



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

2 (34/3) 2021



Открытие международной научно-практической конференции «Пути решения актуальных вопросов современной психиатрии: инновация и интеграция» (ректор Бухарского государственного медицинского института Тешаев Ш.Дж., профессор Ташкентской медицинской академии Магзумова Ш.Ш.)



Выступление участников конференции (преподаватели кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии БухГМИ)



Выступление проректора по инновациям и научной работе БухГМИ профессора Н.А.Нуралиева

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ,
А. АБДУМАЖИДОВ,
М.М. АКБАРОВ,
Х.А. АКИЛОВ,
М.М. АЛИЕВ,
С.Ж. АМИНОВ,
Ш.М. АХМЕДОВ,
Ю.М. АХМЕДОВ,
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор),
Б.Т. БУЗРУКОВ,
Е.А. БЕРДИЕВ,
Р.К. ДАДАБАЕВА,
М.Н. ДАМИНОВА,
К.А. ДЕХКАНОВ,
А.А. ДЖАЛИЛОВ,
Э.С. ДЖУМАБАЕВ,
С. ИНДАМИНОВ,
А.И. ИСКАНДАРОВ,
С.И. ИСМОИЛОВ,
Э.Э. КОБИЛОВ,
Т.С. МУСАЕВ,
Ф.Г. НАЗИРОВ,
Н.А. НУРАЛИЕВ,
Ш.Э. ОМОНОВ,
Б.Т. РАХИМОВ,
Ш.И.РУЗИЕВ,
И.А. САТВАЛДИЕВА,
Ш.Т. САЛИМОВ,
Ж.Б. САТТАРОВ,
Б.Б. САФОЕВ (отв. секретарь),
Б.Т. ТАДЖИЕВ,
Д.И. ТУКСАНОВА,
А.Ж. ХАМРАЕВ,
А.М. ШАМСИЕВ,
А.К. ШАДМАНОВ,
К.Б. ШОДМАНОВ,
Н.Х. ШОМИРЗАЕВ,
Б.Б. ЭРГАШЕВ,
Н.Ш. ЭРГАШЕВ,
И.Р. ЮЛДАШОВ,
М.Ш. ХАКИМОВ,
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
ДОНГ ЖИНЧЭНГ (Китай)
В.Е. КУЗАКОВ (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Белоруссия)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПАТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЁГОЛОВ (Россия)
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)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

2 (34/3)

2021

апрель - июнь



Дорогие друзья, уважаемые коллеги, организаторы и участники международной научно-практической конференции **«Пути решения актуальных вопросов современной психиатрии: инновация и интеграция»!**

Прежде всего, разрешите мне поздравить коллектив нашего института и поблагодарить за большой вклад в развитие научно-педагогической деятельности и подготовку высококвалифицированных специалистов в области психиатрии. Наш коллектив не прекращал и не прекращает работать даже в самые сложные времена. Сохраняя верность традициям, коллектив института активно внедряет передовые информационные технологии и инновационные научные направления, в том числе в области психиатрии.

Данная конференция объединяет интересы ведущих учёных и практиков в области психиатрии.

Сегодня с уверенностью можно сказать, что дискуссионная площадка конференции расширяет свои географические границы, а научная проблематика конференции открывает путь к новому состоянию знания и образования. Научная деятельность в институте занимает особое место, является важной составляющей профессиональной подготовки современного специалиста, неразрывно связана с образовательным процессом и находит своё отражение в реализации нашим институтом уникальных программ магистратуры, которые позволили разработать принципиально новые узконаправленные дисциплины, относящиеся к научной проблематике.

Поэтому наука в широком смысле – это «начало начал», от которого зависит развитие всего научно-кадрового потенциала страны, а наша задача - сберечь всё лучшее и не допустить снижения качества подготовки специалистов.

Уважаемые участники и организаторы конференции, молодые учёные и специалисты!

Позвольте выразить вам глубокую благодарность за участие в нашей конференции, за её поддержку и развитие.

Выражаю уверенность в сохранении и укреплении сложившихся отношений и надеюсь на наше дальнейшее сотрудничество.

Уверен, что конференция будет способствовать достижению этих целей, увеличению вклада высшей школы, всей системы образования в решение как общесоциальных, так и медицинских задач.

Желаю вам здоровья, интересной работы и полезных деловых контактов!

Ректор

Тешаев Шухрат Джумаевич

SCIENTIFIC-THEORETICAL MEDICINE

Teshaev Sh.Zh., Mukhtarova Kh.K., Mukhamadiev N.B.
PSYCHIATRIC SERVICE AND EDUCATION IN
BUKHARA REGION: HISTORY AND PROSPECTS.....6

Lyan Y.M., Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F.
SHORT-TERMED INTEGRATIVE
PSYCHOTHERAPY IN PANIC DISORDER.....12

Teshaev Sh. Zh., Khudoiberdiev D. K., Navruzov R. R.
CHARACTERISTICS OF MORPHOMETRIC
PARAMETERS OF THE WHITE RAT'S STOMACH IN
THE EARLY POSTNATAL PERIOD.....17

Heino Stover, Ingo Michels, O. N. Khusenov, A.I. Rashidov,
G.A. Zakhidova, A.A. Boltaev
MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR ALCOHOL ABUSE
PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT.....23

H.J. Salomova
EFFECTIVE INSECT PROTECTION.....29

Badriddinova M.N., Nurilloeva Sh.N.
BODY WEIGHT AN OBESITY PREVENTION IN
DIFFERENT CATEGORIES OF HYPERGLYCEMIA.....33

Djalilova Zarnigor Obidovna
TEACHING A FOREIGN LANGUAGE IN HIGHER
MEDICAL INSTITUTIONS BASED ON INTERNATIONAL
TRAINING PROGRAMS.....39

Kayumov H.N., Djabbarova M. B., Qodirova Sh. S.
TREATMENT OF CHILDREN WITH HELMETS
ACCORDING TO METHODS OF ABU ALI IBN SINO.....42

Kadirova M.N., Tuksanova D.I., Axmedov F.K
FEATURES OF THE HORMONAL STATUS IN
ADOLESCENT GIRLS, TAKING INTO ACCOUNT
NEUROENDOCRINE DISORDERS.....46

Narzullaev N. .U. Axtamov H.t H., Toshtemirov O. E.
STUDY OF CLINICAL FEATURES OF RHINOSINUSITIS
IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS.....50

Negmadjanov B.B., Tilavova Yu.M., Rabbimova G.T.,
Nasimova Z.N, Adilova M.N.
ASSESSMENT THE ROLE OF ENDOMETRIAL POLYPS IN
THE UTERINE INFERTILITY.....53

Khasanov Mukhriddin Khayatovich, Khuddieva Nargiza
Yuldashevna
APPLICATION OF THE DRUG "OPHTHALRON" IN
TREATMENT OF DRY EYE SYNDROME IN PATIENTS
WITH DIABETES MELLITUS.....60

Masharipova Sh. S.
CHARACTERISTIC OF THE MORPHOLOGICAL
STRUCTURE OF THE LUNG ARTERIES.....65

Karimova S.Sh., Ergasheva Yu.Yu.
FEATURES OF THE CLINIC AND THE COURSE OF
ALCOHOL DEPENDENCE.....68

Rysbekova D.E., Beisebayeva W.T., Almenova L.T., Kaker R.
PSORIASIS: CORRELATION BETWEEN QUALITY OF LIFE
AND DISEASE SEVERITY.....71

Masharipova X.Q.
MORPHOLOGICAL PROPERTIES OF RAILWAY
TOPOGRAPHY IN CHILDREN DURING POSTNATAL
ONTOGENESIS.....77

Khamraev S.B., Rakhmonova D., Mukhamadiev N.B.
ANALYSIS OF THE COGNITIVE SPHERE IN PARANOID
SCHIZOPHRENIA.....82

Kholova N.F., Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I.
FEATURES OF PHYSICAL AND SEXUAL DEVELOPMENT
IN GIRLS WITH JUVENILE UTERINE BLEEDING.....85

Khudoyarov A.S., Negmadzhanov B.B., Shamsieva M.Sh.,
Nasimova N.R.
THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF
UNCOMPLICATED GESTATIONAL PYELONEPHRITIS
IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY.....88

Mukhtorova Kh.K., Abduganieva S.
CLINICAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS OF THE
COURSE OF NEUROTIC DISORDERS IN
ADOLESCENTS.....92

M.A. Atoeva, B.S. Jumamuratova
PSYCHOEMOTIONAL FACTORS RELATED TO
COVID-19 QUARANTINE.....98

Ashurova N.G., Bobokulova S.B.
THE PREVALENCE OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF
HYPERANDROGENISM IN WOMEN OF REPRODUCTIVE
AGE.....103

Мақолалардаги маълумотлар учун
муаллиф ва бош муҳаррир масъул.

Таҳририят фикри муаллифлар
фикри билан муносиб бўлмаслиги
мумкин.

Барча муаллифлик ҳуқуқлари
ҳимояланган.

Барча маълумотлар таҳририят
ёзма рухсатисиз чоп этилмайди.

Масъул муҳаррир: Сафоев Б.Б.
Бадий муҳаррир: Пулатов С.М.
Таржимон: Файбуллаев С.С.

Теришга берилди 20.06.2021 й.
Босишга рухсат этилди 30.06.2021 й.
Бичими 60×84 1/8.
Шартли босма табоғи 47,0.
Офсет қоғозида чоп этилди.
Адади 100 нусха.
27-бўйртма.
«HUMOYUNBEK-ISTIQLOL MO'JIZASI»
босмахонасида чоп этилди. 100000.
Тошкент, А.Темур кўчаси, 60 А.

«Тиббиётда янги кун» тиббиёт
журнали таҳририяти,
Тошкент ш., 100011,
Навоий кўчаси, 30-уй,
тел.: +99890 8061882,
e-mail: ndmuz@mail.ru

Тошкент вилояти Матбуот ва ахборот
бошқармасида 2012 йил 16 февралда
руйхатга олинган (03-084-сонли гу-
воҳнома).
Баҳоси келишилган нархда.
Нашр кўрсаткичи 7048.

<i>Buleiko A.A., Soldatkin V.A., Soldatkina S.V., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Dyachenko A.V., Mrykhina V.V.</i> COGNITIVE STATUS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SUFFERING WITH ALCOHOL DEPENDENCE, TAKING INTO ACCOUNT GENDER AND GENETIC CHARACTERISTICS.....	107
<i>Dubatova I.V., Zaika V.G., Soldatkin V.A.</i> MENTAL DISORDERS OF MEDICAL WORKERS WHO HAVE BEEN HAVING CORONAVIRAL INFECTION IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC.....	115
<i>Dyachenko A.V., Bukhanovskaya O.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya.</i> GENDER IDENTIFICATION DISORDERS IN ADOLESCENTS: A MODERN MEDICAL AND SOCIAL PARADIGM.....	120
<i>Zuhriddinov A.A., Yadgarova N.F., Khayredinova I.I., Shadmanova L.Sh., Liang E. M.</i> FEATURES OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM AFTER TRANSFERRED SARS-CoV2 INFECTION.....	129
<i>Ibodullaeva N., Mukhamadiyeva N.B.</i> FEATURES OF POSTNATAL PSYCHOSIS.....	134
<i>Ikramova Firangiz Suleymanovna</i> TACTICS OF TREATMENT OF TRANSMITTED ALLERGIC RHINITIS WITH CHRONIC DIFFUS DISEASES.....	137
<i>Agababyan I.R., Ziyadullaev Sh.Kh., Ismailov J.A., Akhmedov A.A.</i> DETERMINATION OF THE DEGREE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMPLICATED BY CHRONIC HEART FAILURE.....	143
<i>Agababyan I.R., Ziyadullaev Sh.Kh., Ismailov J.A.</i> THE DIAGNOSTIC ROLE OF IL-6 AND IL-8 IN THE STAGES OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.....	146
<i>Nurmurodov Sh.N., Kuchkarov U.I., Istamov M.B.</i> CHARACTERISTICS AND DEVELOPMENT FACTORS OF BORDER MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENTS.....	149
<i>Mukhtarova Kh.K., Mukhamadiyeva N.B., Istamov M.B.</i> ISSUES OF FORENSIC-PSYCHIATRIC EXAMINATION OF PATIENTS WHO HAVE PERFORMED PUBLIC DANGEROUS ACTIONS.....	154
<i>Kasymova N.A., Mukhamadiyeva N.B.</i> PSYCHOSOMATIC PARALLELISM OF THE COURSE OF POST-INFARCTION DEPRESSION.....	157
<i>Kayumov Kh.N., Tuksanova Z.I.</i> THE ROLE OF TRADITIONAL MEDICINE IN THE HEALTHCARE SYSTEM.....	164
<i>Kovalev A.I., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.</i> CLINICAL FEATURES OF COMBINING AGORAPHOBIA AND MENTAL DISORDERS OF NON-PSYCHOTIC LEVEL.....	167
<i>Kryuchkova M.N., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.</i> ANALYSIS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AND NEUROMEDIATION IN PATIENTS WITH A PROSTATIC VARIANT OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME.....	173
<i>Soldatkin V.A., Kryuchkova M.N., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.</i> ANALYSIS OF PAIN FEATURES IN PATIENTS WITH PROSTATIC VARIANT OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME ASSOCIATED WITH MENTAL DISORDERS.....	181
<i>Qurbonova G.N., Yo'ldoshova Sh. T.</i> TEACHING METHODS IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS.....	187
<i>Kuchkorov U.I.</i> NEGATIVE INFLUENCE OF EPILEPSY EQUIVALENTS ON PATIENT QUALITY.....	191
<i>Rustamov U.T., Kuchkorov U.I., Tilavov M.T.</i> THE EFFECT OF NEUROTIC DISORDERS FOR COGNITIVE FUNCTIONS AND MODERN METHODS OF TREATMENT.....	197
<i>Yodgorov J.J., Kuchkorov U.I., Rustamov U.T.</i> CORRECTION OF THE NEGATIVE EFFECTS OF SEIZURES ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS.....	202
<i>Khodjaeva N.I., Kuchkorov U.I., Tilavov M.T.</i> IDENTIFICATION OF INTELLECTUAL AND MNESTIC DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA.....	206
<i>Kuchkorov U.I., Khodjaeva N.I.</i> IDENTIFICATION OF INTELLECTUAL-MNESTIC DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA.....	211
<i>Lubyanko I.A., Chernikova I.V., Nazarova V.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Sidorov A.A.</i> FACES OF DEMENTIA (CLINICAL CASE).....	217
<i>Manasova I.C Mansurovna M.X</i> EPIDEMIC SAFETY OF DRINKING WATER.....	223
<i>Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.</i> NERVOUS ANOREXIA OF SCHIZOPHRENIC ETIOLOGY - FEATURES OF DIAGNOSTICS AND THERAPY.....	226
<i>Soldatkin V.A., Mrykhin V.V., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.</i> CASE OF SEVERE HYPERTHERMIA OF HYSTERIC GENESIS - FEATURES OF DIFDIAGNOSIS AND THERAPY.....	231
<i>Mrykhina V.V., Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Dyachenko A.I.N.</i> BIOLOGICAL AND FAMILY-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.....	238
<i>Mukhamadiyev B.T., Mukhamadiyeva N.B.</i> INTERCellular communication system of microorganisms (SARS-VIRUSES).....	245
<i>Muxamadiyeva N.B.</i> ASSESSMENT OF PATHOGENETIC PREDICTORS OF POST-INFARCTION DEPRESSION DEVELOPMENT.....	249
<i>Magzumova Sh.Sh., Mukhamadiyeva N.B.</i> ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN ISCHEMIC HEART DISEASE.....	254
<i>Mukhtarova Kh.K., Istamov M.B.</i> CLINICAL AND DYNAMIC FEATURES OF NEGATIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA.....	259
<i>Nurova Zarnigor Hikmatovna</i> THE IMPORTANCE OF NEUROPROTECTION WITH CARDIOEMBOLIC STROKE.....	262

<i>Oblokulov A.R.</i> SIGNIFICANCE OF PROCALCITONIN LEVELS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COVID-19.....	265	<i>Sultanova Nafisa Sabirovna</i> PROBLEMS AND SOLUTIONS TO INFANT MORBIDITY AND MORTALITY.....	334
<i>Khusenova Z.Z., Oblokulov A.R., Ergashov M.M.</i> CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SARS-COV-2 INFECTIONS.....	268	<i>Tilloeva Sh.Sh</i> QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH PULMONARY HYPERTENSION.....	340
<i>Osadshiy Yu.Yu., Faustova A.G., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A .BUT.</i> CHOICE OF ALGORITHM OF DEPRESSION THERAPY IN MEN WITH TESTOSTERONE DEFICIENCY.....	272	<i>Qayumov X.N., Tuksanova Z.I.</i> COMPLEX RESTORATIVE METHODS FOR TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS.....	344
<i>Faustova A.G., Osadshiy Yu.Yu., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A .A.</i> CLINICAL FEATURES OF DEPRESSION IN MEN WITH TESTOSTERONE DEFICIENCY.....	279	<i>Turdieva M.E., Magzumova Sh.Sh., Shadmanova L.Sh., Razhapov M.N., Razhapbaev I.Sh.</i> MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES: DIAGNOSTICS AND TREATMENT.....	347
<i>Ochilova D. A., Rakhmonkulova N. G</i> CHARACTERISTICS OF THE RESTORATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN NURSING MOTHERS.....	285	<i>Xudoydodova S.G., Farmanova M.A.</i> CLINICAL MANIFESTATIONS OF COVID-19 IN CHILDREN.....	353
<i>Perekhov A.Ya., Soldatkin V.A., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Mrykhin V.V.</i> EUTHANASIA - PROS AND CONS IN PSYCHIATRY AND RELIGION.....	288	<i>Masharipova Sh.S.</i> MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ARTERIES OF THE LITTLE CIRCULAR CIRCULATION IN PATIENTS WITH DIABETES.....	357
<i>G.T. Rabbimova, B.B.Negmajanov, M.A.Abdieva, Nasimova N.R.</i> FEATURES OF THE RET OF THE PREGNANCY AND PERINATAL PERIOD, BASED ON THE CHORIAL TYPE OF THE PLACENTA IN MOST CASES.....	293	<i>Shurkova I.N., Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Mrykhina V.V., Sidorov A .BUT.</i> EPILEPSY AND HYSTERIA - CHALLENGES OF DIFDIAGNOSIS AND THERAPY.....	361
<i>Rustamova Saodat Abdullaevna</i> MEDICAL AND SOCIAL PORTRAIT AND FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN PERSONS WITH MENTAL DISEASES.....	298	<i>Ergasheva Yu. Yu., Zhuraev K. Zh.</i> PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.....	367
<i>Negmatullaeva M.N., Sarkisova L.V.</i> STATE OF THE FETOPLACENTAL SYSTEM IN PREMATURE LABOR.....	302	<i>Ergasheva Yu.Yu.</i> THE IMPACT OF DISABILITY ON SUICIDE ATTEMPTS.....	371
<i>Sidorov A.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Mrykhina V.V., Simak O.I.</i> INTERNET DEPENDENCE: THE ROLE OF THE FAMILY.....	305	<i>Ruzieva A.Dj., Ergasheva Yu.Y.,</i> ASSESSING THE RISK OF SUICIDE IN PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT.....	374
<i>Soldatkin V.A., Krysenko P.B., Soldatkina S.V., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A .BUT.</i> THE PHENOMENON OF EMBODIED PRESENCE AS A PREDICTOR OF MENTAL DISORDERS.....	311	<i>Juraev Sh.J., Ergasheva Yu.Yu.</i> PHYSICAL ILLNESS, DISABILITY AND SUICIDAL BEHAVIOR AMONG THE ELDERLY.....	377
<i>Solieva Ranokhon Bakhodir qizi</i> THE STRUCTURE OF PRECANCER DISEASES OF THE CERVIX	319	<i>Ergasheva Yu.Yu., Juraev Sh.J.</i> SUICIDAL RISK FACTORS IN AFFECTIVE DISORDERS.....	382
<i>Solieva N.K., Tuksonova.D.</i> PSYCHOEMOTIONAL STATE AND STRESS RESISTANCE OF WOMEN WITH THE THREAT OF MISCARRIAGE.....	323	<i>G. I. Akhmedova</i> KIDNEY DAMAGE IN CHEMOTHERAPY.....	387
<i>Eshonov O.Sh.</i> COGNITIVE DYSFUNCTION AFTER MULTIPLE OPERATIONS.....	325	<i>B.A. Vosikov, Z.Sh. Ashurov, N.F. Yadgarova, L. Sh. Shadmanova, E.M. Liang</i> ANXIETY DISORDERS IN PERSONS WITH COVID-19.....	392
		<i>Zaripova D. Ya. Botirova Z. A.</i> ASSESSMENT OF THE POSITIVE EFFECT OF GLUCOSE-DECREASING PREPARATIONS ON THE KIDNEY IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS.....	397
		<i>Rustamov U. T.</i> PECULIARITIES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE AND PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS IN REHABILITATION OF ONCOLOGICAL PATIENTS.....	399

<i>Mukhamadiyeva N.B., Kasymova N.A.</i> ASSOCIATED RISK FACTORS FOR POST-INFARCTION DEPRESSION.....	403
<i>Mukhtorova Kh.K., Mukhamadiyeva N.B.</i> ISSUES OF SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.....	412
<i>Tuksanova D.I., Solieva N.K.</i> FEATURES OF THE ANAMNESIS OF WOMEN WITH THE THREAT OF MISCARRIAGE AND THEIR ROLE IN DETERMINING THE RISK GROUP.....	416
<i>Karimova N.N., Kilicheva O.O.</i> DETERMINATION OF MARKERS OF ENDOTHELIUM DYSFUNCTION IN WOMEN WHO HAVE MASSIVE BLEEDING IN LABOR WITH THE PURPOSE OF PREVENTING LATER COMPLICATIONS.....	419
<i>Abdullaeva V.K.</i> DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS: PROBLEMS AND WAYS OF SOLVING.....	423
<i>Antokhina R.I., Antokhin E.Yu., Mironchev A.O., Isaeva O.N., Isaev R.F., Tukesheva R.R.</i> COGNITIVE INDICATORS AND ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS IN A NEW ETHNOCULTURAL ENVIRONMENT.....	429
<i>Askarova R.I.,</i> PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN TUBERCULOSIS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC.....	435
<i>Irmukhamedov T.B., Abdullaeva V.K., Madzhidova Y.N.</i> CHARACTERISTICS OF COGNITIVE DEFICIENCY IN THE CLINIC OF PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH ACCOMPANYING CEREBROVASCULAR PATHOLOGY.....	441
<i>Anna Dmitrievna Repetiy, Irina Sergeevna Bykova</i> SPOUSING CONFLICTS AND ATTITUDE TOWARDS A CHILD IN FAMILIES OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....	445
<i>Rustamova J.T., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., Muxtorov B.O., Ismatov S.Z.</i> FEATURES OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF ANXIETY STATES IN THE ELDERLY AGE.....	453

<i>Salnikova A.S., Bykova I.S.</i> EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE OF ADOLESCENTS WITH SCHOOL DISADAPTATION.....	458
<i>Chalaya E. B., Budza V. G., Chaly V. A. Chalaya I. V.</i> ON THE QUESTION OF PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS IN THE STROKE COURSE OF VASCULAR PATHOLOGY OF THE BRAIN.....	465
<i>Ismoilova M.Yu.</i> THE ROLE OF FOLK MEDICINE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES.....	472
<i>Kalmataeva Zh.A., Khatamova M.T.</i> HEMOSTASIOLOGICAL MANIFESTATIONS CONSTANT SEPTIC DISEASES.....	476
<i>Mrykhina V.V., Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Dyachenko A .IN.</i> CHILD'S SCHIZOPHRENIA - MECHANISMS OF MUTUAL INFLUENCE OF THE MOTHER AND THE PATIENT.....	479
<i>Sultonova N.A.</i> EFFICIENCY OF APPLICATION OF ANTI-AGGREGATE THERAPY FOR PREVENTION OF ADDICTED UNBEARING IN THE EARLY TERMS OF GESTATION IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME.....	486
<i>Khatamova M.T., Bishekova B.Z.</i> PHARMACOGENETIC AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF STOMACH CANCER ON THE BACKGROUND OF UTERINE ENDOMETRIOSIS.....	489
<i>Sultonova N.A., Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I.</i> THE ROLE OF THE MORPHOFUNCTIONAL STATE OF ENDOMETRY IN THE STRUCTURE OF ADDICTED NON-CARRYING IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY.....	494

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА И ОБРАЗОВАНИЕ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

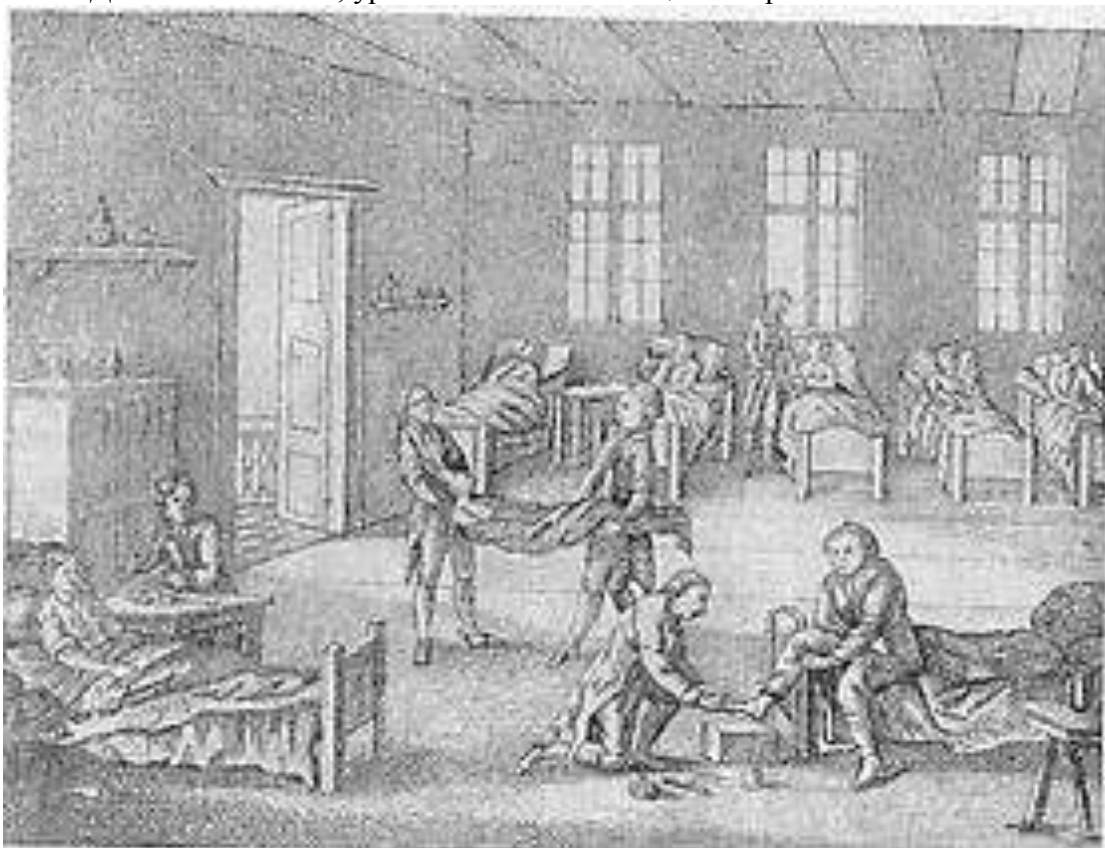
Тешаев Ш.Ж., Мухтарова Х.К., Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность

Несмотря на то, что вопросам истории психиатрии посвящены многие работы, малоисследованными остаются сложные этапы становления и развития психиатрической службы в Бухарской области. Длительная война, уровень

социально-экономического и культурного развития территорий, их административное устройство, характер управления в регионе оказывали влияние на систему организации медицинской помощи, в том числе и специализированной.



Организация психиатрической помощи населению Бухарской области долгое время находилась в руках табибов (лекарей, целителей). Антигуманное, варварское отношение к психически больным, свидетельствовавшее в средние века в европейских странах, не имело на Востоке большого распространения. Тем не менее, в последующий период число медиков, интересующихся психиатрией, было очень небольшое.

30 августа 1891 года под инициативой общественных активистов была открыта первая русско-туземная лечебница в столице Бухарского эмирата (15 коек для

военнослужащих). Главным врачом был Иван Федорович Пензяков. 29 июня 1896 г. состоялось официальное открытие первого в Средней Азии специализированного психиатрического учреждения. При открытии отделение состояло из трех больших корпусов, сохранившихся ныне, предназначенных для 24 лиц военного и 26 (16 мужских и 10 женских) — гражданского ведомства.

В революционные годы объем больницы был расширен на 35 коек, 1938 году была перестроена в больницу, которая в настоящее время является областной

многопрофильной больницей Бухарской области.

В Советское время развитие системы психиатрической помощи началось после 1922 года. Приоритетным направлением было создание сети районных центров оказания амбулаторной помощи — психиатрических диспансеров. В 1930-е годы наряду с ними стали появляться дневные стационары и центры трудотерапии. В 1960-е годы психиатрическая система уже представляла собой единую, дифференцированную сеть, включающую приюты, районные диспансеры, детские сады, семинары по активной терапии, врачей-психиатров на фабриках и заводах, дома для хронических пациентов и специальные школы для детей с психическими заболеваниями.

В военные годы лечением психически больных занимались в основном врачи общего профиля. К 1947 году были организованы отдельные палаты для душевнобольных в структуре неврологического и физиотерапевтического отделений. В 1949 году была создана больница на 50 коек, а в 1963 году было организован диспансер психоневрологический, как самостоятельное лечебное учреждение, которого возглавляла Костенко Зинаида Сергеевна.

Постепенно в диспансере было достигнуто расширение коек. Развитие лечебно-диагностической деятельности шло во всю мощь, были организованы клинические разборы, конференции.



Совместная работа со специалистами столицы (профессор Мурталибов Ш.А. в центре)

При сложных клинических случаях были приглашены специалисты столицы профессора Фёдор Фёдорович Детенгоф, Шахзадэ Аскарлович Мурталибов, Худаяр Алимович Алимов, Баходир Абдурахимович Тошматов...

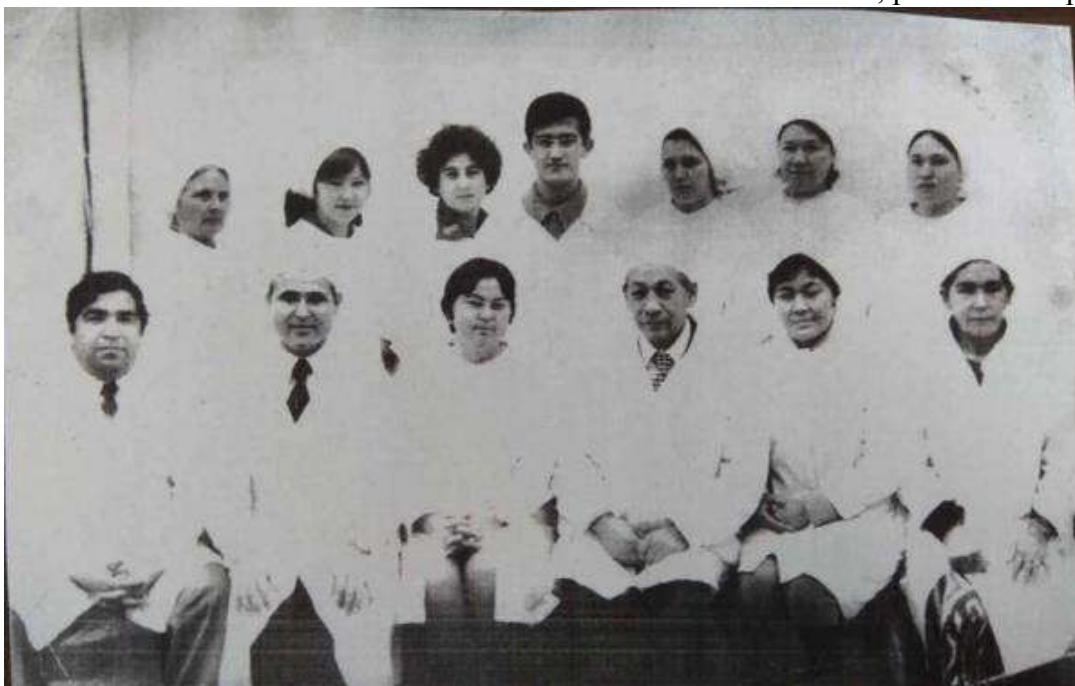
С годами больница расширила свой кадровый потенциал, были созданы отдельные штаты для специалистов смежных дисциплин.

Больницей руководили такие специалисты, как Мухтаров Борис



Мухтарович, Мирзаев Рахим Ашурович, Хайдарзадэ Немат Хусаинович, Хамдамов Хамро Солиевич.

Многие годы лучше специалисты региона вели врачебную деятельность в плане диагностики, лечения, реабилитации психически больных, решение вопросов



профилактики, социальных аспектов: Прокофьева Антонина Ивановна, Терехова Надежда Ивановна, Якубов Яхиэль Рахминович, Сайтова Клара Зияевна, Георгий Исакович Рахминов, Касымова Тамара Салиховна, Абдуллаева Людмила Файзуллаевна, Кенжаев Миср Кенжаевич, Мухтарова Хакикат Каримжановна, Абдуллаев Нажмиддин Абдуллаевич, Исабаев Рахим Бабаджанович, Мустафаев Исмаил Муртазаевич...

В последующие годы в улучшение организации и реорганизации психиатрической помощи, больным на базе психиатрической больницы внесли свой вклад главные врачи, которые в тесном сотрудничестве с научными работниками кафедр психиатрии подготовили целую плеяду практических врачей.

Научная и практическая деятельность кафедры психиатрии получила своё развитие со времени учреждения Бухарского медицинского института в 1991 году. На основании приказа ректора Бухарского государственного медицинского института профессора А.И.Муминова была сформирована кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Заведующим кафедрой был избран к.м.н.,

доцент Шакир-Алиев Рахмин Ашурович (1991-1996).

С 1996 по 1999 год кафедрой руководил главный врач Бухарского областного психиатрического диспансера Х.С.Хамдамов, а 1999-2019 годы кафедрой руководила к.м.н., доцент Х.К.Мухтарова.



Под её руководством кафедра психиатрии заняла основное и ведущее положение по подготовке кадров научных и практических врачей-психиатров для региона. Многие проделали путь от клинических ординаторов до ассистентов, доцентов (Кучкаров У.И., Эргашева Ю.Ю., Мухамадиева Н.Б., Рустамов У.Т., Аминов Х.А., Амонов А.Р.). Большое количество врачей-психиатров, прошедших подготовку, работают в психиатрических

учреждениях города, некоторые возглавляют крупные лечебно-

Таким образом, больница становится мощнейшим центром подготовки научных и врачебных кадров в регионе.

На сегодняшний день в отделениях областной психоневрологической больницы работают более 30 выпускников клинической ординатуры, которые вносят значительный вклад в совершенствование региональной

психиатрической и наркологической службы. Многие годы М.К.Кенжаев, Л.Ф.Абдуллаева работали ассистентами на кафедре. По стопам наставников продолжили путь в педагогической и научной сфере У.И.Кучкаров, Ю.Ю.Эргашева, Н.Б.Мухамадиева, У.Т.Рустамов под руководством заведующей кафедрой, к.м.н., доцента Х.К.Мухторовой.

Молодые исследователи занимались исследованиями в области суицида, наркомании, невротических расстройств при соматических заболеваниях. Судебно-психиатрическая экспертиза, которая является актуальной проблемой в области психиатрии, поручена профессорам и преподавателям кафедры с 2000 года приказом Минздрава Республики Узбекистан.

За последние годы интенсивный и многоплановый характер приобрело сотрудничество образовательных

профилактические и психиатрические учреждения.

учреждений, в том числе и в Бухарском государственном медицинском институте, для формирования международного научного сотрудничества и международной интеграции для повышения эффективности науки и образования. Сферы науки, инноваций и образования относятся к тем



объединяющим направлениям, по которым продолжается развитие международного сотрудничества. В настоящее время на кафедре психиатрии также проводятся работы по данным направлениям; интенсивная совместная работы с местными и зарубежными коллегами, реализация партнерства в области образования и науки для достижения таких стратегических задач, как повышение качества научных разработок и образования, развитие экспорта и импорта образовательных услуг.



За истекшее время проделана определенная работа по совершенствованию национальной службы охраны психического здоровья населения, выявлению, лечению и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами. А также укрепление кадрового потенциала сферы охраны психического здоровья населения, повышение качества формирования эффективной системы

взаимодействия психиатрической службы с государственными и негосударственными организациями в интересах лиц, страдающих психическими расстройствами.

В соответствии с постановлением Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2018 года № ПП-3606 «О мерах по коренному совершенствованию системы оказания психиатрической помощи» реализуются программы по дальнейшему совершенствованию системы оказания психиатрической помощи населению, оснащению (дооснащению) психиатрических учреждений современным медицинским оборудованием, а также строительству и реконструкции зданий психиатрических учреждений республики, в частности в Бухарской области тоже. В связи с тем в областной диспансер были приобретены современные диагностические оборудования, была проведена реконструкция отделений больницы.

Также указаны квоты приема в магистратуру по направлению «психиатрия» на основе государственных грантов, активизировались фундаментальные, практические и инновационные научные исследования на кафедре психиатрии Бухарского государственного медицинского института. Настоящее время на кафедре обучаются 22 магистров и 11 клинических ординаторов по специальности «Психиатрия». Организовано углубленное научно-практическое взаимодействие кафедры психиатрии с клиническими базами для улучшения качества подготовки кадров и лечебно-диагностической помощи.

В соответствии с постановлением Президента Республики Узбекистан 2018 года была разработана новая редакция Закона «О психиатрической помощи». Принятие данного Закона дало возможность улучшить нормативно-правовую базу во всех направлениях психиатрической помощи.

В 2019 году было принято (13.02. №ПП-4190) Постановление Президента

Республики Узбекистан «Об утверждении концепции развития службы охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан на 2019 — 2025 годы», в целях дальнейшего развития системы охраны психического здоровья населения, организации оказания качественной психиатрической помощи, профилактики, диагностики и лечения психических расстройств. Среди основных задач концепции:

- стимулирование развития частной медицинской практики в сфере оказания психиатрической помощи населению;
- недопущение стигматизации и дискриминации людей по признаку наличия психических расстройств, обеспечение равных условий для реализации прав, свобод и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами;
- охват психиатрической помощью всех возрастных групп нуждающегося населения, повышение доступности качественных медицинских услуг по выявлению, лечению и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами;
- внедрение модели межведомственной мультидисциплинарной бригадной работы при оказании психиатрической помощи, особенно в регионах республики.

На базе действующих психиатрических учреждений будут открыты дневные стационары для лиц с обострениями или декомпенсациями психических расстройств, которые нуждаются в ежедневном врачебном наблюдении, но без обязательной госпитализации в круглосуточный стационар. Лица, страдающие психическими расстройствами, также смогут получать бесплатную юридическую помощь. Министерству здравоохранения поручено принять меры по обеспечению лиц, страдающих психическими расстройствами, современными высокоэффективными лекарствами.

Также недавно 23 апреля 2021 года, на четырнадцатом пленарном заседании Сената Олий Мажлиса в центре

обсуждения был Закон Республики Узбекистан «О психиатрической помощи».

Важно отметить, что помимо очевидного улучшения качества оказания пациентам психиатрической помощи, внедрение инновационных методик терапии и реабилитации позволит снизить риск смерти в трудоспособном возрасте, добиться профилактики инвалидизаций и повторных госпитализаций, увеличить долю работающих и учащихся, снизить затраты на стационарную медицинскую помощь.

СПИСОК ЛЕТЕРАТУРЫ:

1. Мустафоев И.М., Мухтарова Х.К. Самарали фаолият йўли. Бухоро, 2008. – 91.
2. Древняя и вечная Бухара. — Т. : Из-во им. Г. Гуляма, 2016.
3. Магзумова Ш.Ш. Федор Федорович Детенгоф // Независимый психиатрический журнал. М. — 2009. — № 4.
4. Шакир-Алиев Р. Воспоминания о Фёдоре Фёдоровиче Детенгофе // Віртуальний музей «Дисидентський рух в Україні». — 17.11.2010.
5. Шахзадэ Аскарлович Мурталибов : биогра. отд. лица. - Текст : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. – Том 11, N2. - С. 111. - ISSN 0869-4893.
6. <https://lex.uz/docs/5141339>
7. <https://lex.uz/docs/5422217>

Поступила 09.04.2021

Lyan Y.M., Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ *Resume*

The article discusses the methods and techniques of short-term integrative psychotherapy for panic disorder based on the study of evidence-based studies. The main targets and stages of psychotherapeutic intervention within the framework of the studied method are formulated. A step-by-step mechanism for conducting short-term integrative psychotherapy in panic disorder is presented. The degree of evidence of the effectiveness of the application of specific psychotherapeutic methods and the strength of recommendations are indicated.

Key words: panic disorder, integrative psychotherapy, targets and stages of psychotherapy.

КРАТКОСРОЧНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Лян Ю.М., Ашуров З.Ш., Ядгарова Н.Ф.

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

✓ *Резюме*

В статье рассмотрены методики и техники краткосрочной интегративной психотерапии панического расстройства на основе изучения доказательных исследований. Сформулированы основные мишени и этапы психотерапевтического вмешательства в рамках изучаемого метода. Представлен поэтапный механизм проведения краткосрочной интегративной психотерапии при паническом расстройстве. Указана степень доказательности эффективности применений конкретных психотерапевтических методов и сила рекомендаций.

Ключевые слова: паническое расстройство, интегративная психотерапия, мишени и этапы психотерапии.

ВАҲИМАЛИ БУЗИЛИШДА ҚИСКА МУДДАТЛИ КОМПЛЕКС ПСИХОТЕРАПИЯ

Лян Ю.М., Ашуров З.Ш., Ядгарова Н.Ф.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

✓ *Резюме*

Мақолада далил исботларга асосланган тадқиқодларни ўрганиб чиқиш асосида паник хавотирли бузилишларнинг интегратив қисқа муддатли психотерапияси техникаси ва усуллари келтирилган. Мазкур усул асосида психотерапевтик аралашувнинг асосий нишонлари ва босқичлари ифодаланган. Паник хавотирли бузилишларнинг интегратив қисқа муддатли психотерапияси алгоритми тақдим этилган. Аник психотерапевтик усуллари қўлланилишининг самараси исботланганлик ва тавсиялар кучи даражалари кўрсатилган.

Калит сўзлар: ваҳима бузилиши, интеграл психотерапия, психотерапиянинг мақсадлари ва босқичлари.

Introduction

Due to their high prevalence in the population, the most significant anxiety disorders for clinical practice are the following: generalized anxiety disorder; post-traumatic anxiety disorder; panic disorder; obsessive compulsive disorder; social phobias; anxiety-depressive disorder [8,10,19,20].

Of the entire spectrum of anxiety disorders, it is panic disorder that remains the least understood by clinicians. This is due to the fact that the symptomatology of panic disorder is perceived primarily as a syndrome that can develop within the framework of various nosological coordinates: neuroses, psychogenic reactions, decompensation

of character accentuations, psychopathies of anxiety-suspicious type, affective psychosis, neurosis-like schizophrenia, etc. The high prevalence of subclinical forms of panic disorder and high comorbidity with other anxiety disorders, recurrent depression, substance abuse, somatic diseases and other pathological disorders emphasize the establishment of the diagnosis of panic disorder and the individual decision of the question of starting pharmacotherapy and psychotherapy. Also, it is equally important to find effective methods of psychotherapy for panic disorder based on evidence-based research.

The aim of this work is to develop an algorithm for short-termed integrational therapy of panic disorder based on evidence-based studies.

Materials and methods used to collect / select evidence: search in electronic databases. The evidence base is the publications included in the Cochrane Library, the EMBASE and MEDLINE databases. The search depth was 5 years. Sources for analysis of evidence: reviews of published meta-analyses; systematic reviews with tables of evidence.

To create an algorithm short-termed integrational therapy of anxiety disorders, the following rating system for assessing evidence was used, according to the hierarchy of scientific data reliability:

A) The evidence is compelling: There is strong evidence for the proposed claim that comes from one well-designed or multiple randomized clinical trials (RCTs) or a large systematic review (meta-analysis) of RCTs.

C) Relative Strength of Evidence: There is sufficient evidence to recommend this hypothesis. Evidence comes from at least one controlled study or a systematic review of cohort studies or RCTs.

C) Evidence from uncontrolled studies or case reports / expert opinions

C1 - Uncontrolled research

C2 - Case reports

C3 - Expert opinion or clinical experience

D) Inhomogeneous results Positive RCTs are outweighed by roughly equal numbers of negative studies

F) Negative evidence. Sufficient negative evidence: There is sufficient evidence to recommend that the drug or treatment should not be used in a particular situation.

F) Insufficient evidence

General information. Panic disorder is a common anxiety disorder in the population that has a chronic or recurrent course, accompanied by stable anxiety and emotional stress, leading to severe maladjustment and an increased suicidal risk.

The average lifetime risk of developing panic disorder ranges from 4.1% to 6.6%. Panic disorder occurs at the initial admission in 10% of cases [1, 2]. Like major depression, panic disorder is much more common in women than in men, with a ratio of about 2 to 1. [3]. In addition to age and female sex, low living standards and loneliness are also considered risk factors [17]. It should be noted that panic disorder among other anxiety disorders accounts for a significant proportion - from 12 to 25% [6, 12].

Panic disorder can develop at any age, most often before the age of 30. The disease usually begins gradually, the symptoms progress slowly and become chronic. panic disorder is manifested by conscious excessive anxiety, which is characterized by episodic course. The leading symptoms of panic disorder are feelings of paroxysmal, excessive, poorly controlled anxiety, tense anticipation and fears about possible adverse events that may occur in the future. Anxiety feels as of extreme levels for patients. Exaggerated fears, not justified by the situation and inadequate to life circumstances, may relate to any spheres of activity. Patients are worried about possible accidents, they fear the occurrence of unlikely diseases, professional incapacity, and inability to complete their studies. Anxious expectation of failure and exaggerated fears are poorly controlled and are not adequate to the objective circumstances of the patient's life. At the same time, anxiety is never an isolated symptom and is necessarily combined with other manifestations of panic disorder.

The diagnosis of panic disorder is based on the presence of inadequate anxiety attacks and anxiety anticipation, as well as accompanying them constantly for at least six months, somatic and vegetative symptoms.

The main therapeutic strategy for panic disorder currently involves a combination of pharmacotherapy and psychotherapy. Antidepressants (SSRIs, SNRIs, TCAs), benzodiazepine tranquilizers, pregabalin, cognitive-behavioral therapy (CBT), various relaxation methods (for example, modification of auto-training) are currently considered to be the methods recognized as effective in the treatment of panic disorder.

Short-termed integrational psychotherapy for anxiety disorders. (Level of Evidence - A. Strength of Recommendations - 1)

Modern meta-analyzes of evidence-based studies assess the effectiveness of short-termed integrational psychotherapy in anxiety disorders very highly [12; 16], and for generalized anxiety disorder and panic disorder, the productivity of this method is comparable to the results of pharmacotherapy using SSRIs. An important advantage of short-termed integrational psychotherapy is the possibility of group psychotherapy, which is comparable in effectiveness to the individual form of work, but has a natural advantage - a greater coverage of patients [15]. It has been shown that in the treatment of anxiety disorders, the use of group short-termed integrational psychotherapy in combination

with psychopharmacotherapy significantly reduces the number of readmissions and reduces the likelihood of relapses [10]. Empirically based cognitive models of mental disorders provide high results for short-termed integrational psychotherapy methods, which allow the construction of scientifically based models of psychotherapeutic interventions. For example, short-termed integrational psychotherapy's cognitive models of social phobias

and generalized anxiety disorder have been supported by evidence-based studies; on the basis of these models, the methods of short-termed integrational psychotherapy with proven efficiency were constructed [5; sixteen; 21].

In general short-termed integrational psychotherapy approach, taking a leading position, continues to develop: research team David D. (D. The by David) and co-authors argues that improvements in therapy in the future will be towards ever greater integration of science-based psychotherapeutic approaches based on the methodology of short-termed integrational psychotherapy [11].

Algorithm for short-termed integrational psychotherapy of panic disorder

Cognitive model of generalized anxiety disorder. The mindset of a patient with panic disorder is dominated by themes of danger, that is, he presupposes events that will turn out to be detrimental to him, to his family, to his property and other values. Anxious individuals find it difficult to recognize safety signals and other clues that reduce the threat of danger [13].

Results and discussion. The targets of cognitive-behavioral psychotherapy for panic disorder are: low tolerance for uncertainty; positive beliefs about anxiety; lack of focus on problem solving; cognitive avoidance.

Table 1

Algorithm of short-termed integrational psychotherapy for panic disorder

Stage	Stage goal	Stage objectives
1	Psychoeducation	Explaining Short-Termed Integrational Psychotherapy Clarification of the nature of anxiety disorders, including their description and characteristics Anxiety awareness training (with notes on the timing and content of disturbing thoughts)
2	Awareness of one's own low tolerance to uncertainty and to overcome it	Linking Low Tolerance to Uncertainty and Exaggerated Anxiety Awareness and acceptance of the inevitability of situations of uncertainty in human life Development of the ability to recognize various situations of manifestation of a state of intolerance to uncertainty Identifying situations that provoke states of anxiety about uncertainty and immersion in them based on the exposure method
3	Overestimating the value of worry	Identifying All Arguments For Concern Identifying counterarguments and analyzing the negative consequences of anxiety Articulating new beliefs about anxiety as an ineffective strategy for coping with danger
4	Solution of problems	Preparing For The Inevitability Of Certainty In The Problem-Solving Process Identifying existing problems and formulating a goal to overcome them

		Elaboration of various possible ways to achieve these goals Choosing the optimal path Application of the selected means and evaluation of the result
5	Overcoming cognitive avoidance and developing the ability to tolerate unpleasant thoughts and images	Discussing Images Of Scary Situations Description of feelings and subjective assessment of the level of anxiety Training resistance to these images and feelings based on the exposure method
6	Relapse prevention	Consolidation Of All Acquired Knowledge And Skills Discussion of possible triggers and provocations that may contribute to the return of old ineffective coping styles Discussion of ways of dealing with situations in which the old style of reaction is manifested

To achieve the goals in the treatment of panic disorder, the following techniques are used in the framework of short-termed integrational psychotherapy (Level of Evidence - A. Strength of Recommendations - 1):

Cognitive restructuring. Interventions are performed to correct misconceptions and interpretations of bodily sensations. May be supplemented with in vivo exposure to provide additional information that will disprove erroneous judgments.

Breathing training. It is shown in the case of pronounced hyperventilation component panic disorder structure. Due to the fact that dyspnea occurs against the background of stress, which is assessed as threatening health and provokes or intensifies fear caused by external anxiety stimuli, it is recommended to conduct training in breathing control with subsequent cognitive reattribution of the meaning of symptoms. The training can be supplemented by forced hyperventilation with the acquisition of the skills to control symptoms through breathing in a bag.

Applied relaxation. Using progressive muscle relaxation and teaching patients the skills to control their physical condition. Interceptive exposure. Exercise that provides a sensation similar to a panic attack, such as inhaling carbon dioxide, doing cardiovascular stress testing or exercise, hyperventilating, rotating a chair, and re-infusing sodium lactate.

Exposure in vivo conducting repeated behavioral training close to reality, especially indicated in the presence of agoraphobia. It can be carried out in a different mode, with the participation of a psychotherapist or a specially trained nurse, or independently, dosed or

massively, with prolonged immersion in the situation or with the ability to leave it.

Attraction / distraction of attention. During exposure, the patient's attention can be completely focused on phobic experiences, when the patient is fully focused on his feelings and thoughts, reminds himself of the need not to be distracted. Another option is to distract attention by performing cognitive tasks such as counting, rhyming words, instructing yourself to be distracted from disturbing thoughts and images.

Conclusion

The described algorithm of short-termed integrational psychotherapy and its techniques can be included in the complex of psychotherapeutic measures aimed at treating patients with panic disorder along with biological therapy and social interventions. Such involvement of specialists of various orientations on the basis of a evidence-based approach provides an effective therapeutic effect based on the biopsychosocial concept of the development of mental disorders and creates the possibility of using personalized therapy [2, 3, 6, 21].

LIST OF REFERENCES:

1. Baxter A.J., Scott K.M., Vos T., Whiteford H.A. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* 2013;43(5):897-910. doi:10.1017/S003329171200147X
2. Baxter A.J., Vos T., Scott K.M., Ferrari A.J., Whiteford H.A. The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychol Med.* 2014;44(11):2363-2374. doi:10.1017/S0033291713003243
3. Lawrence P.J., Murayama K., Creswell C. Systematic Review and Meta-Analysis:

- Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(1):46-60. doi:10.1016/j.jaac.2018.07.898
4. Tully P.J., Cosh S.M., Baumeister H. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *J Psychosom Res*. 2014;77(6):439-448. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.001
 5. Albert U., Tomassi S., Maina G., Tosato S. Prevalence of non-psychotic disorders in ultra-high risk individuals and transition to psychosis: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018;270:1-12. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.028
 6. Zimmermann M., Chong A.K., Vecchiu C., Papa A. Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2020;285:112705. doi:10.1016/j.psychres.2019.112705
 7. Leray E., Camara A., Drapier D., et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the "Mental Health in General Population" survey (MHGP). *Eur Psychiatry*. 2011;26(6):339-345. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.12.001

Entered 09.04.2021

CHARACTERISTICS OF MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE WHITE RAT'S STOMACH IN THE EARLY POSTNATAL PERIOD

Teshaev Sh. Zh., Khudoiberdiev D. K., Navruzov R. R. Khodzhaeva D.I.

Anatomy Department, Bukhara State Medical institute, Bukhara, Uzbekistan

✓ **Resume**

The research was conducted among 20 newborns and 18 white rats that were one month old. Under ether anesthesia, the rats held a decapitation, he opened the abdominal cavity and studied microanatomy, sellotape and syntopia stomach.

In the period of the first month, there is an increase in the stomach in the cardiac Department 3 times, and in the pyloric Department only 1.3 times, which means that in this period the stomach performs a function, mainly as a reservoir.

Thus, our study shows that by the monthly period in white rats, the mucous and submucosal basis of the stomach wall is well developed, which indicates that they have switched to a mixed diet.

Keywords: stomach, morphometric parameters, postnatal period, white rats

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛУДКА БЕЛОЙ КРЫСЫ В РАННЕМ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Тешаев Ш.Ж., Худойбердиев Д.К., Наврузов Р.Р. Ходжаева Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Исследование проводилось среди 20 новорожденных и 18 белых крыс в возрасте одного месяца. Под эфирным наркозом крысу провели обезглавливание, вскрыли брюшную полость и изучили микроанатомию, и синтопию желудка.

В период первого месяца наблюдается увеличение желудка в сердечном отделе в 3 раза, а в пилорическом отделе всего в 1,3 раза, а это значит, что в этот период желудок выполняет функцию, в основном, как резервуар.

Таким образом, наше исследование показывает, что к месячному периоду у белых крыс слизистая и подслизистая основа стенки желудка хорошо развита, что свидетельствует о том, что они перешли на смешанное питание.

Ключевые слова: желудок, морфометрические параметры, послеродовой период, белые крысы.

DASTLABKI DAVRDA OQ KALAMUSHINING OSHQOZON-ICHAK TRAKTINING MORFOMETRIK PARAMETRLARI

Teshaev Sh.Z., Xudoyberdiev D.K., Navro'zov R.R. Xojayeva D. I.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ **Rezyume**

Tadqiqot bir oylik yoshida 20 yangi tug'ilgan chaqaloq va 18 oq kalamushda o'tkazildi. Eterli behushlik ostida kalamushning boshi kesilgan, qorin bo'shlig'i ochilgan va oshqozon mikroanatomiyasi va sintopsi o'rganilgan. Birinchi oy davomida oshqozon bo'limida oshqozon 3 marta, pilorik qismida esa faqat 1,3 marta ko'payishi kuzatiladi, ya'ni bu davrda oshqozon asosan suv ombori vazifasini bajaradi. Shunday qilib, bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatadiki, oq kalamushlarda oshqozon devorining shilliq va submukozasi oylik davrda yaxshi rivojlangan, bu ularning aralash ovqatlanishga o'tganligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: oshqozon, morfometrik parametrlar, tug'ruqdan keyingi davr, oq kalamushlar.

Introduction

It is important not only to study the biological structure of cells, tissues, organs and the human body, which is inextricably linked with modern morphological-practical health, but also to solve problems in clinical medicine [4,6].

Food entering the stomach produces not only mechanical digestion, but also the absorption of a certain amount of decomposed substances, as well as many secretions that are very important for the digestive process [2,3,5, 9,13,17].

The mucous layer of the digestive system, on the one hand, is a barrier that prevents the entry of various substances of the external environment into the body, on the other hand, actively participates in metabolic processes between the external and internal environment of the organism. Due to its direct contact with crushed and partially crushed food entering the stomach, the gastric mucosa is constantly exposed to "normal" and potentially dangerous antigens [4,17].

A distinctive feature of the epithelium of the gastric mucosa is its glandular nature, which, like all the covering epithelial cells, secretes a mucous secretion on a permanent basis. The product of the lining epithelium of the stomach forms a mucous membrane on the mucous membrane, which protects it from the effects of gastric juice and damage to rough food particles [16].

In many experiments with white rats, drugs have been studied by injecting them directly into the stomach, but the changes have taken place in the anatomomorphological structure of the stomach, which is a central member of the digestive system of rats has not been fully studied [12].

Nowadays, the consumption of various solid and dry foods is increasing among the population, which indicates the need to study the effect on the stomach, its mucous membrane, subcutaneous base, muscle layer.

Gastrointestinal diseases are among the most common diseases and have seen several increases in the last decade. Despite the fact that in recent years, various studies have been conducted on the diagnosis and treatment of this disease, the topic of gastrointestinal pathology remains relevant [1,7,8].

The discovery of modern aspects of gastroenterology, immunology, and lymphology requires an in-depth study of the macro and microscopic anatomy of the gastrointestinal system in various conditions [10,11,14,15].

Purpose of the study: to study the morphometric parameters of the stomach of the white rat in the early sequential period

Materials and methods

The studies were performed on 20 newborns and 18 one-month-old white rats. The rats were decapitated under ether anesthesia, the abdominal cavity was opened, and macroanatomy, sclerotopy, and syntopy of the stomach were studied. After macroanatomy, the stomach was isolated for further examination. The anatomical features of the isolated stomach were measured using a caliper. The process of experiments on laboratory animals was carried out in accordance with the Declaration of the International Medical Association, adopted in Helsinki in 1964 and completed in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008, 2013.

The isolated stomach was fixed in Buen's solution. It was passed through alcohol batteries and poured into paraffin. Incisions at 6–7 μ m were then prepared and stained by hematoxylin-eosin and Van-gizon methods. Morphometric examinations and measurements were performed under the NLCD-307B microscope.

Mathematical processing was performed in Excel 7.0 and representative error rates were determined.

Research results and discussion

In the studied on white rats, the upper (upper posterior) wall of the stomach touches the right and lateral intestinal loops on the right, and the left adrenal gland and left kidney on the left. The stomach covers the upper 2/3 of the lower surface of the left adrenal gland and the upper end (anterior end) of the left kidney. The left half of the stomach is round, located mainly under the diaphragm, touching the spleen from the left. The right half of the stomach narrows, from which the 12-fingered intestine begins. The right half of the stomach is touched on the outside by the 12-fingered intestine, the rest lies beneath the visceral surface of the liver and extends to the right border of the hepatic portal.

The small curvature of the stomach is transverse in front of it, and the organ is tilted when it is full. In the small curvature of the stomach there is a joint with the esophagus, which connects with the stomach in a topographically anatomically clear area, i.e. the small curvature of the stomach in the middle.

The large curvature of the abdomen is located at the back of the organ, and in most cases is transverse.

The following lengths are drawn from the abdominal organs to the stomach: gastro-spleen length: - from the spleen to the large curvature of the stomach; diaphragm-stomach length: -from the diaphragm to the left of the large curvature of the stomach; liver-stomach length: -from the hepatic

portal to the small curvature of the stomach; gastric or peptic ulcer: - from the large curvature of the stomach to the transverse colon.

The analysis of the layered structure of the gastric wall in white rats up to one month of age is as follows: there are three rows of cells in the esophageal part of the gastric mucosa that form a multilayered keratinous epithelium. The cells in the basal row are oval in shape, smaller in size than the middle and upper layer cells, and the nucleus is located in the center of the cell. The cells in the middle and upper rows are eccentric, unlike the basal row cells, where more cells are located on the lateral side. In the apical part of the cells are

secretory granules. The cells in the top row are lined with cuticles.

In 30-day-old white rats, the esophagus of the gastric mucosa has three rows of cells that form a stratified keratinized epithelium. The cells of the basal row are oval in shape, smaller in size than the cells of the middle and upper layers, and the nucleus is located in the center of the cell. The cells of the middle and upper rows, in contrast to the cells of the basal row, have eccentric nuclei, with a greater number of cells located on the lateral side. In the apical part of the cell, there are secretory granules. The cells of the upper row are covered with a cuticle (Fig. 1).

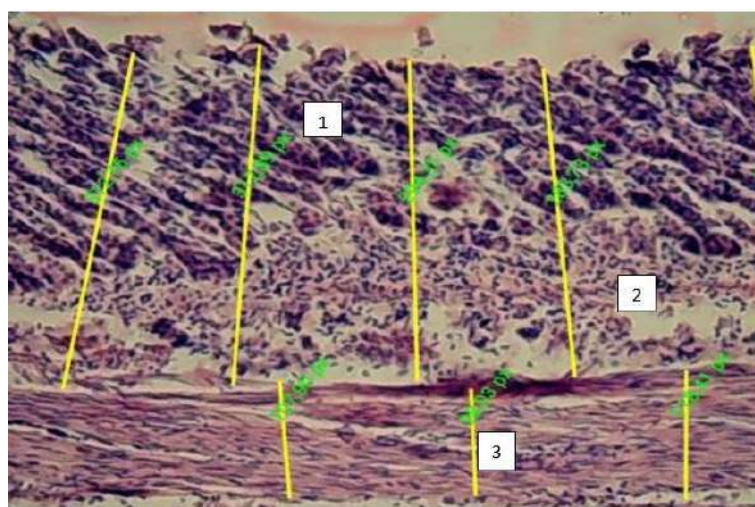


Fig .1. The structure of the esophageal stomach of 30-day-old white rats. 1st mucous layer, 2nd submucosal layer, 3rd muscle layer. Coloring: H-E. SW: about 10, ob. 20. Coloring: HE(hematoxylin-eosin). SW: eyepiece 10, ob. 20.

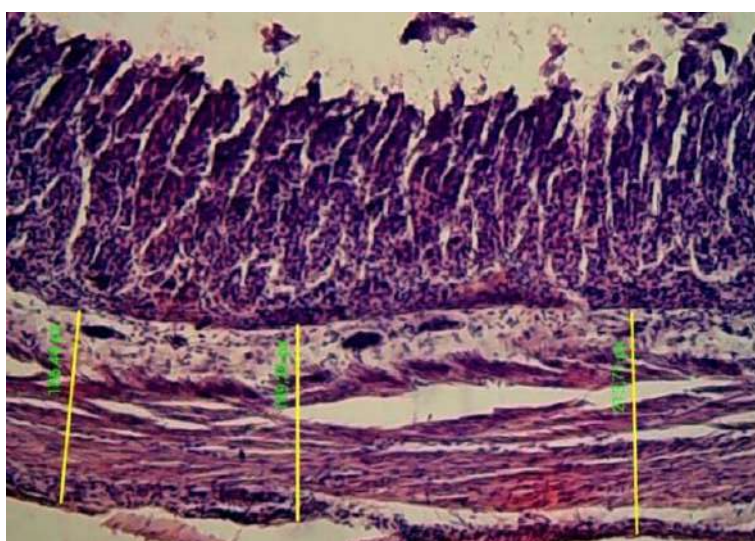


Fig 2. The structure of the 12-fold stomach of 30-day-old white rats. 1st mucous layer, second submucosal layer, third muscle layer. Coloring: H-E. SW: about 10, ob. 20. Coloring: HE(hematoxylin-eosin). SW: eyepiece 10, ob. 20.

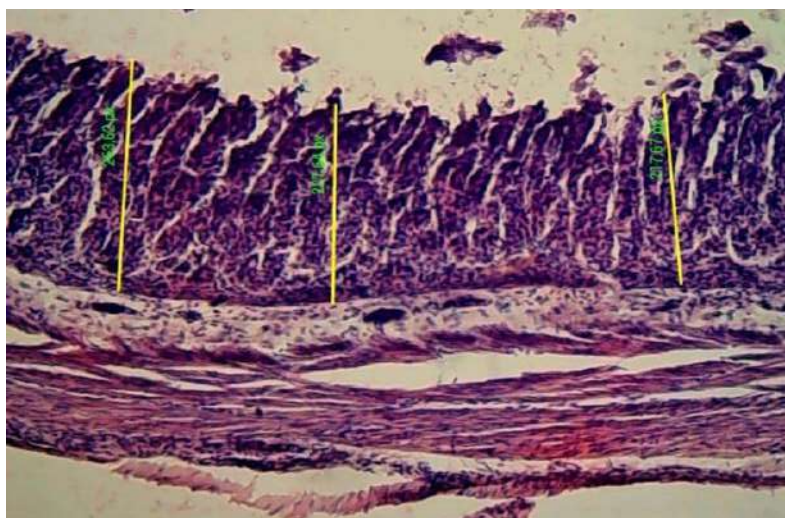


Fig 3. The structure of the 12-fold stomach of 30-day-old white rats. 1st mucous layer, second submucosal layer, third muscle layer. Coloring: H-E. SW: about 10, ob. 20. Coloring: HE(hematoxylin-eosin). SW: eyepiece 10, ob. 20.

The gastric wall morphometric parameters of white rats are given in the table below.

Table 1. Newborn concentrationmorphometric indicators of the stomach wall of 30 days old white rats and the layers that make up the wall

Components of the stomach wall	Newborn white rats		Thirty days old white rats	
	Esophageal section of the stomach	12-fingered intestinal section of the stomach	Esophageal section of the stomach	12-fingered intestinal section of the stomach
The total thickness of the stomach wall	80.0-205.0 135.2±5.2	260.0-334.8 276.6±6.2	393,3-522,1 475.8±5.2	278.9-570.3 488.9±6.2
Muscle layer	42.3-87.1 72.5±2.3	60.2-172.5 101.3±3.1 *	186.4-258.5 207.1±2.8	95.5-180.6 134.8±3.2 *
Circulating muscle layer	16.4-32.8 31.6±1.5	24.6-41.0 35.6±1.3	31.0-103.0 73.7±1.5	31.0-85.8 50.3±1.2
Longitudinal muscle layer	24.6-49.2 40.9±1.8	24.5-114.2 65.7±3.6 *	45.6-224.2 133.4±1.3	32.8-128.3 84.5±2.8 *
The thickness of the mucous membrane	34.6-41.0 40.3±1.2	106.6-233.7 158.5±3.1	206.9-243.6 215.4±1.2	212.9-439.7 331.6±3.5
Under the mucus basis	12.1-24.6 22.3±1.2	12.3-24.6 16.8±1.2	20.5-90.2 53.3±1.2	12.3-69.7 22.5±1.3

The difference in the degree of reliability with the * - sign is obtained in relation to the esophageal part of the stomach ($R \geq 0.05$).

In the table above, it can be determined that the total thickness of the stomach wall of newborns and thirty-day-old white rats at the site of transition from the esophagus to the stomach (cardiac section) - 3.5 times, the muscle layer - 2, The thickness of the mucous membrane increased by 9 times, the thickness of the mucous membrane - by 5.3 times, and the submucosal base - by 2.4 times. In its outlet (intestinal section) the total thickness of the stomach wall increased by 1.8 times, the muscular layer - by 1.3 times, the thickness of the mucous membrane - by 2.1 times, and the submucosal base - by 1.3 times (Tab.1).

Newborn white rats have special glands in the gastric mucosa that are simple, branched. The glandular apparatus is mainly located in the small and large curves and pyloric part of the stomach.

The glands are located on a special plate of the mucous membrane and they are separated from each other by a thin membrane of connective tissue. In the glands, the main part (bottom and body) and discharge tubes (neck) are distinguished. The lower diameter of the glands located in the large curvature of the stomach varies from 18.6 to 23.1 μm , and the lower diameter of the glands in the pyloric canal varies from 22.2 to 23.9 μm . In a one-month period, the lower diameter of the glands increases by 2.3-3 times.

The base and body of the glands are made up of head and parietal cells, while the neck area is made up of parietal and mucus-producing cells. The stem cells are round in shape and the nuclei are located in the center of the cell. The stem cells are smaller than the parietal cells. Parietal cells are often oval in shape and have 1 or 2 nuclei in the center. Mucus-producing cells are elongated and retain an oval or triangular nucleus in the center of the cell.

The submucosal base is composed of fibrous connective tissue, the collagen fibers located in the esophageal part of the stomach are thinner and sparse, and in the intestinal tract of the stomach are thickly arranged, forming different tufts.

The muscular layer of the stomach consists of circular and longitudinal layers, and the longitudinal layer is thicker than the circular layer.

During the one-month period, the stomach increases 3 times in the esophageal section and only 1.3 times in the 12-fingered section, indicating that the stomach is still mainly serving as a reservoir during this period.

Conclusion

In our study of newborns and thirty-day-old white rats, white rats increased the total thickness

of the gastric wall in cardiac and pyloric proportions. By the one-month period of white rats, the mucous and submucosal base of the stomach wall is well developed, indicating that they have switched to a mixed diet.

