



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2025, Accepted: 06.09.2025, Published: 10.09.2025

УЎК 616-006/618.179+615.851

БАЧАДОН САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИДА НЕВРОЛОГИК, НЕЙРОПСИХОЛОГИК ҲОЛАТНИНГ КЕЧИШИ ВА ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Саноева Матлюба Жахонкуловна <https://orcid.org/0000-0003-1680-9886>

Ибодуллаева Ноила Махмудовна <https://orcid.org/0009-0006-0562-8560>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ушбу тадқиқот аёлларда бачадон саратон олди касалликлари (эндометриал гиперплазия ва бачадон бўйнининг интраэпителиал неоплазияси – CIN)да учрайдиган чегаравий неврологик ва психоэмоционал ўзгаришларни эрта аниқлаш ва уларни баҳолаш, кечишининг ўзига хослигини таҳлил этиш, шунингдек самарали даволашга қаратилган тиббий-психологик таъхислашни жорий этиб даволаш ва рак касалликларига ўтиб кетиш эҳтимоллини тиббий-психологик ёндашув орқали олдини олишга қаратилган тадбирларни йўлга қўйиш имконини яратиш учун ўтказилган. Мақолада касалликнинг психоневрологик жиҳатларини чуқур англатадиган текширув усуллари, жумладан, психоневрологик тестлар ишлатилиб бирламчи соғлиқни сақлаш тизими ва стационар муассасаларида ушбу ўзгаришларни ўз вақтида, эрта аниқлаш, бемор ҳолатига кўра даволашга дифференциал ёндашув самарадорлигини ошириш, психопатологик оғир асоратларнинг олдини олиш, касаллик турли босқичларида кечиш даражасини баҳолаш, тизимли даволаш ва таъхислаш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш, махсус тиббий-психологик хизмат, индивидуаллаштирилган психокоррекцион ва психотерапевтик усуллар сифатини оширишувчи муҳим амалий ва илмий аҳамиятга эга.

Мақолада нуфузли хорижий тадқиқотлар тамойилига асосланган текширув кетма кетлиги қўлланилиб невропатолог, психиатр, гинеколог, онкогинеколог, тиббий психолог, умумий амалиёт шифокорлар амалиёти учун кундалик қўлланма сифатида ишлатилишига мўлжалланган.

Калит сўзлар: эндометрий гиперплазияси (ЭГ); бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияси (CIN); психологик дистресс; психосоциал ёндашув; руҳий ва жисмоний саломатлик; бачадон саратон олди касалликлари; тиббий-психологик ёндашув; хавотир ва депрессиянинг госпитал шкаласи (HADS); Бек депрессия шкаласи (BDI-II); Монреал шкаласи (MoCA); уйқу сифати – PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index); астения шкаласи.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ, НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ

Саноева Матлюба Жахонкуловна <https://orcid.org/0000-0003-1680-9886>

Ибодуллаева Ноила Махмудовна <https://orcid.org/0009-0006-0562-8560>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Данное исследование проводилось с целью раннего выявления и оценки пограничных неврологических и психоэмоциональных изменений, возникающих при предраковых заболеваниях матки (эндометриальная гиперплазия и интраэпителиальная неоплазия шейки матки - CIN) у женщин, анализа особенностей течения, а также внедрения медико-психологической диагностики, направленной на эффективное лечение, и создания

возможности налаживания мероприятий, направленных на лечение и предотвращение возможности перехода в раковые заболевания посредством медико-психологического подхода. В статье используются методы обследования, тщательно анализирующие психоневрологические аспекты заболевания, в том числе тесты, используемые для идентификации психического состояния больных, а своевременное, раннее выявление психопатологических изменений при предраковых состояниях матки способствует повышению эффективности дифференцированного подхода к лечению в зависимости от клинического течения заболевания, особенностей состояния пациента, профилактике тяжелых психопатологических осложнений, оценить степень течения заболевания на разных стадиях, разработке систематизированных лечебно-диагностических мероприятий, специализированной медико-психологической службы, индивидуализированных психокоррекционных и психотерапевтических методов, которые имеют важное практическое и научное значение для первичной медико-санитарной помощи и стационарных учреждений.

Предлагается последовательность обследований, основанная на принципах проведения научных исследований зарубежья и представляется для ежедневного использования в качестве руководства в практике невропатологов, психиатров, гинекологов, онкогинекологов, медицинских психологов и врачей общей практики.

Ключевые слова: эндометриальная гиперплазия (ЭГ); внутриэпителиальная неоплазия шейки матки (ВЭМ); психологический дистресс; психосоциальный подход; психическое и физическое здоровье; предраковые заболевания матки; медико-психологический подход; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); Шкала депрессии Бека (BDI-II); Шкала Монреаля (MoCA); качество сна - PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index); шкала астении.

FEATURES OF THE CLINICAL CURRENT OF NEUROLOGICAL, NEUROPSYCHOLOGICAL STATES IN PRECANCEROUS UTERINE DISEASES

Sanoeva Matlyuba Jahonkulovna <https://orcid.org/0000-0003-1680-9886>
Ibodullaeva Noila Makhmudovna <https://orcid.org/0009-0006-0562-8560>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel:
+998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

This study was conducted to identify and assess borderline neurological and psycho-emotional changes occurring in precancerous uterine diseases (endometrial hyperplasia and intraepithelial neoplasia of the cervix - CIN) in women, analyze the features of their course, as well as implement medical and psychological diagnostics aimed at effective treatment, and create an opportunity to establish measures aimed at treating and preventing the possibility of cancer progression through a medical and psychological approach. The article uses examination methods that thoroughly analyze the psychoneurological aspects of the disease, including tests used to identify the mental state of patients, and the timely, early detection of psychopathological changes in precancerous uterine conditions contributes to improving the effectiveness of a differentiated approach to treatment depending on the clinical course of the disease, the characteristics of the patient's condition, preventing severe psychopathological complications, assessing the degree of disease progression at different stages, developing systematized treatment and diagnostic measures, specialized medical and psychological services, individualized psychocorrectional and psychotherapeutic methods, which are of great practical and scientific importance for primary health care and inpatient facilities.

