимуществ практического использования данного интегрального показателя уровня психического здоровья ребенка. В данном контексте семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника поддержки ребенка в достижении успешного социального приспособления и преодоления последствий имеющегося психического расстройства. В связи с этим очевидна определяющая роль семьи при проведении психореабилитационных мероприятий, направленных на устранение социальной дезадаптации, восстановление потенциала самого пациента и обеспечение необходимых условий для оптимального психического функционирования и нормального развития детей и подростков, страдающих психическими расстройствами. Дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к наиболее тяжелой инвалидизирующей категории больных со значительными негативными социальными последствиями, с чем связаны выраженные социальные потери и бремя семьи. Это влечет за собой необходимость разработки мероприятий по психосоциальной поддержке семьи и нацеленных психосоциальных вмешательств для родителей, направленных на повышение уровня социального функционирования детей через снижение семейного бремени, формирование адекватных представлений о болезни и формирование соответствующих навыков совладания со стрессом и взаимодействия с больным ребенком.

Целью работы явилась сравнительная оценка влияния групповой психосоциальной терапии с родителями на динамику социального функционирования и качества жизни детей и подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. В работу были включены 119 детей и подростков (мальчики – 82, девочки – 37) в возрасте от 8 до 17 лет с расстройствами шизофренического спектра, которые путем рандомизациии были разделены на 2 группы: основную (73 человека) и группу сравнения (46 человек). Группы были сопоставимы по основным возрастным и клинико-социальным характеристикам. Все дети получали стандартную медикаментозную терапию. В основной группе с родителями детей с расстройствами шизофренического спектра проводилась групповая мультисемейная психосоциальная терапия (68 человек); вгруппе сравнения психосоциальная терапия с родителями больных детей не проводилась (46 человек). Психосоциальная работа с родителями проводилась по модульному принципу в группах, с количеством участников в каждой 8 – 9 человек. Общее количество проводившихся

рабочих сессий составляло 8 занятий. Частота занятий – 2 раза в неделю, продолжительность каждого занятия – 90 минут. Оценка уровня социального функционирования в обеих группах проводилась с учетом возрастного фактора (8–11 лет, 12–14 лет и 15–17 лет), до начала терапии, через 1 месяц и через 3 месяца терапии. Родители и дети в обеих группах заполняли опросник по исследованию качества жизни детей и подростков ILK (Inventory of Quality of Life in Children and Adolescents) [H. Remschmidt, 1998, адаптированный Т.Н. Дмитриевой].

Для оценки субъективного и объективного бремени семьи была использована русская версия опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire – CGSQ, 1997). Оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении (PANSS).

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ данных начальной оценки и оценки через 3 месяца по шкале CGSQ в основной группе больных показал явную тенденцию к уменьшению семейного бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств ($p< 0,05$). В группе сравнения снижение не достигало статистически значимых результатов. Снижение показателей отмечено по субшкалам субъективного внешнего бремен и объективного бремени семьи, также более выраженное в основной группе, чем в группе сравнения. С учетом полученных данных, можно говорить о тенденции к позитивным изменениям в уровне семейного функционирования в основной группе больных. Показатели всех шкал ILK в обеих группах до начала исследования не имели достоверных отличий и были сопоставимы во всех возрастных периодах. Родители, как правило, менее позитивно оценивали все сферы социального функционирования детей, включая общую оценку качества жизни и вопросы, связанные с лечением. На фоне проводимого лечения суммарная оценка показателей, оцениваемых детьми и родителями, во всех возрастных группах улучшались, но динамика их в основной группе была более выражена, различия были статистически достоверны ($p< 0,01$). При оценке результатов по шкале PANSS между группами не было отмечено статистически значимых различий в динамике клинического состояния, но тенденция к более выраженному улучшению была отмечена в основной группе больных, что может объясняться наличием прямой связи между психоэмоциональным напряжением, связанным с семейным контекстом, и выраженностью клинических проявлений.