Analysis of the morphometric parameters obtained shows that the stomach of one-month-old white rats is not yet fully formed. Changes in the stomach wall are explained by the transition of rats from feeding through breast milk to differential feeding.

LIST OF REFERENCES:

1. Chava SV Reactive changes of immune structure in the wall of a thin man // Morphological sheet, 2004, №1-2, p. 114-115.
2. Green V.G. Macro-microscopic features of the relief of the mucous membrane of the gastrointestinal tract of white rats. // Svit meditsinni TA biologii. 2017. No. 2. pp. 38-40
3. Herbay V.A. Role of apoptosis in gastric epithelial circulation // Microscopy Research and Technique - 2008. - vol. 48 №5 -R. 303-311.
4. Hodorova I., Khasanova DA, Teshaev Sh.J. Macroanatomy of Payer's patches of rat's small intestine under the influence of antiseptic-stimulator Dorogov faction 2 on the background of chronic radiation sickness // Tibbiyotda yangi kun- 2020g., 2 (1), 21
5. Khasanova D.A., Teshaev Sh.J. Topographic-anatomical features of lymphoid structures of the small intestine of rats in norm and against the background of chronic radiation diseases// European science review Vienna, Austria №9-10 2018, Volume 2. Medical science P. 197-198
6. Khaydarov F.G., Khasanova D.A. Study of Behavioral and Morphological Disorders in Animals with Modeled Pathology of Mild Traumatic Brain Injury//American Journal of Medicine and Medical Sciences.- 2020.-№10 (10) 9, 803-807
7. Khudoyberdiyev D. K. Influence of environmental factors on stomach morphology// Problems of biology and medicine. 2019, No. 3(111). Pp. 295-297.
8. Safonova M.A. Gigiyenicheskaya osenka vozdeystviya tehnogennix faktorov sredi obitaniya na razvitiye chronicheskaya gastroduodenita u detey (na primere Permskogo kraya): /Avtoref.dis.kan.nauk Perm, 2009; 24.
9. Samodelkin Ye.I. s savt: «Gistologicheskaya i gistometricheskaya characteristicsistiz slizistoy obolochki jeludka intaktnyx ne inbrednyx belyx kryx» // Biologiya i

- eksperimentalnaya medicina. Permskiy med.jurnal №2 2011. pp. 108-113
10. Sapin M.R. Lymphatic system and its role in immune processes // Morphology, 2012, t. 141, №3, p. 139.
 11. Shamirzaev N.X., Teshayev Sh.J., Khasanova D.A. Morphometric properties of small intestinal lymphoid structures and changes in the effect of ASD 2 fraction in chronic radiation sickness // Medical Journal of Uzbekistan. - №2.- 2019. B. 106-110.
 12. Siurala M., Voris K. Gastritis - In: Scientific Foundations of Gastroenterology, edited by W.Sircus and AN Smith, 357-369, London, William Heinemann Medical Books Ltd., 1999.
 13. Subbotin I.G. Comparative morphofunctional characteristic of the gastrointestinal tract in the application of certain prebiotics // Author's abstract. kan. veteren.nauk. 2009.
 14. Teshayev Sh. J., Kharibova E. A., Khasanova D. A. Functional features of the morphology of lymphoid plaques of the small intestine in normal and under the influence of ASD-fraction 2 on the background of chronic radiation sickness// Morphology-2020,157 (2-3), 210-210
 15. Teshayev Sh.J., Khasanova D. A. Macroscopic structure of Peyer's plaques of the rat small intestine and changes in the intestine under the influence of chronic radiation// Operative surgery and clinical anatomy (Pirogov scientific journal) 2020, Vol. 4, No. 1, Pp. 41-45.
 16. Teshayev Sh.J., Khudoyberdiyev DK, Teshayeva D.Sh. Vozdeystviye exogenous and endogenous factors on the stomach wall // Problems of biology and medicine.2018, №4 (104). S. 212-214.
 17. Zidi S.H. 2003 Lactulose reduces intracolonicacetaldehyde concentration and ethanol elimination rate in rats. // Alcohol. Clin.Exp.Res.-2003.-Vol.27 (9) .- P. 1459-1462.

Поступила 09.04.2021

Heino Stover¹, Ingo Michels¹, O. N. Khusenov², A.I. Rashidov², G.A. Zakhidova², A.A. Boltaev²

¹Frankfurt University Of Applied Sciences

²Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Due to the availability and coverage of large numbers of patients, emergency care has the potential to be used to reduce the risk from problem drinking. The most effective approach to preventing drunkenness and alcoholism is an approach aimed at gradually changing traditions in society, with an emphasis on the possibility of adjusting individual behavior under the influence of others. A full motivational interview should be conducted with patients, including family relatives, who tolerate harmful and dangerous drinking and are hesitant to change their drinking habits.

Key words: Toxicology, alcoholism, detoxification, hypertension.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ
ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**

Heino Stover¹, Ingo Michels¹, O.N. Хусенов², A.И. Рашидов², Г.А. Захидова², A.A. Болтаева²

¹Франкфуртский университет прикладных наук

²Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Вследствие доступности и возможности охвата большого числа пациентов экстренная медицинская помощь обладает потенциалом для использования в целях сокращения риска, возникающего в результате проблемного употребления алкоголя. Наиболее эффективным подходом предупреждения пьянства и алкоголизма является подход, нацеленный на постепенное изменение традиций в социуме, с акцентом на возможность корректировки индивидуального поведения под влиянием окружающих. Полноценное мотивационное интервью необходимо проводить с пациентами включая их семейных родственников, которые допускают вредное и опасное употребление алкоголя и сомневаются по поводу изменения своих питательных привычек.

Ключевые слова: токсикология, алкоголизм, детоксикация, гипертония.

**ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ БЎЛИМИДА СПИРТЛИ ИЧИМЛИКЛАРНИ СУИСТЕЪМОЛ
ҚИЛГАН БЕМОЛЛАРГА ПСИХО-СОЦИАЛ ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

Heino Stover¹, Ingo Michels¹, O. N. Хусенов², A.И. Рашидов², Г.А. Захидова², A.A. Болтаев²

¹Франкфурт амалий фанлар университети

²Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Шошилиш тез тиббий ёрданинг асосий устуворлиги шундаки кўп сонли беморларни қамраб олиш, ҳамда алкоголизмда тез тиббий ёрдм кўрсатиши ва унинг турли хавф даражаларини камайтиришидир. Мастилик ва алкоголизмнинг олдини олиш бўйича энг самарали ёндашув – бу жамиятдаги урф одатларни босқичма босқич ўзгартиришига қаратилган, ҳамда индивидуал ёндашув амалга оширилмоқда. Бундай алкоголизмни профилактик чора тадбирлари асосида оилавий муҳит катта рол уйнайди, шу сабабли ҳам бундай ишлар профилактикасида оила аъзолари билан биргаликда чора тадбирларни ишлаб чиқиш зарурдир.

Калит сўзлар: Токсикология, алкоголизм, детоксикация, гипертония.

Relevance

The social and economic burden of alcohol use is increasing in all countries. The World Health Organization (WHO) estimates that 3 million deaths occur annually as a result of the harmful use of alcohol worldwide, which is 5.3% of all deaths. Research shows regional, national and local differences in levels, nature and social context of alcohol consumption, but overall negative health effects are clear. According to the International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), alcohol dependence syndrome is a chronic relapsing disease and at the moment there are no highly effective methods of treatment. Prior to the onset of addiction, there is always a period of problem drinking? The duration of this period varies individually and depends on many factors (frequency of alcohol consumption, the amount of alcohol consumed, hereditary factors, concomitant diseases, etc.), but usually takes several years. Effective intervention at the stage of problem drinking can slow or prevent disease formation.

Social and economic consequences of alcohol consumption

Alcohol dependence has a wide range of social consequences, affecting both the drinker himself and his close environment, and society as a whole. From a social position, this is a form of deviant behavior, characterized by a person's pathological attraction to alcohol and subsequent personality degradation. Social manifestations of alcoholism are expressed in a change in the circle of communication, in the rejection of alcohol-dependent persons by society, in their stigmatization. Most alcohol abusers are socially isolated, lose social skills, and perceive the world around them as hostile, there is a loss of friends, trust in people. In addition, with alcohol dependence, family relationships are disrupted. The formation of an addiction syndrome in one of the spouses causes irreparable harm to family relations. According to studies by Russian authors, 2/3 of wives with alcoholism have a pronounced neurotic state. In the countries of the European Union, among the causes of divorce, alcoholism is in the first place in 40–80% of cases.

Various offenses are one of the social consequences of alcoholism. Experts note that problematic consumption of alcoholic beverages and the state of intoxication contribute to the commission of the most serious offenses. Also found that in the frequency of offenses there are no fundamental differences between those prone to domestic drunkenness and those suffering from

alcohol dependence. Both those and other persons are asocial and tend to commit offenses.

Thus, the social damage from excessive alcohol consumption is enormous: it is caused by industrial and transport injuries, an increase in crime, and is the cause of fires. Alcohol addiction is the most common cause of family breakdown, an increase in the number of dysfunctional families, the number of orphans and children with mental and physical developmental disabilities, the formation of codependency syndrome and suicidal behavior.

Relevance in Uzbekistan

The dynamics of disorders associated with the use of psychoactive substances in Uzbekistan is characterized by an increase in alcohol dependence with a constant decrease in drug abuse. Thus, in the period from 2008 to 2018, the incidence of drug addiction decreased from 8.2 cases per 100,000 populations to 2.6 cases, respectively. At the same time, the incidence of alcohol dependence increased from 13.0 to 24.3, respectively. Over time, excessive alcohol consumption can lead to chronic illness and other serious problems, including: high blood pressure, heart disease, stroke, liver disease and digestive problems, cancer of the breast, mouth, throat, esophagus, liver, etc. of the colon, weakened immune system, increased chances of getting sick, learning and memory problems including dementia and poor academic performance in school, mental health problems including depression and anxiety, social problems including loss of productivity, family problems and unemployment, alcohol use disorders or alcohol dependence. In Uzbekistan, there is an almost twofold increase in the number of hospitalizations of people with acute alcohol intoxication, which is 47% of all cases of acute poisoning. Available evidence suggests that 90% of all patients (6,578 people) with acute alcohol intoxication admitted to emergency departments throughout Uzbekistan in 2018 were chronic alcoholics.

Current situation with treatment of alcoholic disorder in Uzbekistan

In Uzbekistan, 2,689 people with alcohol intoxication, as well as with symptoms of alcohol withdrawal, were admitted to the emergency medical service in Uzbekistan in 2016. Emergency care (EC) provides detoxification services in accordance with national standards, such as antibacterial, vitamin, infusion and detoxification therapy for antidote therapy for the development of deep coma - naloxone 0.4 mg intravenously 2 times a day, until 5% - 5 mg / kg motivational intervention required for substance use disorders.

Although the emergency care system in Uzbekistan provides effective pharmacological treatment to detoxify these patients, follow-up and communication with Alcohol dependence treatment services is inadequate. This is the reason why very few alcohol addicted patients seek treatment for their addiction after being discharged from emergency hospitals. As a result, patients admitted due to acute alcohol intoxication can be re-hospitalized with the same diagnosis in a short time, which increases health care costs, risks of injury, violence and crime.

Despite solid international experience and strong links with family members of patients as a means of social support, there are no psychosocial interventions in the emergency department to reduce the harm associated with their addiction. The SOLID project is the result of a collaboration between universities in Germany, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, China and Uzbekistan, supported by the German government. The SOLID project and this doctoral study are aimed at contributing to the achievement of UN Sustainable Development Goal Health and Wellbeing by developing a psychosocial support system in emergency hospitals with the involvement of family members of people with substance use disorders. The research is carried out as part of the priority research area of SOLID projects "Social work and drug addiction treatment "In most developed countries, the standard treatment for alcohol abuse disorder consists of detoxification therapy and antidote therapy with drugs such as naloxone, nalorphine, etc. Combined with psychosocial therapy such as cognitive behavioral therapy (CBT), motivational interviewing, motivation enhancement therapy, self-help groups and soon. These types of combination therapies have shown excellent results and should be introduced in Uzbekistan as well. Currently in Uzbekistan, despite the fact that drug therapy is used quite effectively, the lack of psychosocial and motivational interventions leads to repeated visits to patients with alcohol abuse disorder in emergency departments. With a one-dimensional approach to treatment, although the problem is temporarily resolved, the underlying root cause persists and alcohol consumption is steadily increasing. Psychological, socio-economic factors play a large role in chronic alcoholism; therefore, treatment with drugs only resolves only the symptom, but not the cause. Therefore, we must implement comprehensive treatment programs that include both drug and psychotherapy to reduce alcohol consumption in Uzbekistan and thereby reduce co-occurring alcohol abuse.

Brief intervention

Brief intervention is the practice of identifying an existing or potential problem with alcohol use and motivating the individual to take appropriate action .

Brief intervention(BI)-These are heterogeneous interventions that include a short conversation designed to motivate the individual in a non-contentious manner to think about his / her drinking and / or to plan changes to reduce alcohol use and / or reduce the risk of harm to their health. For the most part, types of brief preventive intervention are based on two key concepts:

1 concept of phased change;

2 concepts of motivational interviewing

Key Concept 1: Stages of Behavior Change

Behavior change steps are five sequential steps associated with specific tasks that an individual needs to complete in order to achieve intentional behavior change.

At the stage of forethought, the person either does not know about the problem that needs to be solved, or knows about it, but does not want to change the problem behavior.

The next is the stage of reflection, characterized by an ambiguous attitude towards problem behavior and an assessment of the advantages and disadvantages of such behavior, as well as its change, which in many cases ends with a decision.

At the preparation stage, the person makes a conscious decision to change, accompanied by a willingness to adhere to an appropriate action plan.

This plan is implemented at the stage of action, within which the individual becomes a participant in actions aimed at achieving change and overcoming the difficulties that arise.

If successful actions are sustainable, the person moves to the conservation stage, where efforts are made to consolidate the changes achieved.

Once these changes have become part of the lifestyle, the individual leaves the cycle of incremental change. Relapses, however, are not uncommon, and sometimes it is necessary to complete the entire cycle of changes more than once before the changes become sustainable.

Key Concept 2. Motivational Interviewing

Motivational interviewing (MI) is a style of conversation designed to reinforce a person's motivation and his / her willingness to change. MI is a two-way, focused communication style that focuses on creating and reinforcing the desire for change in the person seeking help. The purpose of such communication is to strengthen the person's motivation and his / her commitment to achieve specific change by identifying and analyzing his /

her own reasons for change in an atmosphere of understanding and support.

MI is based on four processes:

- Involvement (building relationships, trust - listening attentively);
- focusing (reaching mutual agreement on the main topic of the conversation);
- Motivation (active listening to stimulate discussion of changes);
- Planning (joint development and agreement of a change plan).

The focus is on ensuring active patient participation.

BI technique

A brief intervention is a short, evidence-based, sympathetic, well-structured conversation with a patient designed to motivate and induce contemplation and / or planning for a change in drinking behavior without conflict.

Brief intervention differ in several parameters

- By duration - from 5 minutes to several sessions of an hour or longer;
- By context - from advice to instruction;
- On the use of MI or a phased change model.

It is very important that brief intervention is based on empathetic, respectful, positive attitudes. Communication with the patient and were conflict-free. The idea is to work with the consciousness and motivation of a person, so as not to shock him, not to confront him and not to impose his own opinion. The goal is to collaborate and work with the person, not try to force the person to make a change or do something they don't want to do.

Short-term intervention includes 5 main stages:

- 1) Evaluation and feedback;
- 2) Discussion and definition of goals;
- 3) Techniques for changing behavior;
- 4) Manuals / self-help guide;
- 5) Observation and support of changes .

Brief interventions can be used for patients with hazardous or harmful alcohol consumption. In some cases, a short-term intervention can reduce alcohol consumption by more than 30% . At the same time, the reduction in alcohol consumption by patients who underwent short-term interventions is accompanied by an improvement in somatic health and a decrease in the number of days of temporary disability due to somatic disorders. Family relevance in short-term intervention

When it comes to family management and its impact on adolescent development, parental control and knowledge are arguably the two most empirical variables . Parental monitoring can be defined as "a set of interrelated parental behaviors that include attention and tracking of the adolescent's location, actions and adaptations." .

This definition implies an intentional aspect when parents actively seek information about their teenager's behavior. Parental knowledge is the result of behavioral monitoring and other methods of obtaining information, such as disclosing information about the child . Research has consistently shown that low levels of parental control are associated with early use of alcohol and drugs . A literature review of the available articles showed that the majority of articles focused on the benefits and positive effects of family intervention.

Complete family intervention

When a family member lives with addiction, mental illness, thoughts, behavior and relationships are influenced by the problem, as well as the problem. Total Family Intervention (TFI) recognizes the impact of addiction or mental illness not only on the identified patient, but on the entire family system. Generic family intervention broadly defines the family as those significant people who are most visible in a person's life, and relies on the consent of all family members to participate not only in the intervention, but also in the treatment process. The family can follow the patient closely, because the family is closer to the patient, it is easier for them to explain his / her problem to the patient, drug addicts have psychological problems such as anxiety, depression, etc., if the family understands how they support, encourage and support patient behavior leading to a positive psychological attitude. We start treatment first when the patient needs support and the family provides it, caring for the needs of the patient, providing adequate nutrition, financial support and psychological comfort. When the family gradually sees an improvement in the patient's behavior, they reward him, praise him and take pride in him, the patient feels more committed and adheres to the treatment program. The family supports the treatment by caring for and motivating the patient.

Brief intervention method involving family members of patients.

Initial contact

- When family members contact you, they are often desperate. It seems to them that they have tried everything. They are terrified for a loved one.
- They have a variety of emotions ranging from love to anger, guilt, fear and hope. If they call, they still have hoped that something can be done.
- Designate an Intervention Specialist as the main point of contact for the team.
- Determine who will be on the team
- It is vital that key people involved in a person's life are willing to join the identified patient in the recovery process.

If only a few people join the recovery process, then the addicted person can split the family and continue the problematic behavior.

Second contact

- Hope and informed consent

Develop hope that the intervention can help them move in the right direction by making them imagine what life will look like when the person recovers.

- Provide information on the success of the interventions as well as the success of the various treatments.

- Explain the risk factors they can reduce and the protective factors they can enhance.

- Support a loved one.

- During a personal meeting, the interventionist also collects information about

The stage of readiness for change of the identified patient, as well as of each participant of the interventionist, to select the most appropriate tools to increase motivation and promote change.

- We can know the patient's state of mind and his / her willingness to accept change by assessing the change in behavior.

Planning

- During the preparation phase, it is vital to help the family see how the identified patient's behavior affected them, as well as to identify the patient physically, affectively, cognitively, environmentally and relationally and how their behavior influenced the identified patient.

It is important that everyone begins to take care of their physical and mental health through:

- Proper nutrition, adequate sleep and treatment of any disease.

- Learn or improve your stress management skills

- Deal with the issues of anger, grief, guilt, and anxiety associated with the patient's situation.

- Allowing yourself to be happy every day.

- Evaluate their relationship and, if necessary, strengthen boundaries and communication.

- Following the intervention, it is recommended that someone (the interventionist trainer or clinician) have short (30-minute) follow-up meetings.

- Check with your family weekly for 12 weeks:

If the patient has agreed to treatment, follow-up measures are aimed at adapting to all new changes.

- If the patient refuses treatment, follow-up is aimed at maintaining a unified message and preventing further separation and family breakdown.

How everyone manages to stick to the recovery plan, regardless of whether the patient decides to start the recovery process by changing habits or daily life to make it easier to avoid disruptive

behaviors, seek counseling, and recover. Supporting oneself and knowing what to do in the event of a relapse is important for everyone team member, not just for the patient.

Uzbekistan is an Islamic state, and the family is of great importance in the Islamic family, the word of your parents is absolute, and the children respect and admire their parents very much. Considering the current treatment for alcohol use disorder in Uzbekistan, we learned that no approach to treatment alone is feasible, so we must implement brief interventions involving family members of patients in addition to drug therapy so that the doctor and the patient's family can work together.

Conclusion

Thus, due to the availability and coverage of large numbers of patients, emergency care has the potential to be used to reduce the risk from problem drinking. The most effective approach to preventing drunkenness and alcoholism is an approach aimed at gradually changing traditions in society, with an emphasis on the possibility of adjusting individual behavior under the influence of others. A full motivational interview should be conducted with patients, including family relatives, who tolerate harmful and dangerous drinking and are hesitant to change their drinking habits.

LIST OF REFERENCES:

1. Alcohol consumption in the Republic of Belarus: medico-social and socio-economic aspects: monograph / A. A. Kralko [and others]. - Minsk: Kolograd, 2018. - 180 s
2. The use of drug addiction counseling and brief psycho correctional intervention in the comprehensive prevention of alcohol dependence in the work of the teams of the primary care of outpatient and inpatient medical care. Methodological recommendations / A. V. Trusova, E. M. Krupitsky. - SPb. 2012. -- 21 p.
3. Alcohol consumption in the Republic of Belarus: medico-social and socio-economic aspects: monograph / A. A. Kralko [and others]. - Minsk: Kolograd, 2018. -- 180 s
4. Data provided by the chief narcologist of the Ministry of Health of Uzbekistan, December, 2020
5. Akalaev R.N., Stopnitsky A.A., Khozhiev H. Sh. Clinical, laboratory, instrumental diagnostics and intensive therapy of acute alcohol poisoning: Uch. Manual for doctors. - Tashkent, 2019. - P. 6, 14–20, 40–41, 81–84.
6. Data provided by the Republican Scientific Center for Emergency Medicine of Uzbekistan.

7. Akalaev R.N., Stopnitskiy A.A., Khozhiev Kh.Sh. Clinical, laboratory, instrumental diagnostics and intensive therapy of acute alcohol poisoning: Uch. Manual for doctors. - Tashkent, 2019. - P. 6, 14–20, 40–41, 81–84.
8. Brief preventive counseling in relation to alcohol consumption: textbook. WHO manual for primary health care, 2017. -- 134 p.
9. Brief preventive counseling in relation to alcohol consumption: textbook. WHO manual for primary health care, 2017. -- 134 p.
10. Aleksandrovsk, A. A. Identification and counseling in general medical practice of patients who consume alcohol / A. A. Aleksandrovsk // Family doctor. - 2015. - No. 4. - P. 9–13.
11. Brief preventive counseling in relation to alcohol consumption: textbook. WHO manual for primary health care, 2017 -- 134 p.
12. Crouter A.C., Head M.R. Parental monitoring and knowledge of children. In: BornsteinMH, editor. Handbook of parenting. 2nd edition. vol. 3. Being and becoming a parent. Mahwah (NJ): Erlbaum; 2002. p. 461–83
13. Dishion T.J., McMahon R.J. Parental monitoring and the prevention of child and Adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation. Clin Child Fam Psychol Rev 1998;1(1):61–75
14. Crouter A.C., Head M.R. Parental monitoring and knowledge of children. In: BornsteinMH, editor. Handbook of parenting. 2nd edition. vol. 3. Being and becoming a parent. Mahwah (NJ): Erlbaum; 2002. p. 461–83.
15. Stattin H., Kerr M. Parental monitoring: a reinterpretation. Child Dev 2000;71(4):1072–85.
16. Chilcoat H.D., Anthony J.C. Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35(1):91–100.

Entered 09.04.2021

H.J. Salomova

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

✓ *Resume*

Agriculture is one of the main sectors of Uzbekistan's economy, accounting for 32% of the country's GDP. Favorable soil and climatic conditions of the country allow growing practically all types of agricultural crops, which creates an opportunity for ensuring food security of the country and predetermines a high level of export potential. Pesticides are used in the cultivation of a wide range of agricultural crops, both cotton and cereals (the most common crops) and vegetables, fruits, berries, flowers, tobacco, fruit and ornamental trees and shrubs, as well as forest plantations. A total of 249 different preparations of plant protection substances are permitted in Uzbekistan. They include various active ingredients, 59 of which are recognized as highly hazardous pesticides (HHPs) and are listed in the Pesticide Action Network (PAN) list of HHPs of 2019. Furthermore, 34 of them are banned in other countries, according to PAN's consolidated list of HHPs. Uzbekistan has established a database of laws and regulations governing the production, use, injury and liability of individuals and legal entities and the sound management of chemicals,

Keywords: "toxic" personnel, behavioral attributes, "toxicity" of an employee, methods Zaragen.s., maximum allowable concentration, ecologization, maximum allowable level, approximate allowable concentration.

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА ОТ НАСЕКОМЫХ

Саломова Х.Дж.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

✓ *Резюме*

Сельское хозяйство - один из основных секторов экономики Узбекистана, на который приходится 32% ВВП страны. Благоприятные почвенно-климатические условия страны позволяют выращивать практически все виды сельскохозяйственных культур, что создает возможность для обеспечения продовольственной безопасности страны и предопределяет высокий уровень экспортного потенциала. Пестициды используются при выращивании широкого спектра сельскохозяйственных культур, как хлопка, так и зерновых (наиболее распространенные культуры), овощей, фруктов, ягод, цветов, табака, фруктовых и декоративных деревьев и кустарников, а также лесных плантаций. Всего в Узбекистане разрешено 249 различных препаратов средств защиты растений. В их состав входят различные активные ингредиенты, 59 из которых признаны особо опасными пестицидами (ООП) и внесены в список ООП по пестицидам (PAN) 2019 года. Кроме того, 34 из них запрещены в других странах, согласно сводному документу PAN. список ООП. В Узбекистане создана база данных законов и нормативных актов, регулирующих производство, использование, травмы и ответственность физических и юридических лиц, а также рациональное управление химическими веществами,

Ключевые слова: «токсичный» персонал, поведенческие признаки, «токсичность» сотрудника, методы Zaragen.s., ПДК, эколонизация, ПДК, ориентировочно-допустимая концентрация.

HASHAROTLARDAN SAMARALI FOYDALANISH

Salomova H.J.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

✓ Rezyume

Qishloq xo'jaligi O'zbekiston iqtisodiyotining asosiy tarmoqlaridan biri bo'lib, mamlakat yalpi ichki mahsulotining 32 foizini tashkil etadi. Mamlakatning qulay tuproq-iqlim sharoiti deyarli barcha turdagi qishloq xo'jalik ekinlarini etishtirishga imkon beradi, bu esa mamlakatning oziq-ovqat xavfsizligini ta'minlash uchun imkoniyat yaratadi va yuqori eksport salohiyatini oldindan belgilab beradi. Pestitsidlar qishloq xo'jaligi ekinlarining keng assortimentida ham paxta, ham don (eng keng tarqalgan ekinlar) hamda sabzavotlar, mevalar, mevalar, gullar, tamaki, mevalar va manzarali daraxtlar va butalar hamda o'rmon plantatsiyalarini etishtirishda ishlatiladi. O'zbekistonda o'simliklarni himoya qilish uchun jami 249 xil preparatlarga ruxsat berilgan. Ularning tarkibiga 59 ta xavfli pestitsidlar (GES) deb e'tirof etilgan va 2019 yildagi GESlarning Pestitsidlarni Harakatlash Tarmoqlari (PAN) ro'yxatiga kiritilgan turli xil faol moddalar kiradi. Bundan tashqari, ularning 34 tasi boshqa mamlakatlarda taqiqlangan, deya xabar beradi PAN konsolidatsiyasi. GESlarning ro'yxati. O'zbekistonda jismoniy va yuridik shaxslarning ishlab chiqarilishi, ishlatilishi, shikastlanishi va javobgarligi va kimyoviy moddalarni oqilona boshqarishni tartibga soluvchi qonunlar va me'yoriy hujjatlar bazasi tashkil etilgan,

Kalit so'zlar: "toksik" xodimlar, xulq-atvor atributlari, xodimning "toksikligi", Zaragen.s usullari, ruxsat etilgan maksimal kontsentratsiya, ekolonizatsiya, ruxsat etilgan maksimal daraja, taxminiy ruxsat etilgan konsentratsiya.

Relevance

The constant increase in the range and quantity of pesticides used, the expansion of the scope of their use in various areas of the national economy causes an increase in the possible ways of getting them into food.

A great danger from the point of view of possible contamination of food products, water of reservoirs with pesticides represent the soil [3]. Often in the field, situations arise when natural entomophages are not able to independently control the number of pests at an economically imperceptible level. The reason for this may be the asynchrony of the imp phenology of the phytophage and the entomophage, or the very low abundance of the latter after overwintering, which contributes to the uncontrolled reproduction of harmful species. But one of the main reasons is the use of traditional chemical pesticides leading to the death of useful entomofauna and at the same time not affecting the number of phytophages due to the formation of resistance to many insecticides in their populations [1,2]. In this connection, there is a need for additional releases of entomoacariphages using biological and biorational plant protection products that would not have a negative impact on the number of useful arthropods. [3,5,6] It is known that when agroecosystems are treated with synthetic drugs, along with pests, entomophages also die en masse; therefore, the transition to biological protection opens up wide possibilities for the simultaneous use of biological products and entomophages [2]. The use of chemical pesticides affects not only the number of harmful insects, but also the general population of crops by arthropods. The degree of exposure to toxicants is largely associated with the characteristics of the seasonal

activity of entomophages, as well as with their biology, ethology and mechanisms of action, and the toxicity of the drug [4, 7). The death of beneficial arthropods is most noticeable in perennial plantations (orchards, vineyards), since these ecosystems are represented by a large number of phytophagous species and their entomophages, which play an important role in regulating the number of the former. It has been established that the use of insecticides of various classes leads to the mass death of predatory ground beetles and bedbugs, coccinellids, lacewings, sirfid flies and tachin on entomophages in comparison with insecticides [3].

As a result of such searches, a new, promising drug Zaragenk.s. was created.

To address the issue of its widespread use in agriculture, it becomes necessary to develop hygienic norms and regulations for safe use in agriculture.

Purpose of research. Theoretically substantiate and develop an assortment of biological and biorational means of protecting agricultural crops from harmful arthropods. Research objectives 1. Theoretically substantiate the possibility of colonization of pest control agents and analyze the existing range of insecticides and acaricides. 2. To develop criteria for biologizing the range of plant protection products from pests and methodological approaches to assessing the biological effectiveness and safety of biological and biorational phytosanitary products. 3. Develop regulations for the effective and safe use of biological and biorational means of combating harmful arthropods on agricultural crops. 4.

Evaluate the effect of the studied drugs on non-target organisms.

Material and methods:

the effective and safe use of biological and biorational means of combating harmful arthropods on agricultural crops. 4. Evaluate the effect of the studied drugs on non-target organisms. Material and methods:

New means of pest control were studied. The object of the study was a new insecticide Zaragen. The research methodology included the setting and conduct of laboratory and field studies in different climatic zones, on different crops, against different types of phytophages, using insecticides and acaricides of various origins. Studies to determine the biological effectiveness of drugs, their effect on non-target biota, to determine the residual amounts of pesticides in agricultural products were carried out in strict accordance with the traditional methods of entomological and microbiological research, as well as methods approved by the scientific and technical council of the Ministry of Agriculture of the Urals and the Methodological Guidelines recommended by the Federal Center for Hygiene and epidemiology of Rospotrebnadzor, approved by the Chief Sanitary Doctor of the SLM. regulations for the effective and safe use of biological insecticides and schemes for replacing chemical pesticides with biological agents in apple protection systems have been developed. Results and discussion: Acute toxicity study results. The task of the research was to study the sensitivity of the ectoparasite Zaragen to biological and chemical preparations. The preparations were tested at the production rates used in the protection of crops from pests. Thus, field tests carried out in 2021 in a hot climate have established a high biological efficiency (83.3-100%) of Zaragen preparations against pests. Preplanting treatment of agricultural crops with these preparations provides a long-term protective effect (within two months after the emergence of shoots) against both pest and the Colorado potato beetle, potato ladybug, which eliminates the need for additional treatments during the growing season. tions of culture. To ensure effective and environmentally friendly protection of agricultural crops of the main pests, we recommend the use of insecticides Zaragen, KS before planting in agricultural crops, the consumption rate of 1.0 and

0.2 l / t, respectively. pay attention to the compatibility of entomophages with biological and biorational pesticides. To preserve the introduced and additional treatments during the growing season. tions of culture. To ensure effective and environmentally friendly protection of agricultural crops of the main pests, we recommend the use of

insecticides Zaragen, KS before planting in agricultural crops, the consumption rate of 1.0 and

0.2 l / t, respectively. pay attention to the compatibility of entomophages with biological and biorational pesticides. To preserve the introduced and natural populations of entomophages and restore the mechanisms of natural biocenotic regulation, it is possible to preferentially use a number of environmentally low-hazard drugs identified as a result of research. application of biological products Zaragen for organic farming. Preparations Coragen KS, Insegar VDG, Atabron KS, for ecologized agriculture, since these drugs do not have a depressing effect on agrocenosis and can be used in conjunction with releases of entomophages. Conclusions

On the basis of the prophetic results of the research for practice, it is confirmed by the fact that: - theoretical provisions and practical recommendations have been developed and introduced into the practice of plant protection; - the prospects for the practical use of the results of the work for the broad greening of protective measures against harmful insects and the use of biological agents have been determined, - the effectiveness of the use of biological and biorational insecticides based on microorganisms and (or) products of their vital activity against pests of agricultural crops, a range of biological and biorational means of protecting agricultural crops from pests has been developed, which allows greening plant protection measures by replacing chemical pesticides with biological preparations, regulations for the effective and safe use of biological insecticides and schemes for replacing chemical pesticides with biological agents in crop protection systems have been developed. The significance of the research results obtained for practice is confirmed by the fact that: theoretical provisions and practical recommendations have been developed and introduced into the practice of plant protection; - the prospects for the practical use of the results of the work for the broad greening of protective measures against harmful insects and the use of

biological agents have been determined; - the effectiveness of the use of biological and biorational insecticides based on microorganisms and (or) biological agents have been determined; - the effectiveness of the use of biological and biorational insecticides based on microorganisms and (or) products of their vital activity against pests of agricultural crops, an assortment of biological and biorational means of protecting agricultural crops from pests has been developed, which makes it possible to ecologize plant

protection measures by replacing chemical pesticides with biological preparations.

LIST OF REFERENCES:

1. Kasimov H.O., Manasova I.S., Nazarov S.E., Jumaeva Z.J., Nurova Z.H. Occupational hygiene in field farming // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. Great Britain. - 2020. • - • No. 9.- P. 3830-3838.
2. Salomova Kh.Zh., Kosimov Kh.O. Ecological-hygienic aspects and safety parameters of the use of the Zaragen insecticide in agriculture// Indonesian Journal of Innovation Studies. - 2019.- P. 336-340.
3. Kasimov Kh.O., Zhumaev Z.Zh., Manasova I.S. Hygienic basis of working conditions for workers employed growing vegetables closed ground // Asian Journal of Multidimensional Research. - 2019.- R. 59-65.
4. Salomova H.J. Ecological - Hygienic Aspects and safety parameters of the Use of the zaragen insecticide in Agriculture // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020 – 10 (4). - P. 267-269.
5. Zamasaliev N.S., Mavlonov N.X., Rakhmatova D.B., Radjabova G.H., M Ergashev V.A., Nuraliev N.A., Salomova Kh.Zh. Comparative inter-age parameters of the seeding rate of pathogens of acute and chronic osteomyelitis // International trends in science and technology. - 2018.-- P. 51.
6. Volodimir V. Tkach, Marta V. Kushnir, Silvio C. de Oliveira, Alina Yo. Zavolovych, Viktoria O. Tkach, Hanna Ya. Mytrofanova, Anatolii O. Zadoia, Petro I. Yagodynets, Zholt O. Kormosh, Olga V. Luganska, Vira V. Kopiika, Galyna M. Pochenchuk, Dilfuza M. Musayeva, Hanifa Zh. Salomova. Theoretical Evaluation for the Function of Economical and Green Conducting Composite Material-based chip for Jamaican Vomiting Sickness Diagnostics // Biointerface ResVVearch in Applied Chemistry. - 2021. - Vol. 11. - Iss. 3. - P. 19317-10324.
7. Volodymyr V. Tkach 1,2,*Marta V. Kushnir 1, Silvio C. de Oliveira 2, Hanifa Zh. Salomova 3, Yana G. Ivanushko 4, Oleksandra V. Ahafonova 4, Mariia P. Mytchenok 4, Petro I. Yagodynets 1, Zholt O. Kormosh 5, Lucinda Vaz dos Reis 6 Theoretical Description for Chlorantraniliprole Electrochemical Determination, Assisted by Squaraine Dye Nano Ag2O2 Composite // Biointerface ResVVearch in Applied Chemistry. - 2021. - Volume 11, Issue 2, 2021, 9278 - 9284
8. Manasova G.M., Manasova I.S., Jalilova U.D. Main risk factors and prevention routes for chronic noninfectious diseases (review) // Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR) - 2018. Volume: 7, Issue: 12. - P. 48 - 53.
9. Journal “New Day in Medicine” // 1 (33) 2021 // 71-79 pages

Entered 09.04.2021

BODY WEIGHT AN OBESITY PREVENTION IN DIFFERENT CATEGORIES OFHYPERGLYCEMIA

Badriddinova M.N., Nurilloeva Sh.N.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ *Resume*

Solutions to the problems of improving the population's health do not lose their relevance. The emphasis made on the prevention and treatment of obesity, cardiovascular diseases, on the reduction of cardiac mortality contributed to the development of differentiated preventive measures. The concept of "Metabolic Syndrome" has combined into single complex interdependent metabolic disorders that form the basis of the pathogenesis of various diseases (atherosclerosis, hypertension, ischemic heart disease, obesity, type 2 diabetes mellitus, etc.). The possibilities of preventing and treating each of the diseases that make up the metabolic syndrome are determined by the success of the prevention and treatment of the metabolic syndrome itself.

Key words: obesity, metabolic syndrome, obesity prevention

ГИПЕРГЛИКЕМИЯНИНГ ТУРЛИ ДАРАЖАЛАРИДА СЕМИЗЛИК ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ТАНА ВАЗНИНИНГ ҲОЛАТИ

Бадриддинова М.Н., Нуриллоева Ш.Н.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

✓ *Резюме*

Аҳоли саломатлигини яхшилаш ва муаммоларини ҳал этиш ҳозирга кунда ўз долзарблигини сақлаб келмоқда. Семизлик, юрак қон-томир касалликларини олдини олиш ва даволашга оид дифференциалланган профилактик чораларини ишлаб чиқиш амалга оширилмоқда. Метаболик синдром концепцияси турли хил касалликлар (атеросклероз, гипертензия, юрак ишемик касаллиги, семириш, диабетнинг иккинчи тури ва бошқалар) Патогенезининг асосини ташкил этадиган ягона мураккаб ўзаро боғлиқ метаболик касалликларга бирлашиди. Метаболик синдромни ташкил этувчи касалликларнинг ҳар бирини олдини олиш ва даволаш имкониятлари метаболик синдромнинг олдини олиш ва даволашининг муваффақиятли асоси ҳисобланади.

Калит сўзлар: Семизлик, метаболик синдром, семизлик профилактикаси

СОСТОЯНИЕ МАССЫ ТЕЛА И ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЯХ ГИПЕРГЛИКЕМИИ

Бадриддинова М.Н., Нуриллоева Ш.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

✓ *Резюме*

Решения задач оздоровления населения не теряют своей актуальности. Сделанные акценты на предупреждение и лечение ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, на снижение сердечной смертности способствовали разработке дифференцированных профилактических мероприятий. Концепция «Метаболический синдром» объединила в единый комплекс взаимозависимые нарушения метаболизма, составляющие основу патогенеза разных заболеваний (атеросклероз, АГ, ИБС, ожирение, сахарный диабет 2 типа и др.). Возможности предупреждения и лечения каждого из заболеваний, составляющих метаболический синдром, определяются успешностью предупреждения и лечения самого метаболического синдрома.

Ключевые слова: ожирение, метаболический синдром, профилактика ожирения.

Relevance

Obesity remains one of the most common diseases in the population of both economically developed and developing countries. Up to 15-32% of the inhabitants of these states are overweight. Despite the use of new approaches in prevention and treatment, the number of obese people is not only not decreasing, but, on the contrary, is progressively increasing, especially among women. The leaders in this regard are the United Arab Republic, Germany, and the USA. Until now, the real results of the ongoing treatment of obesity remain unsatisfactory. WHO considers Obesity as a non-communicable epidemic affecting millions of people on all continents [3, 2, 11, 20, 21]. Obesity the importance of the problem is determined by the threat of disability among patients of a relatively young age and a decrease in life expectancy. The occurrence of such diseases as atherosclerosis, type 2 diabetes mellitus (DM-2), osteoarthritis, gout, cholelithiasis, reproductive dysfunction, varicose veins of the lower extremities, hemorrhoids is associated with obesity. The likelihood of occurrence of both cardiovascular and other diseases increases with increasing body weight and age [1, 2, 3, 6]. Obesity is understood as a heterogeneous disease in which excess fat deposition in the body can be either an independent polyetiological disease or a symptom of various other pathological conditions. Among the factors contributing to the occurrence of dermatitis, a special role is assigned to a hereditary predisposition. In families where both parents are obese, children are most likely to be obese (up to 82%). In the presence of obesity only in the father or only in the mother, the probability of obesity decreases (up to 39% and 52%, respectively). At the same time, unfavorable environmental factors (unhealthy lifestyle) also play a role in the realization of genetic predisposition [24]. In addition to genetic factors, other independent risk factors should be identified that determine the development of obesity: demographic (age, gender, ethnicity), socio-economic (education, profession), mental and behavioral (dietary habits, physical activity, alcohol, smoking, stress). It can be considered that obesity is the result of a long-term imbalance in the energy balance, when excess energy intake from food (overeating, excessive consumption of fatty foods) exceeds energy expenditure (low physical activity), usually in persons with a hereditary predisposition. This simplified scheme assumes the participation in this process of a number of still insufficiently studied intermediate mechanisms (for example, the influence of intestinal microflora,

etc.) [9, 10, 11, 25]. In the pathogenesis of obesity, a special place is occupied by the adipose tissue itself, which not only plays the role of an energy reserve, but also has endo-, auto- and paracrine functions. Adipose tissue produces biologically active substances that have a variety of effects on the activity of metabolic processes in tissues and various systems, either directly or indirectly through the neuro-endocrine system, interacting with pituitary hormones, catecholamines, and insulin. These active producers of adipose tissue include: leptin, interleukin-1.6 (IL-1.6), tumor necrosis factor- α (TNF), tissue plasminogen activator-1 inhibitor (ITAP-1), angiotensinogen, which stimulates protein acetylation, regulators of lipoprotein metabolism - lipoprotein lipase (LPL), hormone-sensitive lipase (HPL), cholesterol ester transfer protein. In turn, the function of adipose tissue is influenced by catecholamines, corticosteroids, insulin. Adipose tissue is directly related to the regulation of systemic inflammation by the release of proinflammatory cytokines (IL-1.6, TNF) [8, 9, 12, 24]. In the regulation of energy metabolism, the system of the central nervous system, hypothalamus-adipose tissue, is of great importance. Leptin is an active factor in this system. It is assumed that the regulation of leptin activity ensures the conservation of energy reserves and, in conditions of prolonged excess food intake, contributes to an increase in the mass of adipose tissue. obesity is characterized by increased production of leptin [1, 3, 8, 9, 12]. It was found that the risk of developing diseases associated with obesity depends not only on the degree of excess body weight, the age of the patient, the duration of the disease, but also on the nature of the distribution of fat. It turned out that complications are much more often detected in patients with predominant accumulation of fat in the abdominal cavity (abdominal, or visceral, or android, or upper obesity, or obesity of the "apple" type) than in patients with predominant fat deposition in the subcutaneous tissue on the buttocks and hips and in patients with general (mixed) obesity [2, 3].

The use of computed tomography or magnetic resonance imaging, which more accurately reflects the topography of fat distribution, made it possible to find that with AO, a large accumulation of visceral adipose tissue can be both with overweight (with obesity) and with normal body weight (without signs of general obesity). It has been shown that all AO variants have the highest risk of complications in comparison with gluteofemoral obesity. AO is accompanied by insulin resistance

and hyperinsulinemia, which, in turn, are predictors of DM-2. Moreover, it was found that excessive accumulation of visceral adipose tissue is combined with an atherogenic lipoprotein profile of blood plasma - hypertriglyceridemia, an increase in the level of low-density lipoprotein cholesterol, and a decrease in high-density lipoprotein cholesterol (HDL C). At the same time, hypercoagulable tendencies in the blood coagulation system are also revealed, creating preconditions for thrombus formation, combined with subclinical chronic inflammation [7, 11, 17, 23]. The biological mechanisms of the formation of various types of fat distribution are not fully understood. The development of AO is associated with a change in the metabolism of glucocorticosteroids in adipose tissue. Under conditions of IR and GI, the conversion of cortisone into cortisol increases, the activity of which is stimulated by insulin. The hormone has a local effect on adipose tissue, activating the differentiation of stromal cells into adipocytes, intracellular accumulation of lipids, as well as redistribution of adipose tissue with predominant accumulation in the omentum and mesentery, which have a high level of blood supply. There is also a connection between the distribution of fat and testosterone content, in particular, for patients with AO, an increase in the content of free testosterone and a decrease in the content of globulin binding the sex hormone are characteristic [18, 24, 25]. Interest in the study of the pathogenetic significance of AO has become noticeably heightened in connection with the development of the concept of metabolic "syndrome X" (MS), proposed by Reaven G. MS combined a complex of interdependent disorders of carbohydrate and fat metabolism, as well as mechanisms of blood pressure regulation, endothelial function. AO is one of the main components of MS along with IR, GI, impaired glucose tolerance (IGT), arterial hypertension (AH), atherogenic dyslipidemia. The clinical significance of MS is determined by a combination of risk factors that create preconditions for the aggressive development of atherosclerosis, its complications, diabetes mellitus-2 and a number of other pathological processes dependent on dysmetabolism. The essence of AO should now be considered within the framework of the MS. Both genetic and external factors, including the peculiarities of the patients' lifestyle, play a role in the development of MS, as well as AO [1, 3, 4, 21, 24, 25]. If we consider obesity as a possible component of MS, then the general principles of its differentiation should be taken into account. There are different options for classifying obesity. They

reflect the increase in body weight, the type of obesity (primary, secondary), the severity of obesity (three or four degrees), the stage of obesity (stable, progressive). To determine the degree of excess body weight, there are various methods for calculating the "theoretical" or "ideal" body weight. In recent studies, classifications of obesity by etiology, by the type of adipose tissue deposition, and by body mass index are more often used [6, 8].

Classification of obesity according to the etiological principle:

- ✓ alimentary-constitutional (i.e. obesity - as an independent disease);
- ✓ symptomatic (- endocrine, - hypothalamic, - iatrogenic); by type of adipose tissue deposition:
 - ✓ abdominal, - gluteal-femoral, - general (mixed);
 - ✓ body mass index: Quetelet's body mass index (BMI) (the ratio of body mass in kg to the square of height in meters) - objectifies the degree of accumulation of adipose tissue. As a criterion for "ideal" body weight, BMI indicators were taken from 18.5 to 24.9, overweight - from 25.0 to 29.9, obesity - from 30.0 and above. The higher the index, the higher the risk of concomitant diseases. Another criterion for high risk is abdominal obesity (AO). To determine AO in everyday medical practice, two indicators are used: a) the ratio of the waist circumference at the level of the navel to the circumference of the thighs at the level of the gluteal fold in (with AO OT / OB > 0.9 in men and > 0.85 in women) or waist circumference in cm (with AO OT > 102 cm in men and > 88 cm in women). A more accurate method for assessing AO (topography of adipose tissue distribution) can be considered computed and magnetic resonance imaging [17]. Clinically, the differentiation of abdominal and general obesity seems to be the first step in the diagnosis of MS.

Abdominal obesity and disorders of carbohydrate and lipid metabolism. In a complex complex of metabolic disorders in MS, IR should be attributed to the most significant signs of violation

1. Type of impairment of fat deposition BMI, kg / (m)² 2 Risk of concomitant diseases Deficiency of body weight 140/90 mm Hg. Art.

2) general obesity with a BMI > 30 kg / (m)² or a sign of AO - the ratio of the waist / hip circumference > 0.9 for men and > 0.85 for women.

3) dyslipidemia - an increase in the level of TG in plasma > 1.7 mmol / L and / or low HDL C < 0.9 mmol / L for men and < 1.0 mmol / L for women.

4) microalbuminuria > 20 µg / min

5) impaired carbohydrate metabolism in the form of impaired glucose tolerance (IGT) or SD-2 [1, 22].

The second principle of diagnostics was developed by experts of the US educational program on cholesterol in the third report in 2001. There is no need to determine IR to detect MS. The presence of three of the five components listed below makes it possible to diagnose MS:

1) waist circumference (WC) as a marker of abdominal obesity > 102 cm in men and > 88 cm in women

2) AH > 130/85 mm Hg. Art

3) a decrease in HDL C levels below 1.04 mmol / l for men and below 1.23 mmol / l for women

4) an increase in the level of triglycerides > 1.69 mmol / l

5) fasting hyperglycemia > 6.1 mmol / L [1, 22].

Initial medical examination in a polyclinic or in a hospital: complaints, lifestyle, diet, hereditary burden, concomitant diseases (accounting for endocrine diseases, SD-2), physical examination, determination of blood pressure, heart rate, OT. Signs of AO (WC > 88 cm in women and > 102 cm in men) in combination with hypertension (> 130/85 mm Hg) are a sufficient reason for a preliminary diagnostic version of MS, especially if the patient has any manifestations of atherosclerosis. It should be borne in mind that general obesity can exist for a long time only as a risk factor for MS. Stage II. Additional examination to clarify the type of obesity or MS: blood plasma lipids (OH, X LDL, X HDL, TG), fasting glucose and 2 hours after loading 75 g of glucose, BMI, ECG, EchoCG. Diagnostic criteria for impaired glucose tolerance are glucose levels <7.0 mmol / L in venous blood plasma and <6.1 mmol / L in capillary blood on an empty stomach and > 7.8 - <6.1 mmol / L in venous blood plasma and <5.6 mmol / L in capillary blood; 2 hours after a load of 30 kg / (m)², moderate dyslipidemia, the presence of AO, NTG or CD-2, ischemic heart disease, myocardial infarction, stroke. Variants of clinical manifestations of MS. Despite the clinical diversity inherent in MS, a number of researchers identify its most common variants [1, 21]. The evaluation criteria and the number of such options are not the same for different authors. At the same time, it is worthwhile to distinguish three clinical variants of MS based on the absence or presence of dyslipidemia and impaired glucose tolerance (or type 2 diabetes mellitus) [21].

1. Combination of AO with hypertension and dyslipidemia.

2. Combination of AO with AH, dyslipidemia and with NTG (or CD-2).

3. Combination of AO with AG and with NTG (or SD-2).

It should be emphasized that AO and AH in MS are the most common combination. The peculiarities of biochemical changes must be taken into account both in the diagnosis and in the determination of the treatment program. Treatment of MS The main goal of treatment of MS should be considered to reduce the total risk of cardiovascular diseases by correcting its components - a decrease in AO, AH, IR, GI, indicators of impaired fat and carbohydrate metabolism. Since the excessive accumulation of adipose tissue is one of the main pathogenetic factors in the formation of IR and GI, the leading place in the complex treatment of MS should be taken by measures aimed at reducing body weight and abdominal obesity, at correcting nutrition and increasing physical activity. This lifestyle modification is considered the first, the main line of treatment for both MS and general obesity without signs of MS [6, 8, 10, 21, 25,].

Correction of overweight and obesity. The program for reducing body weight and AO includes two sets of measures. 1. Non-drug measures: - patient education, psychological preparation, keeping a food diary, - diet, - changing eating habits, giving up bad habits, - physical training. 2. Medical treatment. Non-drug measures can be combined with drug treatment at any stage of the disease.

When determining a rational low-calorie diet, one must proceed from the following provisions: 1). The diet is made taking into account the age, body weight, gender, level of physical activity, dietary habits of the patient; 2). Limiting the consumption of refined, quickly digestible carbohydrates (sugar, honey, candy, cake). Complex carbohydrates (vegetables, fruits) should make up at least 50% of the diet; 3). Limiting fat intake to 25-30% of the daily calorie intake; four). Introduction to the daily diet of at least 25 g of fiber (wholemeal bread, beans, oats). Fiber promotes the excretion of neutral sterins in the feces and a decrease in plasma cholesterol levels; five). Limiting the daily intake of table salt to 4-5 g. Long-term salt restriction helps to reduce blood pressure in hypertension and regression of LV hypertrophy. It should be borne in mind that with severe hypertension and hyper-TG, alcohol consumption worsens the course of MS. In other cases, it is allowed to take 20-40 g of pure alcohol per day (approximately 50 g of vodka or 150 g of dry wine). Small doses of alcohol increase the level of antiatherogenic HDL C [1, 21].

Correction of carbohydrate metabolism disorders.

To correct IR, metformin (from the biguanide group) is usually used, which has a positive effect on tissue IR by increasing glucose uptake by skeletal muscles. It has the ability to: a) reduce the rate of absorption of carbohydrates in the small intestine, b) reduce appetite, c) improve intracellular glucose transport.

Metformin is used in patients with MS both without diabetes mellitus-2, and in the detection of DM-2 [12]. In recent years, along with metformin, acarbose has been used, which has shown good efficacy and safety in patients with impaired glucose tolerance [12, 14]. New drugs that improve the sensitivity of cells to insulin include the group of PPAR- γ receptor agonists. Along with a decrease in IR, these drugs contribute to the normalization of blood pressure, have endothelium-protective, anti-inflammatory and antithrombotic effects. The next generation of the drug, an agonist of PPAR- α receptors, activates fatty acid oxidation and helps to reduce hypertriglyceridemia [19]. Clinical trials of these drugs have not yet been completed.

Conclusion

Solutions to the problems of improving the health of the population do not lose their relevance. The emphasis made on the prevention and treatment of obesity, cardiovascular diseases, on the reduction of cardiac mortality contributed to the development of differentiated preventive measures. The related research has noticeably changed the pre-existing ideas about the essence of the diseases mentioned. The concept of "Metabolic Syndrome" has combined into a single complex interdependent metabolic disorders that form the basis of the pathogenesis of various diseases (atherosclerosis, hypertension, ischemic heart disease, obesity, type 2 diabetes mellitus, etc.). It became obvious that the possibilities of preventing and treating each of the diseases that make up the metabolic syndrome are determined by the success of the prevention and treatment of the metabolic syndrome itself. There are a number of problems on the way to improving the prevention and treatment of metabolic syndrome. The first of them is the complexity of its diagnosis in the working conditions of a practical doctor. In recent years, there has been a need for targeted examination of a large number of patients. In these conditions, it becomes especially important to define an accessible diagnostic program (with criteria that are feasible in the primary health care setting), which would allow not only to isolate patients with metabolic syndrome, but also to carry out long-

term controlled treatment and prevention. To a certain extent, these requirements are met by the recommendations of experts from the US Cholesterol Education Program (ATP III, 2001). The accumulated experience suggests that the ATP III recommendations make it possible to detect metabolic syndrome by doctors of different specialties without using special complex laboratory tests. Providing early diagnosis and especially subsequent long-term controlled treatment opens up new prospects for health-improving activities and large-scale epidemiological studies.

LIST OF REFERENCES:

1. Juraeva Kh.I. Badridinova B.K., Kadirov B.S., Majidova M.A., Yakhyeva Kh.Sh., Negmatullaeva M.A., Amonov M.K. Frequency of meeting the main components of the metabolic syndrome during disturbance of different phases of glycemic curve. // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. -Vol 9. - № 1. – 2019. – P. 20-22.
2. Mansurova M.Kh., Nurilloeva Sh.N. Ecological-hygienic condition and assessment of the working conditions of workers of poultry farms. // Problems of social hygiene public health and history of medicine. www.medlit.ru. - 2019. - № 29(6) (November-December). - P. 350–354
3. Nurilloeva Sh.N., Juraeva Kh.I. Adequacy pharmacotherapy of metabolic syndrome. // World journal of pharmaceutical research. August-Sept. - 2020. Volume 9. Issue 12. – P. 48-53.
4. Rajabova G.X., Soliyev A.U., Jumayev K.Sh. Clinical features and forecast of ischemic heart disease in patients with metabolic syndrome. // AJMR. impact factor: 6.053. -2019. – Volume 8. Iss 9. – P. 6-17
5. Александров О.В., Алехина Р.М., Григорьев С.П., Ежова И.С., Золкина И.В. Метаболический синдром // Росс. мед. журнал, 2006, № 6, с.50-55.
6. Badritdinova M.N. The prevalence of abdominal obesity among the prevalence of abdominal obesity among the population as the main criterion of the metabolic population as the main criterion of the metabolic syndrome. // This article is available in Central Asian Journal of Pediatrics, «Scopus», Published by 2030 Uzbekistan Research Online. – 2019.-№ 2(2). – P. 116-119.
7. Badritdinova M.N., Badridinova B.K. Analysis of the state of treatment of metabolic syndrome at the level of primary health care.

- // Electronic journal Biology and Integrative Medicine. - 2019. - No. 3. - P. 18 - 29.
8. Badritdinova M.N., Zhuraeva H.I., Aslonova Sh.Zh., Rajabova G.Kh. The prevalence of abdominal obesity in the population as the main criterion for metabolic syndrome. // A new day in medicine. - 2015. - No. 4. - P. 56 - 59.
 9. Badritdinova M.N., Kadirov B.S. Features of the clinical course of acute myocardial infarction in patients with metabolic syndrome. // Problems of Biology and Medicine. - 2019. - No. 1.1 (108). - S. 149 - 150.
 10. Badritdinova M.N., Kadirov B.S. The frequency of occurrence of risk factors for carbohydrate metabolism disorders in patients with essential hypertension. // Problems of Biology and Medicine. - 2018. - No. 2.1 (101). - S. 127.
 11. Badritdinova M.N., Kadirov B.S., Yazmurodov F.A. Evaluation by women of their health status in relation to overweight and obesity. // Collection of scientific articles of the 65-year International Scientific and Practical Conference of the Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino. - 2017. Vol. - 2. - S. 42 - 43.
 12. Бадритдинова М.Н., Рауфов А.А., Язмурадов Ф.А. Связь болевого приступа у больных ишемической болезнью сердца при наличии отдельных компонентов метаболического синдрома // Биология и интегративная медицина, электронный научный журнал. – 2017. - № 6. – С. 23 - 37.
 13. Бадритдинова М.Н., Ражабова Г.Х. Распространённость различных форм ишемической болезни сердца среди лиц с отдельными компонентами метаболического синдрома. // Состояние здоровья: Медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты VII международная научно-практическая интернет-конференция. - 2016. - С. 87-93.
 14. Братусь В.В., Шумаков В.А., Талаева Т.В. Метаболический синдром: природа и механизмы развития// Журн. АМН України, 2004, т.10, № 4, с. 646-670
 15. Бутрова С.А. Ожирение. Современная тактика ведения больных// Леч. врач, 2000, № 5-6, с.30-33. 9. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Ожирение// Междунар. мед. журнал, 2000, № 1, с.90-93
 16. Жураева Х.И., Бадритдинова М.Н. Частота и выявляемость некоторых компонентов метаболического синдрома в различных гендерных группах. //Новый день в медицине. – 2018. - № 4(24). – С. 25 - 29.
 17. Жураева Х.И., Каюмов Л.Х., Убайдова Д.С., Джабборов Ж.Ж. Взаимосвязь инфаркта миокарда с метаболическим синдромом. // Электронный научный журнал Биология и интегративная медицина. – 2019. - №4 (32). - С. 66 - 77.
 18. Калинин С. Роль андрогенов в лечении ожирения и метаболического синдрома у мужчин// Врач, 2006, № 11, с.15-18.
 19. Мамедов Н.М. Алгоритмы диагностики и лечения метаболического синдрома в клиничко- амбулаторных условиях// Кардиология, 2005, № 5, с. 92-100.
 20. Мамедов Н.М. Обсуждение основных тезисов II Международной Нью-Йоркской конференции «Метаболический синдром и дислипидемия»// Росс. кардиол. журнал, 2005, № 5 (55), с.95-101.
 21. Орзиев З.М., Нуриллоева Ш.Н. Компетентность количественных показателей ведущих клинических признаков холестаза в дифференциации его градаций.//Терапевтический вестник Узбекистана. – 2017. - №1. –С.61-65.
 22. Ражабова Г.Х., Джумаев К.Ш. Metabolic syndrome: current issues, the characteristics of manifestations in different ethnic group. // Physician's bulletin. – 2020. - № 2 (94). – С. 158-162.
 23. Ражабова Г.Х., Джумаев К.Ш., Мамасолиев Н.С. Метаболик синдромнинг долзарб муаммолари, турли хил этник гурухларда метаболик синдромнинг ўзига хос хусусиятлари. // Биология ва тиббиёт муаммолари Халқаро илмий журнал. - 2019. - № 4.2. – С. 115.
 24. Сулейманов С.Ф., Нуриллоева Ш.Н., Сафарова Г.А. Иммунокорригирующая терапия больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.//Вестник врача. – 2019. - №4. – С.118-120.
 25. Сулейманов С.Ф., Нуриллоева Ш.Н., Сафарова Г.А.Иммунные механизмы при хроническом холецистопанкреатите.//Вестник врача. – 2019.- №2. – С. 97-99.

Entered 09.04.2021

TEACHING A FOREIGN LANGUAGE IN HIGHER MEDICAL INSTITUTIONS BASED ON INTERNATIONAL TRAINING PROGRAMS

Djalilova Zarnigor Obidovna

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume*

This article discusses the importance of teaching a foreign language in medical universities on the basis of international training programs, since the main success of mastering a foreign language, and most importantly, mastering a technical medical foreign language depends on the quality of training programs and on the level of training of foreign language teachers. And this can be achieved mainly by adopting the pedagogical experience of foreign colleagues through cooperation and interaction with them at international scientific conferences and forums.

Key words: foreign language, higher education, medical school, medical education, student, English, higher professional education, medical specialty, medical school, professional activity.

ОБУЧЕНИЕ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ

Джалилова Зарнигор Обидовна

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме*

В данной статье рассматривается важность преподавания иностранного языка в медицинских ВУЗах на основе международных программ обучения, так как основной успех овладения иностранным языком, а главное – овладение техническим медицинским иностранным языком зависит от качества программ обучения и от уровня подготовки учителей иностранных языков. А это можно достичь главным образом посредством перенимания педагогического опыта зарубежных коллег при помощи кооперации и взаимодействия с ними на международных научных конференциях и форумах

Ключевые слова: иностранный язык, высшее образование, медицинский вуз, медицинское образование, студент, английский язык, высшее профессиональное образование, медицинская специальность, медицинская школа, профессиональная деятельность.

ХАЛҚАРО ЎҚИТИШ ДАСТУРЛАРИ АСОСИДА ОЛИЙ ТИББИЙ МУАССАСАЛАРИДА ХОРИЖИЙ ТИЛНИ ЎРГАТИШ

Джалилова Зарнигор Обидовна

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме*

Ушбу мақола тиббиёт олий ўқув юр்தларида чет тилини халқаро ўқув дастурлари асосида ўқитишнинг муҳимлигини ўрганиб чиқади, чунки чет тилини ўзлаштиришдаги асосий муваффақият, энг муҳими, тиббий тиббий чет тилини ўзлаштириши ўқув дастурларининг сифати ва чет тили ўқитувчиларининг тайёргарлик даражасига боғлиқ. Бунга асосан чет эллик ҳамкасбларнинг халқаро илмий анжуманлар ва форумларда улар билан ҳамкорлик қилиш ва ўзаро таъсир ўтказиш орқали педагогик тажрибасини қабул қилиш орқали эришиш мумкин.

Калит сўзлар: чет тили, олий маълумот, тиббиёт мактаби, тиббиёт таълими, талаба, инглиз тили, олий касбий таълим, тиббиёт ихтисоси, тиббиёт мактаби, касбий фаолият.

Introduction

The decree of the President of the Republic of Uzbekistan "On measures for the further development of higher education" radically changes the content of personnel training in accordance with the priority tasks of radical improvement of the higher education system, socio-economic development of the country. It is designed to create the necessary conditions for the training of highly qualified specialists in accordance with international standards [1]. Over the years of independence, a lot of work has been done to modernize the higher education system, introduce modern forms and technologies of vocational training and improve the qualifications of specialists, taking into account the real needs of the economy and social life. Of course, organizations are interested in studying the medical aspects of international educational programs. Each of the developed countries has developed a separate model for studying medicine in a foreign language, and efforts are being made to adapt these standards to our national trends. For example, in the United States, medical education is multilevel. You must have completed a Bachelor of Science or Bachelor of Arts degree prior to enrolling in medical school at the university. In addition, only applicants from American or Canadian universities will be considered. Undergraduate programs should aim towards academic credits in organic chemistry, biology, and general chemistry.

Materials and methodology

The process for obtaining a PhD in the United States is as follows: - Bachelor of Chemistry and Biology - 4 years. - training program (med-ped) - optional stage - passing the HAC (higher attestation commission) exam. Faculty of Medicine - 4 years (2 years of experience and 2 years of clinical practice). In your final year of study, you must choose a specific medical specialty. Residence permit - from 3 to 8 years, depending on the specialty. The shortest programs are related to family medicine, most of which are related to neurosurgery. The total surgical life is 5 years. Highly specialized practice - lasts 1–2 years and often includes elements of research. Typically, the student also has the opportunity to practice in addition to the residency studies. This is required for a number of medical specialties (cardiologists, oncologists, nephrologists, etc.). The admission process to an international medical school for international students is challenging. Healthcare professionals should be able to meet some of America's finest undergraduate medical students. In addition, some medical school regulations do not allow non-

American people. In the UK, medical education lasts about 10 years. It is divided into several main stages: - six-year medical education at the medical school at the university; - two-year cumulative program for doctors; - qualifications and general practice - the duration depends on the type of medical specialty [3].

Results and their discussion

The form of medical education in Canada is a mixed type between Great Britain and similar education in the United States. The length of training programs varies. There is a four-year medical program and you must prove your bachelor's degree in chemistry or biology (similar to the US system). There are, of course, 5 year programs that will be released in the first year. The decree of the President of the Republic of Uzbekistan "On measures for the further development of the higher education system" aimed at developing the system of continuous education, providing highly qualified personnel for the dynamically developing economy of the country, expanding the participation of higher education in the strategically integrated development of all regions and industries. This is another important practical step. In modern conditions, serious requirements are imposed on the level of training of any specialist. Knowledge of a foreign language is a very important and essential component of this training. The state standard of higher professional education requires taking into account the professional specifics when studying foreign languages in non-specialized universities. It provides for a professionally oriented approach to learning and aims at developing students' ability and readiness to communicate in professional, business, and scientific fields. The study of a foreign language should take into account the characteristics of professional thinking, individual needs of students, be accompanied by the development of their personal qualities. These aspects are extremely important for the organization of the educational process at a medical university. In our opinion, the general cultural competence of a medical specialist in a foreign language should reflect the readiness and ability to master a foreign language in the field of everyday and professional communication at a level sufficient for the implementation of certain types of professional activity, for example: clock standards for the regional component, it is possible to introduce such foreign courses language not only in the first, but also in senior courses (as elective or additional), where, as the experience of the department of foreign languages of medical

universities and, students are distinguished by a higher motivation to learn a foreign language. The next important aspect of the practice of teaching a foreign language in a medical university is moral and ethical. The moral component, being an integral part of the learning and upbringing process, provides that students acquire a number of professional qualities and values in the course of training, which will be based on the willingness to put the needs of the patient first. Below we present to your attention measures to improve the teaching of foreign languages, which are beginning to be implemented in teaching practice at our institute. There is a wide selection of authentic English textbooks available from Oxford, Cambridge, Pearson, Longman for the medical specialties (e.g. Good Practice: Communication Skills in English for the Medical Practitioner: Cambridge Professional English). All textbooks are full-fledged educational and methodological complexes with audio, online resources, tests, guidelines for teachers (Teacher's book, Students book, Work book on Dentistry). This allows you to create a complete language course for medical students of almost any language level [5]. The main goal of forming a professional and personal culture of medical students is the development of socially significant qualities as the highest value of education. The professional and personal culture of a doctor should permeate all aspects of his professional activity. In this regard, the most urgent problem of the educational process in higher medical school is its clearer orientation towards the formation of the personality of the future doctor, his civic responsibility, legal culture, spirituality, initiative in a foreign language. Nevertheless, the everyday level of foreign language proficiency offered as the basis for general cultural competence is not sufficient for a modern qualified medical specialist (for example, an Internet exam). International conferences (including videoconferences), seminars, lectures and consultations of foreign experts, student and academic exchanges and internships have become common forms of higher professional education and continuous professional development. The participation of our students and masters, as well as medical professionals in such forms of academic and professional activity, implies proficiency in a foreign language at the level of an independent user in the field of professional communication. Continuous professional education of medical specialists of our university also presupposes access to theoretical and applied achievements of world medicine, active communication, exchange of views and cooperation with foreign colleagues. These activities are by no means limited to the skill of "obtaining information from foreign sources."

Conclusion

A foreign language in a medical university in the light of state educational standards is one of the mandatory components of the humanitarian training of a specialist [2]. According to the program of the subject Foreign language in medicine, in English lessons, students get acquainted with the basics of business English, the necessary professional vocabulary, read texts containing special vocabulary, develop dialogical and monologue speech, in the course of studying it, students develop the skills and abilities of using a foreign language as a means of communication, a means of obtaining new, relevant and useful information from various fields of knowledge, for example, from the field of medicine. The main task facing the teacher is to reveal the creative thinking of students, to find such means that would awaken the thinking activity of students and interest in a foreign language. In solving this problem, active pedagogical teaching methods come to the fore, which motivate students to independently and creatively master the material. An example of this can be the Conference, which was held by teachers of a foreign language of the Department of Pedagogy and Psychology of the Institute on November 21, 2019 under the name "Conference on book presentation for medical purposes".