A sequence of examinations based on the principles of conducting scientific research abroad is proposed and presented for daily use as a guide in the practice of neurologists, psychiatrists, gynecologists, oncogynecologists, medical psychologists, and general practitioners.

Keywords: endometrial hyperplasia (EG); intraepithelial neoplasia of the uterine neck (CIN); psychological distress; psychosocial approach; mental and physical health; precancerous diseases of the uterus; medical-psychological approach; hospital scale of anxiety and depression (HADS); Beck depression scale (BDI-II); Montreal scale (MoCA); sleep quality - PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index); asthenia scale.

Долзарблиги

Замонавий онкогинекологияда бачадон саратон олди касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва самарали бошқариш превентив тиббиётнинг асосий йўналишларидан бири ҳисобланади. Ушбу касалликлар орасида эндометрий гиперплазияси (ЭГ) ва бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияси (CIN) дунёнинг аксарият мамлакатларида энг кўп учрайдиган гинекологик органлар саратонининг бевосита омили сифатида алоҳида клиник аҳамиятга эга. Эндометрий гиперплазияси – бу эндометрий безларининг патологик пролиферацияси бўлиб, нормал пролифератив эндометрийга нисбатан без-строма қавати нисбатининг ошиши билан тавсифланади [1]. Унинг патогенези узоқ муддатли, прогестерон билан мувозанатланмаган эстроген стимуляциясига узвий боғлиқ бўлиб, ушбу ҳолат кўпинча ановулятор циклли аёлларда, поликистоз тухумдонлар синдроми (ПКТС) ва семизликда кузатилади [2]. ЭГнинг клиник оғирлиги ҳужайра атипиясининг мавжудлигига боғлиқ; атипик гиперплазия эндометрий карциномасига ўтиш ёки у билан бирга мавжуд бўлиш хавфини сезиларли даражада оширади [3; 4]. Шу сабабли, семизлик ва метаболик синдром глобал тенденцияларига мос равишда тарқалишининг ортиб бориши жаҳон соғлиқни сақлаш тизими учун долзарб муаммо бўлиб қолмоқда [5].

Шу билан бирга, бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияси (CIN) бачадон бўйнининг сквамоз (ясси) эпителийсида чегараланган анормал ўзгаришлар спектрини ўзида мужассам этади. CIN этиологияси тиббиётда инсон папилломавирусининг (HPV) юқори хавфли онкоген штаммлари билан персистент инфекцияга боғлиқ эканлиги инкор этиб бўлмас далиллар билан исботланган [6] 1-даражадан (енгил дисплазия) 3-даражагача (оғир дисплазия/carcinoma in situ) таснифланувчи CIN бачадон бўйни саратонининг кўп босқичли канцерогенезида муҳим ўрин тутди. Паст даражали ўзгаришлар ўз-ўзидан регрессияга учраши мумкин бўлса-да, юқори даражали CIN даволанмаган ҳолларда инвазив саратонга айланиш учун жиддий потенциалга эга [7]. Бу эса уни цитологик скрининг (Пар-тест) орқали аниқлаш ва кейинчалик бошқаришни замонавий превентив онкология ютуғи сифатида баҳолашга имкон беради.

Бироқ, анормал Пар-тест натижаси ёки эндометрий гиперплазияси ташхиси билан бошланадиган клиник жараён гистопатологик ҳулоса доирасидан анча кенгдир. Саратон олди ташхиси чуқур биопсихосоциал ҳодиса бўлиб, у кўпинча жиддий эмоционал ва психологик оқибатлар занжирини келтириб чиқаради. Ушбу гинекологик ҳолатларда психоэмоционал ҳолатни баҳолаш аҳамияти эътибордан четда қолишига умуман йўл қўйилмайди. Сўнгги ўн йилликдаги кўплаб илмий адабиётлар CIN ташхиси қўйилган аёллар анормал скрининг натижасини олган пайтдан бошлаб юқори даражадаги хавотир, дистресс, депрессия ва кўрқувни бошдан кечиришини тасдиқлайди [8]. Ушбу психологик стресс саратондан кўрқиш, касаллик прогнози ва даволаш усулларига нисбатан ноаниқлик, шунингдек, келажакдаги фертиллик ва жинсий функция билан боғлиқ хавотир ҳисобига янада кучаяди [9]. Ушбу дистресс ҳолатининг кенг тарқалганлиги илмий жиҳатдан асосланган бўлишига қарамай, бу психоэмоционал ўзгаришларни стандартлаштирилган ҳолда баҳолаш ва бошқаришда жиддий муаммолар сақланиб қолмоқда. Клиник амалиёт анъанавий равишда онкологик хавфни биринчи ўринга қўйиб, беморнинг касалликка нисбатан субъектив кечинмаларини – унинг кўрқувлари, хавотири ва ахборотга бўлган эҳтиёжлари иккинчи даражали масала сифатида қараб келинган [10]. Беморлар кўпинча ноаниқлик ва хавотир ҳиссини кучайтирувчи етарли бўлмаган ёки чалкаш маълумот олишларини таъкидлайди [11]. Бундан ташқари, психологик жиҳатдан заиф бўлган аёлларни аниқлаш ва уларни қўллаб-қувватлаш учун оптимал скрининг воситалари ва ёндашувлар бўйича ягона фикр мавжуд эмас [12], бу эса муаммони тан олиш ва самарали ечимни татиқ этиш ўртасида жиддий бўшлиқни юзага келтирмоқда.