Выводы. Таким образом, семейное бремя может рассматриваться в качестве базовой мишени при групповой психосоциальной терапии с родителями как психосоциальный параметр, положительно влияющий на социальное функционирование детей и подростков, с расстройствами шизофренического спектра через удержание детей и родителей в лечебно-реабилитационном пространстве и практическую реализацию родительского психореабилитационного ресурса. Снижение семейного бремени является необходимым условием для повышения эффективности индивидуальной терапевтической программы, и создает необходимые предпосылки для реадаптации, ресоциализации и улучшения качества жизни больного ребенка для обеспечения наиболее благоприятных условий для гармонического развития детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИ

Ходжаева Назира Исламовна
Гапурова Гулчехра Фарухтдиновна
Бабаев Жумабек Сагдуллаевич
Уралова Дилафруз Абдураззаковна
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Резюме: *Изучена роль провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у пациентов с параноидной шизофренией. Проведен анализ уровня интерлейкинов IL-6, IL-8 и IL-10 в зависимости от клинической картины заболевания. Выявлены иммунологические маркеры, ассоциированные с выраженностью позитивной симптоматики и тяжестью течения процесса. Полученные данные подтверждают участие иммуновоспалительных механизмов в патогенезе шизофрении и позволяют рассматривать цитокиновый профиль как потенциальный прогностический показатель клинического состояния пациентов.*

Ключевые слова: *шизофрения, цитокины, интерлейкин-6, интерлейкин-8, интерлейкин-10, иммуновоспаление.*

Шизофрения рассматривается как мультифакторное расстройство, в патогенезе которого значимую роль играют нейроиммунные взаимодействия. За последние годы накоплены данные о связи иммуновоспалительных процессов с клинической динамикой заболевания, что делает актуальным поиск иммунологических маркеров, отражающих особенности течения параноидной формы шизофрении.

Цель исследования — определить роль цитокинового дисбаланса в формировании клинической картины параноидной шизофрении и оценить связь уровней интерлейкинов с выраженностью психопатологической симптоматики.

Материалы и методы исследования.

В исследование включено 230 пациентов с диагнозом параноидной шизофрении. Клиническая оценка проводилась с использованием психопатологических и клинико-анамнестических методов. Для определения иммунологических показателей исследовали сывороточные уровни IL-6, IL-8 и IL-10 методом иммуноферментного анализа. Сравнительный анализ проводился с учетом выраженности позитивной симптоматики и вариантов клинического течения заболевания.

Результаты и их обсуждение.

Установлено, что у пациентов с выраженной позитивной симптоматикой наблюдается повышение уровня провоспалительных цитокинов IL-6 и IL-8, что может отражать активизацию системного воспалительного ответа. При более благоприятных вариантах течения отмечалась тенденция к относительному повышению противовоспалительного цитокина IL-10. Полученные результаты свидетельствуют о наличии цитокинового дисбаланса, ассоциированного с тяжестью клинических проявлений. Вероятно, иммуновоспалительные процессы участвуют в модуляции нейрохимических механизмов, влияя на выраженность психопатологической симптоматики. Данные согласуются с современными представлениями о

воспалительной гипотезе шизофрении и подтверждают значимость иммунологических факторов в клинической практике психиатрии.

Выводы.

1. У пациентов с параноидной шизофренией выявляются изменения цитокинового профиля, отражающие иммуновоспалительную активацию.
2. Повышение IL-6 и IL-8 ассоциировано с более выраженной позитивной симптоматикой.
3. IL-10 может рассматриваться как потенциальный маркер компенсаторных противовоспалительных реакций.
4. Оценка цитокинового статуса представляет интерес для прогноза клинического течения и дальнейших исследований патогенеза заболевания.

ЭПИЗОДИК ПАРАНОИД ШИЗОФРЕНИЯ ИЖТИМОИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШНИНГ БАЪЗИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Худойназаров А.Д., Журакулова Ш.Б., Эгамбердиев У.Э.
Имомов Ш.А. – директор, Самарқанд вилоят бўлими
РСНПМСПЗ (Самарқанд, Ўзбекистон)

Долзарблик. Эпизодик параноид шизофрения (ЭПШ) ижтимоий реабилитациясини оптималлаштиришни ўрганиш долзарб маммо хисобланади. Шуни таъкидлаш жоизки, мамлакатимизда ушбу муаммо етарли даражада ўрганилмаган.