LIST OF REFERENCES:

1. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan "On measures for the further development of higher education." 2018.
2. Federal state educational standard of higher professional education in the direction of training (specialty) 060101 "General Medicine" (qualification (degree) "Specialist").
3. Zarnigor Djalilova Obidovna Comparative Analysis Of Uzbek Men's And Women's Speech Through The Prism Of Gender Linguistics // CENTRAL ASIAN JOURNAL OF LITERATURE, PHILOSOPHY AND CULTURE. - 2021. - №2. - C. 22-26.
4. 6. Zarnigor Djalilova Obidovna STUDIES ON GENDER LINGUISTICS IN THE FIELD OF UZBEK LANGUAGE // Academic research in educational sciences. - 2021. - №3.
5. 7. Zarnigor Djalilova Obidovna CONCERNING THE ISSUE OF TERMS, HAVING A PLACE WITH VARIOUS MORPHOLOGICAL CLASSES (IN VIEW OF THE EXAMPLE OF THE TERMINOLOGICAL ARRANGEMENT OF SOCIAL ACTION) // New Day in Medicine. - 2020/12. - №(32). - C. 501-504.
6. Z.O. Jalilova [ON THE FORMATION OF THE LANGUAGE OF SCIENTIFIC LITERATURE IN THE HISTORY OF THE ENGLISH LANGUAGE](#) // E - Conference Globe – P. 18-22.

Entered 09.04.2021

UDC 616.831-005.7:616.8-036.11
TREATMENT OF CHILDREN WITH HELMINTHS ACCORDING TO METHODS OF ABU ALI
IBN SINO

Kayumov H.N., Djabbarova M. B., Qodirova Sh. S.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ **Resume**

Today, parasitic diseases are one of the issues raised to the public scale. These diseases are widespread among the population, especially in children, negatively affecting their severity and, in turn, lead to serious economic damage to the social sphere. Ibn Sino's doctrine does not have any adverse effects compared to modern methods of treatment on the body's therapeutic effect. It should be noted once again that such treatment is worse for children.

Key words: *helminthosis in children, methods of traditional medicine, teachings of ibn Sino*

ЛЕЧЕНИЕ ГЕЛЬМИНТОЗА У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДАМ АБУ АЛИ ИБН СИНО

Каюмов Х.Н., Джаббарова М.Б., Кодирова Ш.С.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ **Резюме**

На сегодняшний день паразитарные заболевания - одна из проблем, поднятая в общественном масштабе. Эти заболевания широко распространены среди населения, особенно у детей, негативно сказываются на их здоровье и, в свою очередь, наносят серьезный экономический ущерб социальной сфере. Лечение по методам Ибн Сино не имеет никаких побочных эффектов по сравнению с современными методами лечения.

Ключевые слова: *гельминтоз у детей, методы народной медицины, учение ибн Сино*

BOLALARDAGI GELMINTOZNI ABU ALI IBN SINO USLUBLARI BO'YICHA DAVOLLASH

Qayumov X.N., Djabbarova M.B., Qodirova Sh.S.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Bugungi kunda parazitlar kasalliklar jamoat miqyosida ko'tarilgan muammolardan biridir. Ushbu kasalliklar aholi orasida, ayniqsa bolalar orasida keng tarqalgan bo'lib, ularning sog'lig'iga salbiy ta'sir qiladi va o'z navbatida ijtimoiy sohaga jiddiy iqtisodiy zarar etkazadi. Ibn Sinoning uslublari bo'yicha davolash zamonaviy davolash usullari bilan solishtirganda hech qanday nojo'ya ta'sirga ega emas.

Kalit so'zlar: *bolalardagi gelmintoz, xalq tabobati usullari, ibn Sino ta'limoti*

Relevance

Today, parasitic diseases are one of the issues raised to the public scale. These diseases are widespread among population, especially in children, negatively affecting their severity and, in turn, lead to serious economic damage to the social sphere.

Helminthosis among children is 50-60%, and exceeds the level of respiratory diseases.

Tape-worm is a disease caused by parasitic worms and parasitic deworming in the human body. There are more than 250 types of helminths

among humans. There are about 50 species of parasites in Uzbekistan.

Ibn Sino's doctrine does not have any adverse effects compared to modern methods of treatment on the body's therapeutic effect. It should be noted once again that such treatment is worse for children.

In some cases, tape-worm gets into children's organism and disturb them. Symptoms of helminths may show symptoms of other diseases such as diseases of lungs, gastric ulcer cells. Tape-worm is more likely to be around the anal orifice.

The tape-worm in the abdomen does not come from all liquors. They are never formed from red (blood) or black (commercial) bile, because the red is too hot for creating moist tape-worms, since their natures are opposite, the second is cold and dry and they are far from life (far from the living).

In the case of blood, the function of barrier is dominated by this and organs have need of this liquid. The appearance and colour of the tape-worm gives evidence that this wasn't evolved from blood, but the substance of the tape-worm is mucus, when it is overheated undigested alimentary products inside the weak stomach get spoiled, consequently a lot of mucus membranes will be produced, from whom helminths are shaped. They are made from soft and sticky products: cereals, honeysuckles, beans, flour powder. As a result of the consumption of raw meat, milk, greens, lubricants, and sweating after eating and drinking can also cause helminthosis.

Four different types of bowel helminths are distinguished: large and long, round, flat, these are as "egg yolks" and small, which have different origin. It differs according to the birth place and material, some are born of moisture, which are not segregated and are not resolved when the liver involves or extracts, while others are segregated and get out from the body as a result of the continuous liver invasion and rapid excretion of excrement. When the heminths, which are excreted from the body with excrement will be smaller and will be located around the back hole when are born. They are born of some fluid, which corresponds to two fluid quality and composition. Longer worms come from the upper part of the bowels, that is the first round fluid, and the small circles and flats come into being from the third fluid, and sometimes they can come from the above fluid. Large and deteriorating heminth comes from a third generation of fluid, sometimes at the upper intestine, which sometimes happens in the group, which also spreads toward the gut, the colon, and the stomach, and on the other hand, to the back hole.

Small heminth is not harmful as it is thrown away from the main organs with a strong and stiff excrement. But it should be noted that if the small heminths are too many, then the harm will be accordingly. Then, it should be borne in mind that long-lasting heminth is not as harmful as the flat ones, because the substance of flat heminth is the most rotten matter. Small heminth are excreted from the anus, because they are located in the intestine near the anus, and since they are weak, it does not cling as strongly as grown-up helminths to the intestinal wall.

If there are fever in children with heminths, it means that heminth is dangerous and life-threatening, or fever destroys nutrients and heminths will have to move to find food, which eventually causes heminths to leave the intestinal wall.

Fever causes substances of heminth to suffer and agitates them: fever naturally intensifies fermentation in the intestines, which in turn affects the bowels and causes pain. Occasionally, emotional abnormalities such as faint, feeling of starving hunger can also be caused in patients by heminth.

Sometimes the feeling of hunger can not be satisfied with eating, causing the mouth of stomach to be hypothenic, after which heminth begins to enter the stomach as a result, pollute this organ from inside, above given two cases results in faster heart attacks. In most cases contamination with heminths begins in childhood times, especially circle heminth is considered to be widespread (ostrich, paccana vagina).

Worms have peculiarity of being widespread in autumn compared to other seasons, which is because the person consumes more fruits and vegetables in this period, and air is also enhancing factor for the fermentation process in the bowel.

Tape-worm is provoked at night and often disturbs patients at night. Fatigue and physical activity can compel helminth to weaken and leave patient's body, that is why appearance of helminths in excrement means that the child is strong and has the ability to drive the worms out. But if dead tape-worms come out into excrement with the blood, it gives evidence of unpleasant situation.

Symptoms: Common symptoms include salivary leaks, night-time moisture, and daytime dryness of lips, which can be explained by the loss of heat during the daytime and being kept at night. When heat dissipates, it takes away moisture and causes the helminths to drain the stomach, resulting in the drought of stomach-associated organs, that are, the lips and the mouth.

Atmosphere also cause lips to dry, so patients always moisturize their lips by lingering their tongue. Patient children are inclined, emotional, angry, do not want to talk, do not want to join anyone's company. Occasionally, patients are tempted, gnashing their teeth when they are asleep, sometimes chewing on their mouths, releasing their tongues, and shouting in their sleep because they have been exposed to harmful vapors in their brain. After eating they may have nausea, their voices are broken, pulse weakens, fails when helminths are provoked, and the excrement is often wet. If you notice good or bad appetite, it may indicate that tape-worm has appeared. Sometimes

it disturbs the patients with thirst, in which case they can't quench their thirst. In addition, it is possible to observe the patient seizing their abdomen and screaming because of pain, their faces change, and sometimes become pale after vomiting. Occasionally, patients may be swollen in their faces, tension in the abdomen, and the severity of seizures. In boys, the ovaries are swollen with stinking sweat. Some helminths have peculiarity of creeping outside, and sometimes the gastric ulcer has a feeling of dizziness. Occasionally, patients have no appetite, disgust to food, difficulty of digestion, and hiccups. If the worm is long, it stimulates accompanying organs as the lungs and the heart, causing dry coughs, faster heart failure, and pulsating pulse. Small tape-worms around the backside of the anal hole, disturb them, and sometimes patients have a fainting spell as a result of severe itch. If the helminths inside the bowel increases too much, there will be pain under the rib and spine. One of the most useful ways in this case is to drink a some vinegar before going to sleep.

Treatment: First of all, it is necessary to rid the substance of helminths, so it is needed to clean the body with medicines. All the medicines they are given both warm and cold are bitter. All of the drugs that are prepared kill the helminths, and dead worms should not stay long in the intestines, because it dries after the death, and excretes a poisonous steam to the body of the baby. These medicines have painful and hot nature, whereas helminths are looking for sweet and oil-rich products, thus these medicines affects negatively their spirits. There are various medicines for drinking and eating. Of these, children can be given suppository that force the helminths out of the intestines but not kill them. Drinking should be given when hungry.

The treatment: five dirhams Sabr-Saqtari (Al-Saqtari) and five-dirham hilf (alfa) plant should be chosen, torn and added with honey, and then it should be prescribed to lick. This medicine kills helminths inside the body.

The Next Method: Ten dirhams of yellow substitute (citron) peel is removed, dried and should be drunk with milk to kill the worms inside.

Abu Bakr Razi: for obviating the worms, I did not find anything better than Utruj (citron), which meant getting rid of helminths completely.

If a pea (eg al-ashwad) is put into the water for two days, then this water is good for treating helminths. If you put it in vinegar, it will work even better. Also, olive oil and alpha with vinegar are also beneficial in this case.

Smearing mixed sediments with vinegar to the abdomen can effectively work against the worms

inside. The author of the book Durratul muntaxa (selected pearls, selected pearls) tells in his book about natural herbs used by experiments.

Al-Loia-Laheya (It is a small tree grown in the foothills of the mountains, it has yellow flowers, whose honey is gathered by bees) its three lists should be eaten a day during seven days, and there should be two or three days of break after eating it one day, the feeling of drought inside the abdomen is the sign that many worms have fallen.

If crushed and mixed with honey seven or ten heads of garlic consumed dry after drying in the oven, it kills the worm.

Pomegranate bark - Boil it in water and then pour it and add olive oil, consuming this medicine helps to kill the helminths inside.

Small helminth is found in the backplane of the children, in this case black andiz and a piece of dandruff mixed with sugar in water should be consumed.

Alfalfa, butter, Abu Jahl watermelon rind are smeared and fastened to the abdomen. Sometimes the hip of children is bound. Then moss, flower roots, red flower or buckwheat are sprinkled with barley or yassim.

Purging drugs is a simple remedy for helminths

Al-Hilf - Alfa plant. If consumed raw, it will make away worms inside the abdomen.

Al-Himmis - Noodle-In the evening, put in a vinegar and use the following morning to siphon and kill off the worm in half an hour if nothing goes wrong.

Ash-Shuniz - If the sedan with the shovel is used on the navel, it will liquidate the large and small worms in the abdomen. If you drank a sedan and dropped on the navel, it would get rid of the worms. Ash-Shaykh-Darman, polina. If you cook it with honey and smear it on the abdomen, it will polish off the worms inside.

Pomegranate skin - When patients are infected by a worm, this should be injected ten dirhams into mouth and then drunk hot water after it.

LIST OF REFERENCES:

1. Abu Ali ibn Sino. Medical Laws. Books I, II, III. 1980, Tashkent. Medical publishing house.
2. Abu Ali ibn Sino. Medical booklets. 1987 Tashkent. Medical publishing house.
3. Abu Ali ibn Sino. Medical Laws. Book IV. 1994, Tashkent. Public publishing house.
4. Abu Ali ibn Sino. Medical Laws. Book V. 1994, Tashkent. Public publishing house
5. Abu Ali ibn Sino. Medical laws. VI book. 1994, Tashkent. People heritage publishing house.

6. Abu Bakr Ar-Razi. History of Diseases. 1994 Tashkent. Meros.
7. Abu Bakr Ar-Razi. The fast-paced diseases. 1992 Tashkent. Meros.
8. A.Madraximov. Ibn Sina speaks about healing plants. 1990 Tashkent. Cocktail Publishing
9. Yu.Nuraliev. Luqmani Hakim. 1991 y. Dushanbe. Irfan publishing house.
10. M.Nabiev. The essence of vegetables, berries. 1990 Tashkent. Cocktail Publishing.
11. Professional pallets. 1993 Tashkent
12. Kayumov Kh.N., Xikmatova M.F., Djabborova M.B., Sultonova L. State Of Integration Of Traditional **Ibn Sino** In The Modern System of Health Care For Guards **UU** Health of Women of Reproductive Age. European Journal of Molecular & Clinical Medicine, ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 03, 2020. P. 3148-3153.
13. Kayumov X.N., Tuksanova Z.I., Sultanova L.J. Ibn Sina's teachings on women's reproductive health // A new day in medicine. - 2020.- №3 (31). - B. 194-198.

Entered 09.05.2021

FEATURES OF THE HORMONAL STATUS IN ADOLESCENT GIRLS, TAKING INTO ACCOUNT NEUROENDOCRINE DISORDERS

Kadirova M.N., Tuksanova D.I., Axmedov F.K

Bukhara Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino. Bukhara, Uzbekistan

✓ **Resume**

Purpose of the study. To study the hormonal status in adolescent girls, taking into account neuroendocrine disorders. The research material will be 110 girls of puberty age. The main group of adolescent girls with neuroendocrine disorders (n = 65), Control group (n = 45). Research conducted to assess the biological etiology of neuroendocrine disorders has shown that hormonal fluctuations in estrogen and progesterone, neuroendocrine disorders, estrogen receptor diversity and prostaglandin synthesis play an important role in the development of neuroendocrine disorders in most subjects at their age.

Keywords: hormonal status, adolescent girls, neuroendocrine disorders, puberty

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕВУШЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ

Кадырова М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К.

Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино. Бухара, Узбекистан

✓ **Резюме**

Цель исследования. Изучить гормонального статуса у девушек-подростков с учетом нейроэндокринных нарушений. Материалом исследования послужат 110 девушек пубертатного возраста. Основная группа девушек подростков с нейроэндокринных нарушений (n=65), Контрольная группа (n=45). Исследование, проведенное с целью оценки биологической этиологии нейроэндокринных нарушений, показало, что гормональные колебания эстрогена и прогестерона, нейроэндокринные нарушения, разнообразие рецепторов эстрогена и синтез простагландинов играют важную роль в развитии нейроэндокринных нарушений у большинства субъектов в их возрасте.

Ключевые слова: гормонального статуса, девушек-подростков, нейроэндокринных нарушений, пубертатного возраста

NEUROENDOKRIN KASALLIKLARNI HISOBGA OLGAN HOLDA O'SPIRIN QIZLARDA GORMONAL HOLATNING XUSUSIYATLARI

Kadirova M.N., Tuksanova D.I., Axmedov F.K

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti. Buxoro, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Tadqiqot maqsadi. Neyroendokrin kasalliklarni hisobga olgan holda o'spirin qizlarda gormonal holatni o'rganish. 110 o'spirin qiz tadqiqot materialli bo'lib xizmat qiladi. Neyroendokrin kasalliklari bo'lgan o'spirin qizlarning asosiy guruhi (n = 65), Nazorat guruhi (n = 45). Neyroendokrin kasalliklarning biologik etiologiyasini baholash bo'yicha o'tkazilgan tadqiqot shuni ko'rsatdiki, estrogen va progesteronning gormonal tebranishlari, neyroendokrin kasalliklari, estrogen retseptorlari xilma-xilligi va prostaglandin sintezi ularning yoshida ko'pchilik sub'ektlarda neyroendokrin kasalliklarning rivojlanishida muhim rol o'ynaydi.

Kalit so'zlar: gormonal holat, o'spirin qizlar, neyroendokrin kasalliklar, balog'at yoshi

Relevance

The priority direction of the state policy of Uzbekistan in the field of health is the protection of the reproductive health of adolescent girls, the strengthening of general somatic health, support of scientific research to identify risk groups and the study of the pathogenesis of adolescent gynecological diseases leading to generative disorders [2,3,5].

Numerous clinical and experimental observations indicate the active influence of the cerebral cortex on the process of puberty. In adolescence, the formation of the cerebral cortex ends, new pathways are created. The associative fibers that connect separate areas of the cerebral cortex with each other and with subcortical formations develop especially intensively. In parallel with the rapid development of the central nervous system in adolescents, there is a complication of all reactions to external and internal stimuli, in particular hormonal [1,4,6].

Currently, practicing gynecologists are increasingly faced with the long-term consequences of violations of the endocrine regulation of the function of the reproductive system that occur in adolescence. Establishing normal menstrual function in adolescent girls is an effective measure for the prevention of reproductive health disorders in the future [7,8].

Immaturity of the central mechanisms of regulation of menstrual function in adolescent girls and high sensitivity to the effects of various unfavorable factors during the period of its

formation determines the absence of a cyclic rhythm of hormone secretion characteristic of adult women. External and internal stimuli can easily disrupt the fragile regulatory mechanism of menstrual function, preventing its establishment, causing various disorders. Therefore, it is important not to treat menstrual irregularities in adolescent girls, but to carry out preventive measures to establish it [1,5,6].

Purpose of the study. To study the hormonal status in adolescent girls, taking into account neuroendocrine disorders.

Material and methods

The research material will be 110 girls of puberty age. The main group of adolescent girls with neuroendocrine disorders ($n = 65$), Control group ($n = 45$). Laboratory diagnostics included biochemical studies (progesterone, FSH, LH, prolactin, TSH, T3, T4). Statistical processing of the results was carried out using the Student's test using the Statgraf software package and Microsoft Excel versions for Windows.

Research results

Evaluation of the function of the pituitary-ovarian system was carried out on the basis of indicators of the level of FSH, LH, prolactin, progesterone in the blood serum. Determination of the concentration of progesterone in the blood serum was carried out in the luteal phase of the menstrual cycle.

Table 1

Serum progesterone ($n = 110$)		
Indicator	Progesterone (normal - 9-83 nmol / l)	
	The main group of adolescent girls with neuroendocrine disorders ($n = 65$)	Control group ($n = 45$)
Middle level	42,7±1,7	55,6±3,6
Median	46,7	65,2
Min	22,3	15,6
Max	65	83,7

Note: $p > 0.05$.

The above table reflects the indicators of clinical blood tests in adolescent girls (the main group of adolescent girls with neuroendocrine disorders), in this group the average progesterone level was 42.7 nmol / l (median 46.7; from 1.2 to 3.9). In the control group, the mean serum progesterone level was 55.6 nmol / L (median

65.2; 15.6 to 83.7). At the same time, in 4 (6.15%) of the main group, a decrease in the concentration of progesterone was noted.

The function of the pituitary gland was studied in terms of the concentration of FSH, LH and prolactin in the blood serum of the I and II groups of adolescent girls (Table 2).

Table 2

FSH, LH and prolactin levels in patients of groups I and II (n = 110)

Indicator	FSH (norm - 3.0-8.0 IU / l)	
	The main group of adolescent girls with neuroendocrine disorders (n = 65)	Control group (n = 45)
Middle level	3,9±0,18	4,74±0,22
Median	3,5	5,2
Min	1,5	1,37
Max	7,8	6,5
LH (norm - 3.0-10.0 IU / l)		
Middle level	6,5±0,21	5,6±0,18
Median	6,7	5,8
Min	3,0	3,0
Max	10,1	8
Prolactin (norm - 120-500 IU / l)		
Middle level	336±8,8	226,6±9,9
Median	350	242
Min	240	132
Max	500	396

The average FSH concentration was 3.9 IU / L (median 3.5; from 1.5 to 7.8) with a norm of 3–8.0 IU / L, which corresponded to the normative indicators. The average LH level was 6.5 IU / L (median 6.7; from 3.0 to 10), which also did not differ from the normative indicators ($p > 0.05$).

The concentration of prolactin in the blood was 336 IU / L (median 350; from 240 to 500) with a norm of 120-500 IU / L. An increased level of prolactin was detected in two cases; it amounted to 715 IU / L.

In addition, this patient was diagnosed with mastopathy and she was referred for consultation

with a mammologist and examination. The patient was excluded from the study.

The function of the thyroid system was assessed by the parameters of serum TSH, as well as free fractions of triiodothyronine and thyroxine.

The average serum TSH levels were 2.39 ± 0.11 mIU / L (median 2.4; from 1.1 to 4.9 mIU / L).

The average values of the free fraction of triiodothyronine are 5.3 ± 0.35 pmol / l (median 5.1; from 5.1 to 8.0 pmol / l), the free fraction of thyroxine is 13.02 ± 0.33 pmol / l (median 12.8: from 9.2 to 18) (table 3) .

Table 3

Thyroid hormone function indices (n = 110)

Indicator	TSH (1.0-3.0 mIU / L)	
	The main group of adolescent girls with neuroendocrine disorders (n = 65)	Control group (n = 45)
Middle level	2,39±0,11	1,47±0,08
Median	2,4	1,2
Min	1,1	0,97
Max	4,9	3,0
T3 sv (4.4-9.3 pmol / l)		
Middle level	5,3±0,35	6,04±0,31
Median	5,1	5,5
Min	5,1	3,2
Max	8,0	9,3
T4 sv (10-25 pmol / l)		
Middle level	13,02±0,33	16,7±0,7
Median	12,8	16,4
Min	9,2	10
Max	18,0	25

The average levels of thyroid hormones and TSH did not exceed the normative values.

Thus, a decrease in estrogen levels during the proliferation of the luteal phase may be one of the significant factors in the development of symptoms of neuroendocrine disorders. Research conducted to assess the biological etiology of neuroendocrine disorders has shown that hormonal fluctuations in estrogen and progesterone, neuroendocrine disorders, estrogen receptor diversity and prostaglandin synthesis play an important role in the development of neuroendocrine disorders in most subjects at their age.

LIST OF REFERENCES:

1. Abdurakhmanova, F.M. Endocrine disorders in girls who have undergone psychoemotional stress / F.M. Abdurakhmanova, Z.Kh. Rafieva // Ros. obstetrician-gynecologists bulletin. 2009. - No. 4. - S. 51-54.
2. Akhmedov F.K. Features of the functional state of the kidneys and some indicators of homeostasis in women with mild preeclampsia // Reproductive Medicine. - 2016. - No. 2. - S. 58-61.
3. Negmatullaeva M.N., Akhmedov F.K., Tuksanova D.I. Modern diagnostics
- determination of markers of preeclampsia // Bulletin of the Tashkent Medical Academy. - 2020. - №2 (94). - S. 145 - 147.
4. Ashurova N.G., Mavlonova G.Sh. The role of hormonal status in the restoration of the reproductive system at puberty // New Day of Medicine. - 2018. - No. 3. - S. 57-59.
5. Ashurova N.G., Bobokulova S.B., Zhumaeva M.M. Another look at the problem of juvenile age // Electronic scientific journal Biology and Integrative Medicine. - 2020. - No. 2 (42). - S. 95-107.
6. Solieva N. Features of the course of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in adolescent girls // Collection of materials of the republican scientific - practical conference. Bukhara 2015. -- S. 114-115.
7. Bowen, R. Vasoactive Intestinal Peptide. Pathophysiology of the Endocrine System: Gastrointestinal Hormones // Colorado, 1999. Retrieved 2009-02-06.
8. Fourman, L.T., Fazeli RK. Neuroendocrine causes of amenorrhea -an update // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2015. Vol. 100(3). – P. 812-24.

Entered 09.04.2021

STUDY OF CLINICAL FEATURES OF RHINOSINUSITIS IN PATIENTS WITH TYPE 2
DIABETES MELLITUS

Narzullaev N. .U. Axtamov H.t H., Toshtemirov O. E.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ *Resume*

The clinical course of chronic purulent sinusitis was studied in 55 patients with diabetes mellitus and in 30 patients without diabetes mellitus. The patients' age ranged from 18 to 50 years. The severity of diabetes mellitus was defined as moderate. All patients underwent a complex of general clinical studies. Patients underwent etiotropic, anti-inflammatory, symptomatic therapy, correction of insulin therapy in accordance with the glycemic figures. The blood glucose level was determined by the glucose oxidase method. In patients with diabetes mellitus, chronic sinusitis is characterized by a prolonged, sluggish course, an atypical x-ray picture, and the development of complications. In the blood of these patients, in contrast to patients without diabetes mellitus, an increase in the relative and absolute numbers of stab and segmented neutrophils is observed.

Key words: *diabetes mellitus, rhinosinusitis, chronic sinusitis*

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РИНОСИНУСИТА У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нарзуллаев Н.У., Ахтамов Х.Х., Тоштемуров О.Э.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ *Резюме*

Клиническое течение хронического гнойного синусита было изучено у 55 больных с сахарным диабетом и у 30 больных без сахарного диабета. Возраст больных составлял от 18 до 50 лет. Степень тяжести сахарного диабета определялась как среднетяжелая. Все больные проходили комплекс общеклинических исследований. Больным проводилась этиотропная, противовоспалительная, симптоматическая терапия, коррекция инсулинотерапии в соответствии с цифрами гликемии. Уровень глюкозы в крови определяли глюкозо-оксидазным методом. У больных сахарным диабетом хронические синуситы характеризуется длительным, вялым течением, атипичной рентгенологической картиной, развитием осложнений. В крови этих больных, в отличие от больных без сахарного диабета, наблюдаются увеличение относительного и абсолютного числа палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов.

Ключевые слова: *сахарный диабет, риносинусит, хронический синусит*

II - ТИПДАГИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА
РИНОСИНУСИТЛАРНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Нарзуллаев Н.У., Ахтамов Х.Х., Тоштемуров О.Э.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

✓ *Резюме*

Сурункали йирингли синуситнинг клиник кечиши қандли диабет билан оғриган 55 беморда ва қандли диабет билан оғримаган 30 беморда ўрганилди. Текшириши 18-50 ёшдаги беморлар орасида олиб борилди. Барча беморлар умумий клиник текширувдан ўтказилди. Беморларга этиотроп, яллигланишга қарши, симптоматик терапия, гликемия даражасига мувофиқ инсулин ўтказилди. Қондаги глюкоза даражаси глюкоза оксидаза усули билан аниқланди. Қандли диабет билан оғриган беморларда сурункали синусит узок, суёт кечиши, атипик рентгенологик белгиларнинг мавжудлиги ва асоратлар ривожланиши билан характерланади. Бу беморларнинг қонида қандли диабет касаллиги мавжуд бўлмаган беморлардан фарқли

ўлароқ, таёқча ва сегмент ядроли нейтрофиллар нисбий ва мутлақ сонининг ортишии кузатилади.

Калит сўзлар: қандли диабет, риносинусит, сурункали синусит.

Relevance

Despite the huge number of conservative and surgical methods of treatment, purulent-inflammatory diseases of the ENT organs often take a chronic, prolonged course, contributing to the emergence of a systemic inflammation syndrome and the development of severe life-threatening complications [1]. Purulent-inflammatory pathology of the ENT organs is of particular importance in the conditions of comorbidity with severe somatic diseases, one of which is diabetes mellitus (DM). If a lot of work has been devoted to the study of cardiovascular diseases, kidney and lower limb pathology in patients with DM, the state of the ENT organs in DM remains insufficiently studied [2,5]. In the structure of morbidity in ENT pathology, the leading place belongs to acute sinusitis (5-10%), which occupies the fifth place in the structure of general purulent-inflammatory diseases in terms of the number of prescribed antibacterial drugs [3,6]. Often acute inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses become chronic and are characterized by a sluggish, long course, which worsens the quality of life. This is due both to changes in the virulence and resistance of the microflora, which is an etiological factor in the occurrence of sinusitis, and to a decrease in the immunological reactivity of the body. According to the American epidemiological study NHIS, the prevalence of chronic sinusitis among patients with DM aged 18-44 years is 28.4% (34% for DM 1 and 25% for DM 2) compared to 18.4% among the rest of the population of the same age [4]. The problem of sinusitis is closely related to bronchopulmonary pathology, allergization of the body and changes in local and humoral immunity [3,7].

Rhinosinusitis is especially severe against the background of DM, patients have a significantly reduced ability to work and deteriorates the quality of life, the duration of treatment increases, these patients are characterized by involvement in the inflammatory process of the orbit and the cranial cavity, vascular damage to the mucous membrane of the paranasal sinuses [3,8].

The high prevalence of inflammatory diseases of the ENT organs and DM suggests the possibility of a combination of these pathologies in patients who are being treated by an otolaryngologist and an endocrinologist. According to A. I. Muminov, pathology of ENT organs occurs in 59% of patients with DM. This is confirmed by numerous publications of the last decade [2,9]. In this regard,

it is not surprising that often the diagnosis of this disease is first established by an otorhinolaryngologist. In the domestic and foreign literature, information about the unusual course of rhinosinusitis in individuals with DM is limited to the description of individual clinical cases [6, 7]. Taking into account the above, the aim of this work was to study the features of the clinical course of chronic purulent sinusitis and the nature of immune disorders in patients suffering from DM.

The **aim** of our study was to study the clinical features of rhinosinusitis in patients with type 2 diabetes mellitus.

Material and methods

The clinical course of chronic purulent sinusitis was studied in 55 patients with DM and in 30 patients without DM. The age of the patients ranged from 18 to 50 years. The severity of DM was defined as moderate. All patients underwent a complex of general clinical studies. Patients underwent etiotropic, anti-inflammatory, symptomatic therapy, correction of insulin therapy in accordance with the glycemic figures. The level of glucose in the blood was determined by the glucose oxidase method. Patients with rhinosinusitis on the background of DM, upon admission to the hospital, complained of general weakness, diffuse headache, an increase in body temperature to $38.5 \pm 0.8^{\circ}\text{C}$, increased fatigue. 89% of the examined patients noted significant nasal obstruction, which did not decrease after the use of vasoconstrictors. Nasal discharge was mucopurulent in nature, in contrast to patients without DM, in which the nature of the discharge was purulent. In 50.9 % of patients with palpation of the exit points of the trigeminal nerve, pain was noted in the area of I, II and even III of its branches and with percussion of the paranasal sinuses. In the vast majority of patients (92% of people), the sinus lesion was bilateral (in patients without DM, the ratio was one: bilateral lesion was equal). Anterior rhinoscopy in the examined patients revealed either congestive hyperemia of the mucous membrane, or its cyanotic and whitish color against the background of swelling of the nasal conchae (mainly the middle nasal conch). Rigid rhinoscopy was difficult to perform due to mucosal edema, increased exudation in response to irritation, and severe pain sensitivity. The level of glucose in the blood varied in the range of 8.0–

11.7 mmol/l. Radiologically, patients with rhinosinusitis showed a decrease in the transparency of the maxillary sinuses. In 50% of them, there was a parietal thickening of the sinuses, in 60 % - veiled frontal sinuses, in 88 % - veiled cells of the lattice labyrinth. In the blood of patients, there was an increase in the number of white blood cells ($9.2 \pm 0.65 \times 10^9/l$) against the background of an increase in the relative and absolute number of rod cells. ($6.0 \pm 0.31\%$; $0.55 \pm 0.032 \times 10^9/l$) and segment-core ($64.0 \pm 1.21\%$; $5.89 \pm 0.16 \times 10^9/l$) neutrophils. The decrease in the relative content of lymphocytes in the blood ($22.5 \pm 1.27\%$), observed in 91.8% of patients, was not accompanied by a decrease in their absolute number ($1.9 \pm 0.18 \times 10^9/l$). A sharp increase in ESR ($37-45$ mm/h) was registered in 95.4% of the examined patients.

In patients without DM, chronic sinusitis proceeds somewhat differently. Usually, the disease is accompanied by a subfebrile temperature ($37.5 \pm 0.2^\circ C$), indistinct, localized headaches on the background of a satisfactory general state of health. With anterior and rigid rhinoscopy, mucosal hyperemia, moderate edema in the area of the nasal conchae, and purulent discharge in the nasal passages are determined. the duration of hospital stay is 10.5 ± 1.2 days. Complications are observed in 15 % of cases (their structure is similar to that observed in patients with chronic purulent sinusitis on the background of DM). Radiologically, patients usually have an intense decrease in the transparency of the paranasal sinuses and the presence of exudate in the nasal passages. In the blood, the content of white blood cells and their individual forms (neutrophils, lymphocytes, monocytes, eosinophils) does not undergo significant changes. ESR ranges from 15-20 mm/h.

In general, the conducted research leads to the following conclusion. In patients with DM, chronic sinusitis is characterized by a long, sluggish course, atypical X-ray picture, and the development of complications. In the blood of these patients, in contrast to patients without DM, there is an increase in the relative and absolute number of rod-shaped and segmented neutrophils, a sharp increase in ESR.

Thus, the course of purulent-inflammatory diseases of the ENT organs in DM is peculiar and atypical, often leading to the development of terrible complications and even death. Effective treatment of inflammatory foci in the ENT organs against the background of DM decompensation is almost impossible. Special attention should be paid to the study of the etiopathogenetic mechanisms of the development of ENT diseases in patients with

DM with the development of new therapeutic algorithms.

LIST OF REFERENCES:

1. Balabolkin M. I. Sostoyanie i perspektivi borbi s saxarnim diabetom // Probl. endokrinologii. — 2015. — T. 43, № 6. — S. 3-9.
2. Boykova N.E., Elkun G.B. Ostraya gnoynaya patologiya LOR organov: podxodi k lecheniyu //RMJ. 2009;17(2):78-82.
3. Biryukova E.V., Gurov A.B., Yushkina M.A. Saxarniy diabet i gioyno-vospalitelnye zabolevaniya LOR organov // Saxarniy diabet. - №2.-2018.- s. 54-59.
4. Garyuk G.I., Filatova I.V., Karmazina I.S. O vozmozhnosti ob'ektivizatsii uglevodnogo obmena u bolnix insulinizavisiyim saxarnim diabetom na fone vospalitel'noy patologii LOR-organov // X s'ezd otorinolaringologov. — Sudak, 2005. — S. 449-450.
5. Gurov A.B., Biryukova E.V., Yushkina M.A. //Osobennosti techeniya Gnoyno-vospalitel'nykh zabolevaniy LOR - organov u bolnix saxarnim diabetom //Materiali IX Vserossiyskogo kongressa otorinolaringologov "Nauka i praktika v otorinolaringologii" M., 2010 - s. 19-20.
6. Ivanchenko O.A., Lopatin A.S. Xronicheskiy rinosinusit: epidemiologiya, klassifikatsiya, etiologiya, patogenez. Sovremenniy Vzgl'yad na problemu. //Vestnik otorinolaringologii, 2, 2012, 91-96.
7. Kosyakov S.Ya., Alekseevskaya O.A., Piskunov G.Z. Sovremennye printsipy antibakterial'nogo lecheniya rinosinusitov //Consilium Medicum, 2000, t. 8, №3.
8. Lopatin A.S. Printsipy lecheniya ostroy i xronicheskoy sinusitov. Farmakoterapiya bolezney uxa, gorla i nosa s pozitsiy dokazatel'noy meditsiny // Lektsionniy obrazovatel'nyy kurs. M; 2006. S.15-23.
9. Svistushkin V.M., Lopatin A.S. Klinicheskie rekomendatsii "ostroy rinosinusit: etiologiya, patogenez, diagnostika i printsipy lecheniya //Consili.
10. Strachunskiy L.S., Kamanin E.I., Tarasov A.A. //Vliyaniye antibiotikorezistentnosti na vibor antimikrobnix preparatov v otorinolaringologii // Consili.
11. Tanninex E., Iskov B.G., Krivsha V.V. Techenie ostrogo gnoynogo srednego otita, oslojennogo mastoiditom i labirintitom u bolnix saxarnim diabetom //Jurn. ushnyx, nosovykh i gorlovykh bolezney. — 2013. — № 3. — c. 224.
12. Zavaliy M.A., Balabantsev A.G., Svistov V.V. Primeneniye miramistina dlya lecheniya bolnix sinusitami // Tez. dokl. VII Ros. nas. Kongr. "Chelovek i lekarstvo". - M., 2000. S. 133-134.

Entered 09.04.2021

ASSESSMENT THE ROLE OF ENDOMETRIAL POLYPS IN THE UTERINE INFERTILITY

Negmadjanov B.B., Tilavova Yu.M., Rabbimova G.T., Nasimova Z.N., Adilova M.N.

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

✓ **Resume**

Endometrial polyps are morphologically benign focal exophytic formations of the mucous membrane of the uterine body, consisting of altered glands and stroma, mainly fibrous, containing blood vessels. They are mainly benign structures and affect both reproductive age and postmenopausal women. Endometrial polyps have a leading role in the intrauterine pathology and are often detected in unexplained infertility. Hysteroscopy is a "gold standard" in the management of endometrial polyps.

Key words: Infertility, polyps, endometrial, uterine, hysteroscopy.

BACHADON BEPUSHTLIGIDA ENDOMETRIYA POLIPLARINING ROLINI BAHOLASH

Negmadjanov B.B., Tilavova Yu.M., Rabbimova G.T., Nasimova Z.N., Adilova M.N.

Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Endometrial poliplar - bachadon tanasi shilliq qavatining morfologik jihatdan xavfsiz fokal ekzofitik shakllari bo'lib, ular o'zgargan bezlar va stromadan iborat, asosan tolali va qon tomirlari mavjud. Ular asosan xavfsiz o'smalar bo'lib, reproduktiv yoshda ham, postmenopozal ayollarda ham uchraydi. Endometrial poliplar bachadon ichi patologiyasida yetakchi o'ringa ega va ko'pincha sababi noaniq bepushtlikda aniqlanadi. Gisteroskopiya endometrial poliplarni tashxislash va davolashda "oltin standart" dir.

Kalit so'zlar: bepushtlik, poliplar, endometriyal, bachadon, histeroskopiya.

ОЦЕНКА РОЛИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ В МАТОЧНОМ БЕСПЛОДИИ

Негмаджанов Б.Б., Тилавова Ю.М., Раббимова Г.Т., Насимова З.Н., Адилова М.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

✓ **Резюме**

Полипы эндометрия - это морфологически доброкачественные очаговые экзофитные образования слизистой оболочки тела матки, состоящие из измененных желез и стромы, преимущественно фиброзной, содержащей кровеносные сосуды. Они в основном доброкачественные структуры и влияют как на женщин репродуктивного возраста, так и на женщин в постменопаузе. Полипы эндометрия играют ведущую роль во внутриутробной патологии и часто обнаруживаются при необъяснимом бесплодии. Гистероскопия - это «золотой стандарт» в лечении полипов эндометрия.

Ключевые слова: бесплодие, полипы, эндометрий, матка, гистероскопия.

Relevance

According to the World Health Organization, every third couple has problems with conceiving a child. The reasons for this condition can be different: there are about 8 different diseases in men and at least 22 in women. Infertility is the inability of a married couple to conceive within 1 year, provided they have regular unprotected

sex. In patients over 35 years old, the diagnosis of "infertility" is made in the absence of pregnancy for 6 months with a more regular sex life without the use of contraception. In contrast to the canonical definition of infertility, epidemiological studies in the definition of infertility use the term of absence of pregnancy 2

years, and in demographic studies - 5 years [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

In clinical practice, the following classification of infertility is most often used, reflecting the main causes [Ошибка! Источник ссылки не найден.]

- male infertility;
- endocrine;
- tubo-peritoneal;
- endometriosis-associated;
- uterine;
- immunological;
- idiopathic;
- combined.

The main factors of female infertility in the opinion of many authors [1,4] are:

1. Ovarian dysfunction (35-40%).
2. Disorders in the passage of the fallopian tubes or tubo-peritoneal factor (14-30%).
3. Uterine and cervical factor (10-15%).
4. Genital endometriosis (9-15%).

One of the leading causes of female infertility in the last decade is called intrauterine pathology. Diseases such as hyperplastic processes, endometrial polyps, endocervical pathology, intrauterine synechiae, uterine myoma, adenomyosis are an urgent problem in gynecology due to the high prevalence rate in 5-32% of women of reproductive age [5], including patients who have used assisted reproductive technologies.

The spectrum of intrauterine diseases is diverse. The most common in their structure are endometrial polyps - 32%. The proportion of women with synechiae ranges from 3% to 13% with submucous myoma - 3%, endometrial hyperplasia - 0.9%, partial or complete intrauterine septa - 0.5% [6].

The most common form of endometrial pathology is endometrial polyps (EP), which are indications for most intrauterine interventions. According to the literature, the frequency of EP ranges from 7.6 to 34.9% [7, 8]. Such a high variability can be explained by the ambiguity of approaches to assessing the frequency of EP, which creates difficulties for understanding the scale of the problem and optimizing ways to solve it. At the same time, it seems to be extremely important from a clinical point of view, due to the association of EP with abnormal uterine bleeding (AMB) and infertility. It is important to note that EP also increase the risk of developing endometrial cancer (ER), the frequency of which has not tended to decrease in recent years, and therefore special attention is paid to the development of cancer prevention programs that provide for

timely diagnosis and adequate therapy for this disease. However, the lack of information content of visual diagnostic methods and the lack of clear data on the clinical indicators of EP lead to a rather high frequency of discrepancies in diagnoses and, often, to unjustified surgical interventions [8; 9].

Another important problem is the high recurrence rate of EP, which varies from 13.3% to 21.5%, and according to some data reaches 43-45.5% [10;11]. The consequence of this is repeated surgical interventions that increase the risk of the formation of intrauterine synechiae, reduce the quality of life of women and have adverse socio-economic consequences

Endometrial polyps: current state of the problem

The term "polyp" has a foreign language origin and in translation from the Greek language (" polypus ") means " many -legged ". Initially, this biological term meant sedentary specimens of coelenterates [12].

In the 19th century in the Russian Empire, there was a different understanding of the term "polyp". So, A.N. Chudinov in his "Dictionary of Foreign Words" (1894) indicates: "Polyp in medicine is a fibrous growth or tumor like a wart on the mucous membranes of the human body, mainly in the nose" [13]. The most complete and accurate definition is given by the Great Medical Encyclopedia: "Polyp is a collective term used to denote pathological formations of various origins, towering above the surface of the mucous membranes of the gastrointestinal tract, respiratory and urinary tract, uterus; in the presence of a large number of polyps, the term "polyposis" is used [14].

EP is considered the most common disorder of the female reproductive system at different ages [15; 16; 17]. In the structure of gynecological diseases EP frequency varies from 7.8% to 34.9% [18]. According to some researchers [19], most often EP occurs in the peri- and postmenopausal periods - up to 70-79%.

Etiology and pathogenesis

The factors that are important for the development of EP are diverse. Some authors consider that one of the formation factors of EP is chronic inflammatory process in the endometrium [20]. Chronic inflammation of the endometrium is defined as a clinical and morphological syndrome with a set of morphofunctional transformations in the endometrium with impaired cyclic changes and

receptor status. At the same time, most authors believe that chronic inflammation is based on a decrease in the body's resistance to damaging agents (bacteria, viruses, tissue breakdown products, etc.) with the activation of innate immune defense effectors ("cytokine surge") [21]. A marker of chronic inflammation is the presence of plasma cells in the lymphoid infiltrate.

There are several works devoted to the study of correlations between the imbalance of the microbial landscape of the uterus and the presence of EP without signs of chronic endometritis. Thus, [22] showed an increase in the number of bacteria of the genus *Prevotella* against the background of a decrease in the number of *Enterobacter* and *Sphingomonas* in women with EP.

The group of authors considers the theory of the occurrence of EP as an imbalance between the processes of proliferation and programmed cell death [23].

When analyzing the literature, a number of works can be noted that consider genome breakdowns as the basis for the pathogenesis of EP. There are some studies which reveal polymorphisms effect mediated gene encoding IGF -1 (insulin-like growth factor-1) and IGFBP -3 (binding protein IGF - 3), at increased risk of EP [4].

According to the WHO International Classification of Tumors of the female reproductive organs (2014), EP relate to tumor-like formations. In the structure of ICD-10, EPs are located in the XIV class "Diseases of the genitourinary system" and are classified under the heading "Non-inflammatory diseases of female genital organs" with the coding of the diagnosis N 84.0. However, it should be noted that in the case of a polyp with areas of endometrial intraepithelial neoplasia (EIN) / atypical glandular hyperplasia of the endometrium, code D 07.0 is used using ICD - O code 8380/2, which belongs to ICD-10 class II "Neoplasms".

O.F. Chepik (2004) identified two main variants of EP, which differ from each other in the degree of sensitivity to ovarian stimuli:

1) EP of a functional type, in the microscopic picture of which structures that resemble a hormonally movable functional layer of the endometrium, which respond to the action of estrogens and progesterone, as well as the surrounding endometrial tissue, prevail;

2) EP of the basal, or immature, endometrial type, the tissue of which resembles the

microscopic features of the basal layer of the endometrium.

Classification

A. Maplica, E. D. Euscher (2015), based on the provisions of the WHO classification of tumors of the female reproductive organs (2014), propose to distinguish five main morphological types of EP. In the 2019 year have been amended to the above international systematization EP [5].

1. Hyperplastic EP. It is a common variant of EP, consists of proliferative glands of various sizes and shapes, with the presence of mitotic activity against the background of proliferative, atrophic or secretory endometrium. There is a decrease in the volume of the interacinar stroma. A distinctive feature of endometrial hyperplasia is the accumulation of thick-walled vessels.

2. Atrophic EP. A characteristic feature is the presence of glands from a low prismatic or cubic epithelium without mitotic activity, with a variable degree of cystic transformation and a pronounced cellular-fibrous stroma. The background for the development of atrophic EP in most women (up to 90%) is endometrial atrophy. However, there remains the potential ability to proliferate in its response to the possible increase in the level of endogenous or exogenous estrogen

3. Functional EP. Is a hormonally sensitive EP, there exhibit proliferative or secretory tissue transformation. .

4. Mixed EP. In these EPs, two variants of glands (endometrial and endocervical type) are defined, embedded in the fibrous stroma.

5. Adenomyomatous EP. A distinctive component of adenomyomatous EP is a large number of chaotically, irregularly located bundles of smooth muscle fibers.

It should be noted that the adenomatous polyp is not represented in the modern international classification of EP. We believe that adenomatous EP at the present stage should be regarded as focal complex endometrial hyperplasia in a polyp with or without atypia. Coding of this morphological type of EP should be carried out using the heading D28 "Benign neoplasm of other and unspecified female genital organs" in the absence of atypia and D07.0 "Carcinoma in situ of the endometrium" in the presence of atypical transformation (EIN).

Infrequent variants of EP include polypoid formations with the presence of such metaplastic rearrangements of the epithelium as mucinous,

ciliary, and hyperplastic papillary proliferation [26].

In addition, a group of EP is distinguished in patients taking tamoxifen [7,8]. Compared to other polyps, they are larger and most often. In addition, they have a wide movable leg, are located in the area of the bottom of the uterus and in the cut have a cellular appearance, resembling a honeycomb.

Clinical characteristics

The clinical manifestations of EP are highly variable. At reproductive age, EPs cause infertility [9,10,11]. The most frequent manifestations of EP, regardless of age, are abnormal uterine bleeding, some patients note the appearance of leucorrhoea [12,13]. In some cases, EPs are asymptomatic and are detected during gynecological examination and ultrasound of the pelvic organs.[14,15]The threat of EP malignancy increases with age and can reach 10-34% in postmenopausal women [16].

Numerous studies have revealed that in patients in the postmenopausal period, the presence of EP is often accompanied by such comorbid conditions as obesity, insulin resistance, hyperinsulinemia[17,18]. According to some studies, EP is often combined with endometriosis [21,32]. In some patients, EP may be recurrent, especially in the case of multiple EPs, the presence of previous polypectomy and concomitant endometriosis [11]. The recurrence rate is 13.3-21.5% [10]. Perhaps this is due to the fact that polypectomy does not eliminate the mechanisms of EP occurrence, in particular, chronic inflammation.

The macroscopic picture of the EP is rather heterogeneous. EPs can have various shapes (leaf-shaped, spherical, cylindrical, etc.), their sizes vary from several millimeters to several centimeters. The most frequent localization is in the bottom of the uterus and in the area of the tubal corners [10**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. The surface of the EP can be smooth or folded, gray-pink or whitish-gray, sometimes with brown or dark red spots due to hemorrhage or erosion. Often, the macrophenotype does not affect the symptomatology of the disease [11]

A characteristic feature of all EPs is the structure of blood vessels [7]. They usually have thickened sclerosed walls, and can form tangles at the base of the polyps. Violation of blood circulation in the EN due to various reasons can lead to the development of congestive plethora, edema, as well as to vascular thrombosis with subsequent necrosis and inflammation.

The expression of receptors for sex steroid hormones, namely estrogens and progesterone, is most often studied in EP. Increased estrogen synthesis in postmenopausal patients with ovarian hypertecosis is often associated with EP, endometrial hyperplasia, or endometrioid carcinoma [12]. .

Unlike estrogens, progesterone inhibits the mitotic and proliferative activity of endometrial cells and is responsible for their differentiation [13**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Progesterone receptors (PR) are also a nuclear receptor superfamily. In the presence of anovulatory cycles with constant exposure to estrogens in the absence of progesterone or deactivation of PR, the risk of developing endometrial hyperplasia or carcinoma increases [13].

Receptors for estrogen and progesterone, as already mentioned, are responsible for cell proliferation, affecting the cell cycle [14]. A number of authors note a difference in the expression of receptors for estrogen and progesterone, depending on the age of the [15**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Some researchers point to a possible reason for the expression of the p16INK4a antibody as a result of viral cell damage [16**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Some authors note the pronounced expression of p16INK4a in the stromal cells of the EP and recommend using this feature in differential diagnosis with endometrial hyperplasia.

To confirm chronic inflammation in polyp tissue, the study of the expression of the CD138 marker, which is specific for plasma cells, is used. The potential role of chronic inflammation in the pathogenesis of EP is confirmed by studies where the expression of CD138 is determined in most of the EP [17].

Diagnosis of the endometrial polyp.

Usually, an endometrial polyp is found on routine pelvic ultrasound.

In some cases, hysteroscopy (X-ray with contrasting of the uterine cavity) is used. Sometimes, the doctor finds a polyp by accident during hysteroscopy - a visual examination of the uterine cavity using a camera and a special instrument, a hysteroscope. This is the most reliable method for detecting a polyp, which allows you to accurately determine its localization and size, as well as assess the condition of the mucous membrane of the cervical canal and the walls of the uterine cavity, the mouth of the fallopian tubes and the presence of other pathologies (endometrioid passages with

adenomyosis, myomatous nodes). A more modern diagnostic method is office hysteroscopy, in which the hysteroscope has a smaller diameter, which makes it possible to conduct a study without dilating the cervical canal, and, accordingly, without using anesthesia. Thanks to this, office hysteroscopy can be performed on an outpatient basis.

Office hysteroscopy

The term "office", mini or outpatient hysteroscopy implies the possibility of both diagnostic and surgical operations on an outpatient basis. By its structure, an office hysteroscope is a miniature stationary hysteroscope and, with practically the same therapeutic capabilities, does not require anesthesia [17,18]. It is characterized by minimal discomfort for patients, a very low rate of complications and unsuccessful attempts to perform, providing excellent visualization of the uterine cavity, [19,20]. A number of authors recognize office (outpatient) hysteroscopy as the "gold standard" for the study of intrauterine pathology [20,22,23].

Today, office (outpatient) surgical hysteroscopy, which, replacing more invasive operations, involves simultaneously comparable and often better results in the diagnosis and treatment of intrauterine pathology, is of interest in the diagnosis and treatment of infertile patients [24]. Office hysteroscopy is a valuable, but still rarely used technology in Uzbekistan, which, however, does not differ from the data of the world literature, which indicates that only 15-20% of gynecologists use office hysteroscopy in their routine practice [25]. At the same time, the World Health Organization recommends the use of office hysteroscopy in all cases of detection of a pathological intrauterine process with ultrasound or hysterosalpingography (HSG), as well as in women after unsuccessful programs of assisted reproductive technologies. [26,27] According to the data of literature, when conducting hysterosalpingography has a greater number of false-positive or false negative results by comparison with hysteroscopy [28].

Until now, the main method for diagnosing intrauterine pathology at the outpatient stage is ultrasound examination of the pelvic organs. At the same time, in 15-25% of patients with infertility, intrauterine pathology is a "find" during hysteroscopy, since echography does not always allow diagnosing pathological processes in the cervical canal and uterine cavity.

A wide range of indications for hysteroscopy was determined: hyperplastic changes in the endometrium, endometriosis of internal genital organs, malformations and anomalies of the uterus, intrauterine synechiae, septa in the uterine cavity, submucosal uterine myoma, determination of the position of intrauterine contraception, infertility, miscarriage, unsuccessful attempts at IVF and PE, control revision of the uterus after surgery or hormonal treatment, placental polyp, cystic drift, incomplete miscarriage, chorioepithelioma, suspected malignant neoplasm [29,30,31]. Intrauterine pathology diagnosed by hysteroscopy contributes to an increase in the effectiveness of infertility treatment.

Many foreign specialists use hysteroscopy as a primary examination of infertile patients [32,33,34].

Treatment

Hysteroscopic polypectomy is considered the "gold standard" for EP treatment [35]. **Ошибка! Источник ссылки не найден.** In the case of malignancy of EP, taking into account the prevalence of the tumor, hysterectomy is suggested. Sometimes this tactic is used in the presence of multiple recurrent EPs, but only in postmenopausal women and only after discussing the tactics with the patient.

Further development of technologies made it possible to accurately remove PE under visual control - hysteroscopy, the use of which reduces the likelihood of EP fragmentation, the frequency of complications, and also increases the efficiency of removing the vascular pedicle. Mechanical and electrical devices are used for polypectomy. For larger EP, the use of resectoscopy is recommended - removal of EP with an electric loop. Its effectiveness is equally high (reaches 100%), regardless of the number and size of EP, age and menopausal status of women, both in relation to radical removal of the formation and AUB therapy [36]. Currently, hysteroresectoscopy is considered the optimal method for removing EP, taking into account the ratio of efficiency, safety, relative technical ease of implementation and economic costs. In view of the above advantages, it is regarded as the gold standard for the treatment of this disease [37,39].

Conclusion

The problems associated with EP raise the question of improving patient management tactics, including the infertility. The introduction of new research methods into clinical practice, progress in understanding the molecular

biological foundations of the regulation and functioning of the endometrium, complex interactions between signaling pathways that regulate the processes of proliferation, apoptosis and angiogenesis, as well as their epigenetic modifications, create the prerequisites for revising existing and developing new methods of treatment of this disease.

LIST OF REFERENCES:

- Podzolkova, NM, et al. "Infertility." Diagnostics, modern methods of treatment. M.: GEOTAR-Media (2018).
- Savelyeva, GM "Obstetrics [Electronic resource]: national leadership / edited by GM Savelyeva, GT Sukhikh, VN Serov, VE Radzinsky.-2nd ed., Revised and supplemented." M.: GEOTAR-Media (2019).
- Adamson, G. David, and David J. Pasta. "Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system." *Fertility and sterility* 94.5 (2010): 1609-1615.
- Schlieff, R., and U. Deichert. "Hysterosalpingo-contrast sonography of the uterus and fallopian tubes: results of a clinical trial of a new contrast medium in 120 patients." *Radiology* 178.1 (1991): 213-215.
- Bettocchi, Stefano, et al. "Fertility-enhancing hysteroscopic surgery." *Seminars in reproductive medicine*. Vol. 29. No. 02. © Thieme Medical Publishers, 2011.
- Максимова, Тамара Анатольевна. *Преимущества офисной гистероскопии при обследовании и лечении женщин с бесплодием*. Diss. Первый Московский государственный медицинский университет им. ИМ Сеченова, 2019.
- Nijkang, Njume Peter, et al. "Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment." *SAGE open medicine* 7 (2019): 2050312119848247.
- Tanos, Vasilios, et al. "The management of polyps in female reproductive organs." *International Journal of Surgery* 43 (2017): 7-16.
- Cooper, Natalie AM, et al. "A patient-preference cohort study of office versus inpatient uterine polyp treatment for abnormal uterine bleeding." *Gynecological surgery* 13.4 (2016): 313-322.
- Yang, Jehn-Hsiahn, et al. "Factors influencing the recurrence potential of benign endometrial polyps after hysteroscopic polypectomy." *PloS one* 10.12 (2015):
- Gu, Fang, et al. "High number of endometrial polyps is a strong predictor of recurrence: findings of a prospective cohort study in reproductive-age women." *Fertility and sterility* 109.3 (2018): 493-500.
- Ushakov, D. N. "Bol'shoy tolkovyy slovar'russskogo yazyka [Great Dictionary of the Russian language]." Moscow, AST Publ (2004).
- Чудинов, А. Н. "Словарь иностранных слов, вошедших в состав русского языка/подъ ред. АН Чудинова." СПб.: Изд. книгопродавца В. И. Губинского 1002 (1894).
- Роттенберг, В. И., and В. А. Романов. "Полип, полипоз." В: *Петровский БП (ред.). Большая медицинская энциклопедия. 3-е издание. М: Советская энциклопедия* 20 (1974): 186.
- Чернуха, Галина Евгеньевна, et al. "Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды." *Акушерство и гинекология* 8 (2018): 129-135.
- Matei, Alexandra, et al. "Insights on Hysteroscopic Procedures and Their Place in Romanian Gynecologic Practice—The Experience of Two Medical Units." *Diagnostics* 10.5 (2020): 281.
- Jiménez-Lopez, Jesus S., et al. "Effectiveness of transcervical hysteroscopic endometrial resection based on the prevention of the recurrence of endometrial polyps in post-menopausal women." *BMC women's health* 15.1 (2015): 1-6.
- Balcacer, Patricia, et al. "Magnetic resonance imaging features of endometrial polyps: frequency of occurrence and interobserver reliability." *Journal of computer assisted tomography* 42.5 (2018): 721-726.
- Евсеев, А. В., М. М. Баударбекова, and И. А. Кузьо. "Особенности и гормонально-рецепторного статуса и пролиферативной активности эндометриальных полипов." *Патология* 8, № 2 (2011): 114-117.
- Horsburgh, Steven, et al. "Exercise and inflammation-related epigenetic modifications: focus on DNA methylation." *Exercise immunology review* 21 (2015).
- Мальцева, Лариса Ивановна, et al. "Морфофункциональное состояние эндометрия у женщин с бактериально-

- вирусным эндометритом." *Практическая медицина* 7 (108) (2017).
22. Fang, Rui-Li, et al. "Barcoded sequencing reveals diverse intrauterine microbiomes in patients suffering with endometrial polyps." *American journal of translational research* 8.3 (2016): 1581.
 23. Коган, Евгения Алтаровна, et al. "Структурно-молекулярные перестройки в полипах и окружающем эндометрии в постменопаузе: процессы пролиферации, неоангиогенеза, старения и апоптоза." *Акушерство и гинекология* 1 (2014): 46-53.
 24. Doria, Pedro Leopoldo Silva, et al. "Association of IGF-1 CA (n) and IGFBP3 rs2854746 polymorphisms with endometrial polyp risk." *BioMed research international* 2018 (2018).
 25. Murdock, Tricia A., et al. *Diagnosis of Endometrial Biopsies and Curettings: A Practical Approach*. Springer, 2018.
 26. Fadare, Oluwole, Idris L. Renshaw, and Vinita Parkash. "The spectrum of morphologic alterations associated with infarction in endometrial polyps: a report of 41 cases." *International Journal of Gynecological Pathology* 38.1 (2019): 32-43.
 27. Karasu, Ayse F. Gokmen, et al. "Survivin expression in simple endometrial polyps and tamoxifen-associated endometrial polyps." *International Journal of Gynecological Pathology* 37.1 (2018): 27-31.
 28. Jeon, Se Jeong, et al. "Endometrial polyp surveillance in premenopausal breast cancer patients using tamoxifen." *Obstetrics & gynecology science* 60.1 (2017): 26.
 29. Karakuş, S. S., et al. "Reproductive outcomes following hysteroscopic resection of endometrial polyps of different location, number and size in patients with infertility." *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 36.3 (2016): 395-398.
 30. Al Chami, Ali, and Ertan Saridogan. "Endometrial polyps and subfertility." *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 67.1 (2017): 9-14.
 31. Vander Borgh, Mélo die, and Christine Wyns. "Fertility and infertility: Definition and epidemiology." *Clinical biochemistry* 62 (2018): 2-10.
 32. Munro, Malcolm G., et al. "The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 143.3 (2018): 393-408.
 33. Ghoubara, A., S. Sundar, and A. A. A. Ewies. "Endometrial pathology in recurrent postmenopausal bleeding: observational study of 385 women." *Climacteric* 21.4 (2018): 391-396.
 34. American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL): Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. "AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of submucous leiomyomas." *Journal of minimally invasive gynecology* 19.2 (2012): 152-171.
 35. Režňák, Lukáš, and Milan Kudela. "Comparison of ultrasound with hysteroscopic and histological findings for intrauterine assessment." *Biomedical Papers* (2018).
 36. Bel, Sandra, et al. "Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 216 (2017): 138-142.
 37. Кинятова, Ш., et al. "КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ." *InterConf* (2021): 823-832.
 38. Салихова, Тамара Руслановна, and Наби Султан-Мурадович Омаров. "Роль гипоксии в патогенезе развития эндометриальных полипов в постменопаузе." *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки* 9 (2018): 88-93.
 39. Zhang, YunZheng, et al. "Deep learning model for classifying endometrial lesions." *Journal of Translational Medicine* 19.1 (2021): 1-13.

Entered 09.04.2021

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ОФТАЛЬРОН» В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хасанов Мухриддин Хаятович, Худдиева Наргиза Юлдашевна

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Синдром сухого глаза развивается на фоне соматических заболеваний организма, одним из таких заболеваний является сахарный диабет. Основным способом лечения синдрома сухого глаза является слёзозаместительная терапия. Статья посвящена изучению эффективности слезозаменяющих глазных капель в лечении легких форм синдрома сухого глаза у больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: синдром сухого глаза, сахарный диабет, офтальрон

QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA QURUQ KO'Z SINDROMINI DAVOLASHDA "OFTALRON" PREPARATINI QO'LLASH

Xasanov Muxriddin Xayatovich, Xuddieva Nargiza Yo'ldoshevna

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ **Rezyume**

Quruq ko'z sindromi organizmning somatik kasalliklari fonida rivojlanadi, bunday kasalliklardan biri bu qandli diabet hisoblanadi. Hozirgi kunda quruq ko'z sindromini davolashning asosiy usuli ko'z yosh o'rnini bosuvchi dori vositalarini qo'llash bo'lib qolmoqda. Maqola qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda quruq ko'z sindromining yengil shakllarini davolashda ko'z yosh o'rnini bosuvchi ko'z tomchilarining samaradorligini o'rganishga bag'ishlangan.

Kalit so'zlar: quruq ko'z sindromi, qandli diabet, oftalron

APPLICATION OF THE DRUG "OPHTHALRON" IN TREATMENT OF DRY EYE SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Khasanov Mukhriddin Khayatovich, Khuddieva Nargiza Yuldashevna

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Dry eye syndrome develops against the background of somatic diseases of the body, one of such diseases is diabetes mellitus. The main treatment for dry eye syndrome is tear replacement therapy. The article is devoted to the study of the effectiveness of tear-replacing eye drops in the treatment of mild forms of dry eye syndrome in patients with diabetes mellitus.

Key words: dry eye syndrome, diabetes mellitus, ophthalmalron

Актуальность

Сахарный диабет - нарушение обмена веществ, протекающее при хронической гипергликемии, дефиците инсулина, инсулинорезистентности и сопровождающееся осложнениями со

стороны органа зрения: развитием ретинопатии, катаракты, синдрома сухого глаза [14].

В последние годы наблюдается тенденция к значительному увеличению

заболеваемости синдромом сухого глаза (ССГ) и сахарным диабетом (СД). Синдром сухого глаза - одно из наиболее частых патологических изменений переднего отрезка глазного яблока [2]. Известно, что ССГ развивается на фоне соматических заболеваний организма, одним из таких заболеваний является сахарный диабет [4]. По данным Международной федерации диабета, в мире насчитывается около 425 миллионов пациентов с сахарным диабетом, и ожидается, что к 2045 году эта цифра увеличится до 629 миллионов [10].

По зарубежным литературным данным у 35-54% пациентов, страдающих сахарным диабетом, отмечается синдром «сухого глаза». Также некоторыми авторами установлено, что частота встречаемости ССГ увеличивается с возрастом и она выше у женщин, чем у мужчин, на 50% [9].

Известно, что для нормального состояния глазной поверхности необходима адекватная работа слёзной функциональной единицы (LFU –Lacrimal Functional Unit), состоящей из главной и добавочных слёзных желез, слёзовыводящих протоков, слёзной пленки, мейбомиевых желез, бокаловидных клеток, эпителия роговицы и конъюнктивы [13]. Доказано, что пациенты с сахарным диабетом подвергаются повышенному риску развития дисфункции LFU [8].

Патологические изменения слёзной функциональной единицы при СД могут возникать вследствие разных причин: метаболических расстройств (гипергликемия и дислипидемия, приводящие к изменению химического состава слёзы), микроангиопатии, затрагивающей перилимбальную сосудистую сеть, приводящей нарушению трофики роговицы, поражений желез и различных нарушений иннервации [1, 2, 3, 6, 7].

В основе патогенеза сахарного диабета лежит инсулинорезистентность относительно снижение секреции инсулина, которое носит прогрессирующий характер [5].

У больных СД встречается как поражение афферентных чувствительных нервов, так и эфферентных автономных и

двигательных нервов, что доказано в ряде исследований [11, 12]. Наличие всех вышеперечисленных факторов и объясняет высокую распространённость ССГ у больных СД.

Эти данные указывают на необходимость тщательного осмотра переднего отрезка глаза у больных СД. И в случаях выявления объективных признаков ССГ (даже при отсутствии субъективных расстройств) таким пациентам должна быть рекомендована слёзаместительная терапия.

Основным способом лечения ССГ является слёзаместительная терапия. Одним из препаратов в линейке слёзаместительная терапия фармакологических средств является «Офталърон» (ООО «ASEPTICA», Узбекистан) - стерильный изотонический раствор с нейтральным значением pH. Благодаря составу капель (изотонический буферный водный раствор, гиалуронат натрия 0,1 %, ЭДТА 0,1 %, полигексанид 0,0001%) с наличием полимеров, идентичных натуральной слезе, вода на поверхности роговицы связывается и удерживается в течение определенного времени, уменьшая испарение и высыхание слезной защитной плёнки на поверхности глаза, устраняя зрительный дискомфорт, сухость и трение глазной поверхности.

Цель работы

Оценить эффективность монотерапии препаратом Офталърон в терапии синдрома «сухого глаза» у больных сахарным диабетом.

Характеристика исследуемых групп и методы обследования

В исследование было включено 40 (80 глаз) больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типов, находившихся на амбулаторном лечении в Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра офтальмологической микрохирургии в 2021 г.

Среди больных женщин - 28 (70 %), мужчин - 12 (30 %). Средний возраст составил $58,6 \pm 9,2$ лет (от 38 до 74 лет),

стаж сахарного диабета - $12,5 \pm 8,4$ лет (от 2 до 21 год). У 7 пациентов (17,5 %) был поставлен диагноз сахарный диабет 1 типа, у 33 (82,5 %) был выявлен сахарный диабет 2 типа. В большинстве случаев наблюдалась непролиферативная диабетическая ретинопатия - 72,5 % (58 глаз). Препролиферативная диабетическая ретинопатия выявлялись в 27,5 % случаев (22 глаз). пролиферативная ДР - 5,4 % (9 глаз). Пропролиферативная диабетическая ретинопатия у обследованных пациентов не выявлено.

Степень тяжести синдрома «сухого глаза» оценивалась с помощью количественного адаптированного метода оценки степени выраженности клинических признаков по 3-балльной системе. Каждый признак синдрома «сухого глаза» оценивался следующим образом: 3 балла – тяжелая степень; 2 балла – средняя степень; 1 балл - легкая степень; 0 баллов - отсутствие симптомов.

Все исследуемые пациенты имели легкую степень ССГ, который микропризнаки ксероза на фоне рефлекторной гиперлакримии и сокращение времени разрыва прероговичной слезной пленки до 8 секунд. Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы:

основная группа - 20 человек (40 глаз) в возрасте $57,9 \pm 4,8$ лет, с длительностью сахарного диабета $16,3 \pm 5,6$ лет имели легкую степень ССГ. Пациентам данной группы было назначено закапывание препарата «Офальрон» в оба глаза 3 раза в день в течение 1 месяца;

контрольная группа - 20 человек (40 глаз) в возрасте $58,2 \pm 5,6$ лет, с длительностью сахарного диабета $15,8 \pm 6,3$ лет. Всем пациентом имели легкую степень ССГ. Пациентам данной группы проходили наблюдение без использования каких-либо препаратов искусственной слезы.

Всем пациентам выполнялись стандартное офтальмологическое

обследование, такие как визиометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, компрессионный тест для оценки секреции мейбомиевых желез, тест Ширмера, проба Норна, лабораторные исследования (сахар в крови, гликозилированный гемоглобин).