Ушбу тадқиқот мавжуд илмий адабиётлардаги ва юқорида айтиб ўтилган аниқ ва долзарб бўшлиққа асосланади. Кўплаб тадқиқотлар CIN билан касалланган аёлларда психологик дистресснинг мавжудлигини миқдорий жиҳатдан аниқлаган бўлсада [13], ушбу ўзгаришларни аниқлаш учун турли усуллари тизимли равишда баҳолайдиган ва таққослайдиган тадқиқотлар сони сезиларли даражада кам. Бундан ташқари, "психоэмоционал" атамаси кўпинча унинг асосида ётган неврологик коррелятларни чуқур ўрганмаган ҳолда ишлатилади. Гипоталамо-гипофизар-буйрак усти бези (НРА) ўзаги ва симпатик нерв тизимини ўз ичига олган стресс реакциясининг яхши ўрганилган эндокринологияси шуни кўрсатадики, сурункали психологик

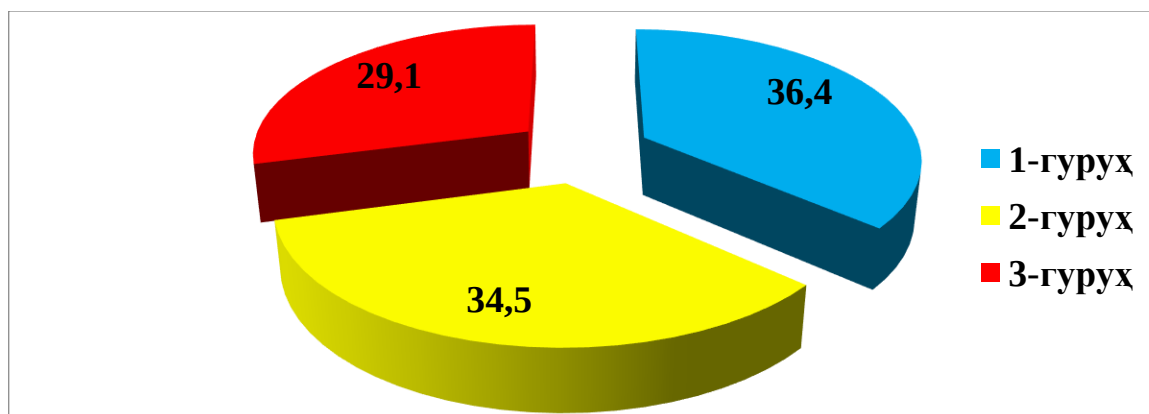
дистресс сезиларли нейробиологик оқибатларга эга [14]. Эндометриоз каби ёндош соҳалардаги янги тадқиқотлар идрок этилган стресс оғрикни ҳис қилиш, яллиғланиш жараёнлари ва нейроэндокрин функциясидаги ўзгаришлар билан боғлайди [15; 16], бироқ бу нейро-психогинекологик боғлиқлик бачадоннинг саратон олди касалликлари доирасида деярли ўрганилмаган.

Тақомиллаштирилган баҳолаш усулининг беморларни парвариш қилишга потенциал таъсири жуда катта. Психологик дистресс ва у билан боғлиқ неврологик ўзгаришларни ўз вақтида тўғри аниқлаш, беморларнинг тиббий саводхонлигини оширишдан тортиб, расмий психосоциал ёрдам ва фармакологик даволашгача бўлган мақсадли интервенцияларни амалга оширишга имкон беради [17]. Бундай интеграциялашган психосоциал ёндашув онкогинекология соҳасида даволаш самарасини ошириш, дистрессни камайтириш ва умумий ҳаёт сифатини кўтаришга йўналтирилади [18] ва бу афзалликларни саратон олди ҳолатларига татбиқ этиш мантиқан тўғри ҳамда ушбу йўналишда юқори натижаларга олиб келади. Аёлларнинг касаликка оид маълумотини ва эмоционал эҳтиёжини қондириш оғир ва тушунарсиз кечган тажрибани назоратга олиб келади, тиббий саводхонликни оширади, шифокор ва бемор ўртасида мустаҳкам терапевтик алоқани шакллантиради ҳамда беморларга ўз соғлиғини бошқаришда кенг имкониятлар яратади. Ушбуларни эътиборга олсак, ўтказилаётган тадқиқот руҳий ва жисмоний саломатликнинг ажралмас эканлигини тан олувчи, бемор соғлиғига йўналтирилган яхлит парваришга қаратилган глобал парадигмага мос келиши клиник амалиёт учун улкан аҳамият касб этади [19].

Илмий тадқиқот мақсади: бачадон саратон олди касалликларида (эндометрий гиперплазияси ва бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияси) учрайдиган неврологик ва психоэмоционал ўзгаришларни ташхислаш, натижаларга асосланиб даволашнинг оптимал тиббий-психологик ёндашувларига асос солишдан иборат.

Материал ва усуллари

Илмий тадқиқот иши онкогинекология амалиётида долзарб бўлган бачадон саратон олди касалликлари, хусусан, бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияси (CIN) ва эндометрий гиперплазияси (EG) билан оғриган ва неврологик, психоэмоционал ўзгаришлар билан жами 110 нафар аёл назоратга олинди. Тадқиқотда Бухоро вилоят Соғлиқни сақлаш бошқармасининг Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиали ва онкология диспансерида 2024–2025 йиллар давомида амбулатор ва стационар шароитида даволанган аёллар қатнашди. Илмий тадқиқотнинг ишончлилиги ва натижаларнинг ҳақиқийлигини тасдиқлаш учун назоратдаги беморлар уч гуруҳга бўлиб ўрганилди: 1-гуруҳ (назорат гуруҳи) – 40 нафар (36,4%) анамнезида гинекологик, соматик ва руҳий касалликлари қайд этилмаган соғлом аёллар; 2-гуруҳ (асосий гуруҳ) – 38 нафар (34,5%) гистологик тасдиқланган бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияси (CIN) ташхиси қўйилган беморлар; 3-гуруҳ (асосий гуруҳ) – 32 нафар (29,1%) гистологик тасдиқланган эндометрий гиперплазияси (EG) ташхиси қўйилган беморлар (1-расм). 1-расмдан кўриниб турганидек, беморлар сони бўйича гуруҳлар орасида аҳамиятли фарқ мавжуд бўлмади.