Айрим муаллифларнинг фикрига кўра, ижтимоий реабилитатсияни оптималлаштириш масалалари илмий жихатдан ЭПШда чукур тадкик этилмаган. Шу муносабат билан ижтимоий реабилитация программасини оптималлаштириш билан боғлиқ илмий тадқиқотларни амалга ошириш талаб қилинади. Ижтимоий реабилитация тадбирларини оптималлаштириш ҳақида тўлиқ тасаввурга эга бўлиш учун ЭПШ билан оғриган беморларни ҳар томонлама урганиш талаб килинади.

Тадқиқотнинг мақсади - ЭПШнинг клиник шакллари ва кечиш турлари билан боглик ижтимоий реабилитатсия дастурларини оптималлаштиришни ўрганишдир.

Манба ва тадкикот усуллари. Белгиланган вазифани ҳал қилиш учун Самарқанд вилоят руҳий саломатлик марказида стационар даволанаётган ва 5-10 йил давомида диспансер ҳисобида турган ЭПШ билан касалланган беморлар клиник - психопатологик усулда 100 бемор (50 эркак, 50 аёл)текширилди. Уларнинг 75,2% шизофрения жараёни 5 йил ва ундан ортиқ, 24,8% 10 йилдан ортиқ давом этган. Текширув вақтида ёши бо'йича беморлар қуйидагича тақсимланган: 25 ёшгача – 18бемор; 30 ёшгача - 43, 40 ёшгача - 28, 41 ёшгача ва ундан катта 11бемор.

Натижа. Ушбу тадқиқотда ижтимоий реабилитация контсептсияси асосий клиник ва патогенетик мезон сифатида кўриб чиқилди. Клиник мезонларга турли даражадаги ҳиссиётлар бузилишлари, фикрлаш палапартишлиги ва ирода пасайишнинг шаклланишида намоён бўлади. Шизофреник бемор клиникасида ижобий ва салбий психопатологик белгилар намоён булиш даражаси руҳий узгаришлар чуқурлигини ифодалайди ва ижтимоий реаблитация дастурини мос равишда қўллашни талаб қилади.

Шуни алохида такидлаш лозимки, ЭПШнинг ёмон сифатли кечишида беморлар касалхонага тез-тез ётқизилади, шахсиятнинг ўзгариши чукурлашади ва салбий бузилишлар оғирлашади. Бундай ҳолларда ижтимоий реабилитатсияни оптималлаштириш чораларини қўллаш керакли самарани бермайди. Шунинг учун ижтимоий реабилитатсия чораларининг самарадорлигини ошириш учун даволашни оптималлаштириш ва стацианар шароитда ўлчовли меҳнат терапиясини амалга ошириш максадга мувофиқдир.

Мухокама.

ЭПШ беморларда клиник белгиларнинг ривожланиш даражасига боғлиқ равишда ижтимоий реаблитацияни амалга ошириш тавсия этилади. Касаллик жараёнининг барқарорлашиши эса ижтимоий реаблитацияни фаоллаштиришни талаб килади. Шуни алоҳида таькидлаш керакки, ижтимоий мослашув жараёни сифатли ва узоқ муддатли ремессияси бор ЭПШ беморларда яхши натижа беради ва оила, жамиятдаги ўрни барқарорлашади. Натижада ушбу клиник ваижтимоий тадқиқот янги илмий ма'лумотларни олиш имкониятини яратади ва мутахассисларнинг ЭПШ учун оптималлаштирилган реабилитация дастурини қўллаш имкониятларини

кенгайтиради. Юқори самарали ижтимоий мехнат терапияси психиатрик реабилитацияни оптималлаштириш даражасини оширишга ва муҳум прогностик маьлумотларга эга эканлигини билдиради.

Хулоса.

Олиб борилган тадқиқот натижалари клиник кўринишнинг оғирлиги ва кечишини ривожланишига мос ҳолда оптималлаштирилган реабилитация дастурларини ишлаб чикиш ва самарадорлик даражаларини оширишга имкон беради.