По жалобам и собранному анамнезу проводилась оценка показателей субъективного дискомфорта из усреднённых значений основных проявлений ССГ. Параметрами для оценки субъективного дискомфорта вследствие ССГ считались: болевая реакция на инстилляции глазных капель, плохая переносимость ветра, дыма и кондиционированного воздуха, слёзотечение, ощущение «сухости», «жжения» и инородного тела в глазу.

При биомикроскопии оценивали изменения переднего отрезка глазного яблока. Учитывали показатели объективных проявлений заболевания: гиперемия конъюнктивы, отделяемое в виде слизистых нитей, включения в слезной пленке по трехбалльной шкале (0 – отсутствие признака, 1 – легкие проявления, 2 – умеренные проявления, 3 – резко выраженные).

Помимо стандартного офтальмологического обследования, проводились: для оценки степени объективных признаков ССГ: время разрыва слезной пленки (проба Норна) и проба Ширмера.

Результаты и обсуждение

До лечения все пациенты обеих групп отмечали жалобы на ощущение сухости в глазах, чувство жжения и плохую переносимость дыма, ветра и кондиционированного воздуха различной интенсивности. При проведении обследования через один месяц после назначения препарата «Офальрон» у всех пациентов была отмечена положительная динамика (рис. 1 и табл. 1).

Рис.1.

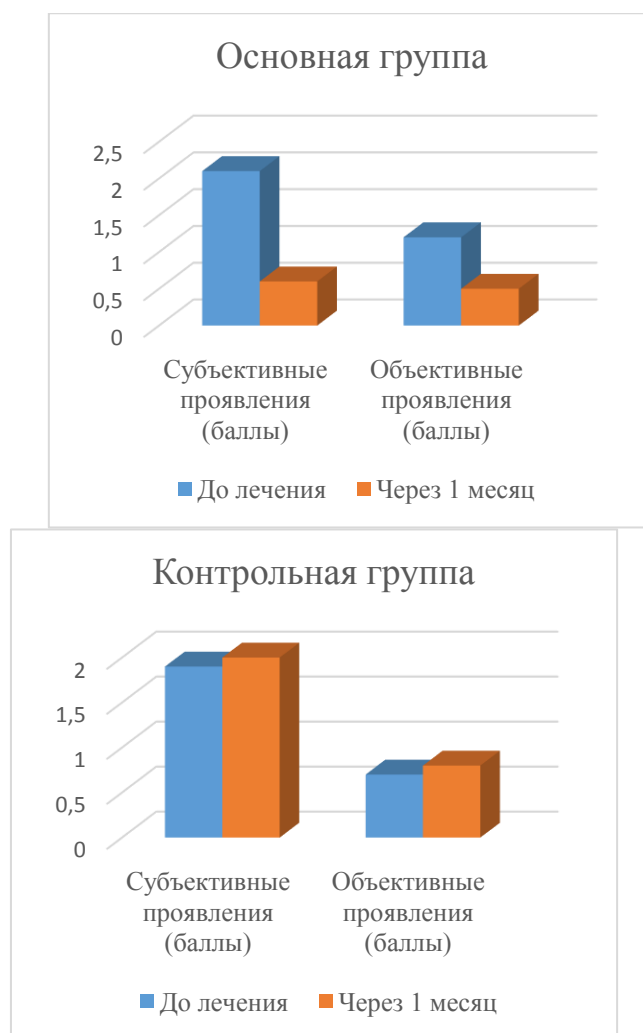


Рис.1. Динамика изменения оцениваемых показателей, до и через 1 месяц после лечения в основной и контрольной группах.

Как видно из рисунка 1, через месяц лечения в основной группе пациентов достоверно уменьшились субъективные и объективные симптомы. В контрольной группе субъективные и объективные проявления практически не изменились ($p > 0,01$).

Табл.1.

Параметры	Группа	До лечения	Через 1 месяц
Высота нижнего слезного мениска (мм)	основная	$1,1 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,1$
	контрольная	$1,2 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$
Время разрыва слезной пленки (с)	основная	$6,5 \pm 1,2$	$8,2 \pm 0,6$
	контрольная	$8,1 \pm 1,6$	$7,7 \pm 1,4$
Проба Ширмера (мм)	основная	$28,4 \pm 2,4$	$25,9 \pm 1,9$
	контрольная	$26,9 \pm 2,8$	$26,8 \pm 2,1$

Видно из таблицы, данные время разрыва слезной пленки и проба Ширмера достоверно улучшились у пациентов основной группы через 1 месяц лечения ($p > 0,05$).

Таким образом, можно отметить, что у пациентов с ССГ легкой степени при использовании препарата «Офталрон» в виде монотерапию значительно уменьшаются субъективные проявления ССГ, увеличивается стабильность

прекорнеальной слезной пленки. Побочных явлений и осложнений на глазах и общем состоянии пациентов при закапывании Офталърона не выявлено.

Заключение

Слезозаместительный препарат Офталърон является эффективным лекарственным средством при лечении пациентов с ССГ легкой степени. Офталърон показал себя эффективным, лишенным побочных эффектов препаратом при использовании в качестве монотерапии синдрома «сухого глаза» у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бахритдинова Ф. А., Хайдарова Ф. А., Нарзикулова К. И., Набиева И. Ф. Эффективность препарата Кератроп при лечении синдрома сухого глаза у пациентов с сахарным диабетом. *The EYE ГЛАЗ*. 2020; Т. 22, № 4: С. 36–41. <https://doi.org/10.33791/2222-4408-2020-4-36-41>
2. Бржеский В.В. Синдром «сухого глаза» // *Офтальмология. Национальное руководство* / Под редакцией С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетоной, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 388–399.
3. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). – СПб. Левша, 2003. – 157 с.
4. Бржеский, В.В. Синдром «сухого глаза»: болезнь цивилизации / В.В. Бржеский, Е.Е.Сомов // *Окулист*. – 2002. – № 9(10). – С. 8-9.
5. Яхъяева Х.Ш. Сахарный диабет 2-го типа у детей и подростков Бухарской области // *Тиббиётда янги кун*. - 2021. - №1.
6. Akinci A, Cetinkaya E, Aycan Z. Dry eye syndrome in diabetic children. *Eur J Ophthalmol*. 2007;17:873-878.
7. Baudouin C, Aragona P, Messmer E, et al. Role of Hyperosmolarity in the Pathogenesis and Management of Dry Eye Disease: Proceedings of the OCEAN Group Meeting. *The Ocular Surface*. 2013;11(4):246-58. doi:10.1016/j.jtos.2013.07.003.
8. Gekka M. [et al.] /Corneal epithelial barrier function in diabetic patients // *Cornea*. – 2004. –Vol. 23, № 1. – P. 35-37.
9. Hom, M. Self-reported dry eyes and diabetic history/ M. Hom, P. De Land // *Optometry*. – 2006. –Vol. 77, № 11. – P. 554-558.
10. IDF diabetes atlas URL: <http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>.
11. Inoue K, Okugawa K, Amano S, et al. Blinking and superficial punctate keratopathy in patients with diabetes mellitus. *Eye*. 2005;19(4):418-21. doi: 10.1038/sj.eye.6701497.
12. Kallinikos P, Berhanu M, O'Donnell C, et al. Corneal nerve tortuosity in diabetic patients with neuropathy. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2004;45:418-22. doi: 10.1167/iovs.03-0637.
13. Stern M.E. [et al.]/The role of the lacrimal functional unit in the pathophysiology of dry eye // *Exp.Eye.Res*. – 2004. – Vol. 20, № 78. – P. 409-416.
14. Zhmud T.M., Malachkova N.V., Andrushkova O.O., Hrizhymalska K.Y. Meibomian gland dysfunction and dry eye disease symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus, 2019, *Reports of Morphology*, Vol. 25, №4, Pages 51-55. DOI: 10.31393/morphology-journal-2019-25(4)-08

Поступила 09.04.2021

CHARACTERISTIC OF THE MORPHOLOGICAL STRUCTURE OF THE LUNG ARTERIES

Masharipova Sh. S.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

✓ Resume

Each lobe of the lungs consists of segments - sections of the parenchyma, resembling an irregular truncated cone facing the root of the lung, each of which is ventilated by a segmental bronchus and a corresponding branch of the pulmonary artery. The bronchus and artery occupy the center of the segment, and the veins through which blood flows from the segment are located in the connective tissue septa between the adjacent segments. For a more thorough examination, the arteries were divided into three groups: arteries of small, medium and large caliber. The results of our research show that a spiral smooth muscle layer develops on grade 3 and 4 arteries. This layer appears in cross-section as a separate pillow-like thickening. Located close to the outer elastic membrane on the side of the adventitia.

Key words: lobe of lungs, vein, intrapulmonary arteries, arteries, postnatal ontogenesis.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЛЕГКИХ АРТЕРИЙ

Машиарипова Ш. С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

✓ Резюме

Каждая доля лёгких состоит из сегментов — участков паренхимы, напоминающих обращённый вершиной к корню лёгкого неправильный усечённый конус, каждый из которых вентилируется сегментарным бронхом и соответствующей ветвью лёгочной артерии. Бронх и артерия занимают центр сегмента, а вены, по которым осуществляется отток крови от сегмента, располагаются в соединительнотканых перегородках между лежащими рядом сегментами. Для более тщательного исследования артерии были разделены на три группы: артерии малого, среднего и большого калибра. Результаты наших исследований показывают, что на артериях 3 и 4 степени развивается спиральный гладкомышечный слой. Этот слой в поперечных сечениях выглядит как отдельный подушкообразное утолщение. Располагается близко к наружной эластической мембране со стороны адвентиции.

Ключевые слова: доля лёгких, вена, внутрилегочные артерии, артерии, постнатальный онтогенез.

ЎПКА АРТЕРИЯЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ТУЗИЛИШИНИНГ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Машиарипова Ш. С.

Тошкент тиббиёт академиясининг Урганч филиали

✓ Резюме

Ҳар бир ўпка бўлаклари сегментлардан иборат - паренхиманинг жойлари, ўпканинг илдизига қараган тартибсиз кесилган конусга ўхшайди, уларнинг ҳар бири сегментал бронх билан ва ўпка артериясининг тегишли тармоғи билан вентилляция қилинади. Бронх ва артерия сегментнинг марказини эгаллайди ва сегментдан қон оқадиган томирлар қўшни сегментлар орасидаги бириктирувчи тўқима септа қисмида жойлашган. Аниқроқ текшириш учун томирлар уч гуруҳга бўлинган: кичик, ўрта ва катта калибрли артериялар. Бизнинг тадқиқотларимиз натижалари шуни кўрсатадики, спирал силлиқ мушак қатлами 3 ва 4-даражали артерияларда ривожланади. Ушбу қатлам кесмада алоҳида ёстиқсимон

қалинлаишии шаклида пайдо бўлади. У адвенциянинг ён томонидаги ташиқ эластик мембранага яқин жойлашган.

Калит сўзлар: ўпка бўлаклари, вена, ўпка ичи артериялари, артериялар, постанатал онтогенез.

Relevance

The law of structural functional formation of blood vessels in the human body at different ages is one of the urgent tasks of modern morphology and pathomorphology [1,2]. The development of various pathological processes in the lungs can be accompanied by damage to the respiratory organs, blood vessels, alveoli, interstitium, pleura. Damage to the pulmonary arteries, changes in the blood vessels of the small circulatory system are pathological with many concomitant diseases. Early detection of hemodynamic disturbances in the small circulatory system has become of even greater interest today. It is known that the lungs contain a system that provides the process of gas exchange. In this system, the main role is played by the external arteries of the lungs and intra-organ arteries. The role of structural changes in the arteries in pathologies arising in the small circulatory system has been reported in the literature [3,7,8]. In the modern literature, changes in the endothelial layer of the pulmonary arteries in various pathologies are common [1,6]. Pathological processes develop as a result of changes in the collagen, elastic fibers and other fibers of connective tissue of these arteries [4]. In addition, age-related changes in the blood vessels develop. In view of the above, we set ourselves the goal of studying the morphological structure of the intrapulmonary arteries.

Purpose of the study: to study the morphological structure of the intrapulmonary arteries.

Materials and methods

For the experiment, we used 60 white laboratory rats, weighing 220–280 grams, adult, 4–5-month-old male. We performed the experiment in the scientific laboratory of the Department of Anatomy, Clinical Anatomy of the Tashkent Medical Academy. In order to study the morphological structure of the arteries in the small circulatory system, the rats were isolated together with the thoracic cavity organs around the lungs after anesthesia and fixed for 48 hours in 10% formalin solution. It was then washed in running water for 12 h and solidified into paraffin blocks after dehydration in growing alcohol. Histological preparations of 10-12 microns were prepared and stained by hematoxylin eosin, Van Gizon and Weigert methods. The following dimensions of the arteries were measured when histological

preparations were imaged under a microscope on a computer and using the Compass-3D V8 program: the transverse surface of the length of the inner and outer elastic membrane; it is the transverse surface of the middle layer between the elastic membranes; the cross-sectional surface of the adventitia. Using the data obtained, we calculated the Kernogan index. The Kernogan index in the arteries indicates the extent to which the organ is supplied with blood [5]. To determine this index, the ratio of the thickness of the middle layer of the vessel and the diameter of the vessel is multiplied by 100.

The intra-organ arteries of the lung are muscular elastic and muscle-type arteries. In describing the intra-organ arteries, we refer to Esipova I.K., Kaufman O.Ya (1968) and E.K. Weir, Dj.T. We relied on data from Reeves (1995). According to the above authors, the arteries of the small circulatory system are branched according to the branching of the bronchi. The network of each pulmonary artery must correspond to each bronchus. In order to compare the morphological features, we studied the arteries at 6 levels. Level 1 and 3 arteries are muscle elastic type, level 4-6 arteries are muscle type intrapulmonary arteries. For a more thorough study, the arteries were further divided into three groups: small, medium, and large arteries. Arterial arteries are arteries of the muscular elastic type. When I look at these arteries under a microscope, the inner layer is the endothelium and the thin endothelial layer. In the middle layer are three elastic membranes, between which are smooth myocytes located along a curved longitudinal. Collagen fibers can be seen in the middle layer. It was noted that the inner and outer elastic membrane layer with a clear boundary is well developed. As the diameter of the vessel decreased, the elastic membrane of the middle layer became thinner and merged with the outer elastic membrane. The outer adventitious layer of the arteries is composed of connective fibers, mainly collagen and elastic fibers.

The basis of the pulmonary intrapulmonary arteries of the muscular type is a well-developed smooth-celled muscle in the middle layer. It can be seen that the muscle fibers in the middle layer are composed of a mutually inner and outer elastic membrane. In addition to smooth muscle fibers, thin elastic fibers are found in the middle layer. The inner layer of such arteries consists of multilayered endothelial cells that directly touch

the inner elastic membrane. In our study, no subendothelial layer was detected in this type of artery. It can be seen that the outer layer of the muscular-type pulmonary arteries has no clear boundary and is fused with thin fibrous connective tissue fibers located in the outer layer of the bronchi. The results of our study show that in the 3rd and 4th degree arteries, an additional spiral smooth fibrous muscle layer develops. This layer appears as a separate cushion relief in the cross sections. It can be seen that the bulge is located close to the outer elastic membrane by the adventitia. The smooth muscle fibers that form its base have a curved circular direction and are very tightly packed together. These pads play a special role in the exchange of muscular elastic arteries in the lungs to the type of muscular arteries and play an important role in blood circulation within the small blood vessels.

Not only did the structure of the vessel wall change during vascular branching, but its morphometric dimensions also changed. The size of the inner and outer diameters of the pulmonary arteries gradually decreased. It has been noted that the middle layer of muscle elastic type arteries has a large size. It was observed that the middle layer of the arteries of the middle and small muscle type had small dimensions. An analysis of our studies found that the Kernogan index in the intrapulmonary arteries differed significantly from one another. It has been noted that this figure is greater in large and small muscular arteries where the middle layer is relatively thick. In large arteries of the muscular elastic type with a large diameter, however, this figure was found to be smaller.

It can be seen that the cross-sectional area of the middle layer of the arteries gradually decreases from 1 degree to the small muscle-type arteries. Changes specific to these changes can also be seen in the adventitia. The largest size of the adventitia was found in the arteries of the large muscular elastic type, and the smallest - in the arteries of the small muscle type.

When comparing the ratio of the adventitia and middle layer size of the arteries of the large and medium muscle elastic type, it was noted that the ratio with the predominance of the size of the adventitia was 1: 1.3 and 1: 1.2. In small-sized muscle elastic-type and muscle-type arteries, as well as in large-muscle-type arteries, in contrast, the thickness of the middle layer was found to be greater than adventitia, and the ratio was 1: 0.8 and 1: 0.7. In the pulmonary arteries of the middle caliber of the muscle type, this ratio was observed to change by 1: 1.3 with a predominance of adventitious thickness.

Conclusion

Analysis of the data thus obtained showed that the intrapulmonary arteries can be recorded as muscular elastic and muscle-type arteries. Since the elastic membrane of the middle layer, which is fully formed in the intrapulmonary arteries, is the inner and thin outer elastic membrane, it is appropriate to consider them as muscle elastic type arteries. It has been found that the formation of an additional muscular layer by adventitia in the extension of the muscular elastic arteries to the muscular arteries. This muscle layer surrounds the artery wall like separate spiral fibers. As a result, the size of the middle layer of the artery thickens. As a result, the Kernogan index will change.

LIST OF REFERENCES:

1. Brodskaya T.A., Nevzorova V.A., Geltser B.I. and dr. Dysfunction of endothelium and disease of respiratory organs // Ter.arxiv. - 2007. - T. 79, №3. - S. 76-84.
2. Vnutritrobnoe razvitie cheloveka: Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. A. P. Milovanova and S. V. Saveleva. M., ed. MDV, 2006.
3. Leshchenko I.V., Ovcharenko S.I., Shmelev E.I. Chronic obstructive pulmonary disease: prakt. Rukvod. dlya vrachey [under red. A.G. Chuchalina]. - M., 2004. - 62 p.
4. Comparative morphofunctional characteristics of the leg arteries in bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease / L.M. Mixaleva, A.L. Chernyaev, M.V. Samsonova, A.V. Bykalova // Morphology, 2004. - № 4. - C.
5. Skvortsova NV, Koptev VD, Pospelova TI. Morphofunctional changes of peripheral arteries in patients with severe lymphoma of Khodzhkina at different stages of development of the disease. //Bulletin VSNTs SO RAMN. 2011; 79 (3): 109-113.
6. Trushel N. A., Pivchenko P. G. and Melnikov I. A. Osobennosti stroeniya stenki sosudov arterialnogo rusla bolshogo mozga v oblasti bifurkatsiy u lyudey razlichnogo vozrasta. //Morphology, 2012, vol. 142, vyp. 5, p. 39-43.
7. Pospelova TI. Morphofunctional changes of peripheral arteries in patients with Hodgkin's lymphoma at different stages. //Bulletin VSSC of the RAMS. 2011; 79 (3): 109-113.
8. Rossi M. et al. Blunted post-ischemic increase of the endothelial skin blood flow motion component as early sign of endothelial dysfunction in chronic kidney disease patients // Microvasc. Res. - 2008. - Vol. 75, №3. - P. 315-322.

Entered 09.04.2021

Karimova S.Sh., Ergasheva Yu.Yu.

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume*

Characteristic features of clinics and development of alcohol addiction before formation of complicated opium narcomania had been investigated among 41 patients. It was established that in most cases patients started opiates receiving during previously developed alcoholism characterized by quick development and high progression.

Key words: alcohol dependence, psychoactive substance, complicated opium addiction

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Каримова С.Ш., Эргашева Ю.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме*

У 41 пациента проведено изучение особенностей клиники и течения алкогольной зависимости, предшествующей формированию осложненной ПАВ. Установлено, что в большинстве случаев приобщение к опиатам происходит на фоне развернутой стадии предшествующего алкоголизма, отличавшегося быстрым темпом развития и высокой прогрессивностью.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ПАВ зависимость, осложненная алкогольная зависимость

АЛКОГОЛГА ТОБЕЪЛИКНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИННИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Каримова С.Ш., Эргашева Ю.Ю.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме*

41 беморларда спиртли ичимликларга қарамликнинг ривожланиши ва клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари ўрганилди. Кўп ҳолларда алкоголизмнинг ривожланган босқичи фонида содир бўлиб, ривожланишининг тез суръатлари ва юқори прогрессивлиги билан ажралиб туриши аниқланди.

Калит сўзлар: спиртли ичимликларга қарамлик, асоратланган алкохолга қарамлик

Relevance

The problem of polydependence on two or more psychoactive substances, which has clearly emerged in recent years, is increasingly attracting the attention of researchers [1,4,6]. According to the literature, the frequency of alcohol abuse among drug addicts reaches 64%, which is 7-8 times higher than this indicator in the population. It is emphasized that alcohol dependence is a very frequent consequence of opium addiction [3,4]. At the same time, the rapid nature of the development of alcoholism in persons who previously suffered from opioid dependence is explained by the commonality of the

neurochemical mechanisms of pathological craving for psychoactive substances and the universality of the inheritance of a biological predisposition to any form of chemical dependence. (Анохина И.П., 2008). At the same time, in the Republic of Uzbekistan, there are more and more cases when the abuse of opioid drugs begins against the background of already formed alcoholism with the subsequent development of polydependence on both psychoactive substances. This not only aggravates the course of drug addiction, but also

significantly reduces the effectiveness of treatment.

The fact that addiction to opiates against the background of alcohol dependence in some cases is accompanied by a complete cessation of alcohol intake with the transformation of alcoholism into opioid mononarcotic addiction, and in others - leads to the formation of polydependence, needs further study.

Purpose: The aim of the study was to study the features of the formation and course of alcohol dependence, which preceded the formation of complicated opium addiction.

Material and methods

The clinical method examined 60 patients (men) with opium addiction complicated by alcohol dependence. The age of the patients at the time of the examination ranged from 24 to 42 years (mean age 30.1 ± 5.4 years), the prescription of opiate abuse was from 2 to 10 years. A retrospective analysis of the dynamics of substance abuse showed that in 41 patients, clinical signs of alcohol dependence appeared even before the initiation of opiates, and the formation of opium addiction occurred against the background of chronic alcoholism.

Result and discussion

The study of the rate of formation and course of alcohol dependence made it possible to identify some features that can influence the further development of the clinical picture of complicated opium addiction, characterized by the combined use of opiates and alcohol.

The age of the first alcohol consumption varied in the range from 10 to 20 years, with an average of 15.9 ± 3.2 years. The first intake of alcohol was accompanied by the appearance of a state of euphoria, causing a subsequent positive attitude to alcohol. No protective emetic reaction of the body to an overdose of alcoholic beverages was recorded in any case.

Early acquaintance with alcoholic euphoria, which occurred in most patients in adolescence, led to a rapid transition to regular (at least 1-2 times a week) intake of alcoholic beverages. The duration before the painful stage of systematic drunkenness was from 2 to 8 years. At the time of introduction to opiates, only 9.8% of patients were diagnosed with the first stage of alcoholism. In contrast to the pre-painful stage of regular alcohol consumption, it was characterized by a clear design of the syndrome of pathological attraction, which occurs mainly in situations that predispose to drunkenness. In anticipation of taking alcohol, the patient showed a complex of

emotional recovery with a noticeable rise in mood. When forced to refuse to participate in the feast, there was a feeling of dissatisfaction, discomfort, internal tension, accompanied by a decrease in mood and irritability. Compared to the pre-painful stage, the amount of alcohol needed to achieve the desired euphoria increased by 2-3 times. After consuming the first doses of alcoholic beverages, there was a strong desire to continue drinking, as a result, patients increasingly got drunk to a pronounced intoxication. Alcohol consumption was characterized by one-day alcoholic excesses. The presence of a pathological attraction to alcohol was not recognized, and the change in the nature and frequency of alcohol consumption was not regarded as a sign of developing alcohol dependence.

In these patients, the first use of opioid-type drugs occurred, as a rule, under the influence of situational factors (the accidental presence of drug users). The motive for getting involved in drugs was curiosity, a desire to experience new sensations. The use of opiates in all cases was carried out against the background of light alcohol intoxication. The characteristics of narcotic euphoria caused a positive attitude to opiates and a desire to re-take them. The emergence of opioid dependence occurred very quickly with a clear clinical presentation of the syndrome of pathological attraction to opiates. Opiate withdrawal syndrome was formed within 2-4 weeks of the start of opiate use. The increase in tolerance led to a rapid transition to the injectable route of drug administration.

In 92.8% of the examined patients, the introduction to opiates occurred against the background of a developed stage of alcohol dependence. At the same time, the prescription of alcoholism before the onset of opium addiction was from 2 to 5 years.

Its clinical picture was characterized by the presence of an intense pathological attraction to alcohol without a struggle of motives, which in some patients acquired the character of irresistibility. In most patients, the periodic form of alcohol abuse (pseudozapoi) with systematic morning intoxication and high tolerance to alcohol prevailed. Clinical features indicated a high progrediency and an unfavorable course of alcoholism that preceded the formation of complicated opium addiction.

Trial use of opiates occurred at the age of 21 to 35 years. It is noteworthy that in 34.1% of patients, the period of episodic use of opiates was from 6 to 12 months or more. Despite the familiarity with narcotic euphoria, such patients

for a fairly long time had a pathological attraction to alcohol and signs of alcohol withdrawal syndrome. At the same time, there was a clear tendency to increase the use of opiates (often during the period of alcohol withdrawal), followed by a transition to their regular use.

It is characteristic that after the formation of the opioid addiction clinic, patients did not make any attempts to completely stop drinking alcohol, using it to increase opioid intoxication. For this purpose, alcohol was taken either immediately before the intravenous injection of opioids (combined type of use), or when the signs of opium euphoria decreased (intermittent type of use). However, in the clinic of the disease, the symptoms of opium addiction began to prevail: intense attraction to heroin and the development of opium withdrawal syndrome after stopping its use.

Thus, the study revealed certain features of alcohol dependence that precedes the formation of complicated opium addiction. It is established that the addition of dependence on opioid-type drugs can occur both in the initial and expanded stages of alcoholism. In the first case, random (situational) factors often contribute to the introduction of opiates. The formation of opioid dependence in this case occurs at a rapid rate, determined by the high narcogenicity of opiates.

With the introduction to opiates against the background of the developed stage of alcoholism, the attraction to alcohol may initially persist with the episodic nature of taking opiates for a more or less long period of time. It is characteristic that in these cases, the previous alcohol dependence is more often formed in a relatively short time, its symptoms reach significant severity, and the dynamics are characterized by high progrediency.

With the predominance of symptoms of opium addiction in the overall picture of poly-dependence, the desire to use alcohol to enhance or prolong the state of euphoria persists.

The data obtained indicate the need for an in-depth study of a whole complex of biological, psychological and social factors that contribute to the formation of complicated opium addiction.

LIST OF REFERENCES:

1. Anokhina I. P. Basic biological mechanisms of dependence on psychoactive substances. *Narcology: a national guide* / ed. by N. N. Ivants, I. P. Anokhina, M. A. Vinnikova. - /M.: GEOTAR-Media, 2008. - pp. 42-52
2. Koshkina E. A. Epidemiology of drug-related diseases. *Manual on narcology*. - /M.: Medpraktika, 2002. - Vol. 1. - p. 8-32
3. Strelets N. V. Clinic and treatment of poly-drug addiction. *Lectures on narcology* / edited by N. N. Ivants - - /M.: Medpraktika, 2001. - p. 214-222
4. Rokhlina M. L., Mokhnachev S. O. Mental and behavioral disorders associated with the combined use of drugs and other psychoactive substances. *Narcology: a national guide* / ed. by N. N. Ivants, I. P. Anokhina, M. A. Vinnikova. - /M.: GEOTAR-Media, 2008. - pp. 320-323
5. Rusinova O. I. Alcohol dependence, developed against the background of opiate addiction: clinical manifestations, therapeutic approaches. /Autoref. ... diss ... candidate of medical sciences. M, 2007 – - 20 p.

Entered 09.04.2021

Rysbekova D.E., Beisebayeva W.T., Almenova L.T., Kaker R.

Department of Dermatovenereology, S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, the Republic of Kazakhstan

✓ **Resume**

Psoriasis decreases the quality of life (QoL) of patients. Different QoL parameters are closely related to the age of patients, the duration of the disease, the prevalence of the skin process, and the frequency of exacerbations.

Keywords: psoriasis, quality of life (QoL), mental health, Dermatology Life Quality Index (DLQI) questionnaire.

ПСОРИАЗ: ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рысбекова Д.Е., Бейсебаева В.Т., Альменова Л.Т., Какер Р.

Отделение дерматовенерологии, С.Д. Казахский национальный медицинский университет им. Асфендиярова, Республика Казахстан

✓ **Резюме**

У больных, страдающих псориазом, отмечается снижение качества жизни. Различная степень показателей качества жизни находится в тесной взаимосвязи с возрастом больных, длительностью болезни, распространенностью кожного процесса, частотой обострений.

Ключевые слова: псориаз, качество жизни, психическое здоровье, опросник ДИКЖ.

PSORIAZ: HAYOT SIFATI VA KASALLIKNING OG'IRLIGI O'RTASIDAGI O'ZARO BOG'LIQLIK

Rysbekova D.E., Beisebayeva W.T., Almenova L.T., Kaker R.

Dermatovenerologiya kafedrası, S.D. Asfendiyarov nomidagi Qozoq milliy tibbiyot universiteti, Qozog'iston Respublikasi

✓ **Rezyume**

Psoriáz kasallarning hayot sifatini (QoL) pasaytiradi. Turli xil QoL parametrlari bemorlarning yoshi, kasallikning davomiyligi, teri jarayonining tarqalishi va alevlenme chastotasi bilan chambarchas bog'liq.

Kalit so'zlar: psoriáz, hayot sifati (QoL), ruhiy salomatlik, Dermatologiya hayot sifatining ko'rsatkichi (DLQI) so'rovnomasi.

Relevance

Psoriasis has a significant negative impact on the patients' quality of life (QoL). Nearly 75% of patients reported negative effects of psoriasis on their QoL in a study performed by the American National Psoriasis Foundation [1]. Another study showed that 20% of patients with long-term psoriasis had suicidal thoughts [2]. Besides, physical and emotional conditions in this dermatosis have a significant negative impact on the patients' work activity when measured under approved scales and the Labor

Productivity Index (IPT) [3]. The patients' absence from work in the dermatosis exacerbation stage is the most serious problem among people suffering from psoriasis compared to other skin pathologies. 60% of patients noted they were missing about 26 working days a year due to their sickness [4]. As a result, such patients experience income problems [5, 6].

Psoriasis has a huge impact on social life. Patients often complain about difficulties in communication with colleagues, friends, and

family members [7]. They often experience difficulties associated with decreased self-esteem, feelings of shame, and embarrassment [8]. This chronic and often recurrent disease raises a feeling of hopelessness in patients [9]. Lack of control over the disease is one of the most unpleasant aspects for patients with this dermatosis [10]. Many patients with psoriasis feel the need to hide their condition. They cannot expose their bodies while swimming, in intimate relationships, or attending public baths. All this seriously affects their self-confidence [11].

In the studies of the relationship between psoriasis and depression, patients with psoriasis were more prone to depression than patients with other diseases. A high level of stress in patients with psoriasis is due to a negative reaction of others to the patient's appearance [12].

The restrictions in daily and sexual life harm the patients' QoL [10].

In a study assessing the QoL of patients with psoriasis in the US, the body surface area affected by psoriasis was closely inversely related to the QoL level [13].

Often, the lesion area is used to assess this disease's clinical severity. However, the above studies advise its use in assessing the patients' QoL [2].

Objective: To establish a correlation between the quality of life and the severity of psoriasis course.

Materials and methods

The work was performed as part of scientific and technological development on the topic "New molecular genetic methods of pre-symptomatic diagnostics and treatment of some significant diseases." The Ethical Committee of Asfendiyarov Kazakh National Medical University JSC approved the methods used to study patients with psoriasis. All patients involved have provided informed consent for participating in the study. Pearson linear correlation method was used for the statistical analysis of the obtained results.

We used the PASI index (Psoriasis Area and Severity Index) to assess psoriasis' severity and the therapy efficacy. In PASI, a quantitative assessment of major clinical manifestations' severity (infiltration, itching, skin thickening, edema, hyperemia, peeling) was combined with assessing the lesion area using a simple linear scale. The minimum PASI value is 0; the

maximum is 72. Psoriasis was assessed as mild at PASI below 10, moderate – at PASI of 10 to 20, and severe – at PASI above 20.

Social activity is among the QoL components. So, we analyzed the social activity of patients with psoriasis to found three degrees of social activity among the examined patients. Degree I was a low social activity and related to pensioners, unemployed, and disabled persons. Degree II was an average social activity and related to persons whose professions were not associated with social activities (e.g., electricians, mechanics, etc.). Group III (with high social activity) included patients with psoriasis who were forced to communicate with people actively by virtue of their profession, to be "in the public limelight" (teachers, managers, administrators, etc.).

A Russian translation of the specific Dermatology Life Quality Index (DLQI) questionnaire was used to assess the degree of the negative impact of skin disease on various aspects of the patients' life (relationships with family, friends, colleagues, sports, sex, social activity, etc.). Besides, DLQI was used to assess the patients' condition severity and the therapy efficacy. For each question, the patients had to choose one variant out of four on the degree of impact (very strong, strong, not strong, no impact). Each answer provided a scoring ranging from 0 to 30. The aggregate of 10 scorings indicated the DLQI of a particular patient in the given time. The higher was the score, the more negative impact the disease had on the patient's QoL. The score could also be expressed as a percentage of the maximum possible score of 30.

Applied interpretation of the DLQI scores: 0-1 – the skin disease did not affect the patient's life; 2-5 – the disease had little impact on the patient's life; 6-10 – the disease had a moderate impact on the patient's life; 11-20 – the disease had a very strong impact on the patient's life; 21-30 – the disease had an extremely strong impact on the patient's life.

The results and discussion

The study involved 601 patients diagnosed with psoriasis from various regions of the Republic of Kazakhstan. All patients were 18 years and above, with an average age of 39.8 ± 14 years. Of them, 377 (63%) were males, and 224 (37%) were females. Thus, in the studied population, the ratio of males and females was 2:1 (Table 1).

Table 1.

Distribution of patients with psoriasis by age (n=601)

Age group	Abs.	%	Males	Females
up to 25 years	105	17	63	42
26 - 35 years	162	27	103	59
36 - 45 years	118	20	74	44
46 - 55 years	108	18	65	43
56 years and above	108	18	72	36
Total	601	100	377	224

Figure 1 shows the patients' distribution by regions of Kazakhstan (n=601).

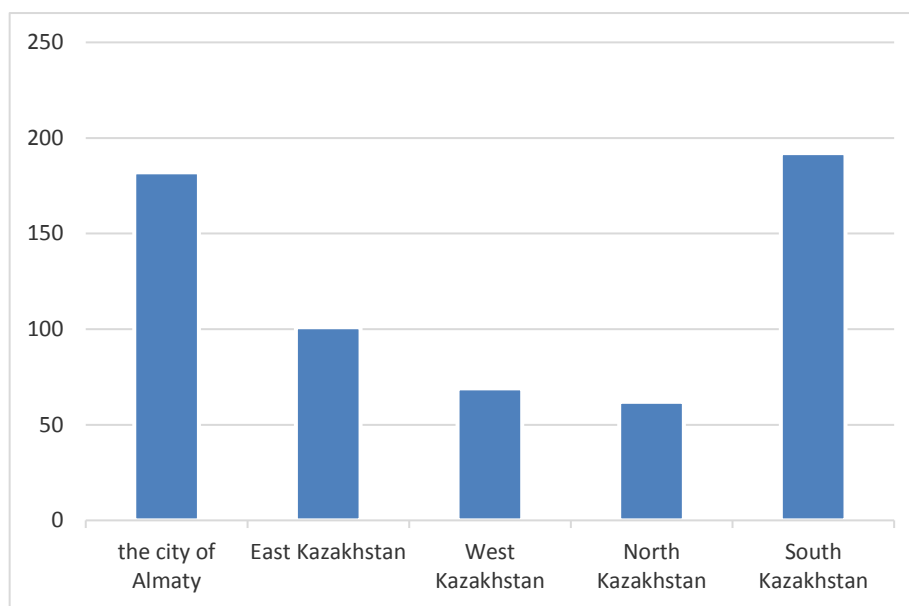


Figure 1. Distribution of patients by regions of Kazakhstan

The patients in the study population were diagnosed with psoriasis as per ICD 10. Of them, 484 (81%) patients had Psoriasis Vulgaris, 42 (7%) had teardrop psoriasis, 27 (4%) – psoriasis of the palms and soles, 26 (4%) –

arthropathic psoriasis, 12 (2%) – psoriasis of the scalp, and 6 (1%) patients had erythroderma.

The onset of psoriasis was most frequent (30%) between 20 and 30 years (Fig. 2).

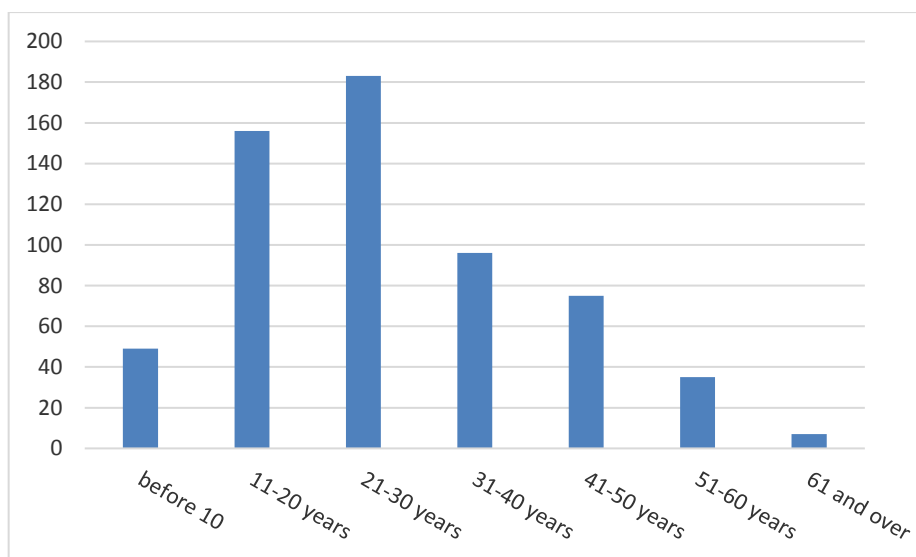


Figure 2. Distribution of patients with psoriasis by the disease onset age (n=601)

The duration of dermatosis varied widely, from 1 month to 50 years. 41% of patients have

been sick for over a decade, 19% - for 6-10 years, 29% - for 1-5 years, and only 11% - for

less than a year (Fig. 3).

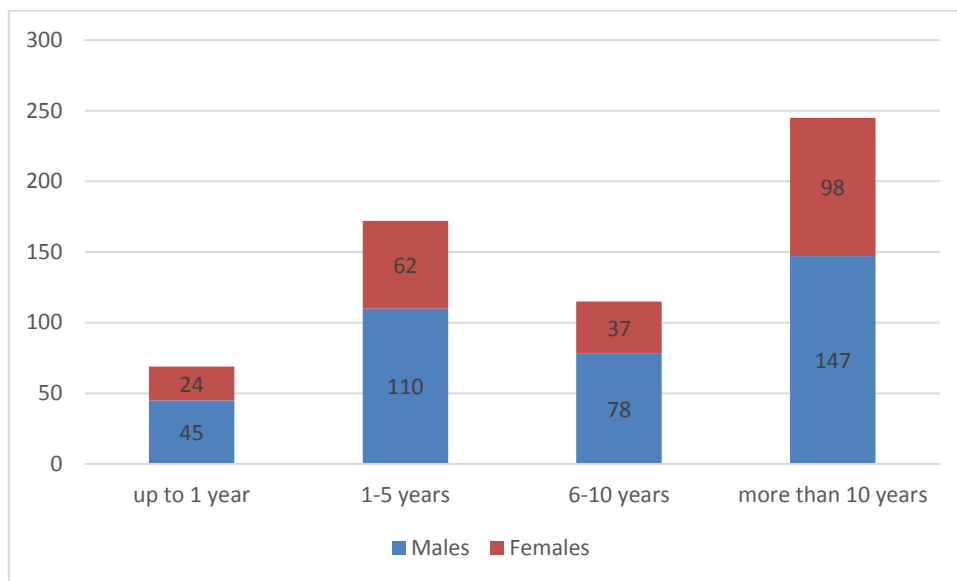


Figure 3. Disease duration in patients with psoriasis, by gender (n=601)

While assessing the clinical course by frequency of psoriasis exacerbations, we recognized that 364 (61%) patients had psoriasis exacerbations 1-2 times a year, 31 (5%) – once in 2 years and less, and 90 (15%) patients suffered from it 3-4 times a year. The relapses happened 5-6 times a year in 13 (2%) patients; the disease had a continuous course in 50 (8%) patients.

The distribution of patients by social activity was as follows: 266 (44.3%) of patients had low social activity, 157 (26.1%) had moderate social activity, and 178 (29.6%) had high social activity.

When assessing the disease severity by PASI index, we found out that 146 patients had mild

psoriasis (average PASI – 6.82 ± 2.53). The disease was moderate in 221 patients (average PASI – 14.81 ± 2.72). A severe psoriasis course was registered in 234 patients (average PASI – 33.63 ± 10.58). The average PASI index was 20.19 ± 13.12 .

All 601 patients were scored according to the DLQI questionnaire. We revealed an extremely strong impact of psoriasis on QoL in 54% of patients and a very strong impact of the disease on QoL in 34% of patients. In 11% of patients, psoriasis has an insignificant effect on their QoL.

Tables 2-5 show the correlation between QOL and the degree of dermatosis.

Table 2.

Correlation between QoL and the severity of dermatosis			
		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Pearson Correlation	1	,366(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	600	600
VAR00002	Pearson Correlation	,366(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	600	600

** Correlation was significant at the 0.01 level (2- tailed.).

Table 3.

Correlation between QoL and lesion area in patients with mild psoriasis

		VAR00002	VAR00001
VAR00002	Pearson Correlation	1	,254(**)
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	146	146
VAR00001	Pearson Correlation	,254(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	146	146

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 4.

Correlation between QoL and lesion area in patients with moderate psoriasis

		VAR00002	VAR00001
VAR00002	Pearson Correlation	1	,149(*)
	Sig. (2-tailed)		,027
	N	221	221
VAR00001	Pearson Correlation	,149(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,027	
	N	221	221

* Correlation was significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table 5.

Correlation between QoL and lesion area in patients with severe psoriasis

		VAR00002	VAR00001
VAR00002	Pearson Correlation	1	,147(*)
	Sig. (2-tailed)		,025
	N	234	234
VAR00001	Pearson Correlation	,147(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,025	
	N	234	234

* Correlation was significant at the 0.05 level (2-tailed).

Summing up, the patients in the studied sample were aged 39.8 ± 14 years; however, a big part (44%) were socially inactive. Most of the patients were diagnosed with Psoriasis Vulgaris (81%). The average PASI score of 20.19 ± 13.12 meant severe psoriasis. Psoriasis most often started at the age of 20-30 years (30%) and continued for more than ten years (40%). 61% of patients had relapses 1-2 times a year. Psoriasis had an extremely strong impact on QoL in 54% of patients and a very strong impact in 34%. As a result, correlation analysis revealed moderate statistically significant correlations at the level $r = -0.36$ ($p < 0.05$) between the QoL parameters according to the DLQI questionnaire and the prevalence of skin process (PASI) for all patients. The correlations were statistically significant at the level $r = -0.25$ ($p < 0.05$) for patients with a mild course, at the level $r = -0.14$ ($p < 0.05$) for patients with a moderate or severe course of psoriasis.

Conclusion

QoL indicators are a valuable and sensitive tool for assessing the psychosomatic status with psoriasis and its dynamics during therapy. QoL indicators provide a subjective and objective reflection of the patient's status and his/her response to treatment. Psoriasis significantly decreases the QoL of patients. The degree of change in the QoL correlates with the degree of

progression of psoriasis.

LIST OF REFERENCES:

1. Rapp S.R., Cottrell C.A., Leary M.R. Social coping strategies associated with life quality decrements among psoriasis patients // Br. J. Dermatol. 2001; 145: 610-616.
2. Devrimci-Ozguven H., Kundakci T.N., Kumbasar H., Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction, and affective expression levels in psoriasis patients // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2000; 14: 267-271.
3. Esposito M., Saraceno R., Giunta A., Maccarone M., Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression // Dermatol. 2006; 212: 123-127.
4. Gupta M.A., Schork N.J., Gupta A.K., Kirkby S., Ellis C.N. Suicidal ideation in psoriasis // Int. J. Dermatol. 1993; 32: 188-190.
5. Vardy D., Besser A., Amir M., Gesthalter B., Biton A., Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on life quality in psoriasis patients // Br. J. Dermatol. 2002; 147: 736-742.
6. Rapp S.R., Feldman Sr., Fleischer A.B. Jr, Reboussin D.M., Exum M.L. Health-related life quality in psoriasis: A

- biopsychosocial model and measures. In: Rajagopalan R., Sherertz E.F., Anderson R., eds Care Management of Skin Diseases Life Quality and Economic Impact. Marcel Dekker, Inc, 1998: 125-145.
7. Jowett S., Ryan T. Skin disease and handicap. An analysis of the impact of skin conditions // Soc. Sci. Med. 1985; 20: 425-429.
 8. Biton A. Disability as other major medical diseases // J. Am. Acad. Dermatol. 1999; 41: 401-407.
 9. Wahl A.K., Gjengedal E., Hanestad B.R. The bodily suffering of living with severe psoriasis: in-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis // Qual. Health Res. 2002; 12: 250-261.
 10. McKenna S.P., Cook S.A., Whalley D., Doward L.C., Richards H.L., Griffiths C.E.M., Van Assche D. Development of the PSORIDLQI, a psoriasis-specific measure of life quality designed for use in clinical practice and trials // Br. J. Dermatol. 2003; 149(2): 323-331.
 11. Weiss S.C., Kimball A.B., Liewehr D.J., Blauvelt A., Turner M.L., Emanuel E.J. Quantifying the harmful effects of psoriasis on health-related life quality // J. Am. Acad. Dermatol. 2002; 4: 512-518.
 12. Fortune D.G., Main C.J., O'Sullivan T.M., Griffiths C.E. Life quality in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress // Br. J. Dermatol. 1997; 137: 755-760.
 13. Gelfand J.M., Feldman S.R., Stern R.S., Thomas J., Rolstad T., Margolis D.J. Determinants of life quality in patients with psoriasis: a study from the US population // J. Am. Acad. Dermatol. 2004; 51: 704-708.

Entered 09.04.2021

ПОСТНАТАЛ ОНТОГЕНЕЗДА БОЛАЛАРДА ЎТ ЙЎЛЛАРИ ТОПОГРАФИЯСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Машарипова Х.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Ўзбекистон

✓ Резюме

Сўнги пайтларда ўт йўллари касалликлари жарроҳлик ва гастроэнтерологияда етакчи ўринлардан бирини эгаллаб турибди. Овқат ҳазм қилиш тизимининг нуқсонлари бўлган беморлар сонининг кўпайиши жигардан ташиқари сафро йўлларида жарроҳлик аралашувларнинг доимий ўсиши билан бирга келади. Адабиётга кўра, ўткир аппендицит ташиқиси билан касалхонага ётқизилган болаларнинг 1 - 1,5% сафро йўлларининг ўткир яллиғланиши бўлган. Harmatz A. (1994) маълумотларига кўра, ўткир холецистит гепатобилиар тизим касалликлари билан касалланган болалар умумий сонининг 12-16% ни ташкил қилади.

Калит сўзлар: жигар ўт йўллари, жигар, эрта постнатал онтогенез.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТОПОГРАФИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Машарипова Х.Қ.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

✓ Резюме

В последнее время заболевания желчевыводящих путей занимают одно из ведущих мест в хирургии и гастроэнтерологии. Увеличение числа больных с пороками развития органов пищеварительной системы сопровождается неуклонным ростом оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках. По данным литературы у 1 — 1,5% детей, госпитализированных с диагнозом «острый аппендицит», имелось острое воспаление желчевыводящих путей. По данным Harmatz A. (1994), острый холецистит составляет 12—16% от общего числа детей с заболеваниями гепатобиллиарной системы.

Ключевые слова: печеночные протоки, печень, постнатальный онтогенез.

MORPHOLOGICAL PROPERTIES OF BILIARY TOPOGRAPHY IN CHILDREN DURING POSTNATAL ONTOGENESIS

Masharipova X.Q.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ Resume

Recently, diseases of the biliary tract occupy one of the leading places in surgery and gastroenterology. An increase in the number of patients with malformations of the digestive system is accompanied by a steady increase in surgical interventions on the extrahepatic bile ducts. According to the literature, 1 - 1.5% of children hospitalized with a diagnosis of acute appendicitis had acute inflammation of the biliary tract. According to Harmatz A. (1994), acute cholecystitis accounts for 12-16% of the total number of children with diseases of the hepatobiliary system.

Key words: hepatic ducts, liver, postnatal ontogenesis

Долзарблиги

Охириги йилларда ўт йўлларининг касалликлари ёшларни орасида ҳам кўпайиб бормоқда [5,6]. Бу эса ўз навбатида жигар, ўт пуфаги ва ўт йўллари анатомиясини чуқурроқ

ўрганиш зарурлигини кўрсатади [3,7,8]. Аммо бугунги кундаги хорижий ва маҳаллий адабиётларда қорин бўшлиғи аъзоларининг анатомиясини ёшга қараб ўзгариши ва

уларнинг топографиясига бағишланган тадқиқотлар етарли эмас. Адабиётлардаги маълумотлар замонавий жарроҳлик талабларини тўлиқ қондирмайди. Ҳозиргача илмий адабиётларда болаларнинг ўт йўлларининг ҳосил бўлиши, ривожланиши уларнинг ёшга ҳос хусусиятлари каби қатор ечилмаган муаммолар мавжуд. Адабиётларда жигар ичи ўт йўлларининг жигар дарвозаси соҳасида қўшилиши ҳақида маълумотлар келтирилган. Лекин жигар ичи ўт йўлларининг эрта постнатал онтогенез даврида ёшга қараб ўзгариши ечилмаган муаммо бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, болаларнинг жигар ичи ва ташқарисидagi ўт йўлларининг ёшга ҳос морфометрияси етарлича ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади: Болаларнинг жигар ичи ва ташқарисидagi ўт йўлларининг ёшга ҳос морфометриясини ўрганиш.

Тадқиқотни материал ва усуллари

Морфологик текшириш материали бўлиб, ўт пуфаги ва жигар нуқсони билан боғлиқ бўлмаган сабаблар билан нобуд бўлган 54 та ҳар хил ёшдаги 16 ёшдаги болаларнинг мурдасининг қорин бўшлиғидан олинган аъзолар ташкил қилди. Тана вазни 3,0 кгдан 55 кгча икки жинсга ҳам мансуб бўлган ҳар хил ёшдаги болалар мурдаларидан фойдаланилди. Ўрганиш мақсадида болаларни қуйидаги гуруҳларга ажратдик: чақалоқлар (1-10 кун), эмизикли давр (11 кун-1 ёш), эрта болалик даври (1 ёш-3 ёш), биринчи болалик даври (4 ёш-7 ёш), иккинчи болалик даври (8 ёш-12 ёш), ўсмирлик даври (13-16 ёш). Мурда материали Ўзбекистон Республикаси суд тиббиёти экспертизаси илмий амалий Марказининг Хоразм филиалида олинган. Ўрганиш объекти сифатида жигар, жигар ичи ва жигар ташқарисидagi ўт йўллари препаратлари усулида олиниб макроскопик ва морфометрик текширишлар ўтказилди. Умумий ўт йўлининг шаклланиши ўрганилди.

Адабиётлардан маълумки, бола туғилганидан сўнг бошқа аъзоларга нисбатан жигар кўпроқ ўзгаради. Янги туғилган болаларда жигарнинг ўртача вазни $165,5 \pm 12,2$ граммни ташкил қилиб, бу ўз навбатида тана вазнининг 5,2% га тенг эканлигини кўрсатди. Боланинг ёши ўсган сари аста секин жигарнинг ўсиш темпи тана вазнига нисбатан секинлашади. Эмизикли даврда жигарнинг ўртача вазни $284 \pm 7,3$ граммни ташкил қилиб, тананинг 4,5% га тенг келади. Эрта болалик даврида жигар вазни тана вазнининг 3,8% ни эгаллаб оғирлиги $450 \pm 2,2$ граммга етади. Жигарнинг вазни биринчи болалик даврида

$686 \pm 5,9$ граммни ташкил қилади ва тана вазнининг 3,5% эгаллайди. Иккинчи болалик даврида эса жигарнинг вазни $963 \pm 2,8$ граммга етади ва тана вазнининг 3% ташкил қилади. Ўсмирлик даврида жигарнинг вазни ўртача $1409 \pm 4,5$ грамга етади ва тана вазнининг 2,7 % га тенг келди.

Кузатувлар натижаси постнатал онтогенез даврида болаларнинг жигарининг висцерал юзасининг шакли турлича эканлигини кўрсатди. Янги туғилган болаларда, эмизикли даврда ва эрта болалик даврида 67% ҳолатларда жигарнинг шакли узунчоқ шаклда, 33% ҳолатда эса овалсимон шаклда эканлиги аниқланди. Биринчи ва иккинчи болалик даврида эса болаларнинг жигарининг шакли аста секин овал шаклга яқинлашди ва 70% ҳолатда овалсимон, 9% ҳолатда узунчоқ ва 21% ҳолатда учбурчак шаклда эканлиги қайд этилди. Ўсмирлик даврига келиб жигарнинг шакли кўп ҳолатда (81%) учбурчаксимон шаклни эгаллади ва кузатувларимизнинг 19% ида овалсимон шаклда эканлиги аниқланди.

Амалий жарроҳлик учун жигар дарвозасининг шакли, унда жойлашган ҳосилаларнинг ҳолати муҳим аҳамият касб этади. Одатда жигарнинг висцерал юзасида иккита сагитал ва битта кўндаланг эгат кўринади. Кўндаланг эгатда жигар дарвозаси жойлашган. Мана шу жигар дарвозасининг қайси даражада намоён бўлганлигига кўра очик тури- барча сагитал ва кўндаланг эгатлар яққол акс этган; ёпик тури – сагитал эгатлар кўринмайди, кўндаланг эгат калта ва жигарнинг дарвозаси жигарнинг паренхимаси билан беркилган; ва аралаш турида сагитал ва кўндаланг эгатларнинг яққол акс этмаганлиги кўринади. Жигар дарвозасининг турини баҳолаганимизда 64% болаларда жигар дарвозасининг ёпик тури, 31% ҳолатда аралаш тури ва 5% ҳолатда ёпик тури учради.

Жигарнинг дарвозасини ҳолати кузатилган 42 % ҳолатда дарвоза жигар кенглигининг ўртасида жойлашганлиги аниқланди. 36% ҳолатда дарвоза жигарнинг орқа қирғоғига яқин жойлашган 22% ҳолатда эса дарвоза жигарнинг олдинги қирғоғига яқин жойлашганлиги аниқланди. Янги туғилган ва эмизикли даврдаги болаларнинг жигар дарвозасининг ёпик тури кўпроқ учрайди. Бу эса ўз навбатида жарроҳлик амалиётини ўтказишга қийинчилик туғдиради.

Янги туғилган чақалоқлар жигар дарвозаси олдинги қирғоқдан $5,68 \pm 0,8$ см, орқа қирғоқдан эса $3,7 \pm 1,3$ см узокликда жойлашганлиги аниқланди. Эмизикли даврда эса жигар дарвозаси олдинги қирғоқдан $5,4 \pm 0,3$ см, орқа

қирғоқдан эса $4,2\pm0,3$ см узокликда, эрта болалик даврда эса олдинги қирғоқдан $5,2\pm1,3$ см, орқа қирғоқдан эса $4,5\pm0,9$ см узокда жойлашган.

Кузатувларимизга кўра биринчи болалик даврида жигарнинг ўлчамларини катталашини кузатилди. Жигарнинг ўлчамларини катталашини билан жигарнинг дарвозасини топографияси ҳам марказга силжиши билан ўзгарди. Бу ёшдаги болаларда жигарнинг дарвоза жигарнинг марказига тўғри келди. Бу ёшда жигар дарвозаси олдинги қирғоқдан $6,3\pm2,3$ орқа қирғоқдан эса $6,1\pm0,7$ см узокликда жойлашганлиги аниқланди. Иккинчи болалик даврида жигарнинг ўлчамлари олдинги ёшга нисбатан унчалик кўп ўзгармайди. Жигар дарвозаси эса марказда жойлашиб, олдинги қирғоқдан $6,7\pm1,6$ орқа қирғоқдан эса $6,9\pm1,1$ см узокликда жойлашган. Ўсмирлик даврига келиб жигарнинг дарвозаси олдинги қирғоқдан $7,1\pm2,3$ орқа қирғоқдан эса $7,3\pm2,2$ см узокликда жойлашади.

Жигарнинг сегментларга бўлиниши кўпгина адабиётларда яхши ёритилган бўлиб, бу сегментар бўлиниш жигарнинг дарвоза венаси системасига асосланган. Замонавий адабиётларда жигарнинг сегментар бўлиниши кўп ёритилганлигига қарамай жигарнинг қон томирларининг ёшга қараб тармоқланиши ҳақидаги маълумотлар аниқ эмас. 2003 йилдаги Халқаро анатомик номенклатура бўйича жигар 2 та ўнг ва чап бўлақлардан, 4 та қисм ва 8 та сегментдан иборат. Жигарнинг диафрагмал юзасида сегментларни чегарасини аниқлаш мақсадида қуйидаги чизикларни ўтказдик: кўндаланг чизик жигарнинг дарвоза соҳасида, чап ва ўнг сагитал чизиклар, ҳамда жигарни 2 та бўлақга ажратувчи ўрта сагитал чизик. Висцерал юзада эса жигарни сегментларини чегараловчи бир нечта чизик: биринчи горизонтал чизик жигар дарвозасининг давоми бўлиб кўндаланг ўтказилди, иккинчи чизик чап сагитал эгатда ўтди. Учинчи чизик эса ўт пуфаги чуқурчасини ўнг ташқи қирраси билан пастги қавак венанинг ташқи қирғоғини туташтирувчи бўлиб ҳисобланади. Юқорида санаб ўтилган 3 та чизик билан жигарни 6 та сегментга ажратиш мумкин. Кўндаланг эгат билан ўнг сагитал эгат кесишган нуктадан ўнг олдинги ён бурчакгача жигарнинг висцерал юзаси 7 та сегментга бўлинади.

Жигарнинг бўлақларга ажратилиши иккита тизим бўйича аниқланади: дарвоза венаси системаси ва пастги қавак тизими системаси. Бу қон томирларнинг жигарнинг ичида тармоқланишига кўра жигарни бўлақларга бўлинади. Жарроҳлик амалиётида жигарнинг

бўлақларини резекция қилиш пайтида дарвоза венасининг тармоқлашнишига кўра амалга оширилади.

Couinaud С. (1957) бўйича жигар 8 та сегментдан иборат бўлиб, ҳар бир сегмент жигар артерияси ва дарвоза венасининг тармоғини қабул қилади ва ўт йўлининг тармоғи чиқади. Биринчи тўртта сегмент жигарнинг чап бўлагини, қолган тўртта сегмент жигарнинг ўнг бўлагини ҳосил қилади. Жигар бўлақларининг чегараси бўлиб ўт пуфагининг чуқурчасидан қавак венаси эгатиғача бўлган чегара ажратиб туради. Бу чегара баъзан олдинги томондан ўт пуфагининг чуқурчаси, орқа томондан эса думли бўлақнинг ўртасига тўғри келиши мумкин. Couinaud С. (1957) таснифига кўра жигарнинг чап бўлагидан думли бўлақга тўғри келувчи орқа сегмент (CI), орқа чап латерал сегмент (CII), олдинги чап латерал сегмент (CIII) ва квадрат бўлагидан чап медиал сегмент (CIV); ўнг бўлақда эса – олдинги ўнг медиал сегмент (CV), олдинги ўнг латерал сегмент (CVI), орқа ўнг латерал сегмент (CVII) ва орқа ўнг медиал сегментдан (CVIII) иборат.

Ўтказилган тажрибалар жигарнинг орқа (CI) сегменти думли бўлақда жойлашганлигидан далолат берибди. Уни олдинги томонидан жигарни кўндаланг эгати, чап томондан эса веноз бойлам чегаралаб туради. Бу сегментни чегарасини фақатгина жигарнинг висцерал юзасида аниқлаш мумкин. Бу сегмент ўлчами жиҳатидан энг кичкина бўлиб, унинг ўлчами думли бўлақнинг ўлчамига боғлиқ бўлади.

(CII) сегменти (чап латерал сегмент) жигарнинг орқа чап бўлагини эгаллайди. Жигарнинг висцерал юзасида унинг чегаралари қуйидагича: ўнг томондан веноз бойлам, орқадан ва чап томондан жигарнинг чап бўлагини эркин чап орқа қирғоғи ҳосил қилади. Бу сегментнинг олдинги чегараси - жигарнинг дарвоза қисмидан ўтувчи кўндаланг эгат. Сегментнинг ўлчами жигарнинг шакли, унинг катталиги, боланинг ёши ҳамда (CIII) сегментининг қон томир ва тармоқларининг ривожланишига боғлиқ. Олдинги латерал чап сегмент (CIII) яққол ривожланган пайтда, шу сегментнинг қон томир ва ирмоқлари чап бўлақнинг орқа қирғоғига тегиб туриб, фақатгина олдинги латерал бўлақнигина эмас, балки қисман орқа бўлимни ҳам қамраб олади. (CII) сегменти кўп ҳолларда унчалик катта бўлмай, медиалроқ ёндашиб, веноз бойламнинг эгатиға яқин жойлашади. Бу вақтда сегментлар орасидаги чегара ўзгариб, олдин кўндаланг, кейин эса жигарнинг чап бўлагининг орқа ён

қирғоғи йўналишига қараб қийшиқ ўзгариши аниқланди.

(CIII) сегменти (CII) сегментига нисбатан олдинроқда жойлашганлиги аниқланди. Унинг топографияси (CII) сегментининг қон томир ва тармоқларининг ривожланишига боғлиқ. Ўлчами эса ёшга қараб, аъзонинг шакли ва ички қон томир ва ирмоқларининг ривожланиш даражасига қараб ўзгариши кузатилди. Жигарнинг учбурчаксимон шаклида қон томирлар яхши ривожланмаган ва (CIII) сегментининг ўлчами кичикроқ эканлиги аниқланди.

Жигарнинг тўртинчи сегменти (CIV) квадрат бўлагини ўз ичига олади. Бу сегментнинг чегаралари жигарнинг юмалоқ бойламининг эгатининг эркин қирғоғи, ўт пуфагининг чуқурчаси, ва орқадан жигар дарвоза соҳасидаги кўндаланг эгат ҳосил қилади. Жигарнинг кенг шаклли турида (CIV) сегмент кўп ҳолларда кенг бўлади. Жигар дарвозасининг олдинги қирғоқга яқин турида эса бу сегмент калта ва кенг эканлиги аниқланди.

CV ва CVI сегментлар жигарнинг ўнг бўлагини олдинги ён бўлимини эғалаб, ўзаро қийшиқ чизик билан чегараланганлиги исботланди. Бу қийшиқ чизик жигар дарвозасининг ўнг чегарасидан бошланиб аъзонинг олдинги ён қирғоғига 45 градусга йўналган бўлади. Бу иккита сегмент (CVII) сегментдан жигар дарвозасининг давоми бўлган кўндаланг чизик билан чегараланган бўлади. Бу сегментларнинг ҳам катталиги қон томирнинг тармоқланишига боғлиқ эканлиги аниқланди.

CVII сегмент ўнг бўлакдаги сегментларни ичида энг каттаси бўлиб, унинг катталиги ва қалинлиги ўнг бўлакнинг орқа қисмида аниқланади. Бу сегмент CVI ва CVIII сегментларни орасида жойлашади.

CVIII сегмент жигарнинг ўнг бўлагининг орқа медиал қисмида жойлашиб, фақатгина диафрагмал юзада кўринади. CVIII сегмент чап томондан CIV, ўнгдан CVII, олдиндан эса CV сегмент билан чегараланади.

Ўт йўлларининг ҳолатини ўрганишни умумий ўт йўлининг шаклланишидан бошладик. Умумий ўт йўли жигар ўн икки бармоқли ичак бойламининг ичида жойлашиб, 80% ҳолатларда дарвоза венасидан ўнг томонда ва олдинда жойлашганлиги аниқланди. Янги туғилган чақалоқларда контраст модда юборганимизда сегментар йўллар кўринди. Сегментар ўт йўлларининг қўшни сегментлар ва бўлақлар орасидаги анастомозлар яққол акс этмаганлиги аниқланди. Жигарнинг ўнг бўлагидаги аъзо ичи ўт йўллари ўзаро қўшилиб ўнг жигар йўлини ҳосил қилади. Бундан ташқари ўнг жигар йўлининг шаклланишида, дум бўлагидан чиқувчи, кам ҳолларда эса жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи йўллар ҳам ҳосил қилиши мумкин. Чап жигар йўлининг

шаклланишида жигарнинг чап бўлагидан чиқувчи ўт йўллар, квадратсимон бўлакдан ва думли бўлакдан чиқувчи ўт йўллари иштирок этади. Шундай қилиб, жигарнинг перифериясидан бошланувчи 4-5 қатор жигар ичи ўт йўллари, бир бири билан ўзаро ўткир бурчакдан тортиб ўтмас бурчакгача турли бурчак остида бирлашиб, жигар дарвозасига қараб йўналади. Жигар дарвозасига қараб келгунча ўт йўлларининг сони камайиб, диаметри ошиб боради. 1 қатор ўт йўллари ўзаро қўшилиб ўнг ва чап жигар йўлларини, улар эса ўзаро қўшилиб жигар дарвозаси соҳасида жойлашган умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Умумий жигар йўлининг ҳосил бўлишини ҳар хил турини кўриш мумкин. Бизларнинг маълумоларимизга кўра, 2-5 та ўт йўлларида шаклланади. Умумий ўт йўлининг узунлиги ҳар хил ёшда 4,2 ммдан 39,5 ммгача, диаметри эса 0,95 мм дан 4,93 ммгача ўлчамда эканлигини кўриш мумкин. Умумий ўт йўлининг узунлиги янги туғилган чақалоқларда 3,5 ммдан 5,2 ммгача, ўртача эса $4,5 \pm 1,2$ мм га тенг. Кўкрак ёшидаги болаларда умумий ўт йўлининг узунлиги ўртача $-9,9 \pm 1,1$ мм, эрта болалик даврида эса $-19,1 \pm 1,7$ мм, биринчи болалик даврида $24,3 \pm 1,4$ мм, иккинчи болалик даврида $29,1 \pm 2,2$ мм га тенг, балоғат ёшига келиб эса умумий ўт йўлининг узунлиги $35,8 \pm 2,7$ ммни ташкил қилди. Умумий ўт йўлининг узунлиги ҳар хил ёшдаги болаларда таҳлил қилинганида кўкрак ёшидаги болаларнинг умумий ўт йўлининг узунлиги янги туғилган чақалоқлар умумий ўт йўлига нисбатан 2,2 марта катталиги, эрта болалик даврида эса кўкрак ёшидаги болаларга қараганда 1,9 марта, биринчи ва иккинчи болалик даврида 1,2 марта ўсмир ёшидаги болаларда эса 1,1 марта катта эканлиги аниқланди.

Умумий ўт йўлининг диаметри янги туғилган чақалоқларда 1 дан 1,3 ммгача, ўртача $1,1 \pm 0,02$ мм ташкил қилди. Кўкрак ёшидаги болаларда умумий жигар йўлининг диаметри ўртача $1,4 \pm 0,09$ мм, эрта болалик даврида ўртача $1,5 \pm 0,09$ мм, биринчи болалик даврида умумий жигар йўлининг диаметри $1,85 \pm 0,5$ ммга, иккинчи болалик даврида $-2,91 \pm 0,2$ мм, ўсмирлик ёшида эса $-5 \pm 1,7$ ммга тенг бўлди. Бизнинг таҳлилларимизга кўра, умумий жигар йўлининг диаметрининг ўсиш темпи кўкрак ёшидаги болаларда 27%, эрта болалик даврида 7 %, биринчи болалик даврида 23%, иккинчи болалик даврида 57% ва ўсмирлик даврида эса 71% ташкил қилди. Қайд этиш жоизки, бизнинг кузатувларимизга кўра, 37 та ҳолатдан 3 та ҳолатда жигарнинг ўнг бўлагидан 2 та йўл чиқади. Жигарнинг ўнг бўлагидан чиқувчи олдинроқда жойлашган ўт йўли чап жигар йўлига, орқада жойлашган ўт йўли эса умумий жигар йўлига қуйилади.

Умумий жигар йўлининг шаклланишида 2 тадан 4 тагача ўт йўли иштирок этади. Кўп

холларда умумий жигар йўли ўнг ва чап жигар йўллари иштирокида ҳосил бўлади. 80 % ҳолатда ўнг жигар йўли чап жигар йўлига қараганда калтароқ. 5% ҳолатда ўнг жигар йўли чап жигар йўлига қуйилади. 15 % ҳолатда умумий жигар йўлининг ҳосил бўлишида 3 та жигар йўли иштирок этади. Фақатгина 5% ҳолатда умумий жигар йўли қуйидаги 4 та йўлдан ҳосил бўлади, ўнг жигар йўлининг олдинги ва орқа тармоғидан, квадрат бўлагининг тармоғи ҳамда чап жигар йўлининг қўшилишидан ҳосил бўлади. 3 % ҳолатда эса умумий жигар йўли чап жигар йўли, ўнг жигар йўлининг олдинги ва орқа тармоқлари, квадратсимон ва думли бўлакнинг йўлларининг қўшилишидан ҳосил бўлиши аниқланди. Умумий жигар йўли чап ва ўнг жигар йўлларининг ўзаро қўшилиш бурчаги турлича бўлиши мумкин. Янги туғилган чақалоқларда ўнг жигар йўли умумий жигар йўлига қуйилиш соҳаси 90 градус, чап жигар йўли эса 70-80 градус бурчак остида қуйилади. Бизнинг кузатувларимизга кўра ўнг жигар йўли умумий жигар йўлига чап жигар йўлига нисбатан ўткирроқ бурчак остида қуйилади.