1-расм. Тадқиқотда гуруҳларнинг тарқалиши

Гуруҳдаги мурожаат қилган аёллар ёши ЖССТ таснифи (2018-2021) бўйича тақсимланди, унга кўра ёш аҳоли 18-44 ёшгача; ўртача ёшдагилар 45-59 ёшгача, кекса ёшдагилар 60-74 ёшгача; қари ёшдагилар 75-90 ёшгача ва узоқ яшовчилар 90+ ёшдагиларни ташкил этди. Аммо, беморларимиз гинекологик муаммоли аёлларни ташкил этган ва кузатилаётган аёллар ёши асосан ёшларни ташкил этганлиги сабабли ушбуларни ўрганишда аёлларнинг репродуктив ёши бўйича қабул қилинган талабга риоя қилдик (1-жадвал).

1-жадвал

Гуруҳдаги аёлларнинг репродуктив ёши бўйича тақсимланиши

Ёши	1-гуруҳ (n=40)		2-гуруҳ (CIN, n=38)		3-гуруҳ (EG, n=32)		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
18-35 ёш	13	32,5	17	44,7*	7	21,8*	37	33,6
35-45 ёш	17	42,5	11	28,9**	7	21,8**	35	31,8*
45-50 ёш	10	25,0	10	26,3	18	56,2**	38	34,5
≥50 ёш	-	-	-	-	-	-	-	-
Жами	40	100,0	38	100,0	32	100,0	110	100,0
ўртача ёши	33,5±4,8		32,9±6,1		38,1±5,5		34,7±5,2	

Изоҳ: * - фарқлар 1-назорат гуруҳга нисбатан аҳамиятли (*- p<0,05; ** - p<0,01)

Беморлар психоэмоционал ҳолатини текшириш учун соматик тиббиёт амалиётида юқори валидлик ва ишончлилигига эга бўлган, аффектив бузилишларни скринингдан ўтказиш учун "олтин стандарт"лардан бири ҳисобланган хавотир ва депрессиянинг госпитал шкаласи (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale) (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983), депрессив синдромнинг тузилиши, унинг когнитив ("негатив фикрлар", умидсизлик), аффектив (қайғу, руҳий тушқунлик) ва соматик-мотивацион (чарчоқ, иштаҳа ва уйқу бузилишлари) компонентларини чуқур ва батафсилроқ ўрганиш имконини берувчи Бек депрессия шкаласи (BDI-II, 1996 й.), когнитив фаолиятни баҳоловчи Монреал (MoCA) шкаласи, уйқу сифатини таҳлил этувчи – PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) ва астения шкалалари қўлланилди.

Олинган натижалар статистик таҳлили Microsoft Office Excel-2016 дастурлаш пакети ва бириктирилган Pentium-IV фаолияти орқали амалга оширилди. Вариацион параметрик ва нопараметрик статистика усули, ўртача арифметик кўрсаткич (M), ўртача квадратик оғиш (σ), ўртача стандарт хатолик (m), нисбий ҳажм (%) кўрсаткичлари ҳисобланди.

Натижа ва таҳлиллар

Тадқиқотга жалб қилинган барча иштирокчилар репродуктив ёшдаги аёллар бўлиб, ўртача 34,7±5,2 ёшни ташкил этди. Шу билан бирга, касаллик турига қараб гуруҳларда маълум бир қонуният кузатилди: 2-гуруҳдаги (CIN) беморлар орасида 35 ёшгача бўлган аёллар улуши 44,7% ни, 35-45 ёшдаги беморлар сони 21,8% ни ташкил этди, бу эса 1-гуруҳга нисбатан 1,4 баравар кўпроқ ва 1,5 баравар камроқ миқдорни ташкил этиб статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлди (p<0,05; p<0,01). 45-50 ёшдаги аёллар сони деярли бир хил миқдорни ташкил этди. 3-гуруҳдаги аёллар сони 1-гуруҳга нисбатан 35 ёшгача 1,5 баравар камроқ, 35-45 ёшгача 2,0 баравар камроқ ва 45-50 ёшда 2,2 баравар кўпроқ миқдорни ташкил этиб статистик аҳамиятли бўлди (p<0,05; p<0,01). Ёши ≥50 ва ундан юқори бўлган аёллар тадқиқотда ўрганиш учун олинмади. Ушбу натижа CIN касаллиги ёшроқ аёлларда, EG эса аксарият ёши каттароқ репродуктив даврда учраганлигидан далолат берди ва исботланган тиббиёт маълумотларига мос келди.

Онкологик хушёрликни талаб қилувчи гинекологик касалликлар, хусусан, турли даражадаги малигнизация потенциалига эга бўлган бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияси (CIN) ва эндометрий гиперплазияси (EG) кўпинча беморларда яққол ифодаланган психоэмоционал дезадаптация билан кечганлигининг гувоҳи бўлдик. Ташхиснинг ўзи кучли нозоген (касаллик туфайли келиб чиққан) стресс омили сифатида намоён бўлиб, хавотирли-

фобик ва депрессив симптомокомплексларнинг ривожланишига туртки берганлигини тахмин қилдик ва тадқиқотимизни давом этдик. Тадқиқотимизнинг муҳим вазифаларидан бири беморлардаги психоэмоционал ўзгаришларнинг мавжудлиги ва интенсивлигини объективлаштириш ва микдорий баҳолашдан иборат бўлди.