Жигар дарвозасини топография жигарнинг шаклига, унинг ўлчамларига ва одамнинг ёшига боғлиқ равишда ўзгаради. Жигар дарвозасининг топографияси жигар қон томирларининг тармоқланиши, жигарни ичида ўт йўлларининг шаклланиш ҳолатидан дарак беради. Болаларда жигар дарвозаси жигарнинг висцерал юзасининг ўртасида, ёки олдинги ёки орқа қирғоқга яқинроқ жойлашиши мумкин. Шундай қилиб болаларда кўп ҳолатларда жигар дарвозасининг ёпиқ турдаги жойлашиши учрайди. Жигар дарвозасининг орқа қирғоқга яқин жойлашуви жарроҳлик амалиёти учун қийинчилик туғдиради. Сегментлар орасидаги чегаралар шартли бўлиб, улар қон томирларнинг тармоқланиши ва иромқларининг соҳаларига мос келади. Сегментларнинг жойлашуви ўзгарувчанлиги уларнинг чегараларини аниқлашда қийинчилик туғдиради. Операция пайтида сегментнинг чегарасини аниқлаш учун маълум сегментни қон билан таъминловчи қон томир оёқчасини боғлаб туриш мақсадга мувофиқдир.

Сегментлар ўзаро қўшилиб, аъзонинг каттароқ қисмини ҳосил қилади. Масалан, CII ва CIV сегментлар ўзаро чап парамедиан секторни, CII сегмент ча латерал секторни, CV ва CVII сегментлар биргаликда ўнг парамедиан секторни, ўнг латерал секторни эса CVI ва CVII сегментлар ҳосил қилади. CI сегмент эса дорзал секторни ташкил қилади.

Хулоса

Шундай қилиб, умумий жигар йўлининг ҳосил бўлишида 2 тадан 4 тагача йўл иштирок этади. Кузатувларимизнинг барча ҳолатида ўнг жигар йўли, чап жигар йўлига қараганда калтароқ. Ўнг

жигар йўлининг чап жигар йўлига қуйилиш ҳолатлари кузатилди. Лекин чап жигар йўлининг ўнг жигар йўлига қуйилиш ҳолатини кузатмадик. Олинган бу хулосаларнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, чап жигар йўли ўт суюқлигини фақатгина чап бўлакдан, квадратсимон ва думли бўлакдангина ҳайдаб қолмай, жигарнинг ўнг бўлагидан ҳам ҳайдайди. Жигарнинг бундай анатомик тузилишини жигарнинг чап бўлагини резекция қилаётган пайтда инобатга олиш керак. Юқорида келтирилган маълумотлар жигарда ўтказилаётган жарроҳлик амалиётда оғир асоратлар келиб чиқишини олдини олади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Artemov A.V. Algorithm for instrumental diagnostics of diseases of the organs of the hepatopancreatoduodenal zone using magnetic resonance cholangiopancreatography // Annals of surgery. - 2009. - No. 2. - S. 42-46.
2. Pediatric Operative Surgery: A Practical Guide / Under. ed. V.D. Tikhomirova. - M.: LLC "Publishing House" Medical Information Agency, 2011. - 872 p.
3. Dronov A.F. Laparoscopy in the diagnosis of newborns and infants and their treatment / Dronov A.F., Kholostova V.V. // Endoscope. hir. - 2004. - No. 6. - S. 35 - 38.
4. Efremkov A.M. Variant anatomy of the liver and biliary tract in newborns and infants / Efremkov A.M., Ignatiev E.M., Sviridov A.A. // Eurasian Union of Scientists. - 2015. - № 5 (14). - S. 30 - 31.
5. Nuts V.F. Transhepatic endobiliary interventions in obstructive jaundice // International Journal of Interventional Cardioangiography. - 2004. - No. 5. - P. 57-60.
6. Otte J.B., Reding R., de Ville de Goyet J. et al. Experience with living related liver transplantation in children. Acta Gastroenterol Belg 1999; 62: 355-362.
7. Should open Kasai portoenterostomy be performed for biliary atresia in the era of laparoscopy / Wong K.K., Chung P.H., Chan K.L. et al. // Pediatr. Surg. Int. - 2008. - №24. - P. 931 - 933.
8. Tajiri T., Yoshida H., Mamada Y., Tanai N., Yokomuro S., Mizuguchi Y. Diagnosis and initial management of cholangiocarcinoma with obstructive jaundice // World j. gastroenterol. - 2008. - May 21. № 14 (19). - P. 3000-3005.

Келиб тушган вақти 09.04.2021

Хамраев С.Б., Рахмонова Д., Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме*

Расстройства когнитивной сферы настоящее время являются важным аспектом шизофрении. При манифестации психоза у больных обнаруживаются определенные когнитивные нарушения, а при нейровизуализации обнаруживаются признаки структурных аномалий в головном мозге. В статье представлены данные литературного обзора по когнитивным расстройствам при шизофрении.

Ключевые слова: Шизофрения, внимание, память, когнитивная функция.

ANALYSIS OF THE COGNITIVE SPHERE IN PARANOID SCHIZOPHRENIA

Khamraev S.B., Rakhmonova D., Mukhamadiyeva N.B.

Bukhara State Medical Institute

Resume

Cognitive disorders are currently an important aspect of schizophrenia. With the manifestation of psychosis in patients, certain cognitive impairments are found, and with neuroimaging, signs of structural abnormalities in the brain are found. The article presents data from a literature review on cognitive disorders in schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, attention, memory, cognitive function.

ПАРАНОИД ШИЗОФРЕНИЯДА КОГНИТИВ СФЕРА ТАҲЛИЛИ

Хамраев С.Б., Рахмонова Д., Мухамадиева Н.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институт

✓ *Резюме*

Ҳозирги кунда когнитив сфера бузилишлари шизофрения касаллигида муҳим жиҳат ҳисобланади. Беморларда психоз манифестациясида маълум когнитив бузилишлар аниқланади, нейровизуал текширувда эса бош миёда структур ўзгариш белгиларини ҳам аниқлаш мумкин. Мақолада шизофренияда кузатиладиган когнитив бузилишларга оид адабиётлар маълумотлари келтирилган.

Калит сўзлар: шизофрения, диққат, хотира, когнитив функция.

Актуальность

Актуальность проблемы острых бредовых состояний в структуре шизофрении определяется их особым положением среди психопатологических синдромов с непрерывно текущим болезненным процессом. Данные патологические состояния включают в свою структуру большую часть спектра позитивных психопатологических расстройств в разных соотношениях.

Шизофрения, как прогрессирующее хроническое заболевание, имеет высокую социальную значимость, т.к. является одной из наиболее частых причин нетрудоспособности,

обладает существенным влиянием на качество жизни семьи больных и несет ощутимую нагрузку на медицинскую и социальную сферы обслуживания. В настоящее время имеются данные, что шизофрения ассоциирована с нарушениями многих когнитивных функций (Green M.F. et al., 2004). Они встречаются у здоровых родственников первой степени родства, у больных – уже в детском возрасте, в преморбиде заболевания, наиболее отчетливо проявляясь при состояниях высокого риска – психопатологическом диатезе (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008; Софронов А.Г., Спикина А.А.,

Савельев А.П., Пашковский В.Э., 2011). В продромальном периоде шизофрении отмечается нарастание когнитивного дефицита, сопряженного с морфологическими и функциональными изменениями головного мозга, что приводит к развитию психоза (Янушко М.Г. и др., 2014; Welham J. et al., 2009), на протяжении которого когнитивные расстройства персистируют (Lesh T.A. et al., 2011). Больные эндогенными психозами уже при первой госпитализации имеют нарушения когнитивного функционирования, причем у больных шизофренией они выражены в наибольшей степени (Reichenberg A. et al., 2009).

В то время как в МКБ-10 когнитивные расстройства как критерии диагностики отмечены лишь эпизодически (например, речевое обеднение при шизофрении), в DSM-V подчеркнуто клиническое значение когнитивных дисфункций для верификации психиатрического диагноза (APA, 2013). Рассматривалась возможность включения когнитивных нарушений в число диагностических признаков шизофрении, что было отклонено в связи с отсутствием достаточных данных, позволяющих дифференцировать когнитивную функцию при шизофрении и других расстройствах.

С когнитивным дефицитом, эффективные средства коррекции которого в настоящее время отсутствуют (Vingerhoets W.A. et al., 2013), связывают проблемы социального функционирования больных и функциональный исход (Софронов А.Г. и др., 2012; Milev P. et al., 2005; Prouteau A. et al., 2005; Torrey E.F., 2006), прогноз шизофрении (Kahn and Keefe, 2013).

У многих больных лечение неэффективно или плохо переносится. Средняя длительность активного периода расстройства - более 13 лет, при этом треть больных нуждается в психиатрической помощи в течение жизни; 30% психиатрических госпитализаций в стране приходится на шизофрению. 45% больных шизофренией — инвалиды; 65% из них трудоспособного возраста [Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2007]. Затраты на обеспечение данной группы больных огромны и в развитых странах достигают 2% бюджета на здравоохранение [Berman L., Veigner B. и соав., 1997].

В последнее десятилетие отмечается тенденция к сокращению длительности ремиссий и ухудшению их качества. Учащение госпитализаций связано не только с обострением продуктивной симптоматики, но и

с декомпенсацией дефицитарных нарушений [Carpenter W.T., 1995]. Улучшение терапевтических результатов шизофрении является достаточно важной задачей здравоохранения. Качество ремиссий и социального функционирования больного в основном определяется выраженностью негативных и нейрокогнитивных симптомов, которые появляются уже после первого приступа шизофрении.

Опубликовано достаточно много работ, в которых показана большая эффективность атипичных нейролептиков в отношении редукции негативных симптомов и нейрокогнитивных нарушений по сравнению с классическими [Кинкулькина М.А., 2002; Lindenmayer J.P., 2007; Riedel M., 2007]. Однако данные литературы противоречивы и в ряде исследований было показано, что эффективность в редукции негативной симптоматики и нейрокогнитивных функций типичных и атипичных нейролептиков не отличается [Geddes J., 2000; Leucht S., 2003].

В литературе неоднократно подчеркивалось, что различия в эффективности могут быть связаны не только с фармакологическими свойствами атипичных нейролептиков, но и с особенностями методологии построения исследований, а также с интерпретацией их результатов [Möller H.J., 1999; Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г., 2006; Lasser R.A., 2007]. Анализ методологии проведенных исследований показал, что работы выполнены на разнородных группах больных и имеют краткосрочный дизайн, модели их построения и способы интерпретации результатов при оценке терапии классическими и атипичными нейролептиками носят противоречивый характер. В результате различные исследования часто с трудом сопоставимы между собой.

Несмотря на большое число исследований, посвященных патопсихологии шизофрении [1,2,3], по-прежнему сложно назвать определенный признак или группу аномалий, свойственную шизофрении и не характерную для других нозологических форм [4]. В этом отношении определенный интерес представляют изменения когнитивных стилей, связанные с заболеванием и придающие мышлению пациентов большое своеобразие. Основываясь на структурно-уровневой концепции интеллекта [5], мы рассматриваем когнитивно-стилевые характеристики пациентов с параноидной шизофренией как обобщенные типологические особенности восприятия и мышления, отражающие обусловленное заболеванием нарушение

(снижение) регуляции процессов обработки информации в целом.

Шизофрения характеризуется высоким процентом инвалидизации и является одним из самых экономически затратных заболеваний, что обуславливает ее социальную значимость [1–3]. Одним из ведущих факторов, определяющих возможности социального функционирования и реабилитационный потенциал пациентов, является нейрокогнитивный дефицит [4–11].

Понятие «нейрокогнитивного дефицита» ввел в 1999 г. А. Брейэр, назвав нарушение когнитивных функций «третьей ключевой группой симптомов» шизофрении, наряду с позитивными и негативными расстройствами [12]. До 94 % больных шизофренией имеют расстройство когнитивной сферы [13], причем уровень когнитивного функционирования на 1–3 стандартных отклонения ниже нормы, характерной для этой возрастной и образовательной группы [13]. Нейрокогнитивный дефицит появляется уже на ранних стадиях заболевания и сохраняется в ремиссии.

Среди когнитивных нарушений у больных шизофренией отмечают дефицит внимания и восприятия, разных видов памяти (рабочей, вербальной, автобиографической), мышления или исполнительских функций и проблемно-решающего поведения. Наиболее выраженными и частыми признают нарушения вербальной и пространственной памяти, слухового и зрительного гнозиса, недостаток устойчивости и избирательности внимания, сниженный контроль мыслительной деятельности, ее организации [7].

Наследственный характер когнитивных нарушений в семьях больных шизофренией был продемонстрирован в сферах памяти, внимания и исполнительских функций. Сложности с повседневными навыками и работой представляются наследственно-обусловленными поведенческими особенностями.

Заключение

Таким образом, актуальность исследования заключается в высокой значимости изучения динамики клинико-динамических характеристик когнитивных симптомов, и критерий качества жизни негативных нарушениях при психофармакотерапии для психиатрической практики и недостаточной изученностью состояния указанной проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Alekseev, A.A. Planning disorders in schizophrenia / A. A. Alekseev, G. E. Rupchev, S. V. Katenko // Psychological research: electronic scientific journal. - 2012. - Т. 5. - No. 23. - P. 9.

2. Alfimova M.V. Hereditary factors in cognitive impairment in schizophrenia: author. dis. ... Dr. Psycho. Sciences: 19.00.04 / M., 2006. -- 46 p.
3. Nikolaenko N.N. Modern neuropsychology / N.N. Nikolaenko. - SPb.: Rech, 2013. - 267 p.
4. Petrova N.N. Features of psychosocial adaptation and cognitive style of patients with schizophrenia / N.N. Petrova, V.Yu. Zadvisky // Bulletin of St. Petersburg State University. Ser. 11. - 2007. - Issue 3. - S. 56-62.
5. Popov Yu.V. Modern clinical psychiatry / Yu.V. Popov, V.D. View. - SPb.: OOO Publishing House "Rech", 2002. - 402 p.
6. Guide to psychiatry // ed. A.V. Snezhnevsky. - T. 1. - M.: Medicine, 1983. -- 480 p.
7. Snezhnevsky A.V. Clinical psychiatry (selected works). Ed. A.S. Tiganova, G.I. Kopeiko, I.V. Oleichik, M.A. Snezhnevskaya. Available at: www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/cli psy.doc. The link was active on 07/13/15.
8. Kholodnaya M.A. Cognitive Styles. On the nature of the individual mind. / M.A. Cold. - 2nd ed. - SPb.: Peter, 2004. -- 384 p.
9. Andreasen N.C. Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients / N.C. Andreasen, C.A. Calage, D.S. O'Leary // Schizophrenia Bulletin. - 2008 vol. 34. - no. 4. - P. 708-719.
10. Gardner R.W. Cognitive control: A study of individual consistencies in cognitive behavior / R.W. Gardner, P.S. Holzman, G.S. Klein, H.B. Linton, D.P. Spence. - Madison, CT, US: International Universities Press, Inc., 1959. - 186 p. (Psychological Issues. Monograph, Volumes 1 Number 4).
11. Keefe R. Neurocognitive Impairments / R. Keefe, C.E. Easley // The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia / ed. by J.A. Lieberman, T.S. Stroup, D.O. Perkins. - VA: American Psychiatric Publishing, 2006. - 435 p. - P. 245-260.
12. Leitman D.I. Abnormal Superior Temporal Connectivity During Fear Perception in Schizophrenia/ D.I. Leitman, J. Loughhead, D.H. Wolf, K. Ruparel, C.G. Kohler, M.A. Elliott // Schizophrenia Bulletin. - 2008. - vol. 34. - no. 4. - P. 673-678.
13. Pinkham A.E. An Investigation of the Relationship Between Activation of a Social Cognitive Neural Network and Social Functioning / A.E. Pinkham, J.B. Hopfinger, K. Ruparel, D.L. Penn // Schizophrenia Bulletin. - April 2008. - vol. 34. - no. 4. - P. 688-697.

Поступила 09.04. 2021

**ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК С
ЮВЕНИЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

Холова Н.Ф., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Оценка физического и полового развития девочек и девочек подростков с ювенильными маточными кровотечениями. Для решения поставленной задачи нами было обследовано 100 девочки- подростка с ЮМК и 50 девочек подростков здоровых в возрасте от 13 до 17 лет. Возраст 13-14 лет можно считать критическим для становления функций для становления функций репродуктивной системы развивающегося организма. Необходимо адекватно оценить данное состояние и решать все вопросы углубленного обследования для уточнения этиологических факторов и выбрать корректирующую терапию.

Ключевые слова: ювенильные маточные кровотечения, девочек подростков, репродуктивной системы, полового созревания

**FEATURES OF PHYSICAL AND SEXUAL DEVELOPMENT IN GIRLS WITH JUVENILE
UTERINE BLEEDING**

Kholova N.F., Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Purpose of the study. Assessment of the physical and sexual development of adolescent girls and girls with juvenile uterine bleeding. To solve this problem, we examined 100 adolescent girls with UMC and 50 healthy adolescent girls aged 13 to 17 years. The age of 13-14 can be considered critical for the development of functions for the development of the functions of the reproductive system of a developing organism. It is necessary to adequately assess this condition and resolve all issues of in-depth examination to clarify the etiological factors and choose corrective therapy.

Key words: juvenile uterine bleeding, adolescent girls, reproductive system, puberty

**JISMONIY VA JINSIY VOYAGA ETMAGAN QIZLARDA BACHADONDAN QON
KETISHNING RIVOJLANISH XUSUSIYATLARI**

Xolova N.F., Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ **Rezyume**

Tadqiqot maqsadi. Jismoniy va jinsiy voyaga etmagan qizlarda bachadondan qon ketishning rivojlanish xususiyatlarini baholash. Ushbu muammoni hal qilish uchun biz UMK bilan kasallangan 100 nafar o'spirin qizni va 13 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 50 nafar sog'lom o'spirin qizni tekshirdik. 13-14 yoshni rivojlanayotgan organizmning reproduktiv tizimining funktsiyalarini rivojlantirish uchun funktsiyalarni rivojlantirish uchun juda muhim deb hisoblash mumkin. Ushbu holatni etarlicha baholash va etiologik omillarni aniqlashtirish va tuzatuvchi terapiyani tanlash uchun chuqur tekshiruvning barcha masalalarini hal qilish kerak.

Kalit so'zlar: voyaga etmagan gizlarda, bachadondan qon ketish, o'spirin qizlar, reproduktiv tizim, balog'at yoshi.

Актуальность

Происходящие в последние десятилетия социально - экономические изменения в Узбекистане на фоне устойчивого ухудшения состояния здоровья населения обусловили особую медико- социальную значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья (РЗ). Наиболее тревожным является то, что увеличение численности населения страны, в том числе и Бухарской области сопровождается нарастающим ухудшением состояния здоровья наиболее социально уязвимой части населения – детей, подростков и женщин фертильного возраста, с которыми связана надежда на улучшение здоровья ближайших поколений [2,6].

Узбекистан – самая крупная по численности населения страна в постсоветской Центральной Азии. В республике проживают около половины региона, более 40% из них дети в возрасте 15 лет и 50,2% женщины [1,3,5].

Здоровья женщин фертильного возраста закладывается с первых дней жизни. В детстве берут начало многие заболевания женских половых органов, закладывается фундамент сексуального поведения, формируются репродуктивные установки. Только решив проблему здоровья молодежи, находящейся на пороге половой зрелости, можно ожидать рождения здорового поколения.

Подростковый возраст является наиболее противоречивым и дисгармоничным по сравнению с другими возрастными фазами развития личности. Особенности течения столь ответственного периода жизни подростка накладывают отпечаток и на все последующие периоды жизни, определяя самую кардинальную биологическую функцию-репродукции человека [4].

Уязвимость репродуктивной системы при переходе к зрелому типу функционирования является основой для возникновения целого ряда гинекологических заболеваний. Одним из основных показателей репродуктивного здоровья девочек является гинекологическая заболеваемость, в том числе аномальные маточные кровотечения. Среды нарушений функций репродуктивной системы, в период полового созревания, нарушение менструального цикла занимает одно из наиболее частых форм. Нарушение менструального цикла 10-15% приходится на ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), приводящие в репродуктивном возрасте к стойким изменениям менструальной функции, гормонально обусловленным заболеваниям [4,6].

ЮМК являются одной из наиболее распространенных и тяжелых форм нарушений репродуктивной системы в период полового созревания.

В широком биологическом понимании физическое развитие- это рост и формирование организма, включая темпы, стадии и критические периоды его созревания, приверженность генетически обусловленным видовым программам, индивидуальную изменчивость, зрелость и связь с факторами внешней и внутренней среды. Показателями физического развития являются антропометрические данные. Темпы их изменения в процессе роста, гармоничность развития, соотношение календарного и биологического возраста. Конституционные особенности [5] обобщенной оценки физического развития ребенка достаточно наблюдения за изменениями четырех основных антропометрических показателей: массы, длины тела, окружности головы и окружности грудной клетки. Физическое состояние – интегральный статический показатель основных антропометрических признаков на момент обследования ребенка.

Цель исследования. Оценка физического и полового развития девочек и девочек подростков с ювенильными маточными кровотечениями.

Материал и методы

Для решения поставленной задачи нами было обследовано 100 девочки- подростка с ЮМК и 50 девочек подростков здоровых в возрасте от 13 до 17 лет.

Результат и обсуждения

Полученные результаты показали, что физическое развитие девочек и девочек подростков имело определенные особенности, связанные с их возрастом. Высокое и выше среднего физическое развитие в 1,7- 2,6 раза чаще регистрировалось у девочек возраста 13-14 лет. Чем у девочек 15-18 лет. Низкое и ниже среднего физическое развитие в 2,8-4,0 раза чаще регистрировалось у девушек 15-18 лет, чем у девочек 13-14 лет. Эти данные в определенной мере указывают на более высокие темпы физического развития девочек 13-14 лет по сравнению с девушками 15-18 лет. Кроме того, были получены достоверные различия в показателях развития вторичных половых признаков в двух основных возрастных группах.

У девочек 13-14 лет потенциал полового развития был выше, чем у девушек 15-18 лет. У них чаще определяли вторую стадию развития молочных желез в 1,4 раза, третью стадию оволосения лобка в 1,7 раза, третью стадию оволосения подмышечной области в 1,4 раза и первую стадию становления менструальной функции в 3,3 раза.

Заключение

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о различиях физического и полового развития у пациенток с ЮМК, у девочек с ЮМК в возрасте 13-14 лет физическое и половое развитие опережает развитие здоровых сверстниц. У девушек 15-17 лет с ЮМК физическое и половое развитие не имеет отличий от показателей в контрольной группе.

Можно сделать вывод, что возраст 13-14 лет можно считать критическим для становления функций для становления функций репродуктивной системы развивающегося организма. Необходимо адекватно оценить данное состояние и решать все вопросы углубленного обследования для уточнения этиологических факторов и выбрать корректирующую терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N., Features of the state of central hemodynamics and hemostasis in pregnant women with preeclampsia of varying severity//New Day in Medicine 1(29)2020 144-147 <https://newdaymedicine.com/?p=5599>
2. Uvarova E.V. Abnormal uterine bleeding during puberty / E.V. Uvarova // Reproductive health of children and adolescents. - 2013. - No. 3. - S. 73-87.
3. Tuksanova D.I., Avakov V.E., Nazhmutdinova D.K. Features of the state of the parameters of homeostasis and cardio hemodynamics in women with physiological pregnancy//New Day in Medicine 1(25)2019 159-162 <https://cutt.ly/LbFgwrT>
4. Yakovleva E.B. Pubertal uterine bleeding: basic principles of management and prevention of relapse / E.B. Yakovleva, M. Yu. Sergienko, L.V. Zheltonozhenko // Women's health. - K.: Expert LTD, 2010. - No. 10. - P.105-108.
5. Akhmedov F.K. Peculiarities of cardiac hemodynamic in pregnant women with mild preeclampsia // European Science Review. – Austria, Vienna, 2015, № 4-5 – С. 56–58.
6. James A, Nazzaro A. Bleeding disorders: impact on reproduction. Contemporary OB/GYN. 2012;57(7):32–39

Поступила 09.04.2021

**SEMIZLIK BILAN HOMILADOR AYOLLARDA ASORATLANMAGAN GESTASION
PIELONEFRIT TERAPIYASINING SAMARADORLIGI**

Xudoyarov A. S., Negmadjanov B.B., Shamsieva M.Sh., Nasimova N.R.

Samarkand davlat tibbiyot institute

✓ **Resyume**

Maqolada sefalosporinlardan foydalanish samaradorligi va xavfsizligi bahosi keltirilgan semiz homilador ayollarda murakkab bo'lmagan homiladorlik pielonefritini davolashda uchinchi avlod ("Suprax" sefiksi). 20 dan 40 haftaga qadar rivojlangan, asoratlanmagan homiladorlik pielonefriti bo'lgan 60 homilador ayol davolandi va sefalosporinlarning in'ektsiya shakllari bilan taqqoslaganda tabletka shaklida preparatni buyurish samaradorligi va xavfsizligi isbotlandi.

Kalit so'zlar: homiladorlik pielonefriti, homiladorlik, sefalosporinlar, supraks, homiladorlikning asoratlari.

**THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF UNCOMPLICATED GESTATIONAL
PYELONEPHRITIS IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY**

Khudoyarov A.S., Negmadzhanov B.B., Shamsieva M.Sh., Nasimova N.R.

Samarkand State Medical Institute

✓ **Resume**

The article presents the assessment of the efficiency and safety of third-generation cephalosporin (cefixime) in the treatment of uncomplicated gestational pyelonephritis in pregnant women with obesity. Were treated 60 pregnant women with неосложненным gestational pyelonephritis, developed in the period from 20 to 40 weeks and proved the efficiency and safety of the appointment of the drug in tablet form as compared with intravenous forms of cephalosporin

Key words: gestational pyelonephritis, pregnancy, cephalosporins, complications of pregnancy.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГЕСТАЦИОННОГО
ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ**

Худояров А. С., Негмаджанов Б.Б., Шамсиева М.Ш., Насимова Н.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт.
Самарканд. Узбекистан

✓ **Резюме**

В статье представлена оценка эффективности и безопасности применения цефалоспоринов третьего поколения (цефиксим «Супракс») в терапии неосложненного гестационного пиелонефрита у беременных с ожирением. Было пролечено 60 беременных с неосложненным гестационным пиелонефритом, развившемся в сроки от 20 до 40 недель, и доказана эффективность и безопасность назначения препарата в таблетированной форме по сравнению с инъекционными формами цефалоспоринов.

Ключевые слова: гестационный пиелонефрит, беременность, цефалоспорины, супракс, осложнения беременности.

Dolzarbligi

Semizlik homilador ayollarda yuqumli kasalliklarning yuqori darajasi, ko'pincha homiladorlik jarayonining asoratlarini keltirib chiqaradi, yallig'lanishni davolashning optimal rejimlarini izlash va ishlab chiqishning dolzarbligini belgilaydi kasalliklar [2, 5, 6, 7].

Bundan tashqari, tibbiyotning iqtisodiy tarkibiy qismi jarayon bemorning kasalxonada bo'lishini samaradorligini va etkazib berish sifatini yo'qotmasdan qisqartirish usullarini izlashni dolzarb qiladi unga tibbiy yordam [1, 3, 8]. So'nggi yillarda yuqumli kasalliklarning tuzilishi o'zgardi. homilador ayollar, opportunistik

mikroorganizmlar, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, virusli infeksiyalarning roli keskin oshdi. Siydik yo'li infeksiyalari (UTI) ayollarda eng ko'p uchraydigan yuqumli kasalliklar qatoriga kiradi. Homiladorlik davrida semiz bemorlarga asemptomatik bakteriuriya va o'tkir sistit tashxisi qo'yiladi (13% gacha) va asoratlanmagan o'tkir pielonefrit 2 dan 4% gacha chastota bilan yuzaga keladi [4, 6, 9].

Ushbu tadqiqot maqsadi semiz homilador ayollarda asoratlanmagan homiladorlik pielonefritini davolashda 3-avlod sefalosporinlarning og'zaki shakllarini (sefiksim) qo'llash samaradorligini o'rganish edi.

Materiallar va tadqiqot usullari

60 kishini qamrab olgan istiqbolli kohort randomizatsiyalashgan tadqiqot o'tkazildi. Bemorlar edi asosiy guruhga ($n = 30$) va taqqoslash guruhiga ($n = 30$) bo'lingan. Homilador asosiy guruhga sefiksim terapiyasi (Supraks, 400 mg kapsulalar) kiritilgan "Gedeon Rixter Farmograd" (Vengriya-Rossiya) sutkalik dozada og'iz orqali 12 kun davomida 400 mg, taqqoslash guruhida - sefotaksim bilan davolash (Claforan, 1,0 "Aventis" Germaniya shishalari) 12 kun davomida kuniga 2 marta 1,0 / m. davolash fonida homilador ayollar boshqa antibakterial qabul qilmadilar. Terapiyaning klinik samaradorligi terapiya boshlangandan 72 soat o'tgach, 6 va 12 kunlarda baholandi. Tanlov mezonlari quyidagilar edi: semirish 1-3 daraja, homiladorlik muddati 20 dan 40 haftagacha, asoratsiz gestasion pielonefriti, bir homiladorlik, yo'qligi siydik yo'llarining toshi va nuqsonli, shuningdek, somatik patologiya. Kompleks tekshiruvga quyidagilar kiritilgan: umumiy klinik tadqiqotlar (klinik qon tekshiruvi, gemostaz, qonning biokimyoviy tekshiruvi, siydikning umumiy tahlili, Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili) va siydik madaniyati. Siydikning o'rtacha qismi ertalab tashqi jinsiy a'zolar sanitariyasidan so'ng olingan. Material steril yuk konteynerlarida to'plangan. Homilador ayollarda mikrobiologik tekshiruv 3 marta o'tkazilgan: oldin davolashning 6 va 12 kunlarida antibiotik terapiyasining boshlanishi. Ekinlar inkubatsiya qilingan 37 daraja haroratda termostatda, aerobda 24-96 soat yoki o'rganilgan mikroorganizmlar guruhiga qarab anaerob sharoitlar. Anaerobioz anaerostatlarda gaz hosil qiluvchi vositalar yordamida yaratilgan hajmi 3,5 litr bo'lgan sumkalar. Aerobik va anaerob mikroorganizmlar ularning morfologik va biokimyoviy xususiyatlarini o'rganish asosida amalga oshiriladi. Stereoskopik usuldan foydalanish mikroskop har bir sektorda har xil turdagi koloniyalar sonini hisobladi va lg CFU / ml soni hisoblab chiqilgan. Olingan ma'lumotlarga statistik ishlov berish

variatsiya statistikasining umumiy qabul qilingan usuli bo'yicha amalga oshirildi. Parametrli variantlarni taqqoslash namunalarni taqsimlanishining to'g'riligini dastlabki baholashdan so'ng talabning t-testi asosida xato ehtimolini hisoblash bilan amalga oshirildi (p).

Ikkala guruhdagi homilador ayollarning yoshi ($27,1 \pm 2$ va $28,2 \pm 3$) bilan taqqoslangan navbati bilan). Barcha tekshirilayotgan bemorlarda yuqumli kasallik yuqori bo'lgan bolalik davrida indeks va tez-tez shamollash, ekstragenital kasalliklar tarkibida statistik jihatdan ahamiyatli farqlar topilmadi. Bo'lgandi. Ikkala guruhdagi bemorlarning ko'pchiligida muntazam va normal hayz tsikli bo'lgan. Asosiy guruhda ham, taqqoslash guruhida ham eng keng tarqalgan ginekologik kasalliklar bachadon bo'yni ektopiyasi (50 va 63%) va kandidal kolpit (93 va 83%) bo'lgan. Asosiy guruhdagi genital traktning yuqumli patologiyalari orasida karbamid / mikoplazmoz (63 va 40%) va xlamidiya (17 va 10%) sezilarli darajada keng tarqalgan. Ikkala guruhdagi bemorlarning aksariyati birlamchi homilador bo'lganlar (mos ravishda 57 va 53%). So'ralganlarning ko'pchiligining akusherlik tarixi, abortlar (17 va 23%) tomonidan yuklangan. Homiladorlikning o'z-o'zidan uzilishi. Birinchi trimestr bemorlarning 7 va 10 foizida qayd etilgan. Fiziologik tug'ish oldingi homiladorlikni 23 va 20% da tugatdi so'roq qilingan. Birinchi trimestrda ushbu homiladorlikning asoratlari orasida tugatish xavfi (44 va 49%) va erta toksikoz (29 va 31%) ustun keldi, II trimestrda - homiladorlikni to'xtatish tahdidi - har to'rtinchi kuzatuvda asosiy guruhda va taqqoslash guruhidagi har 5-bemorda. Uchinchi trimestrda eng ko'p uchraydigan asoratlar preeklampsiya (40 va 42%), anemiya edi (29 va 38%) va platsenta etishmovchiligi (15 va 20%). Asemptomatik birinchi trimestrda asosiy guruhdagi bemorlarda bakteriuriya aniqlandi -20% hollarda, II trimestrda - 32% va III trimestrda - har 5-ayolda. Taqqoslash guruhida asemptomatik bakteriuriya 15%, 27% va Trimestrlar uchun 9%. Barcha bemorlarda homiladorlik, 3192 ± 81 gramm bo'lgan Apgar skori bilan 8 yoshdan kichik bo'lgan bolalar tug'ilishi bilan tugadi. 9 ball.

Natija va tahlillar

Bemorlarni tanlashning asosiy mezonlari guruhda asoratlanmagan homiladorlik pielonefriti rivojlandi. Homiladorlik pielonefritini aniqlash mezonlari mavjudligi klinik alomatlar (isitma, titroq, ko'ngil aynishi, qusish, bel sohasidagi og'riq, dizuriya), pyuriya (1 mkl markazlashtirilgan siydikda 10 dan ortiq leykotsitlar) va 104 dan ortiq bakteriuriya CFU / ml. Tashxisdan so'ng bemorlar tasodifiy guruhlarga bo'lingan. Asosiy guruhdagi

homilador ayollar sefiksim terapiyasini (Supraklar, 400 mg kapsulalari "Gedeon Rixter Farmograd" Vengriya-Rossiya)) og'iz orqali 400 mg kunlik dozada 12 kun davomida, guruhda taqqoslash - terapiya sefotaksim bilan o'tkazildi (Claforan, flakonlar) 1.0 "Aventis" Germaniya) 1,0 / m kuniga 2 marta 12 kun davomida. Antibiotik

terapiyasining boshlanishi fonida 100% hollarda, ham asosiy guruhdagi bemorlarda, ham taqqoslash guruhi 72 soat ichida klinik yaxshilanishni ko'rsatdi, bu esa antibiotik terapiyasini o'zgartirishni talab qilmadi. Jadval 1 ikkala kichik guruhdagi bemorlarda siydik etishtirishning miqdoriy ko'rsatkichlarini ko'rsatadi

Jadval 1

Homilador ayollarda mikroorganizmlar tomonidan kolonizatsiya intensivligi

Mikroorganizmlar	Asosiy guruh (n=30)	Taqqoslash guruhi (n=30)
Corynebacterium spp.	3,5±0,8	5,5±0,5
E. coli	6,7±0,3	5,9±0,4
Streptococcus spp.	4,5±0,7	4,4±0,7
Peptostreptococcus spp.	5,4±0,9	5±1,5
Enterobacter spp.	4,5±0,1	3,5±0,1
Staphylococcus spp	3,9±0,3	3,4±0,7

Homiladorlik pielonefriti bo'lgan bemorlar uchun siydik yo'llarining mikroorganizmlari tomonidan aniq kolonizatsiya intensivligi xarakterlidir. Davolash fonida

allaqachon 6-kunida asosiy guruhda ham, taqqoslash guruhida ham siydik kolonizatsiyasi intensivligining sezilarli pasayishi qayd etildi.

Jadval 2

Terapiyaning 6-kunida homilador ayollarda mikroorganizmlar tomonidan kolonizatsiya intensivligi

Mikroorganizmlar	Asosiy guruh (n=30)	Taqqoslash guruhi (n=30)
E. coli	2,7±0,1	2,9±0,4
Streptococcus spp.	1,5±0,3	1,4±0,3
Enterobacter spp.	1,5±0,2	1,2±0,1

O'tkazilgan mikrobiologik tadqiqotlar ilgari Escherichia coli va Enterobacteriaceae oilasining boshqa a'zolarining siydik yo'llari kasalliklarining etiologik tuzilishidagi dominantligi to'g'risidagi ma'lumotlarni tasdiqladi. Ikkala guruhdagi homiladorlik pielonefriti bo'lgan bemorlarda. Uning 80% vakillari ajratilgan (E. coli 6 lg CFU / ml, Ent.faecalis) 5,5 lg CFU / ml). Nazorat mikrobiologik o'rganish tasdiqlandi maqsadidan qat'i nazar, terapiyaning yuqori samaradorligi tabletka tayyorlash (Suprax 400 mg) yoki in'ektsiya (Claforan 1.0). Ammo terapiyaning 6-kunida siydik madaniyati o'tkazildi Suprax-dan foydalanishning yuqori samaradorligini namoyish etdi sefotaksim bilan taqqoslaganda, bu opportunistik floraning o'sishini sezilarli darajada bostirishda aks etdi. Biroq, terapiyaning 12-kunida samaradorlik ishlatilgan dorilar teng darajada yuqori bo'lgan. Faqat bitta holatda sefotaksimdan foydalangan holda, bemor in'ektsiya kursini davom ettirishdan bosh tortgani sababli Suprax tabletkasini yuborishga o'tdi.

Xulosa

Ish natijasida semiz homilador ayollarda asoratlanmagan homiladorlik pielonefritining asosiy qo'zg'atuvchilari orasida Enterobacterium oilasi vakillari ustun ekanligi ko'rsatildi. Siydik chiqarish yo'llarining opportunistik florasining sefalosporin seriyasining antibiotiklariga yuqori sezgirliги isbotlangan. Taqdim etilgan qiyosiy tadqiqot 3-avlod tabletkali sefalosporinni 400 mg sutkalik dozada qo'llashning yuqori samaradorligini isbotladi, bu sefalosporinning in'eksion shakllardan bakteriostatik va bakteritsid ta'sirida kam emas.

ADABIYOTLAR RO'XATI:

1. Obstetrics: National Guide / Ed. E.K. Ailamazyan, V.I. Kulakova, V.E. Radzinsky, G.M. Savelyeva. - M.: GEOTAR-Media, 2007.
2. Orazmuradov A.A., Boltovskaya M.N., Shmelkov A.V., Apresyan S.V., Nazimova S.V., Terentyeva S.L. The negative impact of chronic pyelonephritis on the gestation process // Bulletin of RUDN. Ser. "Medicine. Obstetrics and gynecology". - 2011. - No. 5. - P. 14-18.

3. Radzinsky V.E. Hand-in to practical training in obstetrics. - M.: GEOTARMedia, 2007.
4. Radzinsky V.E., Ordiyants I.M., Orazmuradov A.A. Women's consultation. - 3rd ed. - M.: GEOTAR-MEDIA, 2009.
5. Radzinsky V.E., Knyazev S.A. Kostin I.N. Obstetric risk. Maximum information - minimum danger for mother and baby. - M.: Eksmo, 2009. (Medical practice.)
6. Reproductive health: Textbook. manual. / Ed. V.E. Radzinsky. - M.: RUDN, 2011. Bishop M.C. Uncomplicated Urinary Tract Infection. Eur Urol., Aupdate serie. - 2008. - Vol. 2. - Issue 3. - P. 143-150.
7. Schaeffer A.J. New concepts in the pathogenesis of urinary tract infections // Urologic Clinics of North America. - 2007. - Vol. 29. - P. 245-247.
8. William C., Richard V., Shirtliff M., Post C. The application of biofilm science to the study and control of chronic bacterial infections // J Clin Invest. - 2007. - Vol. 112. - №10. - P. 1466-1477.
9. Ustinova T.K., Barskaya M.A. Congenital malformations of the anterior abdominal wall. diagnostics, treatment tactics // Bulletin of the Ural State Medical University. - 2018. - No. 1. - P. 43-45.
10. Choloyan S. B. Pavlovskaya O. G. Ekimov A. K. Trikomenas N. N. Sheenkova M. V., Baigazina E. N. Modern approaches to the analysis of the formation of pathology in children. // Healthcare Manager. - 2020. - №3.
11. Chukanov A.N., Kurlovich I.V., Semenchuk V.L., Victor S.A. Biochemical studies of amniotic fluid as a necessary stage in the implementation of prenatal diagnosis of congenital malformations of the digestive system. Laboratory diagnostics. Eastern Europe. - 2020. - T. 9.No. 1-2. - S. 50-59.
12. Barreiros Mota I, Marques C, Faria A, Neto MT, Cordeiro-Ferreira G, Virella D, Pita A, Pereira-daSilva L, Calhau C. Colonisation of the proximal intestinal remnant in newborn infants with enterostomy: a longitudinal study protocol. //BMJ Open. 2019 Nov 24;9(11):e028916.
13. Patoulas I, Feidantsis T, Doitsidis C, Mitroudi M, Kalogirou MS, Patoulas D. Early diagnosis and surgical intervention untie the Gordian knot in newborns with colonic atresia: report of two cases and review of the literature. // Folia Med Cracov. 2019;59(3):67- 79.

Kelib tushgan vaqti: 09.04.2021

НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЎСМИРЛИК ДАВРИДА КЕЧИШИ КЛИНИК-ДИНАМИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мухторова Х.К., Абдуганиева С.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Турли ёшдаги шахслар орасида руҳий касалликлар анализ қилинганда ўсмирлар орасидаги чегарадош руҳий бузилишлар клиник белгилари билан ажралиб туради. Руҳий бузилишларнинг ўсмир ёшида юзага келиши – касалликнинг патологик белгилари тез ривожланишига олиб келади. Бугунги кунда клиник амалиётимизда қуйидаги чегарадош руҳий касалликлар тез-тез учраб туради: шахс хусусияти урғуланиши, неврозлар (обсессив-компульсив бузилишлари) ва реактив депрессиялардир. Ушбу касалликлар сурункали тус олганда меҳнат қобилияти ва ҳаёт сифатини пасайтиради. Чегарадош руҳий касалликларни даволашда психотерапиядан ва психофармакологик воситалардан мувозанатли фойдаланишга асосланган.

Калит сўзлар: невроз, преморбид, шизоид, ананкаст, депрессия.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Мухторова Х.К., Абдуганиева С.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

При анализе психических заболеваний у лиц разного возраста пограничные психические расстройства у подростков различают по клиническим признакам. Возникновение психических расстройств в подростковом возрасте - приводит к быстрому развитию патологических симптомов заболевания. В нашей клинической практике сегодня распространены следующие пограничные психические заболевания: личностные особенности, неврозы (обсессивно-компульсивное расстройство) и реактивная депрессия. Когда эти заболевания становятся хроническими, они снижают трудоспособность и качество жизни. К лечению пограничных психических заболеваний основаны на сбалансированном применении психотерапии и психофармакологических средств.

Ключевые слова: невроз, преморбид, шизоид, ананкаст, депрессия.

CLINICAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF NEUROTIC DISORDERS IN ADOLESCENTS

Mukhtorova Kh.K., Abduganieva S.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

When analyzing mental illness in people of different ages, borderline mental disorders in adolescents are distinguished by clinical signs. The onset of mental disorders in adolescence - leads to the rapid development of pathological symptoms of the disease. The following borderline mental illnesses are common in our clinical practice today: personality traits, neuroses (obsessive-compulsive disorder), and reactive depression. When these diseases become chronic, they reduce the ability to work and the standard of living. Modern approaches to the treatment of borderline mental diseases are based on the balanced use of psychotherapy, psychopharmacological agents.

Keywords: neurosis, premorbid, schizoid, anankast, depression.

Долзарблиги

Ўсмирлик даври (10-19 ёш) - шахсиятни шакллантиришнинг ўзига хос даври. Жисмоний, ҳиссий ва ижтимоий ўзгаришларнинг хилма-хиллиги, шу жумладан кашшоклик, суистеъмоллик ёки зўравонлик таъсирида ўспиринларнинг руҳий саломатлиги касалланишга нисбатан мойиллиги ошиши мумкин. Ўсмирларнинг психологик соғломлигини ошириш ва уларни муваффақиятли ривожланиш имкониятларига таъсир қилиши мумкин бўлган жиддий зарбалар ва хавф омилларидан ҳимоя қилиш уларнинг ўспиринлик даври фаровонлиги ва катта ёшда жисмоний ва руҳий саломатлиги учун муҳимдир.

Умумтиббий амалиётда чегарадош руҳий бузилишлар билан касалланганлар кўп учраб туради уларга ташҳис қўйиш ва даволаш шифокордан тегишли тайёргарликни ва касбий билимларни чуқур билишни талаб қилади. Чегарадош руҳий бузилишларни замонавий, оқилона даволаш учун психотерапия ва психофармакотерапия соҳасини чуқур билиш зарур [1]. Ибн Сино «Тиб қонунлари» асарида инсон организмнинг тузилиши, ундаги физиологик жараёнлар ва улар билан бевосита боғланишда бўлган руҳий омиллар, уларнинг инсон танасига таъсири тўғрисида қимматли маълумотларни келтирган. Психология соҳасида боланинг руҳий хусусияти, унинг ривожланиши ва ривожланишдан орқада қолиш ҳолати узоқ вақтлардан буён инсонларни ташвишга, ҳақли равишда мушоҳада юритишга олиб келувчи муаммолардан бири сифатида психологлар томонидан эътироф этилиб келинмоқда. Болага тўғри ташкил этилган таълим-тарбия, оила ва ундаги аъзоларнинг ўзаро муносабатлари характери, бола мулоқотда бўладиган ижтимоий гуруҳлар, у танлаган касб, бола ички руҳий имкониятларининг мукамаллиги каби қатор ижтимоий ва биологик омиллар шахс бўлиб шаклланиши, ўзини-ўзи англаши ва ўзгаларга муносабати ҳамда унинг интеллектуал тараққиётига албатта таъсирини кўрсатмай қолмайди [2]. Чегарадош руҳий бузилиш билан оғриган беморларнинг психиатрга мурожат қилиш мезонлари: шикоятлари бўйича чарчоқ, узоқ вақт давомида кайфиятнинг доимий пасайиши, уйқусизлик, ўзини паст баҳолаш, диққат бузилиши, асабийлашиш, хавотир, умидсизлик ҳисси. Атроф муҳитнинг стресси билан кучайган вегетатив (соматизацияланган) бузилишлар масалан: кўкрак суяги ортидаги оғирлик ва оғрик, ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши (қабзият, диарея, диспепсия), кўп

терлаш, бош айланиши, бош оғриғи, эректил дисфункция ва шунга ўхшаш вегетатив бузилишлар учраб туради. Ижтимоий ва касбий мослашувлардан норозилик бунда беморда оиладаги ва жамоадаги мулоқот-муносабатларнинг бузилиши билан намоён бўлади. Ўз вақтида ташҳис қўйиш ва тўғри даволаш билан яхши натижага эришилади. Чегарадош руҳий касалликларда даволаниш прогнози ҳар доим ижобий бўлади, шунингдек ёрдам кўрсатадиган малакали психиатр ва беморнинг хоши-истаги билан боғлиқ бўлади [3]. Қўллаб қувватловчи психотерапия бутун дунёда энг кенг тарқалган терапия усулидир. 2000-йилларнинг бошларида кашф қилинган когнитив ҳулқ атвор терапияси бўйича катта ютуқларга эришилди. ЧРБ билан оғриган ўсмирларга терапевтик таъсир, ўз-ўзини бошқариш, диалектик ҳулқ-атвор терапияси, аналитик терапия, ментализация асосидаги терапиялар мавжуд. Ўсмирлар учун диалектик ҳулқ-атворли терапия ҳафтасига уч марта, мултимодал терапевтик дастурдан иборат бўлиб унга индивидуал психотерапия, кўп хонадонли маҳорат дарслари, оилавий учрашувлар, беморлар ва оила аъзолари учун телефон орқали тренинг ўтказилади. Бир йиллик кузатувлар давомида маълум бўлдики юқоридаги терапевтик усуллар ёрдамида ижобий натижаларга эришилди [4]. Чегарадош руҳий касалликка чалинган беморлар ҳиссий нотурғунлиги билан ажралиб туради. Ҳиссий ўзгаришлар тез ва осонлик билан юзага келади. Беморлар кўпинча ўзларини ҳиссий турғун ҳолатига қайтишда қийналадилар. Улар кўпинча ғазаб, ваҳима ва умидсизлик билан муносабатда бўлишади. Чегарадош руҳий касалликлари билан беморлар амбулатор мурожатларнинг 10% ва касалхонага ётқизилган руҳий беморларнинг 20% ни ташкил этади [5]. Чегарадош руҳий бузилишлар билан оғриган 35 та бемор танлаб олинган бўлиб, клиник-динамик кузатувларимиз давомида, касалликнинг энг кенг тарқалган вариантлари депрессив бузилишлар, соматоформ бузилишлар ва хавотирли-фобик бузилишлар устунлик қилади. Айрим психоактив воситалар қабулидан сўнг ўз-ўзига зарар етказиш ва ўткинчи васваса ғоялари пайдо бўлади бу кўпроқ шахс хусусиятлари декомпенсациясида намоён бўлади. Бундай ҳолатларда бизга психофармакотерапия ва психотерапия катта ёрдам беради [6]. Ривожланган давлатларда шахс хусусиятлари декомпенсацияси илмий адабиётларда тез-тез муҳокама қилинадиган

руҳий касалликлардан бири бўлишига қарамай, кўпчилик психиатрлар бундан тан олишга қийинчиликларга дуч келишмоқда. Бунга сабаб касалликнинг клиник полиморфизми ва руҳий бузилишнинг регрессив динамикаси ҳосилдир [7]. Руҳий касалликлар тўғрисида замонавий тушунча уларнинг кўп қиррали клиник мезонларини инобатга олган ҳолда, болалар ва ўсмирларнинг руҳий саломатлик муаммоларини ҳал қилишда комплекс даволаш чораларини ишлаб чиқиш муҳимлигини белгилайди. Бу ўз навбатида кўпгина касбий соҳаларни ривожлантириш билан боғлиқ бўлади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти таъкидлашича руҳий саломатлик кўрсаткичларини янада яхшилаш учун тиббий устувор монопрофессионаллик, шахсни йўналтириш модели бўйича сифатли психосоциал терапия ва психосоциал реабилитация, психологик методларни кенг қабул қилиш ва қўллаш назарда тутилган [8]. Хулқнинг нормадан оғиши билан боғлиқ бузилишлар, хулқнинг нормадан оғиши ҳолатларига руҳий соғлиқ ва ифодаланган нуқсон ўртасидаги шартли чегара яқинида жойлашган руҳий-асаб бузилишларининг заиф, ўчиб кетган шакллари киради. Бундай бузилишлар доираси жуда кенг. Нормадан оғиш ҳолатлари орасидаги умумий кўринишда ўткир психопатик бузилишларсиз бўлган психогения, руҳий зарбали бузилишлар ва руҳий-шахвоний ривожланиш девиацияси ажратилади. Психогения – асаб тизими ва шахсий ҳислатларининг ўзига хос хусусиятлари асосида ривожланган руҳий жароҳатлар таъсири остида юзага келадиган руҳият бузилишидир. Ўз таркибига кўра реактив ҳолатлар, неврозлар ва шахсият бузилишларига бўлинади. Реактив ҳолатларнинг энг кўп тарқалган шакллари кайфият бузилишларидир. Бундай шахслар кучли ҳаяжонланишга мойил ёки бефарқ бўлиб ўзларини назорат қила олмайдилар. Депрессия маълумки юзлаб йиллардан буён киши руҳиятида оғрикли кечиш шакли сифатида тавсифланади. Депрессиянинг келиб чиқишини қадимги юнонлар қора сафродан заҳарланиш деб тушуниришган. Бу унинг эски номидан – меланхолия, «қора сафро»да акс этган. Невротик депрессия принципаал равишда мутаносиб сабаблар ва ривожланишнинг невротик белгилари билан эндоген депрессиядан фарқ қилади, бунда эндоген ёки биологик депрессия кайфиятнинг чуқур, бирламчи оғрикли тушиб кетиши ҳисобланади. Невротик депрессия ўзида аффектив тарзда, у ёки бошқа психоген воқеалардан

таъсирланишни намоён қилади. Унда кам ҳолларда витал қайғу ва тормозланиш ҳамда кўпроқ ҳолларда ғамгин ёки қўрқувли ҳавотир, турли ҳавфсирашлар, ўзига ва ўз оиласига ачиниш, ҳис-ҳаяжонли лабиллик, йиғлоқилик, руҳий-жисмоний ҳаракатларнинг пасайиши ҳолатлари кузатилади [9]. Клиник-динамик тадқиқотлар ўтказиш учун 595 та ўсмир ёшидаги ўрта мактаб ўқувчилари танлаб олинган бўлиб улардан олинган статистик маълумотларга кўра руҳий касалликнинг клиник белгилари яширин кечган 273 та (45,9%), клиник белгилари яққол намоён бўлганлари 254 та (42,7%) ва руҳий соғлом ўсмирлар гуруҳи эса 68 та (11%) ни ташкил қилади. 10-11-синфлардаги руҳий саломатлик ҳолати таққосланганда 10-синф ўқувчилари орасида (56,5%) нозологик касаллик аниқлангунча сезиларли даражада тарқалишини кўрсатди ва чегарадош руҳий касалликларнинг клиник шакллари (59,7%) 11-синфларда кўпроқ аниқланди. Бундай ўқувчилар психоастениклиги, янги жамоада мослашиш қийинчиликлари, обсессив-компульсив фикрлари ва преморбид ривожланиши билан ажралиб туради. Хулқ-атвор бузилишлари атроф муҳитнинг салбий таъсирлари ва ҳиссий лабиллик асосида пайдо бўлади. Бунинг натижасида ўсмир хатти-ҳаракатида тажовузкорлик, жанжаллашиш, итоатсизлик, норозилик реакциялари ва шахслараро муносабатларнинг бузилишига сабаб бўлади. Ўсмир ёшидаги ўқувчиларининг 3,1% да гиперкинетик хатти-ҳаракатларнинг бузилиши, аралаш хатти-ҳаракатлар ва ҳиссий бузилишлар 1,6% да аниқланди. Бундай ўсмирлар қоида бузарликка ва антисоциал муҳитга берилувчан бўладилар. Бизнинг изланишларимиз давомида кўриб чиқилганларнинг 0,8% да 1,6% шахснинг ҳиссий бузилишлари, 1,2% шахснинг истерик бузилишлари аниқланди. Бундай ўсмир ёшидаги ўқувчилар асабийлашиш, кўзгалувчанлик, қасоскорлик хусусиятлари билан ажралиб туради ва уларда кизиқишларнинг нотўғрунлиги, импульсивлик, ўзини-ўзи бошқаришнинг йуқлиги қайд этилди. Ушбу гуруҳдаги ўсмирлар чарчоқнинг кучайиши, асабийлашиш, кўп йиғлаш, уйқусизлик, даврий бош оғриғидан шикоят қилади. Бу намоёишлар эпизодик бўлиб, узок давом этган ҳиссий ўзгаришлар туфайли пайдо бўлади. Шунинг ҳисобга олган ҳолда касалликнинг нозологик шакллари аниқланди [10]. 18 ёшгача бўлган ўсмирларда чегарадош руҳий касалликларнинг ярмини ташкил этадиган невротик касалликларнинг нозологик

турлари аниқланган бўлиб шулардан дезадаптив бузилиши (22,1%), неврастения (9,6%) ва соматоформ бузилишлари (8,7%) учрайди. Клиник текширувлар натижасида чегарадош рухий касалликлардаги депрессив ҳолатлар (30,1%) ни ташкил қилади бу ўз навбатида ҳар учинчи беморда рухий тушқунлик ҳолатида ўз жонига қасд қилиш ҳаракати билан тугаши (35,7%) ни ташкил қилади. Бу психопатологик касалликларнинг келиб чиқиши инсоннинг демографик ва этник ҳолати (ёши, турар жойи, этник-маданий келиб чиқиши) билан яқин алоқани кўрсатади. Чегарадош рухий касалликларнинг патогенезини аниқлаш давомида кўп босқичли статистик таҳлил натижасида (78,66%) асосан бешта омил аниқланди: Булар шахснинг этник-маданий диссоциацияси (31,7%), оила таркибининг нотўлиқлиги (18,7%), атроф муҳит таъсирлари (9,7%), рационал фикрлашнинг бузилиши (9,3%) ва диний-этниқ бефарқлик (9,2%) [11]. Улар турли хил психопатик ҳатти-ҳаракатларни ўз ичига олади: параноид, шизоид, ҳиссий лабиллик, ананкаст ва бошқалар. Бундай беморларга асаб тизимининг туғма ёки эрта орттирилган етишмовчилиги ва зарарли экологик таъсир асосида шаклланган шахс хусусиятлари намунаси ҳосдир. Шахс хусусияти патологиясининг асосий клиник кўринишлари ҳиссиёт бузилиши, уйқусизлик, патологик реакциялар ва шахс характерологик хусусиятларнинг декомпенсацияси билан боғлиқ. ХКТ -10 мезонларига мувофиқ, шахс хусусияти патологияси шахснинг ўзига ҳос бузилиши деб тушунилади, деярли ҳар доим шахсий позициялар ва шахс ҳатти-ҳаракатларидаги сезиларли дисгармония, шахсий ва ижтимоий мослашишни бузилиши ва шахсий ва ижтимоий парчаланиш билан бирга келади [12]. Чегарадош рухий касалликлар эрта ёшда ўз-ўзидан декомпенсацияланиш кўринишида пайдо бўлиб, ҳулқ-атвор бузилишлари, ҳатти-ҳаракатларнинг кўпол бузилиши ва доимий ижтимоий ноқулайликларга сабаб бўлади. Чегарадош рухий касалликлар ривожланиши куйидагиларга боғлиқ бўлади: салбий ҳаёт кечириш, тез-тез оиладаги можаролар, ёмон таълим стратегияси, жисмоний нуқсонлар, соматик касалликлар ва нотўғри тарбия натижасидир. Шахс хусусиятлари декомпенсацияси ўзининг пластиклиги ҳаёт шароитлари ўзгарганда яхшироқ прогнозга эга бўлиши билан характерланади. Шахс хусусияти патологияси билан оғриган беморларнинг ҳаммаси ҳам психиатрга мурожат қилавермайди, уларни биз кўпинча

касалликнинг декомпенсация ҳолатида ёки криминал ҳаракат содир қилиб тиббий кўрик пайтида учратамиз. Шу сабабларга кўра шахс хусусияти патологиясини тарқалиш даражасини аниқлаш қийин. Шахс хусусияти патологиясининг тарқалиш даражаси 1000 аҳолига ўртача 5та дан 10 кишигача учрайди. Статистик маълумотларга қараганда ушбу касаллик қиз болаларга қараганда ўғил болаларда кўпроқ кузатилган [13]. Чегарадош рухий касалликларнинг эрта ташхислаш ва даволаш мақсадида таълим муассасаларида профилактик кўрикларни ўтказишда психиатрнинг иштироки тавсия этилади, бунда рухий касалликларнинг дастлабки белгилари ва хавф гуруҳлари аниқланади. Шунга кўра махсус сўровнома асосида касаллик даражалари аниқланиб даволаш чоралари ишлаб чиқилади [15]. Ўсмирлик ёши ҳулқ-атвордаги кескин ўзгаришлар содир бўлиши билан характерланади, буни ҳар бир ўсмирни ташқи томондан кузатиш орқали осонгина билиб олиш мумкин. Психолог олимларнинг фикрларига таянган ҳолда ўсмир шахсининг шаклланишига икки хил, яъни ижтимоий ва биологик омилларнинг тарбиявий таъсири мавжуд эканлигини таъкидлаш жоиз. Ижтимоий омилларга: умумий ўрта таълим мактабига ўтиш ва бу билан боғлиқ бўлган ўқув фаолиятидаги, ўқувчи ва ўқитувчилар билан мулоқотдаги ўзгаришлар; мустақил ва амалий ишларни кўпроқ бажариш натижасида ўсмирнинг оиладаги ўрни ҳам ўзгаради; жисмоний ва ақлий имкониятларининг ўсиб бориши муносабати билан унга кўпроқ ишона бошлайдилар. Биологик омилларга: жинсий етилишнинг бошланиши, шунингдек, барча аъзоларнинг жисмоний ривожланиши киради [16]. Умуман олганда эркакларга нисбатан аёллар депрессив касалликларга кўпроқ мойил эканлиги тан олинган. 13-19 ёшли ўсмирлар клиник-динамик кузатувлари таҳлил қилинганда кўпроқ қиз болалар депрессияга мойил эканлиги аниқланган. Ўғил болаларда эса антисоциал муҳитга берилиш кўпроқ кузатилган [17]. Америка психиатрлар ассоциацияси томонидан ишлаб чиқилган таснифга кўра: шахснинг ҳулқ атворидаги оғишлари, ижтимоий дезадаптацияси яъни чегарадош рухий патологияси бўлган шахслар ўсмирлик ёки эрта балоғатга етиш даврида кўпроқ намоён бўлади. Уларнинг патохарактерологик хусусиятлари узок муддат барқарор сақланади шу сабабли бундай беморлар жамият талабларига мослаша олмайдилар. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики психиатрияга ихтисослашган даволаш

муассасаларида кузатув остидаги беморларнинг 10% ва касалхонага ётқизилган беморларнинг 20% чегарадош рухий патологияси бўлган беморлар ташкил этади. Охирги 10 йил ичида чегарадош рухий касалликлар аёлларда эркакларга қараганда уч маротаба кўпроқ кузатилган [18]. Адабиётлардан олинган маълумотларга қараганда барча ёшдаги шахслар хусусан ўсмир ёшидагилар орасида чегарадош рухий бузилишлар кўпайиб бориши замонавий тиббиёт учун долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Аммо ўрта мактаб ўқувчиларида чегарадош рухий касалликларни аниқлаш расмий статистикага асосланган ҳолда ўрганиб келинган. Болалик ва ўсмирлик даврида чегарадош рухий касалликларнинг клиник намоён бўлишини эрта аниқлаш ва психиатрик ёрдамни ўз вақтида кўрсатиш жуда муҳимдир. Ёш авлоднинг руҳан соғлом шаклланишига экопатоген, макро ва микросоциал омиллар, биологик ва психологик омиллар таъсир кўрсатади [19]. Чегарадош рухий бузилишларда энг кўп учрайдиган ҳолатлар қуйидагилар: касаллик белгилари невротик бузилиш даражасида аниқланди, ўзининг рухий ҳолтига танқидий муносабатнинг сақланиши, тунги уйқунинг бузилиши, вегетатив бузилишлар, соматик касалликка хос бўлган бузилишлар. Чегарадош рухий бузилишлар декомпенсацияси учун психоген омил ва шахснинг конституционал хусусиятлари аҳамиятли [20,21].

Хулоса қилиб айтидиган бўлсак патохарактерологик реакцияларни ташхисий мезонларида кўпроқ хулқ-атвор билан руҳиятга салбий таъсир қилувчи омиллар орасидаги боғлиқликка эътибор қаратиш керак бўлади. Бунда урғуланган (акцентуант) шахс патохарактерологик реакцияларга кўпроқ мойил бўлади. ХКТ-10 мезонларига мувофиқ ушбу касалликни шахс хусусиятининг урғуланиши деб юритилади. Шахс хусусияти патологияси кўпроқ ўсмирлик даврида намоён бўлади, аёллардан кўра эркакларга кўпроқ кузатилади. Шахс хусусияти патологиясининг бошқа рухий касалликлардан фарқи шундаки, ўткир психопатологик бузилишлар, васваса ғоялари, галюцинациялар, онг бузилишлари кузатилмайди. Шахснинг атрофдаги жамоа билан мurosаси қийин бўлиб, жамият талабларига мослаша олмайди. Ушбу касалликларнинг олдини олишда психопрофилактика ва психотерапия чораларини тўғри ташкил қилиш муҳим ўрин тутди. Психопрофилактик чоралар олиб бориш учун биринчи навбатда ўсмир ўсаётган ёки

тарбияланаётган микромуҳитга ва оилавий муносабатларга аниқлик киритилади ва ўрганилади, иккинчидан оилавий индивидуал психотерапия ўтказиш керак бўлади: оиланинг ҳар бир аъзоси билан махсус суҳбатлар ўтказилиши билан амалга оширилади, учинчидан ўсмир билан рационал психотерапия, психофармакотерапия ва психологик коррекция зарур, ўқиш жойида ўсмирларга диспансердан ташқари ёрдам кўрсатишнинг янги шакли таклиф қилинса, унга кўра психолог, психиатр ва педагогларнинг биргаликда ҳаракати жорий қилинса албатта ижобий натижага эришилади. Бу ўз навбатида ўқув ва педагогик кўрсаткичларнинг сезиларли даражада самарасини оширади, ҳаёт фаолиятини, меҳнат фаолиятини, одамлар билан муносабат тарзини ва янги ўқув шаклларига мослашишни яхшилайди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Смулевич А.Б. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике. /М. 2000.
2. Нурмамов А. Боланинг шахс сифатида шаклланишидаги айрим психологик муаммолар. //Замонавий таълим, журнал 2015й.
3. Быков Александр Павлович. Пограничные психические расстройства в современной клинической практике. Волгоград. 2018.
4. Джеймсл Джекобсон, Алан Мджекобсон. Секреты психиатрии. /М. 2007.
5. Романов Д.В. Клинические варианты декомпенсации у пациентов, страдающих пограничным расстройством личности. /М. 2009.
6. Романов Д.В. Проблема объективизации диагностики пограничного расстройства личности. /М. 2015.
7. Корен Е.В. Подходы к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервнопсихическими расстройствами. /М. 2011.
8. Хакимова И.М. Девиант хулқ-атвор психологияси. /Дарслик. 2014.
9. Владимировна К.А. Пограничные нервно-психические расстройства у учащихся старших классов общеобразовательных учреждений (клиника, динамика, превенция.). /М. 2008.
10. Львович Н.Е. Пограничные психические расстройства как клинический, психологический и социокультурный феномен. /М.2006.

11. Оруджев Н.Я. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. //Вестник журнал. 2008.
12. Незнанов Н.Г. Психиатрия. /М. Учебник. 2010.
13. Ходжаева Н.И. Психиатрия. /М. Дарслик. 2011.
14. Попова Н.М. Непсихотические психические расстройства в подростково-юношеском возрасте. /М. 2013.
15. Нагметов Н.М. Ўсмир йигитларни мустақил ҳаётга тайёрлашнинг илмий назарий асослари. //Замонавий таълим, журнал. 2017.
16. Мазаева Н.А.. Подростковые депрессии: взгляд на проблему (по данным зарубежных публикаций). 2017.
17. Христофорова С.Я. Пограничные состояния и их диагностика у сотрудников правоохранительных органов. 2006.
18. Филиппова Э.А. Пограничные психические расстройства у учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы. /М. 2010.
19. Ю. А. Александровский. Пограничные психические расстройства. /М. 2000.
20. Guilé JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? //Clin Neuropsychiatr. 2005.
21. Ougrin D, Latif S. Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. //Crisis. 2011.

Келиб тушган вақти 09.05.2021

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕЧЕНИЕМ КАРАНТИНА ПРИ COVID-19

М.А. Атоева, Б.С. Жумамуратова

Бухарский государственный медицинский институт (Узбекистан)

✓ Резюме

Карантин и другие методы общественного здравоохранения являются эффективными и ценными способами борьбы с инфекционными заболеваниями и общественным беспокойством. Историческая перспектива помогает понять в какой степени паника, связанная с социальными предрассудками, срывала усилия общественного здравоохранения по борьбе с распространением инфекционных заболеваний. Но в эпоху глобализации страх, тревога и паника, подкрепленные СМИ, может распространяться дальше и быстрее, играя большую роль, чем в прошлом.

Ключевые слова: карантин, изоляция, эпидемия, коронавирусная инфекция, беспокойство.

PSYCHOEMOTIONAL FACTORS RELATED TO COVID-19 QUARANTINE

M.A. Atoeva, B.S. Jumamuratova

Bukhara State Medical Institute (Uzbekistan)

✓ Resume

Quarantine and other public health methods are effective and valuable ways to combat infectious disease and public anxiety. The historical perspective helps to realize to what extent panic, associated with social prejudice, has frustrated public health efforts to combat the spread of infectious diseases. However, in an era of globalization, fear, anxiety and panic, reinforced by the media, can spread further and faster, playing a larger role than in the past.

Key words: quarantine, isolation, epidemic, coronavirus infection, anxiety.

COVID-19 ДАВРИДА КАРАНТИННИНГ КЕЧИШИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ОМИЛЛАР

М.А.Атоева, Б.С. Жумамуратова

Бухоро давлат тиббиёт институти (Ўзбекистон)

✓ Резюме

Карантин ва бошқа жамоат саломатлигини сақлаш тадбирлари юқумли касалликларга қарши курашиш ва аҳоли хотиржамлигини таъминлашда энг самарали ва қимматли тартибли чекловчи чора тадбирлардир. Тарихий башоратлар ижтимоий омиллар туфайли пайдо бўлган ваҳима қанчалик даражада соғлиқни сақлаш тизимининг юқумли касалликларга қарши курашиш тадбирларини кучга чиқарганини тушунишга ердан беради. Аммо глобаллашув даврида қўрқув, хавотир ва ваҳима оммавий ахборот воситалари томонидан кучайтирилган бўлиб, ўтмишдагига қараганда кўпроқ роль ўйнаб, янада тезроқ тарқалиши мумкин.

Калит сўзлар: карантин, изоляция, эпидемия, коронавирус инфекцияси, безовталик.

Актуальность

Начало XXI века показало, что такие меры как карантин и изоляция до сих пор более чем актуальны, так как человечество уже на протяжении 20 лет сталкивается с новыми смертельными инфекционными агентами, против которых бессильны другие методы

борьбы. Пандемия COVID-19 продемонстрировала весь потенциал и эффективность карантинных вмешательств. И до тех пор, пока научное сообщество не закончит все работы по разработке и испытанию доступной для всех вакцины, перед

специалистами в области общественного здравоохранения будет стоять первоочередная задача по совершенствованию методов карантина и поиску мер по предотвращению его отрицательных последствий для общества [1, 2, 3, 4, 11].

Новый коронавирус - (SARS-Cov2), вызывающий развитие тяжелой вирусной пневмонии появился в Ухане, Китай, в декабре 2019 года. ВОЗ - назвала ее "COVID-19" и в последствии объявила в мире пандемию этого заболевания 11 марта 2020 года. На сегодняшний день в мире практически не осталось стран, не сталкивавшихся с этим заболеванием. Китай был первой страной, которое ввело карантин в Ухане 23 января 2020 года, а затем и по всей стране. Китайские специалисты в области общественного здравоохранения первыми поняли, что болезнь вряд ли будет контролироваться без строгих ограничительных мероприятий.

Карантин и изоляция - это две меры, которые можно использовать для предотвращения или сведения к минимуму воздействия вспышек инфекционных заболеваний. Другими словами, это профилактика путем предотвращения контакта с людьми, которые инфицированы или могут быть инфицированы возбудителем заболевания. Изоляция отделяет больных людей от здоровых. Карантин отделяет и ограничивает передвижение людей, которые подвергались контакту с инфекцией, чтобы понять, будет ли развиваться у них заболевание. Карантин может быть обязательным для людей, которые были подвержены заболеванию и отказываются от принудительного лечения, а также в случаях, когда лечение недоступно. Часто изоляция и карантин включают не только физическое, но также психологическое и духовное заключение из-за ограничений во взаимодействии с родными и друзьями [1, 5, 12, 13].

Особенностью нынешней пандемии COVID-19 является то, что она влияет не только на физическое здоровье, но и на психическое благополучие населения. Несмотря на то, что слова «беспокойство», «страх» и «стресс» периодически звучат в СМИ, это не воспринимается как что-то специфическое. Однако, с психологической точки зрения, нынешняя ситуация является совершенно новым источником стресса для общества. Многие сравнивают пандемию со стихийным бедствием или войной, но в подобных обстоятельствах угрозу легко узнать, тогда как при пандемии «угроза» может исходить от

человека, который просто стоит рядом. С ростом числа пострадавших, в стране ежедневно сообщается о новых выявленных случаях, что ведет к распространению паники и беспокойства в связи с неизвестным заболеванием [6, 24, 25].

Чтобы оценить эффективность карантина при COVID-19, проводились исследования, использовавшие метод математического моделирования развития эпидемий инфекционных заболеваний, который показывает, как быстро люди превращаются из подозреваемых в подверженных воздействию инфекции, далее в инфицированных, а затем перенесших инфекцию или погибших от нее [14, 17]. Используя такую модель, китайские ученые показали, что строгие карантинные меры в Китае, такие как домашний карантин, ограничения дорожного движения, запреты на поездки, продление китайских новогодних каникул и внепланового отпуска значительно уменьшили передачу инфекции в обществе и были чрезвычайно успешными при контроле начальных этапов распространения эпидемии. Другое исследование с использованием похожей модели выявило, что карантинные меры являются более практичными, чем пограничный контроль и санитарные кордоны для уменьшения распространения COVID-19. При соблюдении 100% строгого карантина модель прогнозировала, что число случаев снизится на 89,7%. Эта же группа ученых также показала, что размер эпидемии возможно было снизить на 87% при 100% соблюдении карантинных мер в самом начале эпидемии в провинции Хубэй, Китай. Хотя определить оптимальный показатель применения карантина в обществе невозможно, такие математические моделирования хорошо иллюстрируют вероятную эффективность недавнего массового карантина.

В упомянутом выше исследовании было также подтверждено, что в провинции Хубэй с задержкой введения карантина на одну неделю, число случаев увеличится на 10%. Напротив, было подсчитано, что раннее введение карантина на 1-2 недели, могло снизить скорость распространения инфекции на 25% и 57,3% соответственно. Используя метод моделирования было показано, что такая политика, как массовый карантин, строгое ограничение движения населения и крупномасштабный мониторинг подозреваемых в инфицировании оказали наиболее значимый эффект на уменьшение масштабов эпидемии. Задержка в реализации

такой политики на 5 дней увеличила бы размер эпидемии в 3 раза [18, 19].

Основными рисками для психического здоровья людей в обществе являются: неопределенный инкубационный период COVID-19 и его бессимптомное течение с возможной передачей окружающим; отчеты или новости в СМИ о нехватке медицинского персонала, больничных коек и аппаратов ИВЛ; широкомасштабные карантинные меры в крупных городах, ограничивающие движение и общение людей; первоначальное приуменьшение государством серьезности эпидемий, что подорвало общественное доверие.

В США был проведен опрос среди населения в начале пандемии, когда было зарегистрировано всего 5 случаев заражения коронавирусом. Анкетирование показало, что 37% респондентов были действительно обеспокоены распространением коронавируса в стране, 54% не было уверено, что государство сможет его контролировать. Повторный опрос через несколько дней, показал, что 66% опрошенных считали коронавирус реальной угрозой, 56% были обеспокоены его распространением, а 26% считали, что государство принимает недостаточно мер по его сдерживанию [10, 15, 16].

Страх, который был вызван тяжелым течением заболевания, высокой смертностью, ограничительными мерами, юридическими наказаниями, недоверием к чиновникам, не справившимися с ситуацией и переполненные недостоверной информацией медиа-пространства - все это отрицательно сказывалось на психическом состоянии людей. Страх перед неизведанным и недостаток знаний, как правило, компенсируется появлением слухов, домыслов, ложных новостей и теорий заговора, что в современном мире уже начали называть дезинформацией. В эпоху интернета и социальных сетей информация стала распространяться гораздо быстрее чем сам вирус. Коллективное предубеждения посеяло зерно страха, предрассудков и ксенофобии [8, 9, 21, 22].

В прошлом было принято ассоциировать вирусные заболевания с регионами, где были обнаружены первые их вспышки. В 2015 году ВОЗ даже разработали рекомендации с целью предотвратить подобные ассоциации, так как они приводят к негативным последствиям в виде страха, гнева и неприязни, направленных на эти регионы и население проживающее в них. Тем не менее, вспышка COVID-19 во всех СМИ связывалась с Китаем, что привело к

тому, что люди азиатского происхождения стали подвергаться социальному неприятию [10, 20, 26].

Выделяют несколько групп населения, которые наиболее уязвимы к неблагоприятному психологическому влиянию пандемии, в первую очередь, это лица, зараженные COVID-19. Это обусловлено тем, что сам факт наличия этого заболевания значительно влияет на психоэмоциональное состояние человека. Усугубляют состояние такие факторы как ограничение контакта с близкими и изоляция. Они могут вызывать аффективные реакции в ответ на стресс с депрессивным или тревожным настроением, в отдельных случаях даже склонность к суициду. Тяжелые симптомы заболевания и побочные эффекты лекарственных средств усиливают это состояние. Было описано много клинических случаев, когда коронавирусная инфекция вызывала бредовые состояния или психоз.

Следующей группой являются лица, находящиеся в изоляции. Влияние социальной изоляции на уязвимые группы населения, такие как пожилые люди и дети, достаточно хорошо известны. Так, показатели травматического стресса у детей, помещенных на карантин во время вспышки атипичной пневмонии 2003 года, были в 4 раза выше обычных показателей. Также социальный опрос, проведенный в Китае показал, что уровень тревоги у людей, находившихся на 14-дневном карантине положительно коррелировал с показателем стресса и отрицательно коррелировал с качеством сна и уровнем социальной поддержки.

К факторам риска развития психических расстройств разной степени выраженности у медицинских работников относится длинный рабочий день, высокий риск заражения инфекцией, нехватка средств защиты, одиночество, разлука с семьей и физическая усталость. Были сообщения о том, что ограничение свободы вызывало эпизоды коллективной истерии, ведущей медицинский персонал к отчаянным мерам.

У всех остальных групп населения, которые имеют на сегодня постоянный доступ к СМИ, также велик риск развития психоэмоциональных нарушений. Например, как на местах был объявлен оранжевый уровень опасности по COVID-19, так на этой территории повсеместно начинается паническая закупка продуктов питания и гигиенических принадлежностей, что привело к тому, что во многих магазинах в короткие

сроки закончились все запасы. Подобная ситуация наблюдалась во многих странах мира.

В связи с прекращением оказания общественных услуг и коллапсом трудовых отраслей, что негативно повлияло на экономику стран, многие люди понесли финансовые потери и стали подвержены риску безработицы, что вкупе с неопределенностью будущего и отсутствием информации о длительности ограничительных мер, способно еще больше усилит негативные эмоции.

Таким образом, карантин и другие методы общественного здравоохранения являются эффективными и ценными способами борьбы с инфекционными заболеваниями и общественным беспокойством. Историческая перспектива помогает понять, в какой степени паника, связанная с социальными предрассудками, срывала усилия общественного здравоохранения по борьбе с распространением инфекционных заболеваний. Но в эпоху глобализации страх, тревога и паника, подкрепленные СМИ, может распространяться дальше и быстрее, играя большую роль, чем в прошлом. В таких условиях все население, а не только его отдельные группы подвергается риску быть притесненным. Перед лицом новых проблем в XXI веке из-за растущего риска возникновения и быстрого распространения инфекционных заболеваний, карантин и другие инструменты общественного здравоохранения остаются центральными для обеспечения сдерживания инфекции. Но эти меры по своей природе требуют тщательной подготовки, чтобы избежать предрассудков и нетерпимости со стороны общества. Общественное доверие должно быть достигнуто путем регулярной, прозрачной и комплексной коммуникации, которая позволяет достигнуть баланса между рисками и преимуществами подобных мер. В связи с этим планирование адекватных ограничительных мер требует учитывать ценные уроки прошлого.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Брико Н.И., Онищенко Г.Г., Покровский В.И. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. /М: МИА; 2019: Т. 1. 395–419.
2. Брико Н.И. 100 лет пандемии: уроки истории. Новый этап вакцинопрофилактики. //Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018; 17 (4): 6883.
3. Гендон Ю.З. Возможность предсказаний пандемии гриппа. //Журнал микробиологии. 2016; 3: 113–120.
4. Карпова Л.С., Столярова Т.П., Поповцева Н.М. и др. Различия характера эпидемий гриппа 2014–2017 годов в зависимости от их этиологии. //Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018; 1 (98): 1319.
5. Кузнецов О.К., Степанова Л.А., Чурикова А.А. и др. Популяционный иммунитет к сезонному гриппу как основной фактор, ограничивающий глобальную эпидемию 2009 – 2010 годов A(H1N1). //Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2010; 4 (53): 917.
6. Яковлев А.А., Баранов Н.И. Теоретические аспекты эпидемиологической оценки пандемии гриппа A(H1N1) в 2009–2010 гг. //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2012; 3: 10–17.
7. Яковлева А.А., Котлярова С.И., Мусатов В.Б. и др. Три эпидемических сезона гриппа 2009 – 2013 гг. //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014; 2: 33–39.
8. Яковлева Т.В., Брико Н.И., Герасимова А.Н. и др. Сравнительная характеристика эпидемических сезонов гриппа 2015–2016 и 2009–2010 гг. //Журнал микробиологии. 2017; 1: 11–19.
9. Bell BP, Damon IK, Jernigan DB, et al. Overview, control strategies, and lessons learned in the CDC response to the 2014–2016 //Ebola epidemic. Morb Mortal Wkly Rep. 2016; 65(3): 4–11.
10. Centers for Disease Control (CDC). 2015 Sept 24. /FAQ: Plague. 2018
11. The Editors of Encyclopaedia Britannica. Black death, //Encyclopædia Britannica; 2018 Sept 4.
12. Flecknoe D, Charles Wakefield B, Simmons A. Plagues & wars: the ‘Spanish flu’ pandemic as a lesson from history. //Med Confl Surviv. 2018; 34(2): 61–8.
13. Giubilini A, Douglas T, Maslen H, Savulescu J. Quarantine, isolation and the duty of easy rescue in public. //Developing World Bioeth. 2017; 00: 1–8.
14. Gumel AB, Ruan S, Day T, et al. Modelling strategies for controlling SARS outbreaks. //Proc Biol Sci 2004; 271: 2223–32.
15. Gupta AG, Moyer CA, Stern DT. The economic impact of quarantine: SARS in Toronto as a case study. //J Infect 2005; 50: 386–93
16. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. //Emerg Infect

- Dis 2004; 10: 1206–12.
17. Hethcote HW. The mathematics of infectious diseases. //Siam Rev 2000; 42: 599–653.
 18. Hui Li, Bin Cao. Pandemic and avian influenza A viruses in humans. Epidemiology, Virology, Clinical Characteristics, and Treatment strategy. //Clin. Chest. Med. 2017; 38:59–70.
 19. Kalra S, Kelkar D, Galwankar SC, Papadimos TJ, Stawicki SP, Arquilla B, Hoey BA, Sharpe RP, Sabol D, Jahre JA. The emergence of ebola as a global health security threat: from ‘lessons learned’ to coordinated multilateral containment efforts. //J Global Infect Dis. 2014; 6(4): 164–77.
 20. Kindhauser MK, Allen T, Frank V, Santhanaa RS, Dye C. Zika: the origin and spread of a mosquito-borne virus. //Bull World Health Organ. 2016;
 21. MFPM A, Souza WV, TVB A, Braga MC, Miranda Filho DB, RAA X, de Melo Filho DA, CAA B, Valongueiro S, APL M, Brandão-Filho SP, CMT M. The microcephaly epidemic and Zika virus: building knowledge in epidemiology. //Cad Saude Publica. 2018; 34(10): 00069018.
 22. Sáez A. The Antonine plague: a global pestilence in the II century d.C. //Rev Chil Infectol. 2016; 33(2): 218–21.
 23. Scheidel W. The great leveler: violence and the history of inequality from the stone age to the twenty-first century. //Chapter 10: the black death. Princeton: Princeton University Press; 2017. 291–313.
 24. Tarantola D. DA Henderson, Smallpox Eradicator. //Am J Public Health. 2016; 106(11): 1895.
 25. WHO: R&D Blueprint, scientific advisory group members. <https://www.who.int/blueprint/about/sag-members/en/>. Accessed Oct 2018.
 26. WHO: R&D Blueprint, about the R&D Blueprint. <https://www.who.int/blueprint/about/en/>. Accessed Oct 2018.

Поступила 09.05.2021

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б.

Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан

✓ **Резюме**

Ранняя диагностика гиперандрогении путём изучения особенностей клинических проявлений данного синдрома у женщин репродуктивного возраста. Материалом исследования явились 80 женщин с гиперандрогенией (основная группа) и 40 практически здоровых женщин (группа сравнения), находящихся в репродуктивном периоде. Исследование проводилось в Бухарском областном перинатальном центре и в областном центре репродуктивного здоровья населения. Использован анкетно-опросный метод, собран тщательный анамнез, касающийся давности проявления клинических симптомов, причинных факторов и т.д. Изучены так же клинические данные всех обследованных женщин.

Ключевые слова: гиперандрогения, гирсутизм, бесплодие.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Репродуктив ёшдаги аёлларда ушбу синдромнинг клиник кўринишларининг хусусиятларини ўрганиш орқали гиперандрогенияни эрта ташхислаш. Тадқиқот материали сифатида гиперандрогенияси бор 80 нафар аёл (асосий гуруҳ) ва гинекологик соғлом бўлган 40 нафар репродуктив ёшдаги аёллар (назорат гуруҳ) олинди. Тадқиқот Бухоро вилоят перинатал маркази ва вилоят аҳоли репродуктив саломатлик марказида олиб борилди. Анкета -сўров усулидан фойдаланилди ва шу билан бирга текшириладиган аёлларнинг клиник маълумотлари ўрганилди.

Калит сўзлар: гиперандрогения, гирсутизм, бепуштлиқ.

THE PREVALENCE OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF HYPERANDROGENISM IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Ashurova N.G., Bobokulova S.B.

Bukhara State Medical Institute named after
Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan

✓ **Resume**

Early diagnosis of hyperandrogenism by studying the features of the clinical manifestations of this syndrome in women of reproductive age. The material of the study was 80 women with hyperandrogenism (main group) and 40 practically healthy women (comparison group) who are in the reproductive period. The study was carried out in the Bukhara regional perinatal center and in the regional center for reproductive health of the population. A questionnaire-survey method was used, a thorough anamnesis was collected regarding the duration of the manifestation of clinical symptoms, causal factors, etc.

Keywords: hyperandrogenism, hirsutism, infertility.

Актуальность

Гиперандрогения - патологическое состояние, вызванное повышением количества мужского гормона в крови женщины, встречается по разным авторам 13-72% в структуре эндокринного бесплодия, более 75%

в структуре нарушений менструального цикла и более 35% в структуре невынашивания беременности [1,4].

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) играет ключевую роль в развитии гиперандрогении яичникового генеза. СПКЯ - распространенное эндокринное заболевание и одна из самых частых патологий в развитии репродуктивных нарушений у женщин репродуктивного возраста. Этот синдром можно обнаружить почти у каждой десятой женщины данной категории (7–10%) [2] в популяции, а по некоторым данным - у каждой пятой (20%) [3].

Исследования показали, что у пациенток с СПКЯ нарушения менструального цикла выявляются у 17-46%, гиперандрогения - у 72-82%, бесплодие ановуляторного генеза - у 55-91% [5,6].

Гиперандрогения может быть фоном не только в развитии эндокринно-гинекологических нарушений, но и в развитии сахарного диабета, тромбоэмболии, гиперпластических процессов в эндометрии а также психосоматические расстройства [7].

К ведущим клиническим проявлениям гиперандрогении относятся: нарушения менструального цикла (характеризующиеся его нерегулярностью, редкими менструациями, аномальными маточными кровотечениями), бесплодие (обычно в результате хронической ановуляции или олигоовуляции), гирсутизм, жирная кожа, появление угревой сыпи на лице и другие симптомы себореи, понижение тембра голоса, андрогенная алопеция, черный акантоз, депрессия, раздражительность, неврозность, агрессивность. Еще несколько лет назад считалось, что гиперандрогенизм в целом является одним из базовых симптомов синдрома поликистозных яичников. В настоящее время проведены исследования, которые указывают на то, что основную значимость в диагностике гиперандрогении несет только гирсутизм и черный акантоз, тогда как акне может быть всего лишь сомнительной предпосылкой [7].

В связи с тем, что гирсутизм является диагностический важным критерием для постановки диагноза гиперандрогении для пациенток от подросткового возраста до

периода перименопаузы, используется шкала Ферримана-Галвея.

Цель исследования: Ранняя диагностика гиперандрогении путём изучения особенностей клинических проявлений данного синдрома у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы

Материалом исследования явились 80 женщин с гиперандрогенией (основная группа) и 40 практически здоровых женщин (группа сравнения), находящихся в репродуктивном периоде. Исследование проводилось в Бухарском областном перинатальном центре и в областном центре репродуктивного здоровья населения. Использован анкетно-опросный метод, собран тщательный анамнез, касающийся давности проявления клинических симптомов, причинных факторов и т.д. Изучены так же клинические данные всех обследованных женщин.

Результат и обсуждение

Средний возраст обследованных женщин составил $28,27 \pm 2,04$ года и колебался в пределах от 17 до 36 лет. Изучая анамнез, выявлено, что масса тела при рождении у женщин с гиперандрогенией составляла $3366,67 \pm 184,77$ г (2200—4400 г). При этом 20 (25%) из них имели массу тела более 4000 г. Таким образом, каждая четвертая больная с гиперандрогенией родилась с большой массой тела. Исследование антропометрических показателей больных с гиперандрогенией позволило установить, что масса тела больных составляла $65,78 \pm 1,82$ (52—76) кг, рост $1,65 \pm 0,02$ (1,50—1,66) м. Индекс массы тела составлял $25,92 \pm 1,0$ (22,01—32,1) кг/м. Изучение особенностей становления менструального цикла у этого контингента больных выявило, что средний возраст менархе составил $15,27 \pm 0,51$ (13—17) года.

Изучение изменений кожи у женщин с гиперандрогенией выявило следующие изменения, которые отражены на рисунке 1.

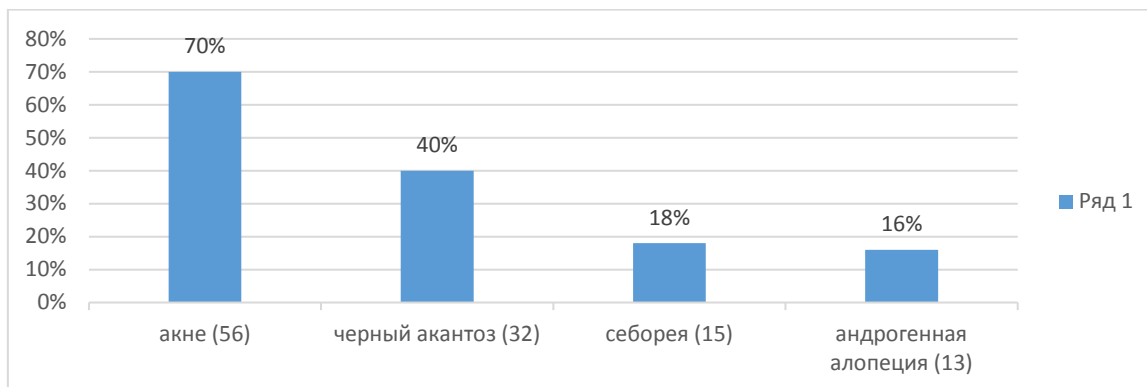
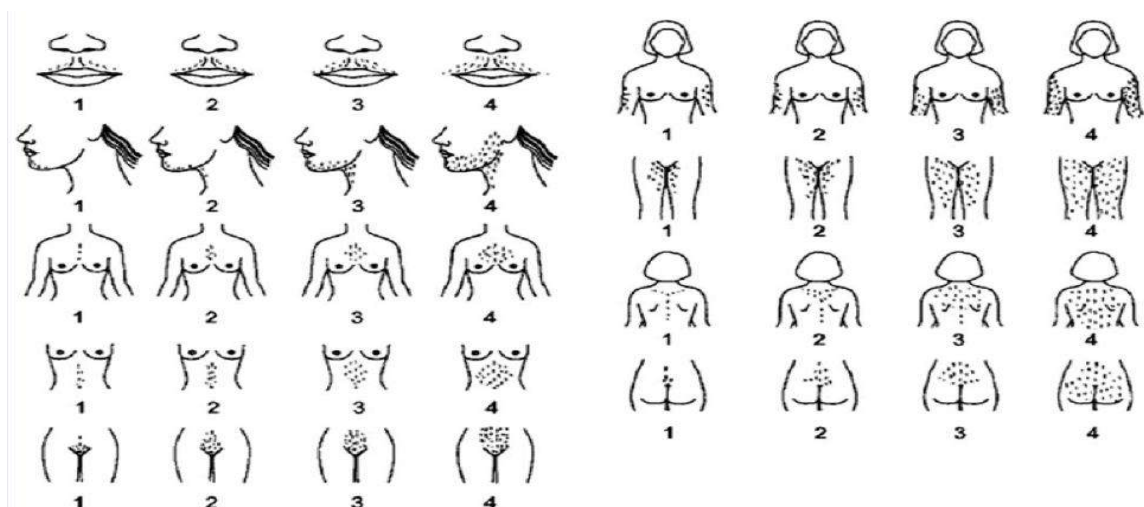


Рис. 1. Распространенность кожных изменений при гиперандрогении.

Как видно из диаграммы, наибольшая доля кожных изменений при гиперандрогении приходится на угри (70%).

Признаки гирсутизма выявлены у 63 (78%) обследованных женщин. При исследовании степени гирсутизма по шкале Ферримана-Голвея были определены следующие результаты, которые представлены в таблице №1. Данная шкала в её новой интерпретации

оценивает распространенность терминальных волос в 9 андрогенозависимых зонах по пятибалльной шкале (от 1 до 4 баллов, рис.№2). Показатель по шкале Ферримана-Голвея 8 баллов и выше свидетельствует о наличии гирсутизма, 8-15 баллов – об умеренном, 15 и более – о выраженном [7].



Степени гирсутизма	абс	%
наличия гирсутизма (>8 баллов)	28	35
умеренный гирсутизм (8-15 баллов)	30	37
выраженный гирсутизм (>15 баллов)	5	6

Таблица. 1. Степень выраженности гирсутизма.

Как показано в таблице, наличия гирсутизма было обнаружено у 28 обследованных женщин, а легкая форма гирсутизма - у 30 женщин. Выраженный гирсутизм имел место у 5 женщин, что составило 6% обследованных.

В группе обследованных женщин при нарушениях менструального цикла выявлены следующие нарушения, которые отражены на рисунке 3

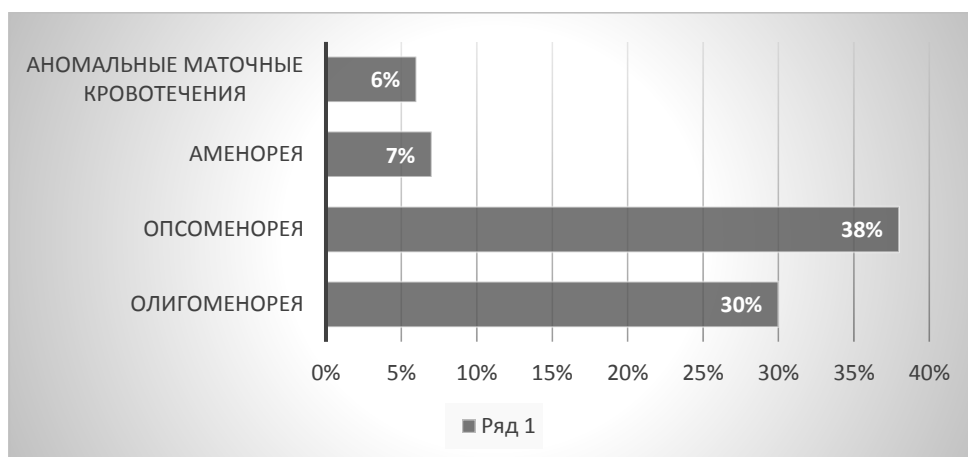


Рис.3. Частота нарушений менструального цикла у женщин с гиперандрогенией.

Как показано на диаграмме, опсоменорея была выявлена у 24 женщин, которая составляет 38%, почти у каждой третьей женщины встречается олигоменорея (30%), что демонстрирует гипоменструальный синдром, как лидирующим в структуре нарушений менструального цикла у женщин с гиперандрогенией.

Репродуктивные расстройства в обследованной группе женщин выглядели следующим образом: как видно из рисунка 4, основным репродуктивным расстройством было нарушение менструально-овариального цикла, среди обследованных женщин, которое встречалось у 66 женщин (82 % случаев).

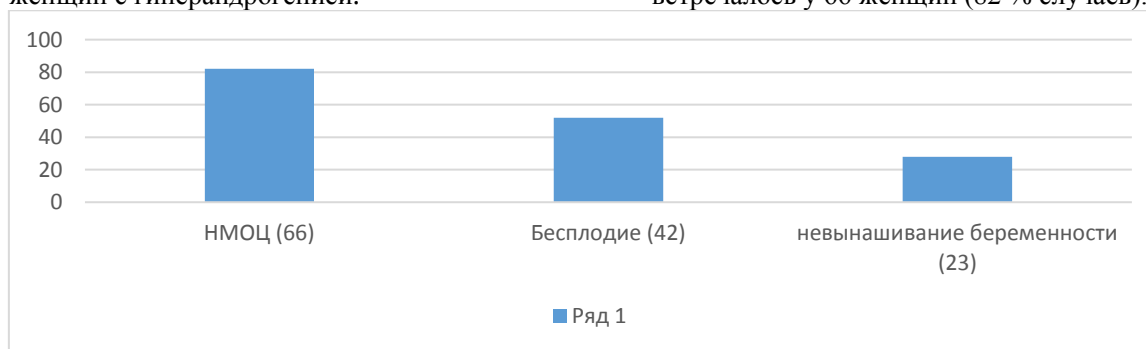


Рис. 4. Встречаемость репродуктивных расстройств.

Вывод

Таким образом, у женщин с гиперандрогенией дерматологические симптомы чаще всего встречались в 70% случаев акне, а черный акантоз - в 40%. Симптомы гирсутизма и были выявлены у 78% обследованных женщин. НМОЦ наблюдались в 82% случаев, из которых наиболее распространенными были опсоменорея и олигоменорея. 52% женщин с гиперандрогенией, участвовавших в исследовании, страдают бесплодием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Azziz R. et al. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report // *Fertil. Steril.* 2009. Vol. 91. № 2. P. 456–488.
2. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б., Жумаева М.М. Ещё один взгляд на проблему ювенильного возраста // *Электронный научный журнал Биология и интегративная медицина* №2 – март-апрель (42) 2020 С-95-107
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А, Романцова Т.И. Эндокринология. Национальное руководство. /Москва. «ГЭОТАР – Медиа», 2015. С. 589-594
4. Joseph S. et al. PCOSKB: A KnowledgeBase on genes, diseases, ontology terms and biochemical pathways associated with Polycystic Ovary Syndrome // *Nucleic. Acids. Res.* 2015. Vol. 44 (D1). P. d1032–d1035.
5. Joham A.E. et al. Prevalence of infertility and use of fertility treatment in women with polycystic ovary syndrome: data from a large community-based cohort study // *J. Womens Health.* 2015. Vol. 24. № 4. P. 299–307.
6. Унанян А.Л., Руднева О.Д. Синдром гиперандрогенизма в практике гинеколога. - /М.: Редакция журнала Status Paesens, 2014. - 20 с.
7. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Синдром гиперандрогении у женщин // *Медицинский совет.* -2009.-№3.-С.19-24

Поступила 09.04.2021

**КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК**

*Булейко А. А., Солдаткин В.А., Солдаткина С.В., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И.,
Крючкова М.Н., Лубянка И.А., Сидоров А.А., Дьяченко А.В., Мрыхина В.В.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации,
Аксайский филиал ГБУ РО «Психоневрологический диспансер»,
Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

Исследование выявило высокую распространенность алкогольной зависимости у больных шизофренией. Отчетливо прямого влияния алкоголизации на когнитивный статус не установлено. Обнаружены гендерные особенности когнитивного статуса больных шизофренией. Достоверно установлена взаимосвязь алкоголизации и выраженности искажений мышления при гетерозиготном состоянии Val158Met гена COMT. Прослеживается тенденция к ассоциации аллеля Val158 со снижением изучаемых когнитивных параметров и относительной сохранностью структуры мышления. У мужчин отмечается сопряженность генотипа Val158Val с более низкими показателями краткосрочной памяти и внимания на фоне сглаженности нарушений мышления по шизофреническому типу.

Ключевые слова: когнитивный статус, шизофрения, алкогольная зависимость, гендерные характеристики.

**COGNITIVE STATUS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SUFFERING
WITH ALCOHOL DEPENDENCE, TAKING INTO ACCOUNT GENDER AND
GENETIC CHARACTERISTICS**

*Buleiko A.A., Soldatkin V.A., Soldatkina S.V., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova
M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.A., Dyachenko A.V., Mrykhina V.V.*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Aksai branch of GBU RO "Psychoneurological dispensary",
Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

It is estimated high frequency of alcohol use disorder (AUD) among schizophrenia patients. AUD doesn't influence on cognitive functions schizophrenia patients in entire group. But there are gender options of memory, thinking and attention. It is veraciously explored association between AUD and thinking disorganization among people with Val158Met of COMT gene. There is a trend of a correlation Val158 and low level of cognitive functions without heavy thinking disorganization. Males are observed polymorphism Val158Val with patients, who have thinking disorganizations by schizophrenia type and lower indexes of short-term memory and attention.

Key words: cognitive status, schizophrenia, alcohol dependence, gender characteristics.

**JINSIY VA GENETIK XUSUSIYATLARNI HISOBGA OLGAN HOLDA, SPIRTLII
ICHIMLIKLARGA QARAMLIKDAN AZIYAT CHEKADIGAN SHIZOFRENIYA BILAN
OG'RIGAN BEMORLARNING KOGNITIV HOLATI**

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal
davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi,
"Psixonevrologik dispanser" GBU RO ning Oqsay filiali,
Rostov-Don, Rossiya

✓ **Rezyume**

Tadqiqot shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda alkogolga qaramlikning yuqori tarqalishini aniqladi. Alkogolizatsiyaning kognitiv holatiga aniq to'g'ridan-to'g'ri ta'siri aniqlanmagan. Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarning kognitiv holatining jinsi xususiyatlari aniqlandi. COM15 genining Val158Met heterozigot holatidagi alkogolizm va fikrlash buzilishlarining og'irligi o'rtasidagi bog'liqlik ishonchli tarzda o'rnatildi. O'rganilgan kognitiv parametrlarning pasayishi va fikrlash strukturasining nisbiy saqlanib qolishi bilan Val158 allelini birlashtirish tendentsiyasi mavjud. Erkaklarda Val158Val genotipi shizofreniya tipidagi fikrlash buzilishlarini yumshatish fonida qisqa muddatli xotiraning past ko'rsatkichlari va diqqat bilan bog'liq.

Kalit so'zlar: kognitiv holat, shizofreniya, spirtli ichimliklarga qaramlik, jins xususiyatlari.

Актуальность

Одной из важных проблем является вопрос злоупотребления алкоголем пациентами, страдающими шизофренией. Существуют различные варианты взаимовлияния указанных заболеваний, приводящие к специфике течения каждого из них [1]. Несмотря на более чем вековую историю проблемы, до сих пор отсутствует единое понимание вопросов патогенеза и патофизиологических особенностей при коморбидности данных расстройств [2]. Вместе с тем, высокие цифры распространенности злоупотребления алкоголем среди пациентов с эндогенными психическими расстройствами требуют практического решения [3].

Опираясь на биопсихосоциальную концепцию психических расстройств, нельзя не затронуть вопрос прогноза и социального функционирования с возможностью адаптации в обществе таких пациентов [4]. В частности, следует отметить остро стоящую проблему дефицита социального интеллекта и когнитивных навыков у страдающих шизофренией пациентов. При этом, данные о патоморфозе описанной симптоматики под влиянием присоединения алкогольной зависимости достаточно противоречивы [5].

Достаточно давно установлена взаимосвязь полиморфизма гена катехол – орто – метилтрансферазы (COMT) с развитием как шизофрении, так и делинквентного поведения, в том числе сопровождающегося злоупотреблением психоактивными веществами. По данным последних метаанализов можно проследить определенную гендерную специфичность. Например, выявлена корреляция аллеля 158Met с

выраженным более агрессивным поведением у мужчин, страдающих шизофренией, тогда как в женской популяции указанная связь не прослеживается [6].

Полиморфизм Val158Met гена COMT ассоциирован с активностью синтезируемого фермента. Носители аллеля 158Met обладают сниженной в 2-4 раза ферментативной активностью [7]. Данный фермент участвует в метаболизме дофамина, медиаторная роль которого доказана в развитии обоих обсуждаемых заболеваний. Кроме того, имеются работы, указывающие на участие в процессах внимания и интеллектуальной гибкости дофаминергической стимуляции префронтальной коры [8]. В связи с этим особый интерес представляет исследование полиморфизма COMT у пациентов, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью с оценкой их когнитивного статуса.

Целью настоящей работы явилась оценка исполнительских когнитивных функций (мышление, память, внимание) у больных шизофренией, страдающих алкогольной зависимостью, с учетом влияния гендерного и генетического факторов.

Задачи:

1. Оценить когнитивный статус больных шизофренией, страдающих алкогольной зависимостью;
2. Провести анализ полученных данных с учетом возможных гендерных различий;
3. Выявить особенности частот генотипов по полиморфизму Val158Met гена COMT у пациентов, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью;

4. Оценить влияние генетических характеристик на выраженность когнитивных нарушений.

Материал и методы

В исследовании приняли участие пациенты, находившиеся на лечении в Аксайском филиале ГБУ РО «Психоневрологический диспансер». Были набраны 200 пациентов, 100 мужчин и 100 женщин. Критериями включения являлись наличие верифицированного по МКБ-10 диагноза «Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, непрерывный тип течения». Из исследования исключались пациенты при наличии актуального декомпенсированного соматического или неврологического расстройства. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании после разъяснения им в доступной форме основных положений. В дальнейшем общая выборка была разделена на основную группу (ОГ), в которую вошли пациенты с коморбидным синдромом зависимости от алкоголя и контрольную группу (КГ), состоящую из здоровых в наркологическом плане. Возраст пациентов составил $43,4 \pm 10,9$ в ОГ и $46,3 \pm 14,0$ в КГ. 147 человек (78%) всей выборки имели инвалидность по психическому заболеванию. Оставшаяся часть практически поровну была разделена на работающих и неработающих трудового возраста. Все пациенты на момент исследования в качестве терапии получали нейролептики, в большинстве своем представленные антипсихотическими препаратами первой генерации в малых и средних дозах. Проводимая терапия соответствовала клиническим рекомендациям и

Стандартам оказания помощи. Достоверные различия по этому признаку в группах сравнения отсутствовали.

В качестве методов исследования использовались клиничко – психопатологический; психологический (методики, направленные на выявление особенностей краткосрочной памяти, внимания, мышления), генетический (определение полиморфизма COMT в лейкоцитах). Статистическая обработка результатов проводилась в программе Statistica 10 (описательные статистики, дисперсионный анализ, критерий Манна – Уитни, хи - квадрат). В связи с непараметрическими особенностями распределения данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха (25%-75%). Уровень статистической значимости принят за $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Синдром зависимости от алкоголя был обнаружен у 89 человек (44,5%). Из них 38,2% - женщины, 61,8% - мужчины. Таким образом, показатель алкоголизации среди страдающих шизофренией, существенно выше такового в популяции [9].

В рамках сформированных групп были проанализированы показатели краткосрочной памяти, внимания и мышления. Краткосрочная память оценивалась по результатам теста Бентона, методики «10 слов». Обе группы сравнения были полностью сопоставимы по показателям теста Бентона: 6,0 (5,0–7,0). В проводимом исследовании в обеих группах преобладали «ошибки внимания», 4,0 (2,0 – 6,0). «Органические» ошибки имели место в 42% случаев, 2,0 (1,0-3,0). Результаты методики «10 слов» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Методика «10 слов»

Запоминание 10 слов	ОГ (n=89)	КГ (n=111)
1 предъявление	6,0 (5,0-6,0)	6,0 (5,0-7,0)
2 предъявление	7,0 (6,0-7,0)	7,0 (6,0-8,0)
3 предъявление	7,0 (6,0-8,0)	7,0 (6,0-8,0)
Отсроченное воспроизведение	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)

Полученные данные соответствуют уровню снижения краткосрочной памяти, так как нормативным показателем считается воспроизведение 9-10 слов к третьему повторению и дальнейшее соблюдение этого уровня при последующих итерациях. Кроме

того, кривая воспроизведения несколько сглажена, приближена к форме плато, что свидетельствует об эмоциональной вялости, отсутствии заинтересованности в исследовании [10]. Отличие между группами недостоверно ($p > 0,05$).

Для исследования внимания применялась методика отыскивания чисел по таблицам Шульте (табл. 2). Превышение нормативного показателя в 50 секунд, свидетельствует о снижении внимания. Динамика временных показателей демонстрирует истощение

внимания, иллюстрируемое нарастанием времени, затрачиваемого на каждую последующую таблицу [11]. Достоверного различия между группами не выявлено ($p>0,05$).

Таблица 2

Методика «Таблицы Шульте»

Отыскивание чисел	ОГ (n=89)	КГ (n=111)
1 таблица	46,0 (38,0-52,0)	42,0 (36,0-52,0)
2 таблица	49,0 (41,0-56,0)	46,0 (36,0-56,0)
3 таблица	52,0 (40,0-63,0)	50,0 (40,0-59,0)
4 таблица	56,0 (45,0-68,0)	56,0 (40,0-66,0)
5 таблица	59,0 (51,0-76,0)	58,0 (44,0-72,0)

Анализ структурных нарушений мышления проводился на основании выявления патопсихологического симптомокомплекса по И. А. Кудрявцеву и определения степени его выраженности. Данные представлены в таблицах 3 и 4. Результаты сопоставимы во

всех группах и в большинстве своем представлены умеренно выраженным искажением уровня мышления по процессуальному типу. Различия между группами недостоверны ($p>0,05$)

Таблица 3

Степень искажения мышления по шизофреническому типу (n=200)

	Легкие	Умеренные	Выраженные
ОГ	4,49% (n=4)	51,69% (n=46)	43,82% (n=39)
КГ	2,70% (n=3)	50,45% (n=56)	46,85% (n=52)

У некоторых пациентов отмечалось наличие признаков, характерных для экзогенно – органического патопсихологического симптомокомплекса. Случаи снижения мышления по органическому типу определялись у 31,5% (n=63) испытуемых. Из

них в ОГ попали 46,62% (n=30), в КГ 53,38% (n=33). Из таблицы 4 видно, в обеих группах сравнения доминировали легкие нарушения, различия между группами недостоверны ($p>0,05$).

Таблица 4

Степень выраженности снижения мышления по органическому типу (n=63)

	Легкие	Умеренные	Выраженные
ОГ	60,00% (n=18)	23,33% (n=7)	16,67% (n=5)
КГ	57,58% (n=19)	36,36% (n=12)	6,06% (n=2)

Таким образом, исследуемые когнитивные функции находятся на уровне легкого снижения в обеих группах сравнения, что сочетается с умеренными и выраженными процессуальными изменениями. Для страдающих шизофренией вариант легкого дефицита является типичным, так как определяется следствием общего снижения мотивационно – волевой сферы, отсутствием установки на прохождение методики и, зачастую, воздействием нейролептиков [12, 13].

В гендерной структуре показатели краткосрочной памяти были сопоставимы и соответствовали легкому снижению. Показатель по тесту Бентона составил среди обоих полов 6,0 (5,0-7,0). Результаты по методике 10 слов статистически значимо не различались, однако у мужчин прослеживается тенденция к более выраженному истощению внимания в ходе итераций.

Полученный результат не подтверждает факт модифицирующего влияния пола на

сохранность когнитивных процессов у пациентов, страдающих шизофренией.

В кластере искажений мышления у женщин в ОГ легкие составили 5,89%, умеренные 50,00% и выраженные 44,12%. В КГ выявленные процессуальные нарушения мышления были представлены лишь умеренным (42,42%) и выраженным (57,58%) уровнем. У мужчин в ОГ легкий уровень составил 3,63%, умеренный 52,73% и выраженный 43,64%. В КГ легкие нарушения составили 6,67%, умеренные 62,22%,

выраженные 31,11%. Достоверно чаще искажения мышления встречались у женщин в КГ ($p<0,05$). При этом их уровень сопоставим с таковым у мужчин в ОГ, тогда как в КГ отмечается преобладание выраженности нарушений у женщин ($p<0,01$).

Результаты, полученные при анализе нарушений мышления по органическому типу у женщин и мужчин, представлены в таблице 5. Различие между группами по полу не являлось статистически значимым ($p>0,05$).

Таблица 5

Степень выраженности снижения мышления у женщин и мужчин

		Легкое	Умеренное	Выраженное
ОГ	Мужчины	66,67% (n=10)	20,00% (n=3)	13,33% (n=2)
	Женщины	50,00% (n=7)	28,57% (n=4)	21,42% (n=3)
КГ	Мужчины	63,64% (n=7)	36,36% (n=4)	-
	Женщины	57,14% (n=12)	33,33% (n=7)	9,52% (n=2)

Можно предположить, что алкоголизация сопутствует смягчению уровня искажения мышления у женщин. При этом больший удельный вес органических нарушений мышления присутствует именно среди здоровых в наркологическом плане женщин, тогда как у мужчин отмечается незначительная обратная тенденция.

Алкоголизация у женщин коррелирует с менее выраженными искажениями мышления. Можно сделать предположение, что у таких пациентов лучше сформирована критика и осознание собственной болезни. В отсутствие хорошо построенной системы реабилитации рефлексия своего заболевания способна приводить к массивной алкоголизации, как реакции на хроническую психотравмирующую ситуацию, в том числе с формированием зависимости. С другой стороны, злоупотребляющие алкоголем мужчины могли иметь органический фон к манифестному психозу. Подобное поражение головного мозга может усугублять у них нарастание процессуальных изменений в мышлении. Но этот вопрос остается дискуссионным. Вместе с тем нельзя не отметить более грубые нарушения мышления по обоим типам в ОГ. Трактую различия по полу, необходимо учитывать особенности карт нейронных связей в мозге, влияющих на гендерные способы мышления [14]. Полученные тенденции нуждаются в более тщательном и масштабном исследовании.

Особенности полиморфизма COMT напрямую связаны с уровнем утилизации

дофамина [7]. Установлено, что у гетерозигот Val158Met инактивация моноаминов ниже в 1,5 – 2 раза, а у гомозигот по аллели 158Met – в 4 раза. При исследовании особенностей частот генотипов по полиморфизму Val158Met гена COMT в общей выборке достоверных различий в уровне рассматриваемых когнитивных функций выявлено не было, все результаты представлены легким снижением.

Показатели краткосрочной памяти находились на уровне легкого снижения в ОГ для гомозигот по аллели Val158: 5,0 (5,0-6,0), причем количество «органических» ошибок в этой группе являлось преобладающим 4,0 (3,0-6,0). Прочие варианты полиморфизма были представлены пограничным результатом. Внимание находилось на уровне легкого снижения с тенденцией к истощению во всех группах. В целом, различия между группами недостоверны ($p>0,05$).

При наличии гомозиготного по аллели Val158 варианта гена COMT уровень дофамина снижен. Дефицит дофамина, опосредованный через систему вознаграждения, является предиктором развития алкогольной зависимости. Последняя приводит к органическому повреждению головного мозга, что усугубляет выраженность нарушений в сфере краткосрочной памяти и внимания.

При анализе частоты искажений мышления по шизофреническому типу в обеих группах преобладали гетерозиготные генотипы (табл. 6). Различие между группами недостоверно ($p>0,05$).

Таблица 6

Распределение частоты искажений мышления в зависимости от генотипа по полиморфизму Val158Met гена COMT

Генотип	ОГ (n=89)	КГ (n=111)
Val158Val	21,35% (n=19)	23,42% (n=26)
Met158Met	20,22% (n=18)	19,82% (n=22)
Val158Met	58,43% (n=52)	56,76% (n=63)

Снижение мышления по органическому типу представлено в таблице 7, достоверно данные между группами не различаются. Большинство наблюдений (60,32%) было представлено легким снижением мышления по органическому типу. При этом данный уровень поражения чаще наблюдался у гомозигот по аллели 158Met в ОГ (80%), гетерозигот в КГ (65%), тогда как для гомозигот по аллели Val158 был сопоставим (50% в ОГ и 55,56% в КГ) ($p>0,05$).

Частота выраженности структурных нарушений мышления (как снижения, так и

искажения) коррелирует в обеих группах сравнения, приходясь преимущественно на гетерозиготный вариант генотипа. Достоверных данных, свидетельствующих в пользу взаимосвязи процессуальных и органических ошибок, не обнаружено. Имеющиеся тенденции демонстрируют склонность к сглаживанию уровня искажений мышления при усугублении органических нарушений. Описываемая связь прослеживается для гомозигот по метионину и гетерозигот в обеих группах сравнения.

Таблица 7

Распределение частоты снижения мышления в зависимости от генотипа по полиморфизму Val158Met гена COMT

Генотип	ОГ (n=30)	КГ (n=33)
Val158Val	20,00% (n=6)	27,27% (n=9)
Met158Met	16,67% (n=5)	12,12% (n=4)
Val158Met	63,33% (n=19)	60,60% (n=20)

Проявление исследуемых когнитивных функций не ассоциировано с генотипом по полиморфизму Val158Met гена COMT. При этом в ОГ среди пациентов с генотипом Val158Val отмечается тенденция к снижению показателей краткосрочной памяти и внимания, сопряженная с меньшей выраженностью искажений мышления. Это может быть объяснено более выраженным повреждающим влиянием дофамина, способствующим преобладанию органических нарушений над процессуальными [15]. Кроме того все пациенты получали антипсихотическую терапию, сглаживающую колебания дофамина.

Следовательно, можно предположить, что условно более высокий генетически детерминированный дофаминовый потенциал пациентов на фоне нейролептической терапии позволяет меньше страдать когнитивной сфере пациентов в рамках процессуального расстройства.

При оценке функций краткосрочной памяти в зависимости от генетического полиморфизма изолированно среди мужчин и женщин получена следующая картина (таб. 8). Достоверных отличий между группами выявлено не было ($p>0,05$).

Таблица 8

Показатели по тесту Бентона, распределенные по гендеру и генотипу по полиморфизму Val158Met гена COMT

пол	ОГ		КГ	
	мужчины	женщины	мужчины	Женщины
Val158Val	5,0 (5,0-7,0)	5,0 (4,5-5,5)	6,5 (5,0-7,0)	6,0 (5,0-7,0)
Met158Met	6,0 (5,0-7,0)	5,0 (5,0-6,0)	7,0 (6,0-7,0)	6,0 (5,0-7,0)
Val158Met	6,0 (5,0-7,0)	6,0 (5,0-7,0)	6,0 (5,0-8,0)	6,0 (5,0-7,0)

В КГ показатели представлены преимущественно пограничным уровнем, тогда как в ОГ отмечаются явления снижения краткосрочной памяти. У женщин прослеживается отчетливая тенденция к ассоциированию гомозиготных вариантов с более низкими показателями в ОГ. Среди гетерозигот ОГ и во всех генетических вариантах КГ результат оказался сопоставим.

У мужчин в КГ показатели по тестам на краткосрочную память были в целом выше, приходясь на пограничный уровень, причем самые лучшие результаты продемонстрировали гомозиготы Met158Met. Наиболее низкие показатели памяти ассоциированы с алкоголизацией и гомозиготным по валину вариантом полиморфизма, что согласуется с полученными выше данными.

Результаты, полученные при анализе показателей внимания, были сопоставимы во всех подгруппах, достоверно не различались ($p > 0,05$), были представлены легким снижением с признаками истощения. Можно отметить тенденцию к большей неравномерности распределения внимания у мужчин в КГ с генотипом Met158Met. Корреляция указанного аллеля с выраженностью процессуальных изменений мышления может давать подобную картину, довольно характерную для больных шизофренией.

Кроме того, отмечается тенденция к ухудшению показателей в ОГ у женщин с генотипом Met158Met, что согласуется с данными, полученными ранее, а также с уровнем краткосрочной памяти.

Можно проследить связь нарушения исследуемых когнитивных функций с фактом алкоголизации, что также согласуется с рядом исследований [16, 17]. Имеет место тенденция к большей сохранности краткосрочной памяти в условиях относительного избытка дофамина в префронтальной коре за счет низкой активности фермента.

При анализе выраженности структурных нарушений мышления достоверных различий между группами по степени искажения мышления выявлено не было. Доля умеренных нарушений для гомозигот по аллели 158Met составила 77,7% в КГ и 54,5% в ОГ. Среди лиц, гомозиготных по аллели Val158 в ОГ умеренные нарушения были представлены 63,6%, а в КГ – 75%. Остальные наблюдения пришлось на выраженные искажения мышления.

Нарушения мышления по органическому типу преобладали у мужчин с гетерозиготным

генотипом в обеих групп сравнения, в ОГ их процент составил 66,7%, в КГ – 63,4%, что достоверно больше, чем в других аллелях ($p < 0,01$). Остальные показатели в группах сравнения по полиморфизму были сопоставимы, представлены единичными случаями с легким уровнем снижения и достоверно не различались. Это согласуется с полученными результатами в кластере искажения мышления и подтверждает усугубляющее влияние алкоголизации, опосредованной через органические изменения, на развитие шизофренических нарушений мышления. У женщин прослеживается аналогичная тенденция, частота встречаемости органических нарушений достоверно доминировала для гетерозиготного варианта генотипа обеих групп, составив 57,14% ($p < 0,05$).

Резюмируя особенности когнитивного статуса в рамках изучаемых феноменов, следует сказать об ассоциировании генотипа Val158Val с более выраженными нарушениями краткосрочной памяти и внимания у мужчин в ОГ. Полученные данные могут свидетельствовать в пользу вовлеченности COMT в качестве одного из звеньев в структуре патогенеза нарушений мышления, имеющего особенности в рамках гендера.

Выводы

Исследование не выявило значимых отличий когнитивного статуса у больных шизофренией, страдающих алкогольной зависимостью. Установлено легкое снижение краткосрочной памяти и внимания, сопровождающееся умеренными искажениями мышления, в обеих группах сравнения.

Влияние гендерного фактора состоит в том, что алкоголизация сопутствует смягчению искажения мышления у женщин и некоторому усугублению данной симптоматики у мужчин, в том числе за счет различной временной сопряженности алкоголизма и шизофрении.

Проявление исследуемых когнитивных функций у общей когорты пациентов, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью не ассоциировано с генотипом по полиморфизму Val158Met гена COMT.

Достоверно установлена взаимосвязь алкоголизации с большей выраженностью нарушений мышления для гетерозигот Val158Met гена COMT. У мужчин, страдающих шизофренией и алкоголизмом и имеющих генотип Val158Val, отмечается тенденция к снижению краткосрочной памяти и внимания. Указанный феномен также коррелирует со

сглаженностью структурных нарушений мышления по шизофреническому типу.

Прослеживается тенденция к ассоциации аллели Val158 гена COMT со снижением изучаемых когнитивных особенностей при относительной сохранности структуры мышления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Психиатрия. Ростовская научно – педагогическая школа: учебник /Под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов – н/Д: Профпресс, 2016. – С. 346-347.
2. Барыльник Ю. Б., Филиппова Н. В., Деева М. А., Собакина О. Ю. Коморбидность шизофрении с синдромом зависимости от алкоголя (результаты изучения на протяжении века) //Наркология. – 2015. – Т. 14. – №. 4. – С. 102-105.
3. Шитов Е. А., Киселев Д. Н., Шустов Д. И. Краткий обзор проблемы «двойного диагноза» (сочетание психических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) //Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – №. 2. – с. 100-105.
4. Руденко С. Л., Рычкова О. В. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – №. 1.
5. Goldstein G., Allen D.X., Sanders R.D. Sensory-perceptual dysfunction in patients with schizophrenia and comorbid alcoholism //j. clin. exp. neuropsychol. 2002. PP. 1010-1016.
6. Singh J. P. et al. A meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia //PloS one. – 2012. – Т. 7. – №. 8. – С. e43423.
7. Голимбет В. Е. Молекулярно-генетические исследования познавательных нарушений при шизофрении //Молекулярная биология. – 2008. – Т. 42. – №. 5. – С. 830-839.
8. Захаров В. В. Когнитивные расстройства без деменции: классификация, основные причины и лечение //Эффективная фармакотерапия. – 2016. – №. 1. – С. 22-31.
9. Шустов Д. И., Новиков С. А., Шустов А. Д. Психотерапия больных алкогольной зависимостью с учетом типа их личности и проявлений аутоагрессивного поведения //Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13. – №. 5.
10. Лурия А. Р. Заучивание 10 слов //Альманах психологических тестов.– Москва: КСП. – 1996. – С. 92-94.
11. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. 3-е изд. – Издательский дом "Питер", 2007.
12. Руденко С. Л., Рычкова О. В. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. №1 С.27-33.
13. Говорин Н. В., Озорнин А. С., Озорнина Н. В., Васильева А. И. Клинико-динамические особенности психопатологических и когнитивных расстройств у больных с острой шизофренией при применении риссета и галоперидола // Дальневосточный медицинский журнал. 2010. №2 С.71-74.
14. Ingallhalikar M. et al. Sex differences in the structural connectome of the human brain //Proceedings of the National Academy of Sciences. – 2014. – Т. 111. – №. 2. – С. 823-828.
15. Grant J. E., Leppink E. W., Redden S. A. Odlaug /B. L., Chamberlain S. R. COMT genotype, gambling activity, and cognition // J. Psychiatr Res. – 2015. – Vol. 68 – P. 371-376
16. Joyal C.C., Haller P., Lapierre D., Hodgins S. Drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia // Schizophr. Res. 2003. Vol. 63, N 3. P. 297–299.
17. Potvin S., Stip E., Roy J.Y. Schizophrenia and addiction: an evaluation of the self-medication hypothesis // Encephale. 2003. Vol. 29. P. 193–203.

Поступила 09.04.2021

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Дубатова И.В., Заика В.Г., Солдаткин В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

В статье представлены исследования, содержащие данные о последствиях перенесенной коронавирусной инфекции для психического здоровья у студентов медицинского ВУЗа, совмещающих учебу в дистанционном формате с работой в ковидных госпиталях. После перенесенного заболевания в легкой и среднетяжелой форме выявлены нарушения в состоянии психических функций студентов, которые могут быть следствием непосредственного повреждающего действия вируса COVID-19 на ЦНС. К ним отнесены снижение памяти, выраженные разнообразные нарушения внимания, порой приводящие к дезорганизации целенаправленной деятельности, нарушения сна (инсомния с кошмарными сновидениями), длительный, выраженный в тяжелой степени астенический симптомокомплекс. У всех студентов, работающих в ковидных госпиталях, отмечен повышенный уровень тревоги и депрессии с суицидальными мыслями, страх заражения (в том числе и повторного), что проявлялось различными компульсивными действиями (частое мытье рук, применение различных обеззараживающих средств и т.д.), что можно рассматривать как психоэмоциональную реакцию на высокие риски заражения и на перенесенное заболевание.

Ключевые слова: пандемии Covid-19, инсомния, астения, компульсивные расстройства.

**MENTAL DISORDERS OF MEDICAL WORKERS WHO HAVE BEEN
HAVING CORONAVIRAL INFECTION IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19
PANDEMIC**

Dubatova I.V., Zaika V.G., Soldatkin V.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation.
Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

The article presents studies containing data on the consequences of a coronavirus infection for students mental health who's studying in medical university and combining distance learning with work in covid hospitals. After the disease in mild and moderate-severe form, violations in the state of mental functions of students were revealed, which may be a consequence of the direct damaging effect of the COVID-19 virus on the central nervous system. These include memory loss, pronounced various attention disorders, sometimes leading to disorganization of purposeful activity, sleep disorders (insomnia with nightmares), a long-term, severe asthenic symptom complex. All students working in covid hospitals had an increased level of anxiety and depression with suicidal thoughts, fear of infection (including repeated infection), which was manifested by various compulsive actions (frequent hand washing, the use of various decontaminating agents, etc.), which can be considered as a psychoemotional reaction to the high risks of infection and the disease.

Key words: COVID-19 pandemics, insomnia, asthenia, compulsive disorders.

**COVID-19 PANDEMIYASI SHAROITIDA KORONAVIRAL INFEKTSIYANI
BOSHDAN KECHIRGAN TIBBIYOT XODIMLARINING RUHIY KASALLIKLARI**

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-Don, Rossiya

✓ **Rezyume**

Maqolada masofaviy o'qitishni kovid kasalxonalarida ishlash bilan birlashtirgan tibbiyot talabalarining keyinga qoldirilgan koronavirus infeksiyasining ruhiy salomatligi uchun oqibatlarini to'g'risidagi ma'lumotlar keltirilgan tadqiqotlar keltirilgan. Yengil va o'rtacha og'ir shaklda kasallikka chalinganidan so'ng, o'quvchilarning aqliy funksiyalari holatidagi buzilishlar aniqlandi, bu COVID-19 virusining markaziy asab tizimiga to'g'ridan-to'g'ri zararli ta'sirining natijasi bo'lishi mumkin. Ular orasida xotiraning yo'qolishi, diqqatning turli xil buzilishlari, ba'zida maqsadga muvofiq faoliyatni uyg'unlashishiga olib keladigan uyqu buzilishi (yomon tushlar bilan uyqusizlik), uzoq muddatli, asthenik simptomlar majmuasi kiradi. Kovid kasalxonalarida ishlaydigan barcha talabalar o'z joniga qasd qilish fikri, yuqtirish qo'rquvi (shu jumladan takroriy) xavotir va tushkunlik darajasi oshganligini ko'rsatdilar, bu turli xil majburiy harakatlar (tez-tez qo'l yuvish, turli dezinfektsiyalovchi vositalardan foydalanish va boshqalar) bilan namoyon bo'ldi, bu mumkin infeksiyaning yuqori xavfiga va o'tkazilgan kasallikka psixosotsial reaksiya sifatida qaralishi kerak.

Kalit so'zlar: COVID-19 pandemiyasi, uyqusizlik, asteniya, kompulsiv kasalliklar.

Актуальность

Многочисленные исследования, проведенные в мировом научном сообществе, свидетельствуют о существенных неблагоприятных последствиях ситуации пандемии COVID-19 для психического здоровья населения [1].

Многие ученые считают, что последствия эпидемии COVID19 отражают вовлечение всех систем организма в стресс-индуцированные реакции организма. Головной мозг в этом случае может быть как мишенью, так и инициатором стрессовой реакции, запуская процессы, с помощью которых стресс влияет на различные системы организма [2].

Люди, перенесшие COVID-19 даже в не тяжелой форме, сталкиваются с классическими поствирусными последствиями: гипоксической составляющей (негативное воздействие на клетки мозга из-за дефицита кислорода), токсической составляющей и психоэмоциональными реакциями. Все это вызывает нарушения, которые клинически могут проявляться вегетативной дисфункцией, тревожностью, депрессией, нейрокогнитивными нарушениями, астеновегетативным синдромом [3].

По мнению многих авторов, у выписавшихся из ковидных госпиталей в 56% случаев отмечаются различные психопатологические синдромы - посттравматическое стрессовое расстройство (28%), депрессивные (31%), тревожные (42%), обсессивно-компульсивные расстройства (20%) и, особенно часто, инсомнические нарушения (40%) [4]. Считается, что коронавирус способен

провоцировать развитие психопатологии, непосредственно воздействуя на центральную нервную систему или опосредованно через иммунный ответ [5]. Помимо органических изменений на психику пациента действует стресс нахождения в палатах интенсивной терапии, страх перед пандемией и социальные ограничения. Это может способствовать развитию посттравматического стрессового расстройства (32,2%), клинически выраженных депрессии (14,9%) и тревоги (14,8%) [6].

Медицинские работники (врачи, медсестры, студенты, работающие в «красной зоне») подвержены наиболее значительному риску развития психических расстройств. Исследования китайских ученых показали, что все категории медицинских работников относятся к группам повышенного риска, причем во время вирусных эпидемий психические расстройства чаще возникают среди медицинского персонала, который имеет относительно высокий риск влияния (занимаются лечением и уходом за больными), чем медики, которые не контактируют с больными (низкий риск влияния). Исходя из этих результатов многочисленных исследований, в Китае, принявшем удар пандемии первым, медицинские работники, имеющие контакт с заболевшими COVID-19 пациентами были внесены в группы первоочередного оказания психологической помощи для снижения риска негативных последствий [7-9].

Основными причинами повышенного риска развития психических расстройств среди

медицинских работников авторами выделяются - длительный рабочий день, высокий риск заражения, длительное время нахождения в костюме необходимой защиты, постоянное одиночество в связи с нахождением в ковидном отделении, а также постоянно нарастающая усталость и длительная разлука с семьей. Также значительную роль привносит несоответствие условий труда и фактические потребности работников здравоохранения каждой конкретной больницы. [10,11].

Данные, проведенные на основе самоопросников Xiao et al.(2020) показывают, что большинство медицинских работников испытывают более выраженную тревогу, которая сопровождается постоянно переживанием стрессом, ухудшением качества и продолжительности сна, а также ухудшая социальное взаимодействие и самооценку [12]. Предрасполагающими факторами повышенной уязвимости медицинских работников в условиях пандемии коронавирусной инфекции являются чрезмерная рабочая нагрузка, опасности физического истощения, формирование страха, эмоциональных расстройств и проблем со сном [13]. Порой ситуации работы медицинских работников приближаются к условиям военного времени: высокий риск заражения, связанный с непосредственной угрозой для здоровья и, порой, самой жизни, тяжелая физическая нагрузка, связанная с оказанием помощи заболевшим (постоянный мониторинг всех жизненных функций больных COVID-19, многочисленные инъекции, подключение к ИВЛ, кислородные маски) моральная нагрузка, чувство вины, когда приходится наблюдать смертельные исходы. Можно сказать, что медицинские работники переживают каждый раз психическую травму, что является патопластической базой для развития самой разнообразной психической патологии.

В настоящее время данные о пациентах-медиках, выздоровевших от COVID-19, очень ограничены.

Цель исследования: Изучение нарушения психических функций в условиях пандемии COVID-19 у медицинских работников (студентов), работающих в ковидных госпиталях и перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы

В исследовании на добровольной основе приняли участие 150 студентов Ростовского государственного медицинского университета 4-5 курсов в возрасте 20-22 лет. 90 человек

анкетированных совмещали работу в ковидных госпиталях и дистанционную учёбу в университете, а 60 человек находились на дистанционном обучении без дополнительной работы в медицинских учреждениях. 40 студентов работали в ковидных госпиталях на базе ЦГБ г. Ростова-на-Дону, 35 человек на базе Ростовской областной клинической больницы №1 и 15 человек на базе городской больницы №20. Исследование проводилось в течение 8 месяцев: с 15 июня 2020 г. по 15 февраля 2021 года. 90 студентов, работающих в ковидных госпиталях одновременно с дистанционным обучением были разделены на две группы: 1 группа (n=50), заразившиеся и переболевшие COVID-19 за период наблюдения и 2 группа (n=40) не заболевших за время работы студентов. 3 группу составили 60 студентов, находившихся только на дистанционном обучении.

Соотношение студентов мужского и женского пола было следующим: в 1 группе 20 (40%) и 30 (60%), во 2 группе 18 (45%) и 22 (55%), в 3 группе 24 (40%) и 36 (60%), соответственно. Статистически значимого различия между числом студентов мужского и женского пола в отдельных группах, как и межгрупповых различий не наблюдалось ($p>0,05$).

Анализ психических функций проводился с помощью созданной нами анкеты «COVID-19 и его влияние на психические функции». Интернет-опросник создавался на платформе Google, анализ данных и построение диаграмм производилось с помощью табличного процессора Microsoft Excel. Полученные результаты сводили в единую базу в электронных таблицах и производили проверку статистической значимости различия долей с помощью Хи квадрат Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность.

Результат и обсуждения

В 1 группе из 50 человек, переболевших вирусной инфекцией, у 32 человек (64%) Covid-19 был лабораторно подтвержден методом ПЦР, 18 (36%) человек имели отрицательный результат генетического теста, но отмечали у себя характерную для данной вирусной инфекции клиническую картину - лихорадку, кашель, одышку. Во 2 группе студенты, несмотря на высокий риск, оставались здоровыми во время наблюдения. В 3 группе отмечалось 7 (11,7%) заболеваний вирусной инфекцией: Covid-19 был лабораторно подтвержден методом ПЦР у 3 (42,9%) человек.

На первом этапе различия в изменении психических функций сравнивали между 1 и 2 группами.

Таблица 1

Частота изменений психических функций у студентов 1 и 2 групп

Изменения психических функций	1 группа N=50		2 группа N=40		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Раздражительность, агрессивность	36	72,0	8	20,0	<0,001
Суицидальные мысли	4	8,0	0	0	0,18
Резкое усиление тревоги и депрессии	37	74,0	11	28,0	<0,001
Нарушения сна	28	56,0	3	8,0	<0,001
Когнитивные расстройства со снижением успеваемости	32	64,0	5	13,0	<0,001
Страх заражения	24	48,0	9	23,0	0,02
Выраженная астения	38	76,0	12	30,0	<0,001
Компульсивные действия	23	46,0	8	20,0	0,02

В 1 группе после перенесенной инфекции 36 (72%) студентов отмечали у себя эмоциональные расстройства в виде раздражительности, изменения поведения, в частности, вспыльчивости, агрессивности, что ранее им не было свойственно. При этом 4 (8%) респондентов отмечали наличие суицидальных мыслей. Среди переболевших студентов 1 группы у 37 (74%) человек имело место значительное усиление уровня тревоги и депрессии. 28 (56%) человек отмечали проблемы со сном (долгое засыпание и частые пробуждения, кошмарные сновидения). 32 человека (64%) опрошенных отмечали у себя трудности в запоминании информации и концентрации внимания, что приводило к снижению успеваемости. У 24 (48%) анкетированных в 1 группе появились навязчивые мысли и страхи повторного инфицирования, навязчивые желания избежать этого (самое распространенное – вымыть руки и лицо), что купировалось выполнением определенных ритуалов (46%). Выраженная астения в 1 группе встречалась у 38 (76%) опрошенных.

На следующем этапе уточняли, насколько сказывалась на изменении психических функций работа студентов в ковидных госпиталях? Можно ли связать изменения психических функций в 1 группе с перенесенной вирусной инфекцией либо это следствие работы в ковидных госпиталях? С этой целью выявленные симптомы одновременно оценивались и сравнивались во 2 и 3 группах (таблица 2). Из представленных данных следует, что при одновременной работе в ковидных госпиталях и учебе во 2 группе, несмотря на отсутствие вирусного заболевания, по сравнению с только обучающимися студентами в рамках дистанционной формы образования статистически значимо повышалась частота раздражительности (20% против 3,3%, $p=0,02$), страха заражения (23% против 3,3%, $p=0,008$), астении (30% против 0%, $p<0,001$), усиливалась тревога и депрессия (28% против 8,3%, $p=0,02$), чаще наблюдались компульсивные действия (20% против 5%, $p=0,04$).