Аффектив бузилишларни скринингдан ўтказиш учун "олтин стандарт"лардан бири ҳисобланган хавотир ва депрессиянинг госпитал шкаласи (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale) (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) қўлланилди. Ушбу усулнинг танланиши ва фундаментал афзаллиги – соматик касалликнинг ўзига хос белгилари (астения, уйку бузилиши, иштаха пасайиши) ва депрессиянинг соматик компонентлари ўртасидаги ташхисий чалкашликларнинг олдини олишга қаратилганлиги билан асосланди. HADS шкаласи иккита мустақил, бироқ клиник жиҳатдан ўзаро боғлиқ бўлган ҳолатни баҳоловчи 14 та саволдан иборат эди: «А» кичик шкаласи (Anxiety – хавотирлик): 7 та тоқ рақамли саволлардан иборат бўлиб, улар асосан хавотирликнинг психологик ва вегетатив компонентларини (ички зўриқиш, безовталиқ, хавфсираш, таҳдидли истикболни кутиш ҳисси) баҳолашга йўналтирилган. Бу, айниқса, CIN каби онкологик трансформация хавфи юқори бўлган ташхисга нисбатан беморнинг бирламчи реакциясини ўрганишда муҳим аҳамият касб этади. «D» кичик шкаласи (Depression – Депрессия): 7 та жуфт рақамли саволлардан иборат бўлди. Ушбу шкаланинг асосий ташхисий кучи депрессиянинг ядровий белгиси ҳисобланган ангедонияни – яъни, кундалиқ фаолиятдан ва аввал қизиқиш уйғотган машғулотлардан қониқиш ва завқ олиш ҳиссининг йўқолишини аниқлашга мўлжалланган. Бу соматик симптомлардан холи бўлган соф психологик кўрсаткич бўлиб, касалликнинг сурункали кечиши фонида ривожланадиган ҳаётий тонуснинг пасайишини объектив баҳолаш имконини берди. Ҳар бир савол Ликерт типигадаги 4-пунктلى шкала бўйича 0 дан 3 баллгача градацияланди. Ҳар бир кичик шкала бўйича олинган умумий баллга асосланиб, беморлар аффектив бузилишларнинг оғирлик даражаси бўйича қуйидагича стратификация қилинди: 0–7 балл – меъёрий диапазон («норма»): клиник аҳамиятга эга хавотирлик ёки депрессив белгиларнинг мавжуд эмаслиги. 8–10 балл – субклиник даража («чегаравий ҳолат»): хавотирлик ёки депрессиянинг енгил, аниқ ифодаланмаган белгилари кузатилди. Бу ҳолат клиник аҳамиятга эга бузилишлар ривожланиши учун "хавф гуруҳи" сифатида баҳоланади ва динамик кузатувни талаб қилади. 11 балл ва ундан юқори – клиник даража («якқол ифодаланган ҳолат»): юқори эҳтимоллик билан клиник аҳамиятга молик хавотирли ёки депрессив бузилиш мавжудлигини кўрсатади. Бундай натижалар ихтисослашган мутахассис (клиник психолог, психотерапевт) томонидан чуқурлаштирилган диагностика ва мақсадли психокоррекцион ёки психофармакологик аралашувлар учун бевосита кўрсатма ҳисобланди (2-жадвал).

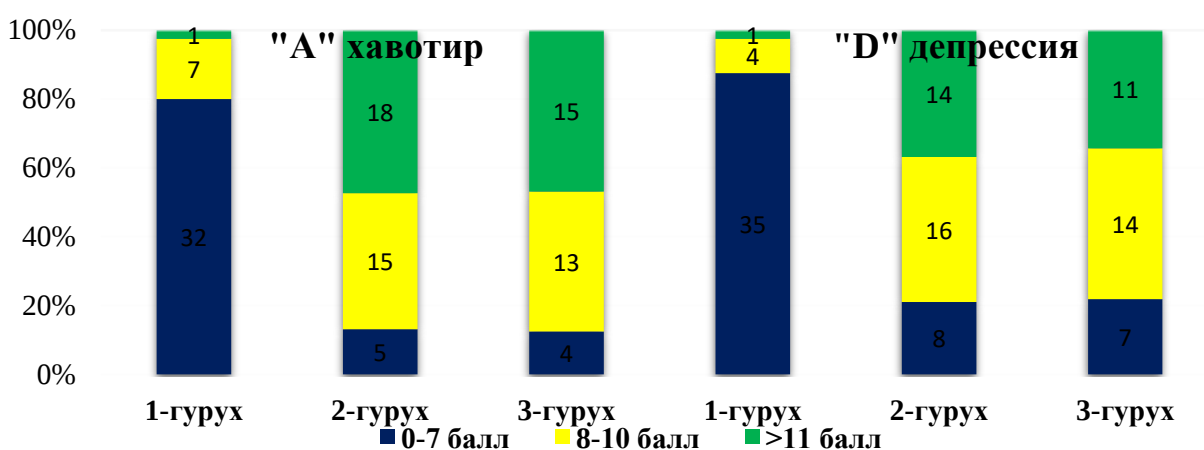
2-жадвал

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) шкаласи ёрдамида психоэмоционал ҳолатни баҳолаш

Гуруҳ	Ўзгариш дараж.	1-гуруҳ (n=40)		2-гуруҳ (n=38)		3-гуруҳ (n=32)	
		abs	%	abs	%	abs	%
«А» кичик «хавотир» шкаласи	0-7 балл	32	80	5	13,2***	4	12,5***
	8-10балл	7	17,5	15	39,4**	13	40,6**
	>11 балл	1	2,5	18	47,4***	15	46,9***
«D» кичик «депрессия» шкаласи	0-7 балл	35	87,5	8	21,1***	7	21,9***
	8-10балл	4	10,0	16	42,1***	14	43,7***
	>11 балл	1	2,5	14	36,8***	11	34,4***

Изоҳ: * - фарқлар 1-назорат гуруҳга нисбатан аҳамиятли (*- p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001)

2-жадвал маълумотлари таҳлили шуни кўрсатадики, назорат гуруҳида (1-гуруҳ), кутилганидек, психоэмоционал ҳолат 2- ва 3-гуруҳларга нисбатан барқарорлиги билан ажралиб турди. Соғлом аёлларнинг мутлақ кўпчилигида хавотирлик (80,0%) ва депрессия (87,5%) даражаси меъёрий диапазонга (0-7 балл) мос келди. Клиник аҳамиятга эга ўзгаришлар эса атиги 2,5% ҳолатда кузатилди, бу адабиётларда кузатилган умумий популяциядаги кўрсаткичларга мос келади. Бунинг акси ўларок, асосий гуруҳлар (2 ва 3-гуруҳ)да кескин фарқ қилувчи манзара намоён бўлди. "Саратон олди" ташхиси қўйилган аёлларда психоэмоционал дистресснинг юқори даражаси қайд этилди. Хавотирлик кўрсаткичлари бўйича, CIN гуруҳидаги (2-гуруҳ) беморларнинг атиги 13,2% ва ЭГ гуруҳидаги (3-гуруҳ) беморларнинг 12,5% меъёр доирасида бўлган бўлса, CIN ва ЭГ гуруҳидагиларнинг деярли ярми (47,4%; 46,9%)да клиник яққол ифодаланган хавотирлик ҳолати кузатилди. Бу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан тахминан 19 баробар юқоридир. Депрессия даражаси ҳам асосий гуруҳларда сезиларли даражада юқори эди. Ҳар иккала гуруҳда беморларнинг тахминан бешдан бир қисмидагина (21,1% ва 21,9%) депрессия белгилари аниқланмади. CIN гуруҳидаги беморларнинг учдан бир қисмидан кўпроғида (36,8%) ва ЭГ гуруҳидагиларнинг ҳам шунча қисмида (34,4%) клиник даражадаги депрессия белгилари мавжудлиги аниқланди.



2-расм. Психопатологик ҳолатнинг гуруҳларда тарқалганлиги

Тадқиқотнинг фундаментал ва муҳим натижаси шундаки, CIN ва ЭГ гуруҳлари ўртасида хавотирлик ва депрессия даражаларининг тақсимланиши бўйича статистик аҳамиятли фарқ аниқланмади ($p=0,05$). Бу ҳолат бизнинг асосий гипотезамизни тасдиқлайди: беморнинг руҳияти учун касалликнинг биологик сабаби (вирус ёки гормонал бузилиш) эмас, балки "саратон олди" ёрлиғининг ўзи, у билан боғлиқ бўлган канцерофобия, келажакдаги ноаниқлик ва ҳаётига таҳдид ҳисси асосий психотравматик омил бўлиб хизмат қилади. Бу эса, ўз навбатида, ушбу икки хил касалликда деярли бир хил даражадаги юқори психоэмоционал дистресснинг ривожланишига олиб келади. Шундай қилиб, ушбу тадқиқот натижалари бачадон саратон олди касалликларига дуч келган аёлларнинг жиддий психологик ёрдамга муҳтож эканлигини ва уларнинг руҳий ҳолатини баҳолашни гинекологик амалиётнинг ажралмас қисмига айлантириш зарурлигини яна бир бор тасдиқлайди.

HADS шкаласи хавотирлик ва депрессияни скрининг қилиш ва уларнинг соматик касаллик белгиларидан фарқлаш учун муҳим бўлса, () депрессив синдромнинг тузилиши, унинг когнитив ("негатив фикрлар", умидсизлик), аффектив (қайғу, руҳий тушкунлик) ва соматик-мотивацион (чарчок, иштаҳа ва уйку бузилишлари) компонентларини чуқур ва батафсилроқ ўрганиш имконини Векс ва ҳаммуаллифлар (1996) томонидан такомиллаштирилган Бек депрессия шкаласи (BDI-II) беради ва депрессиянинг оғирлик даражасини миқдорий баҳолашда "олтин стандарт" ҳисобланади. Олинган баллар қуйидагича талқин қилинди: 0-9 балл – депрессив белгиларнинг йўқлиги (меъёр); 10-18 балл – енгил депрессия; 19-29 балл – ўрта даражадаги депрессия; 30-63 балл – оғир депрессия. Тадқиқот натижалари асосий гуруҳларда клиник аҳамиятга эга депрессив бузилишлар кенг тарқалганлигини кўрсатди (3-жадвал).

Тадқиқот гуруҳларида Бек депрессия шкаласи бўйича кўрсаткичларнинг тақсимланиши

Гуруҳ	1-гуруҳ (n=40)		2-гуруҳ (n=38)		3-гуруҳ (n=32)	
	abs	%	abs	%	abs	%
0-9 (Меъёр)	36	90	7	18,4	6	18,8
10-18 (Енгил депрессия)	0	0,0	15	39,5	13	40,6
19-29 (Ўрта депрессия)	0	0,0	12	31,6	10	31,2
≥30 (Оғир депрессия)			4	10,5	3	9,4
Ўртача балл (M±SD)	5,2 ± 3,5		18,1 ± 8,5*		17,5 ± 8,2*	

Изоҳ: * - фарқлар 1-назорат гуруҳга нисбатан аҳамиятли (*- p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001)