Таблица 2

Частота изменений психических функций у студентов 2 и 3 групп

Изменения психических функций	2 группа N=40		3 группа N=60		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Раздражительность, агрессивность	8	20,0	2	3,3	0,02
Суицидальные мысли	0	0	0	0,0	1,0
Резкое усиление тревоги и депрессии	11	28,0	5	8,3	0,02
Нарушения сна	3	8,0	2	3,3	0,64
Когнитивные расстройства со снижением успеваемости	5	13,0	1	1,7	0,07
Страх заражения	9	23,0	2	3,3	0,008
Выраженная астения	12	30,0	0	0,0	<0,001
Компульсивные действия	8	20,0	3	5,0	0,04

Таким образом, работа в ковидных госпиталях неблагоприятно сказывалась на состоянии психических функций студентов. Однако, перенесенная вирусная инфекция расширила спектр отклонений психических функций и отчетливо усилила их выраженность.

Выводы

Таким образом, в результате исследования были получены данные, согласно которым коронавирусная инфекция может негативно влиять на психические функции ЦНС, вызывая аффективные расстройства, нарушения поведения, а также интеллектуально-мнестические расстройства, инсомнию с кошмарными сновидениями, что можно объяснить органической природой поражения головного мозга вирусом Covid-19. Вместе с тем, почти в половине случаев наблюдались психические расстройства в виде различного вида ситуационных навязчивых страхов и компульсивного поведения, что, с нашей точки зрения, связано с психоэмоциональной реакцией на перенесенную инфекцию. Все это, в конечном итоге, оказало влияние на качество жизни студентов, возможность реализации их планов в учебе и работе.

Более подробные последствия воздействия Covid-19 на психические функции возможно будет оценить спустя определенное время при наборе большего количества научного материала, поэтому мы надеемся на рост заинтересованности и поиск решения этой проблемы в медицинском сообществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Zhou, X. (2020). Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) outbreak // *Psychiatry Research*, 112895. DOI:10.1016/j.psychres.2020.112895
2. Акарачкова Е.С. Котова О.В. Кадырова Л.Р. Эпидемия COVID-19. Стресс-связанные последствия. /Учебное пособие для врачей. – Казань: КГМА, 2020. – 42с.
3. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A., Davies N., Pollak T., Tenorio E. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. // *Lancet Psychiatry* 2020. Published Online June 25, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X).
4. Mazza M.G., De Lorenzo R., Conte C., Poletti S., Vai B., Bollettini I., Melloni E.M.T., Furlan R., Ciceri F., Rovere-Querini P. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; Jul 30

- [online ahead of print]. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>.
5. Najjar S., Pearlman D.M., Alper, K. Neuroinflammation and psychiatric illness. // *J Neuro inflammation*. 2013; 10: 816 <https://doi.org/10.1186/1742-2094-10-43>.
 6. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., Pollak Th.A., McGuire Ph., Fusar-Poli P., Zandi M.C., Lewis G., David A.S. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. // *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 611–27. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).
 7. Dong L, Bouey J. Public mental health crisis during COVID- 19 Pandemic, China. *Emerging infectious diseases*. 2020;26(7). [Ahead of print, published online 23 March 2020]. doi:10.3201/eid2607.200407
 8. Wuhan Mental Health Center. Psychological Crisis Intervention for "Novel Pneumonia" (in Chinese). <http://dy163com/v2/article/detail/F3URP4L805346KFDhtml>(access February 23, 2020) 2020.
 9. National Health Commission of China. Principles for Emergency Psychological Crisis Intervention for COVID-19 Pneumonia Epidemic (in Chinese) <http://www.nhcgov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467shtml> (access February 17, 2020) 2020.
 10. Chen Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., Zhang, Z., 2020. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 7 (4), e15–e16.
 11. Kadam, A. B., & Atre, S. R. (2020). Social media panic and COVID-19 in India. *Journal of Travel Medicine*. doi:10.1093/jtm/taaa057
 12. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N., 2020b. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Med. Sci. Monit*. 26, e923921.
 13. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020 Mar 15;16(10):1732-1738. doi:10.7150/ijbs.45120. eCollection 2020

Поступила 09.04.2021

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА

Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я.

ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», Ростов-на-Дону, Россия
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации. Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

В данной статье представлен обзор современной научной литературы, посвященной расстройствам половой идентификации у детей и подростков. Выделены основные подходы к пониманию данного феномена, а также проблемы современного представления о феномене полоролевых нарушений.

Ключевые слова: половая идентификация, медико-социальная парадигма, полоролевая модель.

GENDER IDENTIFICATION DISORDERS IN ADOLESCENTS: A MODERN MEDICAL AND SOCIAL PARADIGM

Dyachenko A.V., Bukhanovskaya O.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya.

LLC "Treatment and Rehabilitation Scientific Center" PHOENIX ", Rostov-on-Don, Russia
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University"
of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

This article provides an overview of the current scientific literature on gender identity disorders in children and adolescents. The main approaches to understanding this phenomenon, as well as the problems of the modern understanding of the phenomenon of sex-role disorders, are highlighted.

Key words: gender identification, medical and social paradigm, gender role model.

O'SMIRLARDA JINSNI ANIQLASH BUZILISHI: ZAMONAVIY TIBBIY VA IJTIMOIIY PARADIGMA

Dyachenko A.V., Buxanovskaya O.A., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya.

MChJ "FOENIX" davolash va reabilitatsiya ilmiy markazi, Rostov-Don, Rossiya
Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat
byudjet oliy ta'lim muassasasi. Rostov-Don, Rossiya

✓ **Rezyume**

Ushbu maqolada bolalar va o'spirinlarda gender identifikatsiyasining buzilishi bo'yicha mavjud ilmiy adabiyotlarga umumiy nuqtai nazar berilgan. Ushbu hodisani tushunishning asosiy yondashuvlari, shuningdek, jinsiy-rol buzilishi hodisasini zamonaviy tushunish muammolari ta'kidlangan.

Kalit so'zlar: gender identifikatsiyasi, tibbiy va ijtimoiy paradigma, gender namunasi.

Актуальность

Клинические особенности, механизмы развития и способы коррекции расстройств половой идентификации (РПИ) были подробно описаны в научной литературе во второй половине XX века. Однако пересмотр научной парадигмы, возникшие в связи с этим

противоречия в медицинском сообществе, а также наблюдаемое во многих странах беспрецедентное увеличение числа обращений по поводу изменения пола [1-3], обуславливают актуальность исследования данной проблемы в контексте современных реалий.

Цель исследования: на основании обзора современно концепций полоролевой идентификации в норме и при патологии проанализировать значение смены медико-социальной парадигмы для клинической практики.

Методическая часть исследования: для достижения поставленной цели по ключевым словам «расстройства половой идентификации», «гендерная дисфория», «трансгендерность», «изменение пола» был осуществлен информационный поиск в агрегаторах научной литературы MedLine и eLibrary на английском и русском языках соответственно.

Общая характеристика научного материала

В современной науке изучение РПИ проводятся преимущественно в рамках «гендерных исследований», относящихся к гуманитарным дисциплинам (психологии, социологии, философии и т.д.). Данные опубликованных мета-анализов указывают на то, что сведения, полученные в результате гендерных исследований, не являются однозначными [4-9]. Так, P.W Hruz et al. (2020) к недостаткам современного представления о РПИ относят ограниченный объем существующей научной литературы, отсутствие рандомизированных проспективных исследований, небольшие размеры выборок, несовершенство критериев включения, короткую продолжительность исследований, высокий процент выбывших пациентов и зависимость от мнения «экспертов» [9].

Распространенность расстройств половой идентификации

Распространенность РПИ среди современной молодежи составляет около 1% [10-12]. K.J. Zucker приводит аналогичные цифры - от 0,5% до 1,3% - но вносит важное уточнение, указывая на значительно более высокую встречаемость РПИ в группе детей и подростков по сравнению с выборкой взрослых [13]. Это согласуется с данными о том, что от 70% до 94% несовершеннолетних, выражающих недовольство полом, впоследствии отказываются от трансролевой самопрезентации [14-16].

Клинические проявления

Современные данные о клинических проявлениях РПИ весьма неоднозначны [17-18]. Описаны врожденные и относительно стабильные состояния, развитие которых

происходит параллельно психосексуальному созреванию, и варианты со «стремительным» возникновением полоролевых нарушений. Пациенты могут определять себя инверсно по отношению к полу или вне рамок бинарной полоролевой модели. В качестве базового клинического феномена, обуславливающего обращение за психолого-психиатрической помощью, выделяется гендерная дисфория – т.е. состояние психологического дистресса, вызванного неприятием своего биологического пола и полоролевого статуса [13]. Подавляющее большинство исследователей указывают на высокую распространенность психических расстройств у лиц с РПИ, а также высокий суицидальный риск в данной группе пациентов [19]. Приведены многочисленные данные об особой склонности детей с полоролевыми нарушениями к самостигматизации, депрессии, расстройствам пищевого поведения, алкоголизации, наркотизации, членовредительству и суицидальному поведению [20-23]. В систематическом обзоре L.D. deFreitas (2020) указано, что в среднем у 53,2% трансгендеров обнаруживается хотя бы одно психическое расстройство на протяжении жизни. Среди этих расстройств наиболее часто выявляли расстройства настроения (42,1%), тревожные расстройства (26,8%) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ/ злоупотреблением психоактивными веществами (14,7%) [24].

Социальные предпосылки и последствия депатологизации РПИ

Идеологическим базисом для расширения границ приемлемости в отношении полоролевого поведения стала гендерная теория, концептуально родственная феминизму, социальному конструктивизму, трансгуманизму и постмодернизму. Она детерминирует половую идентификацию исключительно воспитанием, принятыми в макро- и микросоциальной среде стереотипами полоролевого поведения, а также выбором личности [25]. Механизмы возникновения РПИ в рамках гендерной теории объясняются противоречиво. Не отрицая результаты более ранних исследований о биологической природе РПИ у транссексуалов, новая концепция утверждает свободу полоролевого позиционирования для всех людей. В соответствии с этим, с одной стороны, утверждается право на выбор самоидентификации, с другой - говорится о

непреодолимости идентичности у трансгендеров, что обуславливает необходимость создания для них особых условий для адаптации. Провозглашая абсолютную свободу выбора модели полоролевого поведения, гендерная теория обесценивает мотивы этого поведения и объединяет в группу «трансгендеров» (гендернонеконформных людей, транс-меньшинств и т.п.) все варианты РПИ независимо от их природы, стабильности, феноменологии, динамики развития, сроков возникновения [26]. Наравне с транссексуалами к трансгендерам относят себя лица с трансвестизмом, некоторые гомосексуалы, а также нонконформисты, осознанно демонстрирующие свою приверженность либеральным ценностям и идеологии трансгуманизма через отказ от социально приемлемых полоролевых стереотипов.

Следуя идее о свободе самопозиционирования, попытки изучения факторов предрасположения к «трансгендерности» становятся бессмысленными. Возможно по этой причине таких работ в современной научной литературе мало. Считается, что лица с расстройствами аутистического спектра более склонны к трансгендерному позиционированию [27-29], однако природа связи между этими состояниями не обоснована. Редкими и малоинформативными являются результаты исследования генетических, нейроморфологических и нейроэндокринных факторов [30-32].

Социально-политические и правовые влияния

Увеличение числа лиц, стремящихся к позиционированию вне половой принадлежности, может быть объяснено более высокой обращаемостью пациентов на фоне повышения доступности медицинской и психологической помощи [3] и коренного изменения социальной парадигмы в отношении РПИ [33].

Принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности были приняты группой профильных экспертов 6-9 ноября 2006 г. в Джокьякарте (Индонезия) и теперь известны как Джокьякартские принципы (Yogyakarta Principles). В состав экспертной группы вошли специалисты по вопросам прав человека различного профиля из различных регионов, среди которых были судьи, ученые, экс-верховный комиссар ООН по правам человека,

специальные докладчики Комиссии по правам человека, члены договорных органов по правам человека, представители независимых правозащитных организаций. Согласно Джокьякартским принципам, странам надлежит включить принцип универсальности в свои национальные конституции и законодательные акты, а также осуществлять образовательные и просветительские мероприятия, направленные на обеспечение обладания всеми правами и свободами для всех лиц в полном объеме вне зависимости от их полоролевой идентификации. Достаточное внимание уделяется праву на равенство и недискриминацию — «каждый человек имеет право на осуществление всех прав и свобод без дискриминации по признаку сексуальной ориентации или гендерной идентичности». В «Декларации ООН по вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности» от 18.12.2008 г. небинарное полоролевое позиционирование было причислено к требующим защиты правам человека. Страны-члены ООН были призваны принять законодательные и административные меры «чтобы сексуальная ориентация или гендерная идентичность ни при каких обстоятельствах не могли быть основой для уголовного наказания, в частности, для казней, арестов или задержания, ... и чтобы нарушения прав человека, основанные на сексуальной ориентации или гендерной идентичности, были расследованы и виновные привлечены к ответственности и преданы суду». Данный документ был подписан 96 из 193 стран-членов ООН, в том числе всеми государствами Европейского союза, США, Канадой, Японией. В своем докладе от 2009 г. Комиссар Совета Европы по правам человека рекомендовал государствам «проводить подготовку специалистов-медиков, включая психологов психиатров и терапевтов, с учетом потребностей трансгендеров и требований к уважению их достоинства»; «обеспечить доступность для трансгендеров процедур коррекции тела, таких как гормонотерапия, хирургическое вмешательство и психологическая поддержка, и обеспечивать, чтобы эти расходы компенсировались в рамках государственной системы медицинского страхования» [33].

Противодействие подверженности лиц с РПИ дискриминации и насилию

В 2013 г. стартовала глобальная кампания ООН «Свободные и равные», которая направлена на защиту геев, лесбиянок, би- и транссексуалов от дискриминации [33].

Одновременно с этим, причины возникновения гендерной дисфории, обуславливающей обращение «трансгендеров» в медицинские учреждения, в рамках данного подхода принято связывать преимущественно с невозможностью индивида открыто идентифицировать себя желаемым образом и реализовывать соответствующее полоролевое поведение в условиях оказываемого социального давления (дискриминации, трансфобии и т.п.). Заявление Американской психиатрической ассоциации (2012) гласит: «Трансгендерность или гендерная вариативность не подразумевает ухудшения суждений, стабильности, надежности, общих социальных или профессиональных способностей; однако эти люди часто подвергаются дискриминации из-за отсутствия защиты гражданских прав на их гендерную идентичность или самовыражение.... Такая дискриминация и отсутствие равных гражданских прав наносят ущерб психическому здоровью трансгендеров и лиц с вариантами пола» [34]. Мета-анализ S.M. Peitzmeier (2020), включивший 85 публикаций (49 966 участников), показал, что по сравнению с цисгендерными людьми у трансгендеров в 2,2 раза выше вероятность подвергнуться физическому насилию и в 2,5 раза – сексуальной агрессии [35].

Проблема уязвимости трансгендеров перед дискриминацией и агрессией акцентируется и в научной литературе. G.R. Murchison et al. (2019) проанализировали сведения, полученные со слов 3673 американских подростков с РПИ: о случаях сексуального насилия в течение прошедших 12 месяцев сообщили 26,5% девушек и 18,5% юношей с инверсной идентификацией, 27,0% девушек и 17,6% юношей с небинарным позиционированием [36]. Значительное внимание уделяется «недостаточной культурной осведомленности» медицинских работников в отношении актуальных норм полоролевого поведения, препятствующей получению помощи молодым людям с РПИ [16; 36]. Сообщается о случаях отказа в услугах, проявлении грубости, вербального и физического насилия в медицинских учреждениях по отношению к несовершеннолетним с полоролевыми нарушениями [37]. Приводятся сведения о том, что молодые трансгендеры часто подвергаются насилию со стороны как сверстников, так и членов семьи. В исследовании K. Peng et al. (2019) из 385 подростков с РПИ 295 человек (76,6%) сообщили о том, что подвергались насилию или издевательствам в школе со

стороны одноклассников или учителей в связи с отклоняющимся полоролевым позиционированием. Из 319 респондентов, раскрывшихся родителям в своих переживаниях, 296 (92,8%) подвергались пренебрежению или насилию внутри семьи [37]. В целом, непринятие ближайшим окружением трансгендерной идентификации, противодействие стремлению пациентов к желаемой самопрезентации выделяется в качестве одного из основных источников гендерной дисфории.

Отношение семьи к несовершеннолетним детям с РПИ

Преодолению родительского «предубеждения» придается роль одного из важнейших компонентов профилактики суицидов среди детей с РПИ [11]. По данным R. Travers et al. (2012), обследовавших 433 подростков-трансгендеров, число попыток самоубийства среди тех, чьи родители поддерживали их, составил 4% и 60% среди лиц, чьи родители не выразили поддержки [38].

Многие современные специалисты выступают за предоставление трансгендерным детям полного права на самоопределение вне зависимости от мнения законных представителей [19]. В некоторых странах контроль за соблюдением права несовершеннолетних на «гендерное самовыражение» осуществляют государственные службы – сотрудники общеобразовательных и медицинских учреждений, полиция, социальные работники. Ярким примером такой практики является Норвегия, где действует государственная служба по помощи и поддержке детям и подросткам Barnevernet, имеющая широкие полномочия – вплоть до лишения родителей права опеки.

В этих условиях представляется парадоксальным тот факт, что в научной литературе представлено крайне низкое число работ, исследующих проблему РПИ у несовершеннолетних с позиции родителей. В ходе исследования, проведенного в 2018 г. в Университете Брауна (США), были проанализированы 256 анкет родителей детей со «стремительным» развитием РПИ. Его автором было установлено, что подростки (средний возраст на момент исследования составлял 16,4 года) сообщали о своей «трансгендерной идентификации» в среднем в возрасте 15 лет. При этом 41% из них выражали негетеросексуальную ориентацию до того, как стали идентифицировать себя как трансгендеры. У 62,5% подростков было

диагностировано, по крайней мере, одно психическое расстройство или нарушение развития нервной системы до возникновения жалоб на гендерную дисфорию. При этом число установленных диагнозов варьировало от 1 до 7. О субъективном снижении психического здоровья родителям сообщили 47,2% детей. Более половины опрошенных (57,3%) отмечали ухудшение отношения к ним со стороны других детей. Кроме того, наблюдались и иные изменения поведения: выражение недоверия к нетрансгендерам (22,7%); отказ проводить время с друзьями, не являющимися трансгендерами (25,0%); стремление к изоляции от членов семьи (49,4%); исключительное доверие к информации об РПИ из «трансгендерных» источников (46,6%). Большинство (86,7%) родителей сообщили, что, наряду с внезапным или быстрым возникновением РПИ, их ребенок либо стал больше времени проводить в Интернете и социальных сетях, либо общался в компании, в которой один или несколько друзей стали трансгендерами [17].

Диагностика РПИ в МКБ-11

В соответствии с новой социальной парадигмой в современной медицине коренным образом изменились подходы к диагностике полоролевых нарушений. Согласно официальной позиции ВОЗ, полоролевая идентификация сама по себе не является предметом психиатрического анализа и подобно политическим или религиозным убеждениям должна рассматриваться исключительно в контексте гражданских свобод и индивидуально-психологической вариативности. Выделенная в МКБ-11 группа нарушений «Гендерное несоответствие», заменившая «Расстройства половой идентификации», была перенесена в главу 17 «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем». Эта новая группа включает 3 подраздела: гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА60); гендерное несоответствие в детском возрасте (НА61); другие виды гендерного несоответствия (НА6Z). Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА60) характеризуется выраженным и стойким несовпадением гендера и приписанного при рождении пола лицами, имеющими по крайней мере два из нижеперечисленных признаков: сильное неприятие или дискомфорт первичных или вторичных половых признаков; сильное желание избавиться от некоторых или всех своих первичных и/или вторичных половых

признаков из-за их несоответствия с гендером; сильное желание иметь первичные и/или вторичные половые признаки ощущаемого гендера. Человек испытывает сильное желание жить и быть принятым как носитель ощущаемого гендера. Ощущение гендерного несовпадения должно присутствовать непрерывно, по крайней мере, в течении нескольких месяцев.

Влияние медицинских мероприятий по изменению пола на психическое благополучие лиц с РПИ

Американской психологической ассоциацией (АРА) и Американской ассоциацией педиатров (ААР) была предложена «модель гендерно-позитивной помощи». Данный подход, ориентированный, как указывается, на «понимание и оценку гендерного опыта, непредвзятое партнерство с молодыми людьми и их семьями», провозглашает следующее:

1. трансгендерная идентичность и различные гендерные выражения не являются психическим расстройством;
2. вариации в гендерной идентичности и самовыражении являются нормальными аспектами человеческого разнообразия, а бинарные определения пола не всегда отражают возникающие гендерные идентичности;
3. гендерная идентичность развивается как взаимодействие биологии, развития, социализации и культуры;
4. если проблема психического здоровья существует, она чаще всего является следствием стигмы и негативного опыта, а не присуща ребенку [34].

В ряде стран довольно активно обсуждается вопрос о сокращении противопоказаний со стороны возраста для проведения медицинских мероприятий по изменению пола. Среди прочих мер, речь идет о возможности проведения гормональной заместительной терапии лицам, не достигшим пубертатного возраста [4]. Различные общественные организации, выступающие за либерализацию показаний к изменению пола, утверждают, что возраст медицинского вмешательства должен зависеть от степени обратимости лечения. Согласно этому предложению, гормональная блокада, рассматриваемая Всемирной профессиональной ассоциацией здоровья трансгендеров как «обратимая», может быть проведена уже в 9 лет, в то время как процедуры, которые считаются «необратимыми», такие как генитальная хирургия, будут ограничены взрослыми [16].

Некоторые авторы настаивают на необходимости утверждения права на проведение гормонального блокирования пубертата без согласия родителей [5].

Опубликовано большое количество данных в пользу того утверждения, что реализация мероприятий по изменению пола способствует улучшению адаптации, снижению показателей тревоги, депрессии и суицидального риска у детей [6, 10, 26]. В целом, большинство исследователей указывают на высокий уровень удовлетворенности лицами с РПИ без клинической дифференциации проведенной трансформацией [7]. Однако представлены и методологически схожие работы, демонстрирующие отрицательный результат. Так, S.L. Reisner et al. (2015) провели ретроспективное когортное исследование медицинских карт 180 пациентов с РПИ в возрасте от 12 до 29 лет, обследованных в период с 2002 по 2011 г. в одной из клиник в Бостоне (США). Было установлено, что лица с РПИ сообщали о депрессии, тревожности, аутодеструктивных переживаниях, а также опыте стационарного и амбулаторного психиатрического лечения в 2-3 раза чаще по сравнению с группой лиц без полоролевых нарушений. Но статистически значимых различий в результатах оценки показателей психического здоровья не наблюдалось при сравнении пациентов разных полов с поправкой на возраст, этническую принадлежность и прием гормональных препаратов [8]. Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на беспрецедентную либерализацию полоролевого поведения в ряде стран количество суицидов в группе лиц с РПИ остается крайне высокими и составляет 50-93% [16, 19].

Позиция российских специалистов

Научная обоснованность произошедших изменений в подходах к систематике, диагностике и терапии РПИ вызывает сомнения у значительной части российских специалистов. Г.Е. Введенский и С.Н. Матевосян (2017), анализируя изменение подхода к диагностике РПИ в МКБ-11, высказались следующим образом: «... предложения Рабочей группы по изменению в МКБ-11 рубрик сексуальных расстройств во многом основываются на социальных последствиях болезней и «правовых соображениях» в субъективной идеологической интерпретации при попытках игнорирования клинической психопатологической феноменологии и явной тенденцией к ее

депатологизации, что отрицательно скажется на возможности использования классификации в работе практикующих врачей-психиатров и сексологов» [41]. Н.Д. Кибрик и М.И. Ягубов (2018) выразили аналогичное предостережение: «... такая депатологизация лиц, желающих сменить пол, может повлечь серьезные последствия, так как не принимается в расчет то, что это состояние нередко может сочетаться с психическими заболеваниями или быть их проявлением, а также заключать в себе явную или скрытую опасность суицида» [42].

В российской сексологии укрепились представления о человеческом поле как о трёхмерной структуре, включающей, кроме биологической составляющей, социальную и психическую детерминанты [43-44].

Социокультурное разделение полов (социальный пол) проявляется в различных сферах общественного взаимодействия: гражданско-правовой, морально-этической, материально-бытовой, педагогической, профессиональной, религиозной, сексуальной, а также языке, стиле поведения, внешнем виде и многих других [43]. Как видно, социальный пол имеет связь с культурной средой, а потому имеет различные проявления в разных странах и в разные временные периоды.

Психический половой деморфизм (психический пол) представлен комплексом ментальных и поведенческих свойств, отличающих мужчин от женщин. На субъективном уровне психический пол формирует свойственное большинству людей ощущение тождественности с одним из полов, сознание своего «Я» как мужчины или женщины, осознание обусловленных полом черт своей личности, стремление к регуляции полоролевого поведения в соответствии с ощущаемым полом. Данный феномен был назван Г.С. Васильченко половым самосознанием [44]. В более современной литературе в аналогичном смысле используется термин половая идентичность [45-47]. Природа этого явления остаётся недостаточно изученной. Считается, что это сложная психическая структура, детерминированная как биологическими, так и социальными влияниями, включающая врождённые и приобретённые, стабильные и изменчивые параметры. Согласно представлению отечественных ученых, половое самосознание, задатки и способности личности, участвующие в становлении полоролевого поведения, как и телесные половые признаки, являются биологически обусловленными [44, 48]. Таким образом, в случае соответствия психического

пола хромосомному набору следует говорить о «нормативной» половой идентичности, при их несовпадении – о «расстройстве (нарушении) половой идентичности». Последнее может быть врожденным, обусловленным гипотетическими внутриутробными влияниями в период половой дифференциации мозга плода, или приобретенным, возникшим под воздействием социальных условий, индивидуальных личностных особенностей или психического заболевания.

Заключение

Изменившиеся диагностические подходы формируют новые условия работы психиатров с пациентами, обращающимися с запросом на изменение пола. Однако эта работа по-прежнему требует дифференцированного, идеологически индифферентного подхода. Независимо от актуальной медико-социальной парадигмы или политических влияний, пациенты, заявляющие о желании изменить пол, нуждаются в тщательной клинической диагностике с исключением психических расстройств. Мы полагаем, что вектор развития современной психиатрии должен быть связан не с депатологизацией отдельных нозологических единиц, а с дестигматизацией психических расстройств. Такая установка представляется нам единственно перспективной, полностью соответствующей цели примерить две разобщенные сегодня составляющие концепции расстройств половой идентификации – социально ориентированную и научную.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Fuss J., Auer M.K., Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2015; 28(6): 430-4. doi:10.1097/YCO.0000000000000203.
2. Frisén L., Söder O., Rydelius P.A. Dramatic increase of gender dysphoria in youth. *Lakartidningen*. 2017 Feb 22; 114. pii: EFMV
3. Skordis N., Butler G., de Vries M.C., Main K., Hannema S.E. ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Horm. Res. Paediatr*. 2018; 90(5): 326–331.
4. Lambrese J. Suppression of Puberty in Transgender Children Virtual Mentor. 2010; 12 (8):645-9 doi: 10.1001/virtualmentor.2010.12.8.jdsc1-1008
5. Priest M. Transgender Children and the Right to Transition: Medical Ethics When Parents Mean Well but Cause Harm. *Am. J. Bioeth*. 2019; 19(2):45-59.
6. Durwood L., McLaughlin K. A., Olson K.R. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2017; 56 (2):116-123. doi: 10.1016/j.jaac.2016.10.016.
7. de Vries A.L., Steensma T.D., Doreleijers T.A., Cohen-Kettenis P.T. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J. Sex. Med*. 2011; 8(8):2276-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.
8. Reisner S.L., Deutsch M.B., Bhasin S., Bockting W., Brown G.R., Feldman J., Garofalo R., Kreukels B., Radix A., Safer J.D., Tangpricha V., T'Sjoen G., Goodman M., Advancing Methods for U.S. Transgender Health Research *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016; 23(2): 198–207. doi: 10.1097/MED.0000000000000229A.
9. Hruz P.W. Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria *Linacre Q*. 2020; 87(1): 34-42. doi: 10.1177/0024363919873762.
10. Connolly M.D., Zervos M.J., Barone 2nd C.J. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Adolesc. Health*. 2016; 59(5): 489-495. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.012
11. Castilla-Peón M.F. Medical management of transgender children and adolescents. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex*. 2018; 75(1): 7-14. doi: 10.24875/BMHIM.M18000003
12. Rafferty J. Committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on adolescence and section on lesbian, gay, bisexual and transgender health and wellness. *Pediatrics* October 2018; 142 (4) e20182162; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
13. Zucker K.J. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex. Health*. 2017; 14(5): 404-411. doi: 10.1071/SH17067
14. Zucker K.J., Stroumsa D. The state of transgender health care: policy, law, and medical frameworks. *Am. J. Public Health* 2014; 31:31–38
15. Giordano S. Importance of being persistent. Should transgender children be allowed to transition socially? *J. Med. Ethics*. 2019; 45(10): 654-661. doi: 10.1136/medethics-2019-105428.
16. Стандарты помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам (7-я версия). Материал сайта <https://www.wpath.org/publications/soc>
17. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid

- onset of gender dysphoria. PLoS One. 2018; 13(8): e0202330. doi: 10.1371/journal.pone.0202330.
18. Van Donge N., Schvey N.A., Roberts T.A., Klein D.A. Transgender Dependent Adolescents in the U.S. Military Health Care System: Demographics, Treatments Sought, and Health Care Service Utilization. Mil. Med. 2019; 184(5-6): e447-e454. doi: 10.1093/milmed/usy264
 19. Virupaksha H.G., Muralidhar D., Ramakrishna J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. Indian J Psychol Med. 2016; 38(6): 505-509. doi: 10.4103/0253-7176.194908
 20. Nahata L., Quinn G.P., Caltabellotta N.M., Tishelman A.C. Mental Health Concerns and Insurance Denials Among Transgender Adolescents. LGBT Health. 2017; 4(3): 188-193. doi: 10.1089/lgbt.2016.0151
 21. Toomey R.B., Syvertsen A.K., Shramko M. Transgender Adolescent Suicide Behavior. Pediatrics . 2018; 142(4): e20174218. doi: 10.1542/peds.2017-4218.
 22. Veale J.F., Watson R.J., Peter T., Saewyc E.M.. Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth. J. Adolesc. Health. 2017; 60(1): 44-49. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.09.014
 23. Taliaferro L.A., McMorris B.J., Rider G.N., Eisenberg M.E. Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth. Arch. Suicide Res. 2019; 23(2): 203-221. doi: 10.1080/13811118.2018.1430639
 24. de Freitas L.D., Léda-Rêgo G., Bezerra-Filho S., Miranda-Scippa A. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. Psychiatry Clin Neurosci 2020; 74(2): 99-104. doi: 10.1111/pcn.12947
 25. Воронцов Д.В. Современные подходы к определению понятия «гендер» в социальной психологии. Вестник оренбургского государственного университета. 2002; 8:97-101
 26. Collin L., Reisner S.L., Tangpricha V., Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the «Case» Definition: A Systematic Review. Review J. Sex. Med. 2016; 13(4): 613-26. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.02.001
 27. Glidden D., Bouman W.P., Jones B.A., Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. Sex. Med. Rev. 2016; 4(1): 3-14. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.10.003
 28. Thrower E., Bretherton I., Pang K.C., Zajac J.D., Cheung A.S. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. J. Autism Dev. Disord. 2020; 50(3):695-706. doi: 10.1007/s10803-019-04298-1
 29. Hisle-Gorman E., Landis C. A., Susi A., Schvey N.A., Gorman G. H., Nylund C. M., Klein D.A. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. LGBT Health. 2019; 6(3): 95-100. doi: 10.1089/lgbt.2018.0252
 30. D'Andrea S., Pallotti F., Senofonte G., Castellini C., Paoli D., Lombardo F., Lenzi A., Francavilla S., Francavilla F., Barbonetti A. Polymorphic Cytosine-Adenine-Guanine Repeat Length of Androgen Receptor Gene and Gender Incongruence in Trans Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies. J. Sex. Med. 2020; 17(3):543-550. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.12.010
 31. Kreukels B.P.C., Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence. Int. Rev. Psychiatry. 2016; 28(1): 120-8. doi: 10.3109/09540261.2015.1113163.
 32. Mueller S.C., De Cuypere G., T'Sjoen G. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective Affiliations expand. Am. J. Psychiatry. 2017; 174(12): 1155-1162. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17060626.
 33. Алисиевич Е.С., Никитина Е.М. Актуальные вопросы защиты транссексуалов от дискриминации: международно-правовой аспект. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: юридические науки. 2014 (2): 332-342
 34. Drescher J., Haller E., American Psychiatric Association Caucus of Lesbian, Gay and Bisexual Psychiatrists. Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2012
 35. Peitzmeier S.M., Malik M., Kattari S.K., Marrow E., Stephenson R., Agénor M., Reisner S.L. Intimate Partner Violence in Transgender Populations: Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence and Correlates. Meta-Analysis Am J Public Health. 2020; 110(9): 1-14. doi: 10.2105/AJPH.2020.305774. Epub 2020 Jul 16.
 36. Murchison G. R., Agénor M., Reisner S.L., Watson R.J. School Restroom and Locker Room Restrictions and Sexual Assault Risk Among Transgender Youth Pediatrics. 2019; 143(6): e20182902. doi: 10.1542/peds.2018-2902.
 37. Peng K., Zhu X., Gillespie A., Wang Y., Gao Y., Xin Y., Qi J., Ou J., Zhong S., Zhao L., Liu J., Wang C., Runsen Chen. Self-reported Rates

- of Abuse, Neglect, and Bullying Experienced by Transgender and Gender-Nonbinary Adolescents in China. *Netw Open*. 2019; 2(9): e1911058. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.11058.
38. Travers R., Bauer G., Pyne J., Bradley K., Gale L., Papadimitriou M. Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Project: Trans PULSE Project (2005-2018): <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
 39. Lambrese J. Suppression of Puberty in Transgender Children Virtual Mentor. 2010; 12(8): 645-9 doi: 10.1001/virtualmentor.2010.12.8.jdsc1-1008
 40. Priest M. Transgender Children and the Right to Transition: Medical Ethics When Parents Mean Well but Cause Harm. *Am. J. Bioeth.* 2019; 19(2): 45-59.
 41. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017; 27(3):102-105
 42. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов. *Андрология и генитальная хирургия*. 2018;19(3):35-41. <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2018-19-3-35-41>
 43. Бухановский А.О., Андреев А.С. Структурно-динамическая иерархия пола человека. Ростов н/Д, 1993. С. 187.
 44. Васильченко Г.С. Сексопатология: Справочник. М., 1990. 575 с.
 45. Кулиш С.Б. Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями шизофренического спектра // *Российский психиатрический журнал*. 2009. № 4. С. 52–58.
 46. Флотская Н.Ю. Психологические особенности развития половой идентичности в дошкольном возрасте // *Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта*. 2011. № 3. С. 147–152.
 47. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. 400 с.
 48. Бухановский А.О. Транссексуализм и сходные состояния. Ростов н/Д: Мини Тайп, 2016. 580 с.

Поступила 09.04.2021

**ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
АЛКОГОЛИЗМОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ SARS-CoV2**

Зухриддинов А.А.¹, Ядгарова Н.Ф.¹, Хайрединова И.И.^{1,2}, Шадманова Л.Ш.¹, Лян Е.М.¹.

Ташкентская медицинская академия¹, Узбекистан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр наркологии²,
Узбекистан

✓ **Резюме**

В статье представлены результаты изучения влияния взаимосвязи клинических проявлений сексуальных расстройств с преморбидными особенностями личности, типами половой конституции больных с алкогольной зависимостью, перенесенных инфекцию SARS-CoV2.

Исследование выявило, что сексуальные дисфункции у больных с алкогольной зависимостью после перенесенного COVID-19 чаще возникают у больных с неустойчивым типом личности. Предикторами сексуальных нарушений является задержка психосексуального и соматосексуального развития.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, алкоголизм, SARS-CoV2, COVID-19.

**O'TKAZILGAN SARS-COV2 INFEKTSIYASIDAN KEYIN SURUNKALI ALKOGOLIZM
BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA JINSIY DISFUNKTSIYALARNING
XUSUSIYATLARI**

Zuxriddinov A.A. 1, Yadgarova N.F. 1, Xayredinova I.I. 1,2, Shadmanova L.Sh. 1, Liang E. M1.

Toshkent tibbiyot akademiyasi¹, O'zbekiston

Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi², O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Maqolada jinsiy mayl duzilishlarining klinik ko'rinishlari o'rtasidagi shaxsiyatning premorbid xususiyatlari, spirtli ichimliklarga qaram bo'lgan bemorlarning jinsiy konstitutsiyasi, SARS-CoV2 bilan og'riqan bemorlarda infektsiyasi ta'sirini o'rganish natijalari keltirilgan. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, COVID-19 dan keyin spirtli ichimliklarga qaram bo'lgan bemorlarda jinsiy disfunktsiya beqaror tip shahslarda tez-tez uchraydi. Jinsiy buzilishlarning prediktorlari bo'lib psixoseksual va somatoseksual rivojlanishida kechikish hisoblanadi.

Kalit so'zlar: seksual disfunktsiya, alkogolizm, SARS-CoV2, COVID-19.

**FEATURES OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM
AFTER TRANSFERRED SARS-CoV2 INFECTION**

Zuhriddinov A.A. ¹, Yadgarova N.F. ¹, Khayredinova I.I. ^{1,2}, Shadmanova L.Sh. ¹, Liang E. M¹.

Tashkent Medical Academy¹, Uzbekistan

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Narcology², Uzbekistan

✓ **Resume**

The article presents the results of research of the influence of the relationship of clinical manifestations of sexual disorders with premorbid personality traits, types of sexual constitution in patients with alcohol dependence who have suffered from SARS-CoV2 infection. The study found that sexual dysfunctions in patients with alcohol dependence after suffering COVID-19 more often occur in patients with an unstable personality type. Predictors of sexual dysfunctions are the following: delayed psychosexual and physicosexual development.

Keywords: sexual dysfunction, alcoholism, SARS-CoV2, COVID-19.

Актуальность

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на мировую экономику, социальные, культурные и организационные структуры, а также на психическое и физическое здоровье людей, в том числе и сексуальные расстройства. Изучение последствий влияния COVID-19 требует междисциплинарного подхода. Отмечается высокий интерес к изучению сексуальных расстройств как во время карантина, так и после перенесенной инфекции SARS-CoV2. Использование ключевых слов «COVID & Sexual» в поисковике Medline 8 декабря 2019 года дает 381 источник, то в январе 2020 – 42,021 источника (A. Giami).

Карантин и социальное дистанцирование, необходимые меры для смягчения пандемии, еще больше ухудшили психическое здоровье, связанное со стрессом (Galea et al., 2020). Документально подтверждено, что после террористических атак и стихийных бедствий возрастает риск употребления спиртных напитков в ответ на факторы стресса, особенно среди лиц с психическими расстройствами (Agyarong et al., 2018, Duan L.). Согласно исследованию проведенному Global Drug Survey, за период пандемии COVID-19 потребление алкоголя в мире значительно возросло.

Введенные карантинные меры в связи с пандемией COVID-19 повлияли на наркосцену в нашей стране в целом. Отмечалось сокращение употребления ПАВ и переключении с одного вида наркотиков на другой, включая алкоголь и аптечные препараты (обзор).

Одними из последствий злоупотребления алкоголя являются половые дисфункции, которые оказывают психологическую травму для мужчины. Формировался порочный круг – половые расстройства, конфликтные ситуации в семье, карантинные меры, финансовая нестабильность явились провоцирующими факторами к употреблению алкоголя.

Распространённость половых дисфункций у лиц с алкоголизмом, по различным данным может варьировать 3,9% до 85 %. (Pendharkar S.)

При алкоголизме половые дисфункции проявляются изменением продолжительности полового акта, снижением либидо, ослаблением эрекции, невозможностью интроитуса. Сексуальные дисфункции у больных с алкогольной зависимостью могут развиваться в результате таких причин, как: расстройства нейроэндокринной регуляции половой сферы,

поражений нервных связей и структур полового члена при алкогольных нейропатиях, гиперэстрогении при алкогольных гепатитах и циррозе печени, дезадаптации сексуальных контактов, обусловленных деградацией личности и других причин (Евсеев, Королева).

На сегодняшний день имеются ряд работ, посвященных влиянию алкоголизма на сексуальные расстройства. Однако, работ по изучению взаимовлияния COVID-19 на сексуальные нарушения у больных алкоголизмом весьма противоречивы и требуют дальнейшего изучения.

Цель: Изучить влияние пандемии COVID-19 на сексуальное здоровье больных хроническим алкоголизмом.

Материал и методы

Было проведено клиническое исследование 112 больных, лечащихся в стационаре от алкогольной зависимости в Республиканском специализированном научно-практическом центре наркологии. Все больные - мужского пола, были разделены на 2 группы.

В I группу вошли больные с алкогольной зависимостью (F10.2) и сексуальными и дисфункциями (F52) после перенесенной инфекции SARS-CoV2 – 48 человек. Во II группу вошли 32 больных с алкогольной зависимостью (F 10.2) и без половых дисфункций после перенесенной инфекции SARS-CoV2). Критериями исключения из исследования явились коморбидная психическая патология, требующая динамического наблюдения в психиатрическом учреждении и другие виды зависимости.

Согласно поставленной цели основными методами исследования были клинко-психопатологический, клинко-анамнестический, клинко-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический.

Для оценки особенностей личности применили психологический тест СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) – сокращенная форма MMPI в адаптации Л. Н. Собчик, В. П. Зайцева (2004). Для определения половой конституции больных использовалась «Шкала векторного определения половой конституции мужчин».

Результат и обсуждения

В группе с сексуальными нарушениями средний возраст составил $41,2 \pm 0,1$. В группе без сексуальных нарушений - $41,0 \pm 0,3$ лет. Вторая стадия алкоголизма в группе с

сексуальными расстройствами формировалась к 26±6 годам. У лиц без сексуальной патологии вторая стадия формировалась позже, к 29±7 годам

Большинство больных обеих групп за сутки, в среднем, употребляли около 500 - 1000 мл крепких спиртных напитков (табл. 1).

Таблица 1

Демографические и клинические характеристики больных

Показатели		I группа (n = 48)	II группа (n = 32)
Возраст, лет		41,2±0,1	41,0±0,3
Возраст к началу систематического потребления алкоголя, лет		21±5	21±6
Возраст ко времени формирования 2 ст. алкоголизма, лет		26±6	29±7
Суточная доза, литр		1-1,5	> 1
Форма потребления алкоголя, %	смешанная	37,6 %	22,5 %
	постоянная	26,4%	11,2 %

Примечание: различия относительно данных группы I и II незначимы ($P>0,05$).

Сравнительный анализ наследственной Межгрупповые различия по наличию отягощенности оценивался в зависимости от наркологических и психических заболеваний наличия алкоголизма, наркомании и среди исследуемых групп не выявлены и психической патологии у родственников статистически не значимы (табл. 2). первой и второй степени родства.

Таблица 2

Частота встречаемости наркологических и психических заболеваний среди родственников больных в изучаемых группах (n = 112)

Наследственная отягощенность	I группа (n = 48)		II группа (n = 32)	
	абс.	%	абс.	%
Наркологические заболевания	16	33,3	11	34,4
Психические заболевания	5	10,4	3	9,4
Отсутствие отягощенности	27	56,3	18	56,2
Всего	44	100,0	32	100,0

Типы личности диагностировали стандартизированным многофакторным методом исследования личности – СМОЛ (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных по типу личности (n = 112)

Тип личности	I группа (n = 44)		II группа (n = 32)	
	абс.	%	абс.	%
Астенический	1	2,1	3	9,4
Психастенический	7	14,6	7	21,9
Эпилептоидный	10	20,8	10	31,2
Истерический	4	8,3	3	9,4
Неустойчивый	20	41,7*	4	12,5
Конформный	4	8,3	4	12,5
Циклоидный	2	4,2	1	3,1
Всего	48	100,0	32	100,0

Примечание: * ($P < 0,001$)

Среди больных I группа доминировал неустойчивый тип личности (41,7 % больных I группы; 12,5 % больных II группы ($P < 0,001$)), который характеризуется стремлением праздновать, получением быстрого удовольствия, отсутствием ответственности. Для больных II группы был характерен эпилептоидный тип личности (20,8 % больных I группы; 31,2 % больных II группы ($P > 0,05$), характеризующийся деспотичностью, раздражительностью, импульсивностью, однако показатели не имели статистической значимости.

Клинико-сексологическая структура сексуальных дисфункций

Многие обследованные основной группы в 60 % связывали ухудшение семейных

отношений с сексуальной неудовлетворенностью и потерей работы, называя прежде всего эмоциональный и финансовый факторы.

С применением «Шкала векторного определения половой конституции мужчин» было установлено, что среди пациентов I группы преобладали лица со слабой конституцией – 31,1%; ослабленным вариантом средней половой конституции – 27,1 % и средним вариантом – 41,6%. Задержка психосексуального и соматосексуального развития возможно является предиктором сексуальных дисфункций у больных алкоголизмом, переболевших COVID-19 (рисунок 1).

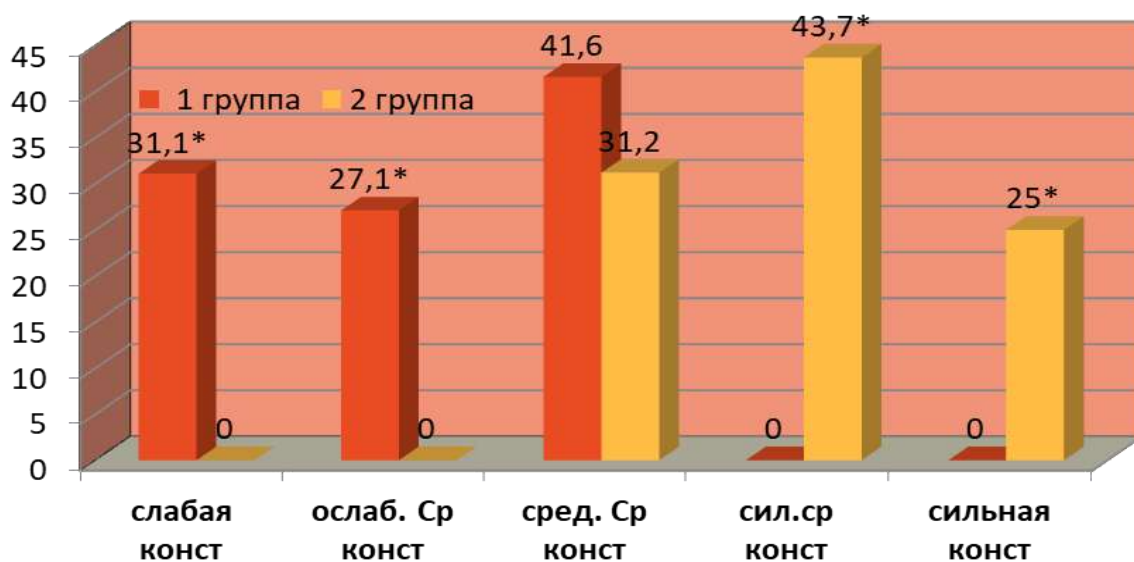


Рисунок 1 Распределение больных по «Шкала векторного определения половой конституции мужчин».

Выявленные сексуальные дисфункции представлены на рисунке 2.

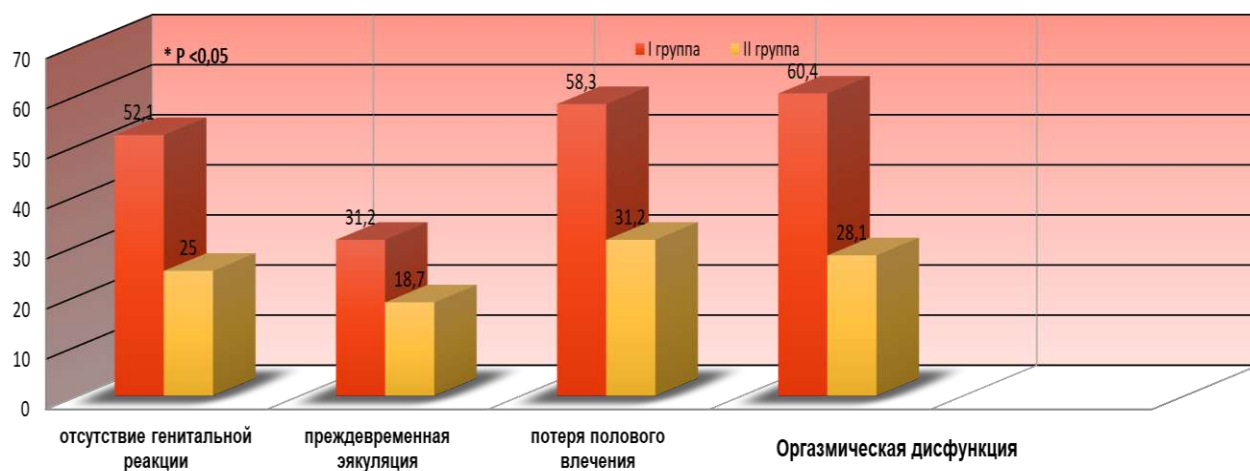


Рисунок 2 Клинико-сексологическое исследование

Клинико-сексологическое обследование больных основной группы: отсутствие выявило наличие половых дисфункций у генитальной реакции – 52,1 %; отсутствие или

потеря полового влечения – 58,3 %; оргазмическая дисфункция – 60,4 % ($P < 0,05$). Преждевременная эякуляция относительно одинаково встречалась среди исследуемых групп ($P > 0,05$). Для всех мужчин с истинной сексуальной дисфункцией была характерна психосексуальная неудовлетворенность.

Выводы

1. Сексуальные дисфункции чаще возникают у больных с неустойчивым типом личности.
 2. Пандемия COVID-19 повлияло на сексуальное здоровье больных алкоголизмом.
 3. Задержка психосексуального и соматосексуального развития является предиктором сексуальных нарушений.
- Выявленные закономерности взаимосвязи клинических проявлений сексуальных расстройств с преморбидными особенностями личности, типами половой конституции больных позволяют провести интегральную оценку факторов риска развития сексуальных дисфункций у больных с алкогольной зависимостью, перенесших SARS-CoV2 инфекцию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Евсеев В. Д. Клинические особенности и динамика сексуальных дисфункций у больных опиоидной наркоманией (психиатрическая коморбидность и терапия): /Автореф. ... дис. докт. мед. наук. – Томск, 2017. – 8 с.
2. Касторная А. А., Ягубов М. И., Гофман А. Г., Меликсетян А. С. Клинико-динамические особенности сексуальных дисфункций при алкоголизме. //Наркология №2.– 2013. С 65-71
3. Agyapong V. I. O. et al. Prevalence rates and predictors of generalized anxiety disorder symptoms in residents of Fort McMurray six months after a wildfire //Frontiers in psychiatry. – 2018. – Т. 9. – С. 345.
4. Clay J. M., Parker M. O. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? //The Lancet Public Health. – 2020. – Т. 5. – №. 5. – С. e259.
5. Duan L., Gang Z. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic // Lancet Psychiatry. – 2020.– Т. 7.– №4. – С 300–302
6. Galea S., Merchant R. M., Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention //JAMA internal medicine. – 2020. – Т. 180. – №. 6. – С. 817-818.
7. GDS COVID-19 Special Edition: Key Findings Report <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-covid-19-special-edition-key-findings-report/>
8. Giami A. COVID-19 et sexualités : l'émergence d'un nouveau paradigme des sexualités //Sexologies. – 2021.– Т.30. – №1. – С. 1-7
9. Koob G.F. Alcohol Poses Different Challenges during the COVID-19 Pandemic. <https://www.niaaa.nih.gov/directors-blog> (2020)
10. Pendharkar S., Mattoo S.K., Grover S. Sexual dysfunctions in alcoholdependent men: A study from north India. Indian J Med Res. 2016 Sep;144(3). P393-399.

Поступила 09.04.2021

Ибодуллаева Н., Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

В статье представлен обзор данных медицинской литературы по вопросам этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения различных форм послеродовых психозов. Акцентировано внимание на роли ранней диагностики и профилактики послеродовых психозов на этапе родовспомогательных учреждений.

Ключевые слова: послеродовые психозы, беременность, роды

ПОСТНАТАЛ ПСИХОЗЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ

Ибодуллаева Н., Мухамадиева Н.Б.

Бухоро давлат тиббиёт инцитути

✓ **Резюме**

Мақолада туғруқдан кейинги психозларнинг этиологияси, патогенези, диагностикаси, клиника ва даволаш масалалари ҳақида тиббий адабиётларда ёритилган маълумотлар келтирилган. Туғруқдан кейинги психозларни эрта таъхислаш ва профилактикасини туғруқ жараёни олиб бориш босқичида олиб боришга алоҳида эътибор қаратилган.

Калит сўзлар: туғруқдан кейинги психозлар, ҳомиладорлик, туғруқ жараёни

FEATURES OF POSTNATAL PSYCHOSIS

Ibodullaeva N., Mukhamadieva N.B

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

The article provides an overview of medical literature data on the etiology, pathogenesis, diagnosis, clinical picture and treatment of various forms of postpartum psychoses. Attention is focused on the role of early diagnosis and prevention of postpartum psychoses at the stage of obstetric institutions.

Key words: postpartum psychoses, pregnancy, childbirth

Актуальность

По данным ВОЗ во всём мире более 350 миллионов человек страдает одним из самых распространённых психических расстройств – депрессией. И это отнюдь не обычное изменение настроения или кратковременные эмоциональные реакции на проблемы, возникающие в нашей повседневной жизни. Для этого состояния характерны: уныние, потеря интереса, радости, чувство вины, низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, вялость, плохая концентрация внимания [1].

Депрессия больше всего угрожает психическому здоровью женщин в возрасте от 18 до 35-40 лет. В развивающихся странах каждая десятая родильница страдает послеродовой депрессией и большая их часть не получают необходимой медицинской

помощи, в то время как в развитых странах другая крайность: женщины чрезмерно и бесконтрольно употребляют антидепрессанты, что приводит к дальнейшей зависимости [2].

Эмоциональное состояние родильницы имеет большое влияние на членов их семей и, особенно на новорожденного, для которого мать является проводником в новый незнакомый мир. Своего максимума частота первых депрессий у матерей достигает в первые месяцы после родов и несёт с собой негативные последствия, отражающиеся на когнитивном и социальном развитии её ребенка [3, 4]. Отсутствие внимания к психическому и физическому здоровью женщин влечет за собой серьёзные негативные социальные и экономические последствия для всего

общества [5]. Период родов следует рассматривать не только как появление на свет нового гражданина страны, но и перерождение женщины в мать – человека, на плече которого с первых дней лежит громадная ответственность за жизнь и воспитание маленького человека [6]. Следовательно, проблемы, связанные с психическим здоровьем матери не могут оставаться в стороне от здравоохранения любой страны, и наше государство не является исключением.

Многие годы, вплоть до второй половины двадцатого столетия, психиатрия пренебрегала проблемой послеродовых психических расстройств. Только лишь в 1984 году Kumar R. и Robson K. M. [7] ввели термин «перинатальная психиатрия», тем самым, положив начало новому направлению и дальнейшему изучению данной категории расстройств, при том, что непосредственно сам термин – «депрессия послеродового периода» – был предложен почти на 15 лет раньше [8].

Согласно данным National Center for Health Statistics в странах Америки и Европы примерно 50% всех депрессивных послеродовых расстройств остаются не распознанными [9, 10]. Почему каждая вторая родильница остается без профессиональной помощи? Возможно, суть проблемы состоит в том, что женщина с маркерами эмоционального расстройства, которые замаскированы жалобами соматического характера, обращается к специалистам женской консультации [11,19]. И именно, в поликлиническом звене при первичном осмотре должны быть использованы простые скрининговые методы выявления послеродовых расстройств настроения, при выявлении которых, будет определена важность последующей консультации специалиста и оказании профессиональной помощи.

Возникающие после родов психические расстройства были известны еще во время Гиппократата, который упоминал о послеродовом «бреду» и «мании». В последующем широкое распространение получил термин «родовая горячка». Существовала теория, по которой «горячая кровь» после родов попадает в голову и вызывает психоз. В дальнейшем взгляды на причины, вызывающие психоз в послеродовой период, менялись, и значение стало придаваться наследственному предрасположению, психогенным факторам, эндокринно-диэнцефальным нарушениям и др. В настоящее время проблема послеродовых нарушений обобщена в большом количестве

научных работ, отражающих противоречивые взгляды на этиологию, патогенез, клинические проявления и нозологическую принадлежность послеродовых психических расстройств. Неясно, что именно провоцирует послеродовые психозы. Одна из гипотез связывает их с гормональными изменениями, в частности, уровня эстрогенов. Другие гипотезы содержат указание на изменение содержания уровня кортизона, серотонина, тиреоидного гормона, кальция и эндорфинов. Риск развития психоза увеличивается при отягощенной наследственности психическими нарушениями. Имеет место и интоксикационно-инфекционная природа развития послеродового психоза. Некоторые авторы считают важнейшей составляющей социально-психологические проблемы, возникающие у женщин в семье, психотравмирующие события и осложнения во время родов. Большинство исследователей относят послеродовые психозы к соматическим, однако, считая, что в их развитии принимает участие комплекс не только соматических, но и психологических факторов. На первое место среди них выдвигаются факторы, обусловленные самими родовыми процессами (соматическое напряжение, эндокринная перестройка и вегетативные сдвиги, кровопотеря, затяжные и тяжелые роды, дегидратация, белковые сдвиги, страх перед родовым актом, переутомление, психотравмирующие семейные обстоятельства, особенности преморбидной личности, перенесенные в прошлом ЧМТ, тяжелые психотравмы). В данное время нет точных причин, объясняющих происхождение послеродовых психозов [3].

Послеродовая депрессия, основываясь на критериях DSM-IV [12], это непсихотическая депрессия, отвечающая критерием большого депрессивного эпизода и, возникающая в первые четыре недели после родоразрешения. По МКБ-X [13] она определяется, как психические и поведенческие расстройства, не классифицируемые в других разделах, и имеющие прямую связь с послеродовым периодом. Из этих определений остаются неясными начальные сроки для постановки диагноза и проведения начального тестирования, а также отсутствуют четкие критерии послеродовой депрессии, кроме отметки о недавних родах.

В работе исследователя Коротковой Н. А. [14] определено, что 4-е сутки послеродового периода являются наиболее критическим периодом в отношении развития острого

стресса после родоразрешения и, по-видимому, связано это с повышением в крови пациентов уровней кортизола и соматотропного гормона. Похожие результаты нашли отражение в работах зарубежных авторов [15,16,17,18], где указано, что изменение настроения зависит от колебаний гормонов, связанных с беременностью и родами, и пик депрессивного эпизода приходится в среднем на 5-е сутки послеродового периода.

В работе исследователя Basraon S. et al [17] отмечено, что в ряде случаев аффективные расстройства у родильниц могут быть связаны с патологическим уровнем гормонов щитовидной железы, т.е. быть проявлением её дисфункции.

Послеродовой психоз носит полиморфный характер: от поведенческих расстройств по форме тревожных, эмоционально-неустойчивых, бредовых, до психозов с изменением сознания. Ведение пациента и лечение послеродовых психозов в определенной степени зависит от особенностей ведущего психопатологического синдрома и требует использования препаратов сбалансированного спектра действия. Данное состояние оставшись незамеченной, может привести к тяжелым нарушениям психического и соматического здоровья. В этом аспекте очень важна роль врача акушера-гинеколога в распознавании начальных симптомов послеродовых психозов с последующим консультированием врача психоневролога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- ВОЗ. Депрессия. Информационный бюллетень №369, октябрь 2015.
- M. Marcus et al. Depression: A Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012.
- O'Hara M. W. Postpartum depression: what we know // J. Clin. Psychol, 2009. Dec. V. 65. № 12. P. 1258–1269.
- Schore A. N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health // Infant. Ment. Health. J., 2001. V. 22. P. 7–66.
- Корнетов Н. А. Распознавание и тактика ведения тревожных и депрессивных нарушений в период беременности и после родов: метод пособие / Н. А. Корнетов. Томск, 2003. С. 78.
- Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства. Бюллетень сибирской медицины, 2015. том 14. № 6. С. 5–24.
- Kumar R., Robson K. M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women // Br. J. Psychiatry, 1984. 14. P. 35–47.
- Pitt B. Atypical depression following childbirth // Br. J. Psychiatry, 1968. V. 114, 516. P. 1325–1335.
- NCHS. [Электронный ресурс]. National Center for Health Statistics: сайт. URL: http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm/ (дата обращения: 12.04.2016).
- Kessler R. C., Berglund P., Demler O. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // JAMA, 2003. № 289. P. 3095–3105.
- Jones C.J., Creedy D.K., Gamble J.A. (2012). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. Women and birth: journal of the Australian College of Midwives. № 25 (1). P. 23-28.
- DSM-IV. [Электронный ресурс]. APA Diagnostic Classification DSM-IV-TR: сайт. URL: <http://behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr/> (дата обращения: 27.05.2016).
- МКБ-X. [Электронный ресурс]. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра: сайт. Режим доступа: <http://mkb-10.com/> (дата обращения: 25.05.2016).
- Короткова Н.А. Влияние беременности и родов на возникновение послеродового стресса и психовегетативных нарушений у родильниц: автореф. дисс...док. мед. наук: 14.01.01 / Короткова Наталья Александровна. Москва, 2011. С. 25.
- Oretti R.G., Hunter C., Lazarus J.H., Parkes A. B., Harris B. Antenatal depression and thyroid antibodies // Biol. Psychiatry, 1997. Jun 1. V. 41. 11. P. 1143–1146.
- Haros B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood // Br. J. Psychiatry, 1994. V. 164. P. 288–292.
- Basraon S., Costantine M. M. Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction // Clin. Obstet. Gynecol, 2011. Sep. V. 54. 3. P. 506–514. [Pubmed].
- Юсупова Д.М. Послеродовая депрессия у родильниц: прогнозирование, диагностика и профилактика // автореф. на соиск. уч. степени канд. мед. наук. Бишкек, 2009. С. 20–21.
- Колесников И. А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин. [Электронный ресурс]. //Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2012. № 5 (16).

Поступила 09.04.2021

**ЖИГАР СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БИРГА КЕЧУВЧИ
АЛЛЕРГИК РИНИТНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ**

Икрамова Фирангиз Сулеймановна

Бухоро давлат тиббиёт институт

✓ **Резюме**

64 та беморда жигарнинг функционал ҳолати ўрганилди. Аллергик ринит жигарнинг сурункали диффуз касалликлари билан бирга кечганда бурун функционал ҳолатларидаги ўзгаришлар яққолроқ намоён бўлади. Текширувдаги беморларнинг қонидаги биохимик таҳлиллар натижасига кўра АЛТ активлиги ошиб борган сари беморлардаги аллергия белгилар ҳам кучайиб борганлиги аниқланди. Аллергик ринит жигарнинг сурункали диффуз касалликлари билан бирга келган ҳолатларда аллергия ринитнинг клиник кечиши ўзига хос бўлиб, сезиларли даражада оғир ва узоқ давом этди. Аллергик ринитни стандарт даволашга гепатопротекторлар қўшилгандан сўнг динамик ўзгаришлар кузатилиб, даволаш самарадорлиги яшилди, беморларнинг стационарда бўлиши қисқарди

Калит сўзлар: аллергия ринит, жигарнинг сурункали диффуз касалликлари, жигар циррози, сурункали гепатит

**TACTICS OF TREATMENT OF TRANSMITTED ALLERGIC RHINITIS
WITH CHRONIC DIFFUS DISEASES**

Ikramova Firangiz Suleymanovna

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

The functional state of the liver was studied in 64 patients. Changes in the functional state of the nose are manifested when accompanied by allergic rhinitis chronic diffuse liver disease. According to the results of biochemical analyzes in the blood of patients in the examination, it was found that as the activity of alt increased, allergic symptoms in patients also increased. Allergic rhinitis in cases accompanied by chronic diffuse diseases of the liver, the clinical course of allergic rhinitis was characteristic, significantly severe and prolonged. After the addition of hepatoproteins to the standard treatment of allergic rhinitis, dynamic changes were observed, the effectiveness of treatment was improved, the patients' availability in the hospital was reduced

Key words: allergic rhinitis, chronic hepatitis, cirrhosis of the liver, chronic diffuse liver disease.

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ХРОНИЧЕСКИМИ
ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.**

Икрамова Фирангиз Сулеймановна

Бухарский государственный медицинский институт

Резюме

Функциональное состояние печени изучено у 64 пациентов. Изменения функционального состояния носа более выражены, когда аллергический ринит сопровождается хроническими диффузными заболеваниями печени. Биохимический анализ крови пациентов, участвовавших в исследовании, показал, что по мере увеличения активности АЛТ у пациентов усиливались и аллергические симптомы. В тех случаях, когда аллергический ринит сопровождается хроническими диффузными заболеваниями печени, клиническое течение аллергического ринита бывает специфическим, значительно тяжелым и длительным. Динамические изменения наблюдались после добавления к стандартному лечению аллергического ринита гепатопротекторов, повысилась эффективность лечения, уменьшилось количество стационарных больных.

Ключевые слова: *аллергический ринит, хроническое диффузное заболевание печени, цирроз печени, хронический гепатит.*

Долзарблиги

Аллергик ринит бугунги кунда соғлиқни асаклаш тизимидаги энг долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Бу касаллик дунё бўйича кенг тарқалган бўлиб, 10-25% аҳоли ушбу касаллик билан зарарланган ва бу кўрсаткич кундан кунга кўпаймоқда. Аллергик ринит беморнинг жисмоний, руҳий ва социал фаолиятига таъсир қилиб, ҳаёт сифатининг пасайиши, уйқу бузулиши, оғир ҳолларда беморнинг касбий фаолиятигадаги муаммоларга олиб келиши мумкин [1,12]. Ушбу муаммонинг долзарблиги аллергия ринит бронхиал астма ривожланишига сабаб бўлувчи энг жиддий хавф омилларидан бирилиги билан изоҳланади [1,8].

Аллергик ринит бурун қичиши, аксириш, ринорея, бурун битиши каби 4 та классик симптомлар ва кўпинча бош оғриши, конъюнктивит, хид сезишнинг пасайиши каби қўшимча белгиларнинг қўшилиши билан намоён бўлади [1].

Сўнгги йилларда бутун дунёда комбинацияланган аллергия касалликлар учраш даражасининг ошиши кузатилмоқда. 80% дан ортиқ ҳолларда комбинацияланган аллергия патология овқат ҳазм қилиш аъзоларининг зарарланиши билан боғлиқ бўлиб, бу эса тўлиқ парчаланмаган озиқ-овқат маҳсулотларининг сўрилишига, озиқ-овқат, маиший, эпидермал ва чанг аллергияларига юқори сезувчанликнинг ривожланишига олиб келади [6, 7].

Жигарнинг сурункали зарарланиши, хусусан, кимёвий зарарланиши умумий касалланиш ва ўлим кўрсаткичи бўйича ошишда давом этмоқда. Шу билан бир қаторда охирги 20 йил ичида аллергия касалликлар сони ҳам ортиб бормоқда. ЖССТ маълумотларига кўра, жигарнинг токсик зарарланиш даражаси 1960-йилдан бери бутун дунё бўйлаб 6-8 мартага ошди.

Жигар кўплаб патологик жараёнларда иштирок этади ва унинг зарарланиши организмдаги метаболизм, иммун жавоб, детоксикацион ва микробларга қарши ҳимоя кучининг жиддий бузилишига олиб келади. Жигар организмнинг энергия ва пластик эҳтиёжларини таъминловчи аъзо бўлиб, шунингдек, маълум даражада дезинтоксикацион функцияни ҳам бажаради, яъни организмни ташқи ҳамда эндоген зарарлардан ҳимоя қилади [9, 10].

Жигар функциясидаги патологик ўзгаришларнинг хилма-хиллиги аллергия

касалликларни медикаментоз даволашни сезиларли даражада мураккаблаштиради ва кенг спектрли фармакологик воситалардан фойдаланишни талаб қилади. Бундан ташқари, турли жигар касалликлари патогенезида ушбу аъзодаги иммунологик ўзгаришлар муҳим рол ўйнашини ёдда тутиш керак [7,10].

Экзоген ваэндоген захарли моддаларнинг 95% га яқини жигарда зарарсизлантирилади. Кимёвий моддаларнинг катта оқими, жигарнинг ҳимоя биотрансформацион механизмларининг узоқ муддатли зўриқиши, вақт ўтиши билан жигарда компенсатор жараёнларнинг бузилиши ва унда патологик ўзгаришларнинг ривожланиши учун қулай шароит яратиши мумкин [10].

Кимёвий омиллар таъсирида жигардаги доимий зўриқиш, жигар ва бошқа аъзо ва тизим касалликларининг кечимидаги ўзгаришлар, сурункали шаклга ўтиши ва тарқалишига олиб келиши мумкин. Жигар паренхимасининг шикастланиши ва унинг функционал етишмовчилиги фонида зарарсизлантириш жараёнларига масъул бўлган жигар хужайраларининг микросомал ферментлари фаолияти пасаяди, бу эса организмга кирадиган ёд моддалар клиренсининг пасайишига ва метаболизмнинг эндоген

маҳсулотларининг нотўлиқ зарарсизланишига олиб келиши мумкин. Бунинг натижасида организмнинг аъзо ва тўқималарида токсик зарарланишга мойиллик туғдирувчи бирикмаларнинг тўпланишига олиб келиши мумкин. Жигарда кимёвий бирикмалар ва бир қатор оксил бирикмаларининг нотўлиқ метаболизми организмдаги умумий ва маҳаллий аллергия реакцияларга ва ўз навбатида иммунопатологик реакцияларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин [8,9,10].