3-жадвал маълумотлари HADS шкаласи натижаларини нафақат тасдиқлаган ҳолда шуни кузатдикки, назорат гуруҳидаги аёлларнинг 90% ида депрессив белгилар аниқланмади ва ўртача балл (5,2±3,5 б.) меъёрий кўрсаткичдан ошмади. Асосий гуруҳларда эса мутлақо тескари манзара кузатилди. Ҳар иккала гуруҳда ҳам меъёрий кўрсаткичларга эга беморлар сони атиги 20% гача бўлиб (CIN – 18,4%; ЭГ – 18,8%) аксарият беморлар контингенти енгил (тахминан 40%) ва ўрта даражадаги (тахминан 31%) депрессия ҳолатини намоён қилди. Алоҳида ташвиш уйғотадиган ҳолат шунда бўлдики, CIN гуруҳидаги беморларнинг 10,5% ида ва ЭГ гуруҳидагиларнинг 9,4%ида жиддий тиббий аралашувни талаб қилувчи оғир депрессия белгилари қайд этилди. HADS шкаласи натижалари каби, BDI шкаласида ҳам CIN ва ЭГ гуруҳлари ўртасидаги фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас эди (p=0,05). Бу "саратон олди" ташхисининг универсал стрессоген таъсир омили эканлиги ҳақидаги гипотезани яна бир бор тасдиқлади. BDI сўровномасининг алоҳида пунктларини таҳлил қилиш депрессив синдромнинг тузилишини аниқлашга ёрдам берди. Асосий гуруҳлардаги беморларда нафақат тушкун кайфият, балки куйидаги белгилар ҳам устунлик қилди: когнитив ҳолат – пессимизм (келажакка умидсизлик билан қараш), ўзини айблаш ("касаллигимда ўзим айбдорман"), қарор қабул қилишга қийналиш. Бу ўзгаришларнинг мавжудлиги кейинги босқичда МоСА шкаласи ёрдамида аниқланадиган когнитив дефицит учун замин яратди. Соматик-мотивацион ҳолат – юқори даражадаги чарчоқ ва ҳолсизлик, уйку бузилиши (ухлаб қолишга қийналиш ёки тез-тез уйғониш, юзаки уйку), иштаҳанинг пасайиши. Бу шикоятларнинг юқорилиги уйку сифати – PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) ва астения шкалалари орқали объективлаштирилди. Шундай қилиб, BDI шкаласидан олинган маълумотлар шуни кўрсатдики, бачадон саратон олди касалликларида дуч келган аёллардаги ҳолат шунчаки "хафалик" эмас, балки аниқ когнитив ва соматик белгиларга эга бўлган, аксарият клиник даражага етувчи ҳақиқий депрессив бузилиш эканлиги аниқланди. Бу эса, ўз навбатида, кейинги босқичда ўрганиладиган нейрофизиологик (ЭЭГ, HRV) ва нейроэндокрин (кортизол) ўзгаришлар учун муҳим патогенетик асос бўлиб хизмат қилиши мумкинлигини билдирди.

Психоэмоционал дистресснинг олий руҳий функцияларга таъсирини, хусусан, беморларнинг "мия тумани", "паришонхотирлик", "хотира пасайиши" каби шикоятларини объективлаштириш мақсадида, юқори сезгирликка эга бўлган Монреаль когнитив баҳолаш шкаласи (MoCA) қўлланилди. Ушбу тест Nasreddine ва ҳаммуал. (2005) томонидан енгил когнитив бузилишларни аниқлаш учун ишлаб чиқилган бўлиб, у диққат, концентрация, ижрочи функциялар, хотира, нутқ ва визуал-конструктив қобилиятни баҳолайди. Умумий максимал балл – 30. Олинган натижалар учта диапазонга ажратилди: 28-30 балл – юқори меъёрий когнитив ҳолат; 25-27 балл – меъёرنинг қуйи чегараси ёки жуда енгил когнитив пасайиш; 24 балл ва ундан паст – аниқ ифодаланган когнитив бузилишлар. Тадқиқот натижалари асосий гуруҳлардаги беморларда когнитив фаолиятнинг аҳамиятли пасайганлигини аниқлади (4-жадвал).

Тадқиқот гуруҳларида МоСА шкаласи бўйича тўпланган балларнинг тақсимланиши

Гуруҳ	1-гуруҳ (n=40)		2-гуруҳ (n=38)		3-гуруҳ (n=32)	
	abs	%	abs	%	abs	%
28-30	35	87,5	5	13,2***	3	9,4***
25-27	5	12,5	26	68,4***	22	68,7***
≤ 24	0	0,0	7	18,4***	7	21,9***

Изоҳ: * - фарқлар 1-назорат гуруҳга нисбатан аҳамиятли (*- p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001)

Жадвал маълумотлари тадқиқот гуруҳлари ўртасида когнитив фаолият бўйича кескин тафовутлар мавжудлигини кўрсатди. 1-назорат гуруҳида кутилганидек, когнитив ҳолат барқарор эканлигини кўрсатди. Соғлом аёлларнинг мутлақ кўпчилиги (87,5%) юқори меъёрий кўрсаткичларга эга бўлиб, уларда клиник аҳамиятга эга когнитив бузилиш (≤ 24 балл) қайд этилмади. Бунинг акси ўларок, асосий гуруҳларда (2 ва 3-гуруҳ) когнитив функцияларнинг сезиларли пасайиши кузатилиб, CIN (2-гуруҳ) ва ЭГ (3-гуруҳ) таъхиси қўйилган беморларнинг атиги 13,2% ва 9,4%игина юқори меъёрий когнитив кўрсаткичларга эга эди. Асосий беморлар контингентиди (ҳар иккала гуруҳда ҳам тахминан 68%дан) когнитив фаолият бузилиши меъёрининг куйи чегарасида ёки жуда енгил когнитив пасайиш диапазонида жойлашди. Бу уларнинг кундалик ҳаётда фикрни жамлаш, режалаштириш ва янги маълумотни эслаб қолишда енгил қийинчиликларга дуч келиши мумкинлигини аниқлатди. Алоҳида эътиборни тортадиган жиҳат шунда бўлдики, назорат гуруҳида умуман учрамаган аниқ ифодаланган когнитив бузилиш (≤ 24 балл) CIN гуруҳидаги беморларнинг 18,4%ида ва ЭГ гуруҳидагиларнинг 21,9%ида аниқланди. Бу беморларнинг шикоятлари нафақат субъектив, балки улар замирида ҳақиқий, ўлчанадиган когнитив дефицит мавжудлигини яна бир бор исботлайди. Аввалги психодиагностик шкалалар каби, МоСА шкаласи бўйича ҳам CIN ва ЭГ гуруҳлари ўртасидаги натижаларнинг тақсимланишида ишончли фарқ кузатилмади ($p=0,05$). Бу "саратон олди" таъхиси билан боғлиқ бўлган сурункали психоэмоционал дистресснинг когнитив соҳага таъсири ҳам универсал, неспецифик характерда эканлигидан далолат берди. Яъни, касалликнинг биологик сабабидан қатъи назар, юқори даражадаги хавотирлик ва депрессия марказий нерв тизимининг когнитив фаолияти учун масъул бўлган ресурсларини "ҳолдан тойдиради". Бу ҳолатни сурункали яллиғланиш ва гиперкортизолемиянинг префронтал кортекс ва гиппокамп каби мия тузилмаларига салбий таъсири мавжудлиги билан изоҳлаш мумкин.

Шундай қилиб, "саратон олди" таъхиси қўйилган ва психосоматик шикоятлари бўлган ҳар бир беморни "диагностик одиссея"га юбориш ўрнига, унга нисбатан таклиф этилган комплекс нейро-психо-нейрофизиологик баҳолашни қўллаш меҳнат унумдорлигининг сақланиши, вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлик кунларининг камайиши ва асоссиз дори воситаларига кетадиган харажатларнинг қисқаришига олиб келади.

Хулоса

1. Гинекологик амалиётдаги "кўринмас" муаммо – бачадон саратон олди касалликлари бўлган аёлларнинг 85%дан ортиғида психоэмоционал дистресс ҳолати кузатилади, уни HADS, BDI ва МоСА каби стандартлаштирилган шкалаларни қўллаш орқали объектив аниқлаш ва миқдорий баҳолаш хавф гуруҳидаги беморларни эрта босқичда аниқлаб мақсадли даволаш тактикаси ўтказилиши зарур.

2. Тадқиқотда аниқланган когнитив фаолият пасайиши беморнинг соғайишига (комплаенс хусусияти) салбий таъсир этувчи муҳим омил ҳисобланади. Когнитив функцияларнинг тикланиши аёлларнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш ва жамиятнинг иқтисодий ҳаётида фаол иштирок этишига ёрдам беради, беморнинг руҳий ҳолатига ҳам эътибор қаратадиган холистик ёндашув, соғлиқни сақлаш тизимида нисбатан аҳоли ишончини ошириб, тиббий

маданиятни юксалтиради, бу эса соғлом ва барқарор жамиятни шакллантиришга хизмат қилади.

4. Психопатологик ҳолатни коррекция қилиш нафақат ҳаёт сифатини яхшилайдди, балки стресс гормонларини камайтириш орқали иммун ва эндокрин тизимларига ижобий таъсир этиб, асосий касалликнинг клиник кечишини енгиллаштиришга тўртки бўлади ҳамда даволашнинг умумий натижа самарасини оширишда илмий ва амалий асос солади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Lokuhetty D., White V. A., Cree I. A. WHO classification of tumours of female reproductive organs // Lyon, IARC, Lyon. – 2020.
2. Johnson J. E. et al. Risk of endometrial cancer in patients with polycystic ovarian syndrome: A meta-analysis // *Oncology letters*. 2023;25(4):168.
3. Akhtar M. et al. Complex Endometrial Hyperplasia: Prevalence and Risk Factors for coexisting Endometrial Carcinoma // *Journal of South Asian Federation of Menopause Societies*. 2018;6(1):62-64.
4. Lortet-Tieulent J. et al. International patterns and trends in endometrial cancer incidence, 1978–2013 // *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 201;110(4):354-361.
5. Schiffman M. Wentzensen N. Human papillomavirus infection and the multistage carcinogenesis of cervical cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*. 2018;27(4):487-492.
6. Cho B. J. et al. Automated diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia in histology images via deep learning // *Diagnostics*. 2022;12(2):548.
7. Klügel S. et al. Patients with cervical intraepithelial neoplasms show different states of health-related quality of life and different coping styles depending on the choice of therapy: findings from the CIN study // *International journal of women's health*. 2019; 511-517 стр.
8. McBride E. et al. Emotional response to testing positive for human papillomavirus at cervical cancer screening: a mixed method systematic review with meta-analysis // *Health psychology review*. 2021;15(3):395-429.
9. Sparić R. et al. Psychosexual outcomes in women of reproductive age at more than two-years from excisional cervical treatment—a cross-sectional study // *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology*. 2019;40(2):128-137.
10. Freijomil-Vázquez, C., Gastaldo, D., Coronado, C., Movilla-Fernández, M. J. (2019). Health care informational challenges for women diagnosed with cervical intraepithelial neoplasia: a qualitative study. // *BMC women's health*, 2019;19:1-10.
11. Diamond L.M., Dehlin A.J., Alley J. Systemic inflammation as a driver of health disparities among sexually-diverse and gender-diverse individuals // *Psychoneuroendocrinology*. 2021;129:105-215.
12. Jentschke M. et al. Psychological distress in cervical cancer screening: results from a German online survey // *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2020;302(3):699-705. Shinn, E.,
13. Agorastos A., Chrousos G. P. The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development // *Molecular psychiatry*. 2022;27(1):502-513.
14. de França Moreira M., Gamboa O. L., Pinho Oliveira M. A. Association between severity of pain, perceived stress and vagally-mediated heart rate variability in women with endometriosis // *Women Health*. 2021;61(10):937-946.
15. Mokhtari T., Irandoost E., Sheikhabaei F. Stress, pain, anxiety, and depression in endometriosis—Targeting glial activation and inflammation // *International Immunopharmacology*. 2024;132111-942.
16. Bai, X., Zhang, L., Wang, Y. Li, R., 2022. Psychological interventions in patients with gynecologic precancerous lesions: A randomized clinical study. // *Journal of Psychosomatic Research*, 2022;158:110-905.
17. Cheung V. The Impact of Consumer Smart Device Platforms on Illness Uncertainty and Anxiety in Patients with Atrial Fibrillation : дис. – University of Missouri-Saint Louis, 2021.
18. Kohrt B. A. et al. Is there a mental health diagnostic crisis in primary care? Current research practices in global mental health cannot answer that question // *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2025;34:7.

Қабул қилинган сана 20.08.2025