Жигар нафақат гепатоцитлардан, балки стромани ҳосил қилувчи ва иммунтизимида мансуб хужайралардан иборат – булар қўзғалмас макрофаглар (Купфер хужайралар) ҳисобланади. Шунинг таъкидлаш керакки, Купфер хужайралари антигенни танишда муҳим аҳамиятга эга макрофаг гуруҳига мансубдир. Жигарнинг эндотелий хужайралари яллиғланиш ва иммунитетнинг медиаторларини (ИЛ-1, ИЛ-6) ишлаб чиқара олади. Гепатоцитлар ташқи стимуллар таъсирида комплементар системанинг айрим компонентларини (С3, Б-омил), шунингдек интерлейкинларни (ИЛ-6, ИЛ-8) синтезлайди ва

ишлаб чиқаради. Ситокинлар таъсирида гепатоцитлар организмни патоген моддалар ва турли хил бегона компонентлардан химоя қилишга қаратилган гомеостаз механизми омиллари бўлган яллиғланишнинг ўткир босқичидаги оксилларни ишлаб чиқаради. Жигар ичак ёки бошқа аъзолардан тизимли қон оқими ва ундан лимфоид органларга оқиб келадиган антиген даражасини тартибга солишда муҳим рол ўйнайди. Шундай қилиб, жигар хужайралари яллиғланиш ва иммунитет жараёнида муҳим рол ўйнайдиган биологик фаол молекулалар ассоциацияси билан боғлиқ.

Илмий тадқиқот мақсади. Аллергик ринитни бутун организмга таъсирини инобатга олиб, ушбу беморларда жигарнинг функционал ҳолатини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари

Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг оториноларингология, аллергология ва гастроэнтерология бўлимларида ётиб даволанган 64 та беморда изланиш олиб борилди.

Барча беморларни 3 гуруҳга бўлиб ўргандик. 1- гуруҳда АР ва жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК)дан сурункали гепатит (СГ) билан касалланган 24 бемор (37,5%) , 2-гуруҳда АР билан ЖСДК дан жигар жиррози (ЖЦ) билан касалланган 20 бемор (31,25%)ва 3 – гуруҳда фақатгина аллергия ринит билан оғриган 20 (31,25%) бемор ташкил қилди.

Жадвал № 1. Текширув гуруҳида беморларнинг аллергия ринит кечиш оғирлигига кўра тақсимланиши

Аллергик ринит кечиш оғирлигини баллардаги ифодаси	1-гуруҳ		2-гуруҳ		3-гуруҳ		Жами	
	№	%%	abc	%%	№	%%	№	%%
Енгил (1-4 балл)	5	7.8	2	3.12	8	12.5	15	20.3
Ўрта оғир (5-8 балл)	15	23.4	12	18.8	10	15.6	37	62.5
Оғир (9-12 балл)	4	6.25	6	9.4	2	3.12	12	17.2
Жами	24	37.5	20	31.3	20	31,2	64	100

Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

у бизнингча, жигарнинг сурункали диффуз зарарланиши организмда иммун ҳолатнинг сусайиши, моддалар алмашинувининг чуқур ўзгаришларига олиб келиш хусусияти билан боғлиқдир.

Барча беморларнинг бурун бўшлиғи функционал ҳолати текширилганда, буруннинг

Аллергик ринит ташхиси беморнинг шикоятлари, клиник белгилар, риноскопик ва эндоскопик текшириш натижалари, аллергологик анамнез маълумотлари, периферик қондаги ва бурун ажралмасидаги эозонофиллар миқдори, бурун ёндош бўшлиқлари рентгенологик текширув натижаларига асосланиб қўйилди. Жигарнинг ҳолати қоннинг биокимёвий таҳлили, қон пигментлари (умумий, боғланган ва боғланмаган билуробин) ва ферментларининг(АЛТ-АСТ) миқдорига асосланиб баҳоланди.

Тадқиқот натижаларини статистик ишланмаси умумий статистик методлар орқали бажарилди. Олинган маълумотлар шахсий компьютерда, Intel(R) Core(TM)2 Quad CPU va ОС Windows7 дастурида амалга оширилди. Тадқиқотда STATISTICA 6,0 программасидан фойдаланилди.

Натижа ва таҳлиллар

Аллергик ринит кечишининг оғирлик даражаси беморларни текширув жараёнидаги сўровнома натижаларига асосланган ҳолда баҳоланди. Беморларни асосий қисмини ўрта оғир даражада кечувчи ринит билан оғриган беморлар ташкил этди ва ўртача 62.5% кўрсаткичга эга. Аллергик ринит ЖСДК билан бирга учраганда 6-8% ҳолатда оғир даражада кечган бўлса, Аллергик ринит ЖСДК сиз кечганда эса 3% ҳолатда оғир даражада кечиши аниқланди (жадвал №1).

маълум бир функционаларидаги ўзгаришлар аниқланди. Бурун ажралмаси рН кўрсаткичи ($7,6 \pm 0,05$ - $7,7 \pm 0,05$) таҳлил қилинганда ишқорий томонга силжиганлиги кузатилди. Глатцел ойнаси билан буруннинг нафас олиш фаолияти текширилганда 1-гуруҳдаги беморларда 4.59 ± 0.4 - 5.0 ± 0.42 см², 2- гуруҳда 4.3 ± 0.4 см²-

4.5 ± 0.36, 3-гуруҳда 5.5±0.4-6.0±0.42см² ни ташкил қилди. Ҳид билиш фаолияти текширилганда эса 1-гуруҳдаги беморларда 9,76±0,42-14,6±0,58, 2- гуруҳда 11,0±0,71-16,5±0,56, 3-гуруҳда 8,7±0,42 -13,6±0,58 ни

ташкил қилди. Демак, аллергия ринит ЖСДК билан бирга кечганда бурун функционал ҳолатларидаги ўзгаришлар яққолроқ намоён бўлади (жадвал №2).

Жадвал №2. Бурун бўшлиғи функционал ҳолатининг кўрсаткичлари

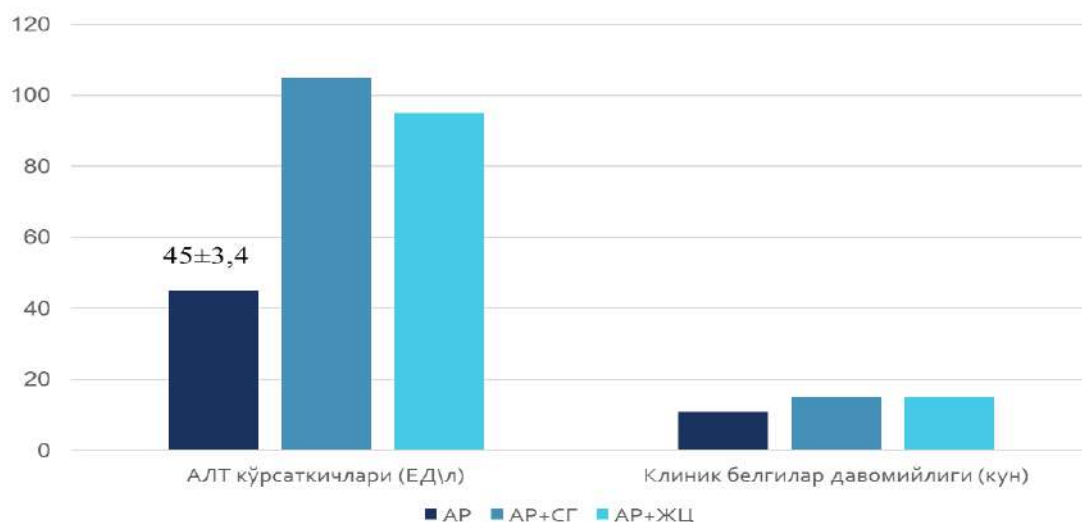
Бурун функциялари	АР+СГ	АР+ЖЦ	АР	Соғлом
Нафас олиш фаолияти см ²	4,59±0,4 5,0±0,42	4,3 ±0,4 4,5 ± 0,36	5.5±0,4 6,0±0,42	9,0±0,35
Ҳид билиш фаолияти	а)9,76±0,42 б)14,6±0,58	а)11,0±0,71 б)16,5±0,56	а)8,7±0,42 б)13,6±0,58	а) 7,4±0,22 б)12,3±0,24
Бурун ажралмаси рН кўрсаткичи	7,7±0,05	7,7 ±0,05	7,6±0,05	7,2±0,13

Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

Шунингдек зардобдаги умумий IgE микдори ҳар 3 та гуруҳда текширилганда ҳам, ёшга нисбатан физиология нормага (166,4±7,5 МЕ/мл) нисбатан анча юқорилиги аниқланди (445,3±28,7 МЕ/мл).

Текширувдаги беморларнинг қонидаги биохимик таҳлиллар натижасига кўра АЛТ активлиги ошиб борган сари беморлардаги аллергия белгилар ҳам кучайиб борганини қуйидаги жадвалда кўриш мумкин (диаграмма №1).

Диаграмма №1. АЛТ активлик даражасига кўра аллергия ринит клиник белгиларининг давомийлиги (даволангунга қадар)

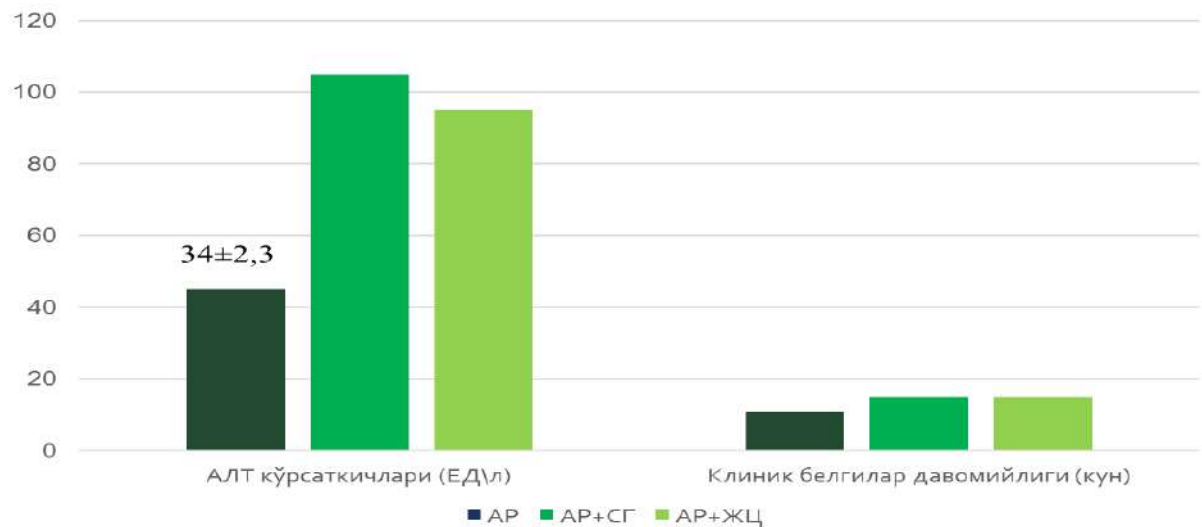


Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

АЛТ активлик даражаси ва аллергия ринит клиник белгиларининг динамик кўрсаткичлари (даволангандан кейин), аллергия ринитни стандарт даволашга гепатопротекторлар қўшилгандан сўнг динамик ўзгаришлар кузатилди, яъни аллергия ринитда АЛТ кўрсаткичлари 34±2.3 ЕД/лга тенг бўлиб, клиник белгиларининг давомийлиги 5-7 кунни ташкил этди. АР+СГ билан кечганда АЛТ

кўрсаткичлари 98±2.6 ЕД/лга тенг бўлиб, клиник белгиларининг давомийлиги 10-12 кунни ташкил этди. АР+ЖЦ билан кечганда АЛТ кўрсаткичлари 86± 2.1 ЕД/л га тенг бўлиб, клиник белгиларининг давомийлиги 8-13 кунни ташкил этди, даволаш самарадорлиги яхшиланди, беморларнинг стационарда бўлиши 2 кунга қискарди (диаграмма №1).

Диаграмма №2. АЛТ активлик даражасива аллергия ринит клиник белгиларининг динамик кўрсаткичлари (даволангандан кейин)



Изоҳ: назорат гуруҳидан олинган кўрсаткичларга нисбатан фарқ ($p < 0.05$, $p > 0.001$).

Юқоридагиларга асосланиб, шуни айтиш мумкинки аллергия касалликларни патогенетик даволашда ёндош жигар касалликларини даволаш муҳим аҳамиятга эга. Аллергия жараённинг патологик ҳалқаси ривожланиши ва турли маҳаллий клиник белгилар ривожланишини олдини олишда гепатопротектор ва фермент препаратларини тавсия қилиш асосий саналади. Гепатопротекторлар ҳужайра мембранаси зарарланишини олдини олади ва гепатоцитлар регенерациясини стимуллаб, жигар ҳужайраларини патологик таъсирларга чидамлилигини оширади, фермент системаси (ситохром P450 ва бошқа микросомал энзимлар) фаолиятини активлаш орқали, унинг детоксикацион вазифасини яхшилайдди, шунингдек, турли патологик ҳолатларда жигарнинг ўз вазифаларини қайта тиклашга ёрдам беради [7,10].

Хулоса

1. Аллергия ринит билан касалхонага ётқизилган беморларнинг 25%да жигарнинг сурункали диффуз касалликлари аниқланиб, жигарнинг сурункали диффуз касалликлари билан даволанган беморларнинг 31%да аллергия ринит касаллиги аниқланди
2. Аллергия ринит жигарнинг сурункали диффуз касалликлари билан бирга келган ҳолатларда 33 % беморларда аллергия ринитнинг клиник кечиши ўзига хос бўлиб, сезиларли даражада оғир ва узоқ давом этди.
3. Аллергия ринитни стандарт даволашга гепатопротекторлар қўшилгандан сўнг динамик ўзгаришлар кузатилди, яъни

аллергия ринитда АЛТ кўрсаткичлари 34 ± 2.3 ЕД/лга тенг бўлиб, клиник белгиларининг давомийлиги 5-7 кунни ташкил этди. AP+СГ билан кечганда АЛТ кўрсаткичлари 98 ± 2.6 ЕД/л га тенг бўлиб, клиник белгиларининг давомийлиги 10-12 кунни ташкил этди. AP+ЖЦ билан кечганда АЛТ кўрсаткичлари 86 ± 2.1 ЕД/л га тенг бўлиб, клиник белгиларининг давомийлиги 8-13 кунни ташкил этди, даволаш самарадорлиги яхшиланди, беморларнинг стационарда бўлиши 2 кунга қискарди

Шундай қилиб, жигарнинг функционал ҳолатини баҳолаш, зарур бўлганда уни коррекция қилиш аллергия ринитни ташхислаш ва даволашда муҳим босқич ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Аллергический ринит и его связь с астмой. Карманное руководство для врачей и медицинских сестер // Медицина свиту. Додаток. -2011. - 24 с.
2. Боровик Т.Э., Сирота А.Б., Ревякина В.А., Митина Н.В. Функциональное состояние поджелудочной железы и кишечника у детей с пищевой аллергией // Педиатрия. — 2010. — № 2. — С. 77-79.
3. Клиническая аллергология: Руководства для практических врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Р.М. Хаитова. — М.: МЕД экспресс-информ, 2012.— С.208-230.
4. Клиническая аллергология: Руководства для практических врачей / Под ред. акад.

- РАМН, проф. Р.М. Хаитова. – /М.: МЕД экспресс-информ, 2011. – С. 208-230.
5. Лопатин А.С., Гущин И.С., Емельянов А.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита // Ринология. — 2012. — № 1. — С. 3-24.
 6. Патерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение: Пер. с англ. / Под ред акад. РАМН А.Г. Чучалина. – М.: Медицина, 2010. – С. 454-483.
 7. Икрамова Ф.С. //Аллергический ринит и функциональное состояние печени //Материалы XII Международной научно-практической конференции и студентов и молодых ученых-медиков Молодеж-практическому здравоохранению. Россия,г Тверь, 2018 г.
 8. Икрамова Ф.С. //Встречаемость аллергического ринит при функциональных изменениях печени// Биология ва тиббиёт муаммолари, 2018, №2.1(101).
 9. Ильченко А.А. Дисфункции билиарного тракта и их медикаментозная коррекция // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2009. — № 5. — С. 25-29.
 10. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. — /М.: Гэотар Медицина, 2001. — 864 с.

Келиб тушган вақти: 09.04.2021

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Агабабян И.Р., Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А., Ахмедов А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Когда хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) осложняется хронической сердечной недостаточностью (ХСН), отмечается не только развитие легочной гипертензии и правожелудочковой недостаточности, но и левожелудочковая недостаточность. Это может сопровождаться увеличением уровня уретического пептида натрия (NT-proBNP).

Ключевые слова: ХОБЛ, ХСН, натрий-уретический пептид, диастолическая дисфункция, правый желудочек.

SURUNKALI YURAK ETISHMOVCHILIGI BILAN ASORATLANGAN SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA ENDOTELIAL DISFUNKTSIYA DARAJASINI ANIQLASH

Agababayan I.R., Ziyadullaev Sh.X., Ismailov J.A., Ahmedov A.A.

Samarqand davlat tibbiyot institute

✓ **Rezyume**

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (O'SOK) surunkali yurak etishmovchiligi (SYuYe) bilan murakkablashganda nafaqat o'pka gipertenziyasi va o'ng qorincha etishmovchiligining rivojlanishi, balki chap qorincha etishmovchiligi ham qayd etiladi. Bunga natriy uretik peptid (NT-proBNP) darajasining oshishi hamroh bo'lishi mumkin.

Kalit so'zlar: O'SOK, SYuYe, natriy uretik peptid, diastolik disfunktsiya, o'ng qorincha.

DETERMINATION OF THE DEGREE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMPLICATED BY CHRONIC HEART FAILURE

Agababayan I.R., Ziyadullaev Sh.Kh., Ismailov J.A., Akhmedov A.A.

Semarkand State Medical Institute

✓ **Resume**

When chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is complicated by chronic heart failure (CHF), not only the development of pulmonary hypertension and right ventricular failure is noted, but also left ventricular failure. This may be accompanied by an increase in sodium uretic peptide (NT-proBNP) levels.

Key words: COPD, CHF, sodium uretic peptide, diastolic dysfunction, right ventricle.

Актуальность

Сегодня около 3 миллионов человек умирают от ХОБЛ ежегодно. Курение и ожирение - основные причины ХОБЛ и один из основных факторов риска развития различных сердечных заболеваний и гипертонии.

В большинстве случаев у пациентов с ХОБЛ развивается легочная гипертензия и правожелудочковая недостаточность (ПЖ) с последующей левожелудочковой недостаточностью даже при отсутствии сердечно-сосудистой патологии, проявляющейся в клинике заболевания [5], это может происходить в результате увеличения в количестве уретического пептида натрия (NT)-proBNP). NT-proBNP в первую очередь считается неинвазивным маркером левожелудочковой сердечной недостаточности. Однако его концентрация может увеличиваться при нарушении функции правого желудочка и повышенном давлении заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) [5]. РаО₂ (частичное восстановление кислорода в артериальной крови), который является многообещающим маркером для мониторинга течения и развития NT-proBNP ХОБЛ.

Цель исследования - определить диагностическую ценность NT-proBNP у больных с ХОБЛ, осложненных хронической сердечной недостаточностью на фоне ожирения.

Материал и методы

Исследование проводилось в отделении пульмонологии Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра. Наиболее частыми сочетаниями сердечно-сосудистой патологии и ХОБЛ остаются ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, заболевания периферических сосудов и аритмии. Обследовано 60 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ожирением, группу контроля составили 30 больных с ХОБЛ с нормальным индексом массы тела на фоне ХСН. Критерии исключения включали клинически значимое заболевание суставов,

перенесенные ранее операции на груди, сахарный диабет 2 типа и острое сосудистое заболевание в анамнезе.

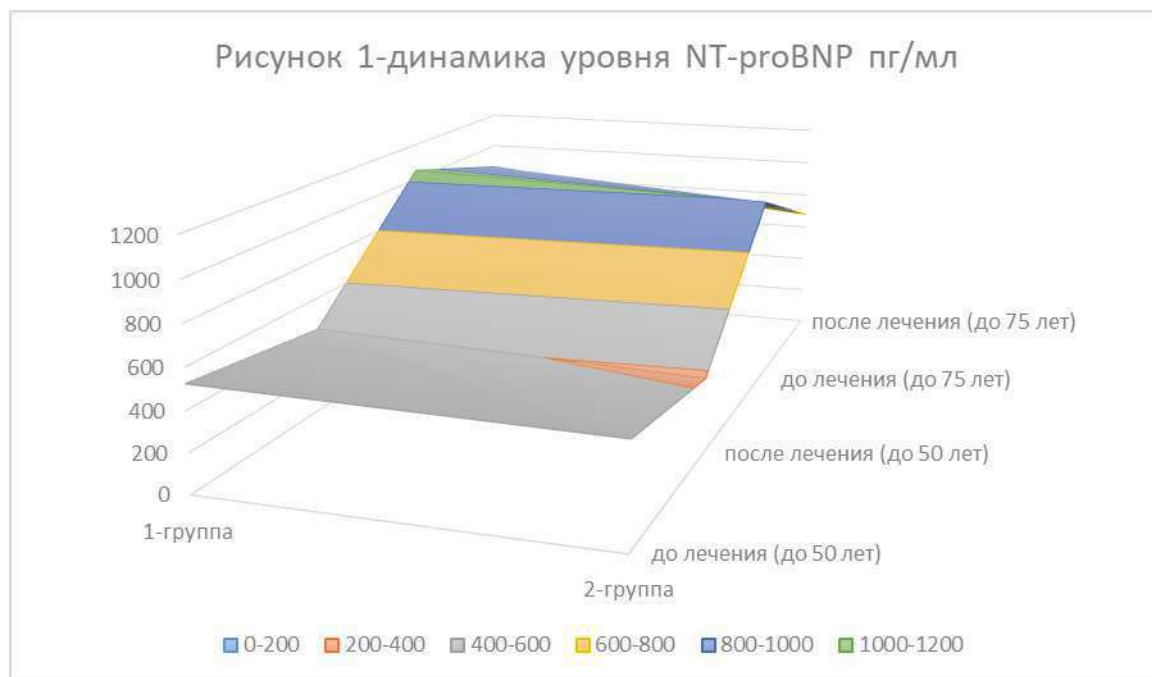
Все пациенты получали ингаляционные глюкокортикостероиды и лекарства, такие как b2-адренергический агонист (будесонид / формотерол) и М-антихолинергический препарат длительного действия (тиотропия бромид), которые вводились в соответствии со стандартами лечения для диагностики и лечения ХОБЛ. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью применялась стандартная терапия ингибиторов АПФ (эналаприл, периндоприл, лизиноприл), антиагрегантов (тромбополов), антикоагулянтов (клексан), метаболитов (тиотриозолин, корвитин), ингибиторов if-каналов (включая ивабрадин), нитратов. Пациенты включались в исследование только с их согласия.

Сегодня натрийуретические пептиды плазмы BNP, NT-proBNP являются быстрыми и чувствительными биомаркерами для диагностики ХСН у пациентов с ХОБЛ. На основе стандартных методов лечения и методов диагностики ХСН был принят пороговый уровень NT-proBNP для исключения ХСН от 125 пг / мл с учетом постепенного появления симптомов.

Результат и обсуждения

NT-proBNP составлял $523,5 \pm 89,5$ пг / мл у пациентов 1-й группы со средним сердечным ФВ 40–49% при поступлении в больницу. NT-proBNP снизился до $435,5 \pm 92,5$ пг / мл после лечения. Во время госпитализации среднее значение NT-proBNP $1050 \pm 92,8$ пг / мл у пациентов с ФВ группы менее 40% частоты сердечных сокращений в возрасте до 75 лет получило лечение после лечения NT-proBNP $859,5 \pm 94,5$ пг / мл.

NT-proBNP составил $499,5 \pm 91,5$ пг / мл у пациентов группы 2 с ФВ 45% от ЧСС в возрасте до 50 лет при поступлении, NT-proBNP - $376,5 \pm 92,5$ пг/мл после лечения. При поступлении средний NT-proBNP составлял $993 \pm 93,6$ пг / мл в группе 1 пациентов с ФВ менее 45% сердечного в возрасте до 75 лет после лечения NT-proBNP $678,5 \pm 93,6$ пг / мл.



Полученные результаты еще раз подтверждают участие правого желудочка в увеличении продукции уретического пептида натрия. NT-proBNP вырабатывается преимущественно в миокарде желудочков в ответ на повышение конечного диастолического давления и объема. В меньшей степени он синтезируется в миокарде предсердий. Ряд авторов связывают увеличение концентрации NT-proBNP у пациентов с ХОБЛ с гемодинамической реакцией на развитие легочной гипертензии в результате легочного вазоспазма [4].

Альтернативные причины, способствует росту концентрации NT-proBNP при ХОБЛ, рассматриваются механическое сдавление извне стенки ЛЖ вследствие гиперинфляции и повышения внутригрудного давления [1]. Содержание NT-proBNP значительно повышено, что может быть связано с более преходящими гемодинамическими нарушениями, включая временное повышение систолического давления в легочной артерии, добавление или обострение правожелудочковой недостаточности [2].

Заключения

Длительное лечение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хронической сердечной недостаточностью, не только снижает систолическое давление в легочной артерии и улучшает состояние правых камер сердца, но и снижает концентрацию уретического пептида натрия, который увеличивает эффективность

терапии. Рекомендую использовать NT-proBNP для мониторинга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hawkins N.M., Kholza A., Virani S.A., McMurray J.J.V. B-type natriuretic peptides in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. BMC Pulm Med. 2017; 17 (1): 11. DOI: 10.1186 / s12890-016-0345-7
2. Lee M.H., Chang C.L., Davies A.R. et al. Cardiac dysfunction and N-terminal pro-B-type natriuretic peptide in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Intern Med J. 2013;43(5):595–598. DOI: 10.1111/imj.12112.
3. Agababyan, I.R., Ismailov, Zh.A., Turdibekov, Kh. I., Shodieva, G.R., & Ruzieva, A.A. (2019). Study of the state of the cardiovascular system in COPD. Achievements in science and education, (10 (51)).
4. Gainitdinova V.V., Sharafutdinova L.A., Avdeev S.N. Diagnostic and prognostic significance of C-type N-terminal natriuretic peptide as a marker of pulmonary hypertension in COPD. Pulmonology. 2015; 25 (6): 693–697.
5. Gubkina, V.A., Trofimov, V.I., Tsvetkova, L.N., Pogoda, T.E., Mumortsev, Yu.I., & Suntsov, D.A. (2016). Chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in the elderly. Scientific notes of SPbGMU im. IP Pavlova, 23 (2).

Поступила 09.04. 2021

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЛ-6 И ИЛ-8 НА СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Агабабян И.Р., Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А.

Самаркандского Государственного медицинского института

✓ Резюме

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - социально значимое заболевание. В исследовании изучали спонтанное и индуцированное усиление цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 лейкоцитами крови у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Было показано, что ведущая роль в формировании воспалительного процесса при ХОБЛ принадлежит цитокинам ИЛ-6, ИЛ-8. Продукция цитокинов в основном отражает резервную способность иммунокомпетентных клеток в ответ на патогенные факторы.

Ключевые слова: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), цитокины, иммунопатогенез.

THE DIAGNOSTIC ROLE OF IL-6 AND IL-8 IN THE STAGES OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Agababyan I.R., Ziyadullaev Sh.Kh., Ismailov J.A.

Samarkand State Medical Institute

✓ Resume

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a socially significant disease. The study studied the spontaneous and induced enhancement of cytokines IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 by blood leukocytes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. It has been shown that the leading role in the formation of the inflammatory process in COPD belongs to the cytokines IL-6, IL-8. Cytokine production mainly reflects the reserve capacity of immunocompetent cells in response to pathogenic factors.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), cytokines, immunopathogenesis.

SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGI BOSQICHLARIDA IL-6 VA IL-8 NING DIAGNOSTIK ROLI

Agababyan I.R., Ziyadullaev Sh.X., Ismailov J.A.

Samarqand davlat tibbiyot instituti

✓ Rezyume

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (KOA) ijtimoiy ahamiyatga ega kasallikdir. Tadqiqotda surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bo'lgan bemorlarda qon leykotsitlari tomonidan IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 sitokinlarining o'z-o'zidan va induktsiyalangan kuchayishi o'rganildi. KOA'da yallig'lanish jarayonini shakllantirishda etakchi rol IL-6, IL-8 sitokinlariga tegishli ekanligi ko'rsatilgan. Sitokin ishlab chiqarish asosan patogen omillarga javoban immunokompetent hujayralarning zaxira qobiliyatini aks ettiradi.

Kalit so'zlar: O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK), sitokinlar, immunopatogenez.

Актуальность

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется обструкцией дыхательных путей и хроническим воспалением дыхательных путей [1,2]. Согласно Глобальной инициативе 2018 года по

хронической обструктивной болезни легких, ХОБЛ продолжает расти с каждым годом. Изучению патогенетических механизмов ХОБЛ посвящены многочисленные исследования [4]. Тем не менее многие патогенетические

вопросы формирования и развития процесса хронического воспаления дыхательных путей при ХОБЛ, особенно осложненной хронической сердечной недостаточностью, остаются дискуссионными [3].

Основными цитокинами в развитии и поддержании воспаления при ХОБЛ являются такие медиаторы, как интерлейкин-8 (IL-8) и интерлейкин-6 (IL-6). В ответ на попадание в организм патогенов. Цитокины обладают разнообразной биологической активностью и помогают взаимодействовать от клетки к клетке при иммунных и воспалительных эффектах.

Цель и работы. Изучить диагностическую ценность цитокинов периферической сыворотки, в частности важность продукции интерлейкинов (IL-6 и IL-8) иммунокомпетентными клетками у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы

В отделении пульмонологии Самаркандское областное многопрофильное медицинское объединение обследовано 110 пациентов с ХОБЛ и ХСН. Диагноз подтвержден по международной классификации ВОЗ (МКБ-10, рубрика J84.9). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа - ХОБЛ и ХСН (70), 2-я группа - пациенты с хронической сердечной недостаточностью (40). Все клинические, биохимические и лабораторные исследования выполнялись стандартными методами. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Полученные данные были переданы для статистической обработки на персональный компьютер с помощью программного обеспечения, разработанного в пакете EXCEL с использованием библиотеки статистических функций.

Результат и обсуждения

Для определения иммунологического содержания ИЛ-6 у обследованных больных ХОБЛ показала, что его уровень в общей группе обследованных составил $33,2 \pm 1,8$ пг / мл и значительно превышал значения, характерные для практического здоровья. лиц ($16,5 \pm 1,6$ пг / мл, $p < 0,01$).

Сравнивая изученные параметры в группах пациентов с разной направленностью ХОБЛ и хронической сердечной недостаточностью, было обнаружено, что самые высокие уровни ИЛ-8 были зарегистрированы среди пациентов с острой ХОБЛ. Содержание ИЛ-8 в этой группе составило $38,1 \pm 2,91$ пг / мл, что в 3 раза выше, чем в контрольной группе.

Напротив, уровни ИЛ-8 относительно низкие при хронической сердечной недостаточности.

Таким образом, при определении результатов анализа результатов у количества пациентов в стадии ХОБЛ уровень ИЛ-6 составляет $83,9 \pm 3,51$ пг / мл, что на 6,7 намного выше, чем в группе практически здоровых людей. ($59,8$ мл, $r < 0,01$). Было обнаружено, что уровни ИЛ-6 существенно различались в сопоставимых группах пациентов с разными стадиями ХОБЛ. Этот показатель достоверно отличается от показателей группы здоровья ($59,8 \pm 6,7$ пг / мл; $r < 0,01$) и у пациентов с хроническим ИВЛ ($124,6 \pm 9,0$ пг / мл). Был самым высоким у пациентов. мл; $r < 0,01$). У пациентов с подострой ХОБЛ уровень ИЛ-6 был вдвое выше, чем в контрольной группе ($r < 0,02$).

Следовательно, полученные результаты свидетельствуют о том, что для всех протестированных клинических вариантов ХОБЛ характерно увеличение количества пациентов с ИЛ-8, но преобладание гуморальных аллергических механизмов в патогенезе заболевания сопровождается наивысшим уровнем этого противовоспалительный цитокин, который достоверно различается при тяжелой ХОБЛ ($16,5 \pm 1,6$ пг / мл, $p < 0,05$ по сравнению с $38,1 \pm 2,39$).

При исследовании сывороточного содержания наблюдаемого контингента пациентов с ИЛ-6 наблюдались следующие особенности этого показателя в зависимости от степени тяжести ХОБЛ.

Интересно, что 5 (10%) пациентов имели низкие значения ИЛ-8 для спонтанной индуцированной продукции (у этих пациентов тяжелое течение ХОБЛ часто обострялось и было тяжелым с клиническими симптомами). Вероятно, снижение уровня продукции индуцированного ИЛ-8 в первую очередь непредсказуемо неблагоприятно, поскольку снижены защитные силы организма от инфекционных заболеваний и преобладают процессы разрушения легочной ткани (эмфизема, бронхиолит, необратимая обструкция).

Выводы

Воспаление при ХОБЛ является иммунным за счет вовлечения в патофизиологический процесс различных цитокинов, включая ИЛ-6, ИЛ-8. Для пациентов с ХОБЛ характерно увеличение продукции спонтанных и индуцированных ИЛ-6, ИЛ-8 даже в период ремиссии заболевания. Соотношение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов различно как в период прогрессирования заболевания, так и в период

ремиссии. Развитие процессов ремоделирования бронхов и необратимой обструкции может быть связано с увеличением продукции IL-6 и IL-8, которые также являются важным фактором патогенеза ХОБЛ. Продукция цитокинов отражает функциональную резервную способность иммунокомпетентных клеток к патогенам (курение, бактерии, вирусы), которая усиливается, когда осложняется хронической сердечной недостаточностью, поэтому исследование цитокинов является методом определения типа воспаления дыхательных путей у пациентов с ХОБЛ. Может более точно отражать характер и вес. Цитокины способствуют клиническому развитию заболевания в ответ на терапию, что обязательно следует учитывать при выборе метода лечения пациентов с ХОБЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдурахманова И.С., Никуличева В.И., Вагапова Д.Р., Еникеев О.А. Характер экспрессии провоспалительных цитокинов у больных хронической обструктивной болезнью легких // Саратовский научно-медицинский журнал, 2010. Т. 6, № 2. С. 314-317.
2. Аралов Н. Р. и др. Диагностическая значимость IL-8 И IL-12 при различных формах интерстициальной болезни легких // вестник врача. — с. 14.
3. Бережная Н.М. Цитокиновая регуляция при патологии: стремительное развитие и неизбежные вопросы // Цитокины и воспаление, 2007. Т. 6, № 2. С. 26-34. [Berezhnaya N.M. Cytokine regulation in pathology: rapid development and inevitable questions. *Tsitokiny i vospalenie = Cytokines and Inflammation*, 2007, Vol. 6, no. 2, pp. 26-34. (In Russ.)]
4. Fiseselmann J.F., Richerson H.B: Respiratory diseases // Basic and Clinical Immunology. — 8th ed. / Ed. by D.P. Stites, Al. Terr, T.G. Parslow. — Norwalk, CT: Appleton & Lange, 2014. — P. 528-540.

Поступила 09.05.2021

ЎСМИРЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЧЕГАРАДОШ РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ ВА РИВОЖЛАНИШ ОМИЛЛАРИ

Нурмуродов Ш.Н., Кўчқоров У.И., Истамов М.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Ўсмирлар ва ёшлар ўртасида чегарадош руҳий бузилишларнинг ўзига хос клиник хусусиятлари ўрганилди. Олинган 75 нафар бемордаги чегарадош руҳий бузилиш сабаблари ўрганилиб таҳлил қилинди. Уларни эрта аниқлаш, таъхис қўйиш ва психокоррекция йўллари ишлаб чиқилди. Замонавий ёндашувда тиббий ва ижтимоий-психологик ёрдам кўрсатиш такомиллаштирилди.

Калит сўзлар: чегарадош руҳий касалликлар, невроз, шахс хусусиятининг урғуланиши, реактив психозлар, ижтимоий омиллар.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПРИГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Нурмуродов Ш.Н., Кучкоров УИ., Истамов М.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Изучены особенности клинической картины пограничных психических расстройств у подростков и молодых людей. Изучены и проанализированы причины пограничных психических расстройств у 75 пациентов. Разработаны раннее выявление, диагностика и психокоррекция. Современный подход позволил улучшить оказание медицинской и социально-психологической помощи.

Ключевые слова: пограничное психическое заболевание, невроз, черты личности, реактивные психозы, социальные факторы.

CHARACTERISTICS AND DEVELOPMENT FACTORS OF BORDER MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENTS

Nurmurodov Sh.N., Kuchkarov U.I., Istamov M.B.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The features of the clinical picture of borderline mental disorders in adolescents and young people have been studied. The causes of borderline mental disorders in 75 patients have been studied and analyzed. Early detection, diagnosis and psychocorrection have been developed. The modern approach has made it possible to improve the provision of medical and socio-psychological assistance.

Key words: borderline mental illness, neurosis, personality traits, reactive psychoses, social factors.

Долзарблиги

Ўсмирлар психологияси айти вақтда энг долзарб масалалардан бири бўлиб, мамлакатимизда ёш авлодни баркамол қилиб тарбиялаш, уларнинг ҳаётга мустақил қадам

қўйишлари учун барча зарур шароитларни яратишга қаратилган тизимли ишлар амалга оширилмоқда. Сўнгги йилларда ёшларга оид давлат сиёсатининг ҳуқуқий асосларини

мустаҳкамлаш мақсадида «Ёшларга оид давлат сиёсати тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Қонуни қабул қилинди. Ёшларни маданиятли, санъатга шайдо, жисмоний жихатдан етук қилиб тарбиялаш келажакда уларни ҳаётий тажрибаларида асқотади. Айниқса ахборот технологиялари бўйича савиясини ошириш ва китобхонликни тарғиб қилиш ёш авлодда мустаҳкам ватанпарварлик ғоясини шаклланишига катта аҳамиятга эга. Болалар ва ўсмирларнинг руҳий саломатлиги жамиятимизнинг жиддий тиббий, психологик ва ижтимоий муаммосидир [2, 4, 7]. Болалар ва ўсмирларнинг руҳий саломатлиги ҳолатидаги кўнгилсиз вазият психиатрларнинг конгрессида тақдим этилган бўлиб унда руҳий касалликларнинг юқори кўрсаткичларга эга эканлиги айtilган [5, 6]. "Чегаравий руҳий ҳолатлар" тушунчаси унчалик кучли бўлмаган руҳий бузилишлар патологик кўринишлар ҳисобланиб, руҳий соғломлик меъёрдан сезиларли даражада оғиш билан бирга келади. Улар касаллик жараёнининг шакли ёки турига қараб, касалликнинг бошланиши босқичида ўзининг клиникаси, динамикаси ва натижаларига эга бўлган патологик белгиларнинг махсус гуруҳини намоён бўлиши билан ифодаланади [1, 3]. Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики ўсмирлик давридаги психопатологик бузилишлар таркибида чегарадош нейрорпсихиатрик ўзгаришлар улушининг ўсиши кузатилмоқда шу сабабли бу патологик жараёни ўз вақтида аниқлаш ва ҳолатни коррекциялаш бугунги кунда психиатрлар ва психологлар ўртасида долзарб муаммо ҳисобланади.

Илмий тадқиқот мақсади: Ўсмирларга эрта ташхис қўйиш, психокоррекция ва психопрофилактика дастурларини ишлаб чиқиш.

Текширув давомида ўсмирлардаги чегарадош руҳий касалликнинг эрта ташхислаш меъзонларини аниқлаш, касалликнинг ривожланиб кетишини олдини олиш ва ўсмирларни ижтимоий мослашувини яхшилашга қаратилган даво алгоритмлари ишлаб чиқилади. Чегаравий руҳий ҳолатларнинг шаклланишига таъсир қилувчи омилларни ўрганиш, ижтимоий-психологик вазиятнинг хусусиятларини билиш касалликни диагностика қилишда хатоларидан қочишга

имкон беради. Чегарадош руҳий касалликларнинг тарқалганлиги ва сабабларини аниқлаш, замонавий ёндашувда тиббий ва ижтимоий-психологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш.

Материал ва усуллар

Бухоро вилоят руҳий-асаб касалликлари диспансерида 2018 йилдан 2021 йилгача даволанаётган ўсмирларни текширишга олинди. Чегарадош руҳий касаллик ташхиси бўлган 75 нафар ўсмирдан йигитлар 46,7 % (37 киши), қизлар - 53,3 % (38 киши)ни ташкил қилди. Текширувдан ўтган ўсмирларнинг ўртача ёши $17,6 \pm 3,4$ ёшни ташкил қилди. Ўсмирларни текширишда психодиагностик усуллар, математик ва статистик усуллар қўлланилди.

Натижа ва таҳлиллар

Чегарадош руҳий касаллик ташхиси қўйилган ўсмирлар учун асабийлашиш, чарчок, кайфиятнинг лабиллиги, ҳолсизлиги, вегетатив қон-томир бузилишлари, ҳар хил турдаги бош оғриғи, иш қобилятининг пасайиши, қўзғалувчанлик, кўрсаткичларнинг пасайиши, соматик ва экзоген органик касалликлар, уй шароитидаги психогениялар характерли бўлиб, уларни коррекциялашда асосан шу белгиларга эътибор қаратилди. Чегаравий нейрорпсихологик бузилишларнинг шаклланишида конституциявий-биологик, ижтимоий-психологик ва психологик омиллар катта аҳамиятга эга. Чегаравий руҳий касалликларнинг ривожланиши ўсмирларнинг конституциявий ва биологик хусусиятларига боғлиқ бўлиб, биз ирсиятга алоҳида эътибор қаратдик.

Текширувимиздаги ўсмирлардаги неврознинг сабаблари бўлиб нисбатан кучсиз лекин узоқ давом этадиган руҳий жароҳат 70% ҳолларда, шахснинг преморбид хусусиятлари 80%, ижтимоий факторлар ва оилавий мурасасизликлар 83,3% ўрин эгаллади. Ўсмирнинг яқин қариндошларини руҳий касалликлар (эндоген бузилишлар, эпилепсия) билан касалланганлиги (наслий мушкуллили), ота-оналар ва яқин қариндошларидаги характер патологияларини яққол ифодаланганлиги, ҳамда ўсмирнинг яқин қариндошларини ичкиликбозлигини аниқлашга қаратилган тадқиқот ўтказилди.

Ўсмирларда учрайдиган неврознинг сабаблари

Неврознинг сабаблари	Олинган беморлар (n=30)	
	Абс.	%
Нисбатан кучсиз лекин узоқ давом этадиган руҳий жароҳат	21	70,0
Шахснинг преморбид хусусияти	24	80,0
Биологик факторлар	22	73,3
Социал факторлар	25	83,3
Пренатал факторлар	20	66,6
Оилавий мурасасизликлар	25	83,3
Атроф-муҳит таъсирлари	19	63,3
Педагогнинг педагогикага зид бўлган ҳатти-ҳаракатлари	21	70,0
Оилавий мурасасизликлар	25	83,3
Ортиқча талаб қўйиш	22	73,3

Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, текширилган ўсмирларда чегарадош руҳий касалликларнинг 60% ҳолларда наслий мушкуллик аниқланган. Уларнинг қариндошларини 24% патохарактерологик ўзгаришлар аниқланди, 56% ҳолатда алкоғолизм, 7% ҳолатда ўсмирнинг қариндошлари руҳий бузилишлар фонида ўз жонига қасд қилиш ҳаракати фоизида аниқланган.

Оилавий тарбия ва оилавий микроклим шароитлари ҳам кўп жиҳатдан ўсаётган одамнинг ҳиссий фаровонлиги даражасини белгилайди. Текширувдагиларнинг асосий қисмида касаллик олди кузатиладиган

чегаравий даражадаги руҳий бузилишларнинг шаклланиши турли хил салбий микросоциал таъсирлар (оиланинг ўзгарган тузилиши, нотўғри тарбия тури, оиладаги шахслараро муносабатлар, ота-оналар ва яқин қариндошларнинг алкоғолизи ва бошқалар) нинг ўрни қандай даражада эканлиги ўрганилди. Оилада ёки ундан ташқарида яшаш шароитларини, ота-оналар ёки бошқа қариндошлар тарбиясини акс эттирувчи ўсмирларнинг микросоциал муҳитининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиб чиқиб, 22 нафар ўсмир (73,3%) тўлиқ оилада яшашлиги аниқланди.

Ўсмирларда учрайдиган реактив психоз сабаблари

Реактив психоз сабаблари	n=20	%
Кучли руҳий жароҳат	18	90
Яқин инсоннинг ўлими	19	95
Ҳаёт учун хавфли бўлган ҳодисалар	6	30
Кўнгилсиз воқеалар	5	25
Оилавий мурасасизликлар	11	55
Турли жанжаллар	9	45
Наслий факторлар	8	40
Шахснинг преморбид ривожланиши	6	30
Ота-она ажримлари	8	40
Севган инсони билан муаммолар	7	35

Ўсмирлардаги реактив психоз ривожланишига кучли руҳий жароҳат, яқин кишининг ўлими, оилавий мурасасизликлар, турли жанжаллар, ота-онасининг ажрими сабаб бўлганлиги аниқланди. Сўровда қатнашган 20 кишидан 35% ўлим, ажрашиш ёки ота-она ҳуқуқларидан маҳрум бўлиш сабабли ота-оналардан бирининг ёки иккаласининг ҳам йўқотилишини бошдан кечирган ва нотўлиқ

оилада яшаши аниқланди. Ҳатто ота-онасидан бирининг йўқлиги ҳам болаларнинг руҳий саломатлигига салбий таъсир кўрсатиши психологияда одатда қабул қилинган ҳақиқат бўлиб, бундай оилаларнинг фарзандлари кўпроқ ҳиссий ва шахсий муаммоларга дуч келишади. Ўсмирларда ўзларини паст баҳолашлари ва ота-оналари ҳақида салбий фикр юритишлари кузатилиб, 70% ўсмир бироз

ижтимоий мослашиш мақсадида сигарет, калян ва спиртли ичимликлар истеъмол қилганликлари аниқланди. Болалар ва ўсмирларда чегаравий рухий ҳолатларнинг ривожланишига ёрдам берадиган ноқулай омиллар орасида ота-оналарнинг алкоғолизмини таъкидлаш лозим. Ушбу оилаларда низоли вазиятлар доимо юзага келади, унда барча оила аъзолари иштирок этади. Болалар эҳтиёжлари кўпинча қондирилмаслиги, узок вақт рухий изтироб ҳолатида бўлиш буларнинг барчаси шикастланишнинг кўшиимча манбалари ҳисобланиб ўсмирларда патохарактерологик хусусиятларнинг шаклланишига олиб келади.

Тадқиқотимизга кўра, наслида алкоғолизм билан оғриган кишилар борлиги 9 ўсмирда (45%) аниқланди. 11 (55%) текширилувчининг отаси спиртли ичимликлар суистемол қилиши аниқланди. Бир қарашда анча фаровон бўлиб туюлган оилаларда, болаларни тарбиялаш

масалаларини муҳокама қилишда келишмовчилик ҳолатлари ҳам кузатилиши натижасида эр-хотин ва бобо-бувилар ўртасида низолар келиб чиқиши кузатилди. 7 (35%) нафар ўсмир қарама-қарши оилавий тарбия шароитида яшаганлиги аниқланди. Шунингдек, турмуш ўртоклар ўртасидаги турли хил муаммоларни ҳал қилиш билан боғлиқ доимий оилавий жанжаллар ноқулай омил бўлиб, у барча оила аъзоларининг зўриқишига, бир-бирига нисбатан душманлик ва бегоналашишига олиб келганлиги аниқланди. Бу омилларнинг ҳар бири оила аъзоларида рухий-асаб касалликларининг пайдо бўлиши ва ривожланиш хавфини оширади. Бизнинг тадқиқотимизда 12 нафар ўсмир (60%) доимий оилавий низолар шароитида яшаган.

Оиладаги нотўғри тарбия туфайли 35% ўсмирларда нейропсихик патологиялар ва ҳулқ-атворда оғиш пайдо бўлган.

3-жадвал

Ўсмирларда учрайдиган шахс хусусияти урғуланишининг сабаблари

Сабаблар	n=25	%
Шахснинг преморбид хусусияти	14	56
Наслий мойиллик	12	48
Биологик факторлар	6	24
Адекват бўлмаган рухий жароҳат	18	72
Бош мия жароҳати	10	40
Перинатал факторлар	11	44
Социал факторлар	9	36
Тарбиячининг тарбиячига хос бўлмаган хатти-харақати	7	28
Инфекцион касалликлар	5	20
Педагогнинг педагогикага зид бўлган хатти-харақатлари	14	56

Чегарадош рухий касалликларнинг яккол даражасига эга бўлган ўсмирларни тарбиялашда ғамхўрликнинг суғлиги ва бепарволик кузатилади 13 (65% ҳолларда); бундай тарбия шароитида ота-оналар деярли тўлиқ ёки умуман, боланинг тақдири билан қизиқишмаган, унинг асосий эҳтиёжларини, ҳам органик, ҳам моддий, ҳам ҳиссий эҳтиёжларини қондиришмаган.

Ўсмирларда учрайдиган шахс хусусияти урғуланишига 56% шахснинг преморбид хусусиятларининг ўткирлашуви, 48% да наслий мойиллик, 24% қарама-қарши оилавий тарбия шароитида яшаган, 28% ўта кучли ғамхўрлик услубида тарбияланган, 72% адекват бўлмаган рухий жароҳат, 56% педагогнинг педагогикага зид бўлган хатти-харақатлари сабаб бўлганлиги кузатилди. Ота-оналар ўз фарзандларининг ҳулқ-атвори ва ўқув кўрсаткичларига нисбатан

юқори талаблар қўйганларида, ўсмирларнинг 4% юқори ахлоқий жавобгарлик муҳитида тарбияланган; 2,7% ўсмирлар "танноз" услубида тарбияланган, болалар меҳр-муҳаббатдан маҳрум бўлганларида, ота-оналари томонидан хўрлик ва бегоналашувга учраган. Ўсмирларнинг 3% шахс хусусияти урғуланиши патологиясининг ривожланишида, тарбияланган муҳитининг ҳам аҳамияти катта бўлиб, бундай оилаларда доимий эътибор барча оила аъзоларининг ва айниқса боланинг соматик ҳолатига қаратилганлиги аниқланди.

Чегаравий рухий касалликлар даражасига эга бўлган текширувдан ўтган ўсмирларнинг ҳеч бири барча истаклари амалга оширилган "оиланинг сеvimлиси" сифатида тарбияланмаган. Бу, эҳтимол, сўроқ қилинган ўсмирлар контингенти кўпинча кам таъминланган оилалар фарзандлари эканлиги

билан боғлиқ. Даволанган ўсмирларнинг атиги 20 фоизи одатдаги шароитларда тарбияланган, бу болага нисбатан кадр-қимматни ва барча оила аъзолари ўртасидаги илиқ ишончли муносабатларни назарда тутди. Тадқиқот шуни кўрсатдики, оила ва унинг аъзолари ўртасидаги ўзаро таъсирни психодезадаптив ҳолатларни ривожланиш механизми деб ҳисоблаш мумкин.

Чегарадош руҳий бузилишларнинг шаклланиши урғуланган шахсларда уйғун шахсларга нисбатан кўпроқ ривожланиш эҳтимоли юқорилиги кузатилди. Баркамол шахс бу мувозанатли шахс бўлиб, унинг таркибида мўътадил ифода этилган турли хил хусусиятлар ва хислатлар бирлаштирилган бўлади. Шахс хусусиятларининг урғуланиши деганда, муайян вазиятларда энг кам қаршилик ёки талаблар қўйилган пайтда декомпенсация қилиниши мумкин бўлган характер турларининг айрим хусусиятларининг яққол намоён бўлиши тушунилади.

Шахснинг у ёки бу характеристикаси қанчалик аниқ бўлса, шахснинг мослашувчан воситаларини танлашда "эркинлик даражалари" сони шунчалик чекланган бўлса, шахсни вазиятга мослашиш шунчалик қийин кечади. Урғуланган шахс хусусиятлари бўлган ўсмирлар психогенияга, салбий микросоциал таъсирга кўпроқ мойил бўлиб, ўсмирлик даврида бу фонда ўткир аффектив реакциялар, девиант ва ўзига қарам бўлган хатти-ҳаракатлар кузатилиши мумкин.

Нозологик даражадаги чегарадош руҳий касалликлар билан бўлган ўсмирлар орасида психопатия турларга мос келадиган шахслар аниқланмади. Чегаравий руҳий касалликларнинг касалликдан олдинги бузилишлар даражасига эга бўлган ўсмирлар орасида кўпинча эпилептоид хусусиятларига эга бўлганлар (22,7%), ундан кейин психастеник хусусиятларга эга бўлганлар (16%), истерик хусусиятлар сўралганларнинг 12 фоизиди, тенг сонда ифодаланган (10,7%), сезгир ва беқарор хусусиятлар, 9,3% лабил хусусиятлар, 8% - гипертимик хусусиятлар, 5,3% - циклоид хусусиятлар ва ўсмирларнинг фақат 1,3% шизоид хусусиятлари устунлик қилганлиги аниқланди. Битта ўсмирда преморбид шахс хусусиятларининг 2-3 комбинациясига, масалан, эпилептоид ва истероид хусусиятларининг, эпилептоид ва гипертимик хусусиятларнинг комбинациясига эга эканлиги кузатилди.

Ўсмирлар орасида биринчи ўринда эпилептоид хусусиятларига эга бўлганлар 30,7% бўлиб, улар ҳаракасизлик, мурасасизлик, худбинлик, таъсирланишни тўплаш тенденцияси, асабийлашиш ва дисфория, шунингдек из қолдирадиган руҳий катъийлик хусусиятлари билан ажралиб туриши кузатилди. Психастеник хусусиятларга эга бўлган ўсмирларда хавотирнинг кучайиши, шубҳаланиш, руҳан изтироб чекиш истаги намоён бўлади. Бу

декомпенсация одатда янги шароитда ёки масъулиятни ҳис қилиш учун юқори талаблар пайдо бўлганда, масалан, имтиҳон пайтида юз берди. Истерик хусусиятларга эга бўлган ўсмирлар эгаллаган (20%), чегарадош нейрпсихологик патологияни ривожланиши учун заиф жойлар кўпинча: мағрурлик, ўсмир учун қимматли эътиборни йўқотиш, рақиб ёки рақибанинг кўриниши. Бизнинг тадқиқотимизда, бундай сабаблар оилада ўғай отанинг пайдо бўлиши ва синфдошлар томонидан "рад этиш", чекага суриб қўйиш ҳолати билан изоҳланди. Кўпгина кузатувларда шахснинг индивидуал-типологик хусусиятлари пренезологик даражадаги чегара руҳий бузилишининг клиник кўринишида акс этиб улар ўртасида узвий боғлиқликлар кузатилди.

Хулоса

Ўсмирлик даврида чегара руҳий касалликларнинг касаллик олди симптомларининг намоён бўлиши, симптомларининг яққоллик даражасининг пайдо бўлиши ва ривожланишига турли хил омилларнинг мураккаб комбинацияси таъсир қилди. Текширувимиздаги ўсмирларда касалликнинг ривожланишида психологик омиллар (таъкидланган индивидуал-типологик хусусиятлар) ва ижтимоий-психологик омиллар (оиладаги дисфункционал муносабатлар) нинг яққол таъсири борлигини аниқлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Бенелли А.В. Специфика невротизма у детей: этиология и симптоматика Вестник МИТХУ-МАСИ № 3/2019.
2. Быков А.П. «Пограничные психические расстройства в современной клинической практике». Волгоград 2018 г.
3. Хакимова И.М. «Девиант хулқ-атвор психологияси дарслик» 2014-й.
4. Романов Д.В. «Проблема объективизации диагностики пограничного расстройства личности» 2015г.
5. Нагметова Н.М. «Ўсмир йигитларни мустақил ҳаётга тайёрлашнинг илмий назарий асослари» 2017.г. Замонавий таълим, журнал. 20.
6. Нурмаматов А. «Боланинг шахс сифатида шаклланишидаги айрим психологик муаммолар» Замонавий таълим, журнал 2015й.
7. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. Archives of General Psychiatry. 2009;66(7):764-772.

Келиб тушган вақти: 09.04.2021

ВОПРОСЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Мухтарова Х.К., Мухамадиева Н.Б., Истамов М.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Систематическое изучение генеза и структуры общественно опасных действий психически больных в последние десятилетия привело к осознанию многоплановости проблемы, невозможности ее решения только медицинскими (психиатрическими), только правовыми, только социальными или только административными мерами, и необходимости соединения усилий различных дисциплин, к пониманию ее самостоятельного характера, требующего специального изучения, а также разработки специфических форм практической деятельности.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, общественно опасные действия, прогноз, социальные и личностные характеристики.

ИЖТИМОЙ ХАВФЛИ ҲАРАКАТЛАР СОДИР ҚИЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ СУД- ПСИХИАТРИЯ ЭКСПЕРТИЗАСИ МАСАЛАЛАРИ

Мухтарова Х.К., Мухамадиева Н.Б., Истамов М.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Ижтимоий хавфли ҳаракатларнинг генези ва структурасини тизимлашган тарзда ўрганиш охириги ўн йиллар давомида мазкур муаммонинг турли жиҳатлилиги, уни ҳал этишда нафақат тиббий (психиатрик), нафақат ҳуқуқий, ижтимоий ёки маъмурий чоралар ёрдамида эришишнинг имконсизлигини англашга олиб келди, бу масала мустақил равишда махсус ўрганишни ҳамда амалий чораларни ишлаб чиқишни талаб этади.

Калит сўзлар: суд-психиатрик экспертиза, ижтимоий хавфли ҳаракатлар, прогноз, ижтимоий ва шахсга оид характеристика.

ISSUES OF FORENSIC-PSYCHIATRIC EXAMINATION OF PATIENTS WHO HAVE PERFORMED PUBLIC DANGEROUS ACTIONS

Mukhtarova Kh.K., Mukhamadieva N.B., Istamov M.B.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The systematic study of the genesis and structure of socially dangerous actions of mentally ill people in recent decades has led to an awareness of the multifaceted problem, the impossibility of solving it only by medical (psychiatric), only legal, only social or only administrative measures, and the need to combine the efforts of various disciplines, to understanding its independent nature, requiring special study, as well as the development of specific forms of practical activity.

Key words: forensic psychiatric examination, socially dangerous actions, prognosis, social and personal characteristics.

Актуальность

Психиатрическая помощь является психического здоровья, диагностику специализированной медицинской психического расстройства, лечение и уход, помощью, которая включает в себя медико-социальную реабилитацию лиц с обследование

психическими расстройствами. Настоящее время одной из актуальных задач судебной психиатрии является прогнозирование риска совершения общественно опасных деяний (ООД) лиц с психическими расстройствами [Белякова и др., 2015]. Теория и практика судебной психиатрии опираются на положение о том, что совершение общественно опасного деяния определяется констелляцией трех групп факторов – синдром–личность–ситуация. Согласно этой концепции личностные особенности оказывают существенное влияние на патологически обусловленную мотивацию и опосредуют поведение при психическом расстройстве [Кондратьев, 2006].

В последние годы отмечается увеличение количества случаев общественно опасных деяний, совершаемых пациентами с психическими расстройствами. Совершенствование подходов к профилактике ООД требует учета структурированных форм оказания психиатрической помощи (полипрофессиональные бригады) и подходов к судебно-психиатрической профилактике, а также их адаптацию к контингенту лиц с психическими расстройствами, имеющих различную степень общественной опасности. Успешность психопрофилактических и реабилитационных вмешательств по предупреждению дезадаптации, в том числе и криминализации психически больных, зависит от соблюдения ряда условий. В частности, за счет применения методов мониторинга и оценки риска опасности для социума – определенных маркеров степени вероятности реализации общественно опасного поведения пациентов. Другим важным условием решения указанной задачи является оценка факторов, сдерживающих социальную дезадаптацию и антисоциальное поведение, защитных факторов, которые нивелируют провоцирующее воздействие криминогенной ситуации, нейтрализуют стационарные или транзиторные патопсихологические и психопатологические причины и механизмы, способствуют или препятствуют их поведенческой реализации. Комплексная дифференцированная оценка различных составляющих социального функционирования и качества жизни пациентов необходима для планирования эффективной профилактической работы, постановки адекватных целей и задач реабилитации. Существующая практика принятия решений в экспертной и клинической практике при определении детерминант агрессивного поведения, оценки социальной опасности и прогноза криминального рецидива,

определяет необходимость включения в анализ широкого спектра психологических переменных, включая субъективные оценки пациентов не только их состояния, но и социального функционирования, а также отношения к болезни. Что позволит повысить не только точность прогноза риска совершения повторных правонарушений, но и сделать психокоррекционные воздействия мишенеориентированными, и как следствие – повысить качество ресоциализации лиц, направляемых в пенитенциарные учреждения и специализированные лечебные учреждения [Токарева Г.М., 2019].

Выявление связей между клиническими, криминологическими и социально-психологическими переменными и риском совершения правонарушения является методически трудоемкой диагностической задачей [Альфарнес, Булыгина, 2009; Дмитриев и др., 2009]. В медицинской психологии принята концепция о структурно-функциональной организации медицинской психодиагностики, системообразующем характере общих медицинских задач выработки оптимальной тактики и оценки эффективности лечения и реабилитации больных, выявления лиц с повышенным риском нервно-психической дезадаптации и изучения индивидуально-личностных и социально-психологических (средовых) факторов, определяющих адаптационно-компенсаторные возможности психики в экстремальных и кризисных ситуациях [Зотов и др., 2011]. Разработка методик прогнозирования риска повторных ООД на основе психологической диагностики может способствовать индивидуализации профилактики криминализации лиц с психическими расстройствами [Булыгина, 2015], повышению обоснованности решений о необходимости продления сроков или отмене принудительного лечения и, как следствие, оптимизации затрат на лечебно-реабилитационные мероприятия [Owens, Sox, 1990]. Многочисленные исследования в психиатрии и психологии посвящены факторам риска совершения повторных правонарушений психически больными [Дмитриев и др., 2009; Котов, Мальцева, 2005]. Однако исследований указанной категории психически больных с использованием комплексного психодиагностического и аналитического инструментария, включая построение прогностических моделей факторов риска, в отечественной психологии ранее не проводилось.

В зарубежной психологии и медицине использование метода деревьев уже стало стандартом анализа данных эмпирических исследований [Owens, Sox, 1993; Zweig, Campbell, 1993]. Специалисты подчеркивают высокую прогностическую ценность этого метода, как альтернативы многомерным математико-статистическим методам создания классификационных моделей (дискриминантному, логистическому регрессионному анализу) [Григорьев, 2003].

К настоящему времени создано самостоятельное направление, рассматривающее теоретические аспекты детерминации опасного поведения душевнобольных (Кондратьев ФВ, 1977-1991; Мальцева М.М, Котов В П, 1980-1995, Хамитов Р.Р., 2004). Накоплен большой материал по многофакторному исследованию корреляций клинических, социально-демографических данных с механизмами опасного поведения психически больных и способами реализации правонарушений. По данным Хрящева А.В. (2004), основные клинические и социально-демографические характеристики лиц, страдающих непсихотическими формами психических расстройств, совершивших деликт и в большинстве случаев признаваемых виновными, значительно отличаются от общей популяции больных совершающих ООД и играют существенную прогностическую роль при их предупреждении [1,4,7,11].

По мнению современных (В.П Котов, 2004, И А Кудрявцев, 1997; ФС Сафуанов, 2003, Monahan J et al, 2000, Dolan M, Doyle M, 2000 и др) психиатров, психологов, к факторам риска совершения повторных правонарушений относятся расстройства, влияющие на мотивацию преступления и способность к избирательному поведению, а также злоупотребление психоактивными веществами и личностные расстройства. Точность прогноза повышается, если учитываются условия, при которых пациенты прибегают к совершению правонарушений [3,6,8,9,12].

Вместе с тем, исследования, направленные на изучение клинических, социальных и личностных особенностей психически больных с противоправным поведением, признаваемых виновными, и мотивации их опасного поведения, - единичны, не систематизированы и пока не привели к существенным положительным практическим результатам, о чем свидетельствует значительная и сохраняющаяся на протяжении многих лет частота правонарушений. Соответственно, отсутствуют дифференцированные подходы к

прогнозированию и профилактике повторных ООД. Отсюда актуальность и медико-социальная потребность в подобного рода исследованиях. Психически больные, совершившие противоправные действия, признанные «безусловно» или «условно» виновными, имеют различия в клинических, социальных и личностно-психологических характеристиках, основными факторами, способствующими совершению противоправных действий психически больными, признаваемыми виновными, помимо психопатологических, являются социальные и личностные. Для повышения эффективности профилактики противоправных действий психически больных необходимо создание системы мониторинга больных с криминальным поведением [2,5,10,16,17].

Основным методом исследования (базисным для научных исследований в области клинической психиатрии) являлся клинко-психопатологический. Для оценки психического статуса испытуемых применялись критерии МКБ-10, разработанные для судебной психиатрии (ТБ Дмитриева, Б В Шостакович, 1997). С учетом полифакторной детерминированности противоправного поведения, использовались патопсихологические методы обследования. Основное внимание уделялось результатам исследования функций памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (пиктограммы, исключение и сравнение понятий и др.), интеллекта (методика Векслера), личностных особенностей (ММП1, методы Розенцвейга и Люшера). Основную рабочую гипотезу данного исследования можно сформулировать следующим образом - психически больные, представляющие общественную опасность, но признаваемые виновными, обладают специфическим набором клинических, социальных, личностных характеристик, знание которых позволит прогнозировать и уменьшать вероятность совершения ими повторных деликтов.

Систематическое изучение генеза и структуры общественно опасных действий (ООД) психически больных в последние десятилетия привело, во-первых, к осознанию многоплановости проблемы, невозможности ее решения только медицинскими (психиатрическими), только правовыми, только социальными или только административными мерами, и необходимости соединения усилий различных дисциплин, а во-вторых, - к пониманию ее самостоятельного характера,

требующего специального изучения, а также разработки специфических форм практической деятельности (Котов В.П., Мальцева М.М., Воронин В.С., 1996; Дмитриева Т.Б., 2001; Усов Г.М., Федорова М.Ю., 2006). К настоящему времени создано самостоятельное направление, рассматривающее теоретические аспекты детерминации опасного поведения душевнобольных (Кондратьев Ф.В., 2005, 2006; Мальцева М.М., Котов В.П., 1980-1995; Дмитриева Т.Б. с соавт., 2006; Дюсембеков В.Н., Кенжебулатов Б.Е., Костылев С.В., Мошкова И.В., 2005). Накоплен большой материал по многофакторному исследованию корреляций клинических и социально-демографических данных с механизмами опасного поведения психически больных и способами реализации противоправных действий. (Балашов А.Д., Скугаревская Е.И., 2007; Буторина Н.Е. с соавт., 1999; Вандыш-Бубко В.В., 2005; Lauber С., 2007). Вместе с тем, по данным Хамитова Р.Р. (2004), основные социально-демографические характеристики контингента психически больных, представляющих наибольшую социальную опасность, значительно отличаются от общей популяции больных совершающих ООД и играют существенную прогностическую роль при предупреждении развития особо опасных форм патологически измененного поведения.

Большое значение в предотвращении повторных ООД после принудительного лечения традиционно придается преемственности между стационарным и амбулаторным звеньями психиатрической помощи (Кондратьев Ф.В., 1985, 1986, 2005, 2006; Котов В.П., Мальцева М.М., 1982, 1986, 1995, 2006; Никонов 1993, Числов А.В., 1983; Котов В.П., 2009; Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., 2006; Усов Г.М., 2008; Bürsten Ben M., 1986; Kreybig M., 1979; Roth M., 1977; Urbaniok F., et al., 2006).

Следует отметить, как в отечественной, так и в зарубежной литературе исследования, направленные на изучение клинических, социальных и личностных особенностей психически больных с особо опасным поведением и психопатологических механизмов их опасного поведения, единичны и не систематизированы. Указанные исследования пока ещё не привели к существенным положительным практическим результатам, о чём свидетельствует значительная и сохраняющаяся на протяжении многих лет частота правонарушений, совершаемых лицами с психическими расстройствами. Целенаправленные

исследования катамнеза психически больных, представляющих особую опасность, находившихся на принудительном лечении в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением до настоящего времени не проводились. Соответственно, отсутствуют и какие либо дифференцированные подходы к прогнозированию и профилактике повторных особо опасных деяний у лиц, страдающих психическими расстройствами.

Заключение

В ходе нашего исследования были выявлены особенности клинической и социально-демографической структуры психически больных, совершивших особо опасные действия, проанализированы и систематизированы взаимосвязи частоты, характера и психопатологических механизмов реализации ООД, совершенных обследованными больными, с их клинико-социальными и личностными характеристиками. На этой основе выявлены прогностически благоприятные и неблагоприятные факторы в отношении вероятности совершения психически больными особо опасных повторных ООД. Изучена роль частоты, характера и психопатологических механизмов в прогнозе особой социальной опасности больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аймос А.А. Динамика статистических данных о больных с умственной отсталостью, совершивших общественно-опасные деяния. //Материалы II съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. — Павлодар, 2004. — С.14-16.
2. Балашов А.Д., Скугаревская Е.И. Общественно опасное поведение лиц, страдающих шизофренией, и их динамическое диспансерное наблюдение // (Минск) Медицинский журнал. 2007. - № 3. - С. 29-33.
3. Березанцев А.Ю., Митрофанова О.И. Тендер, комплаенс и качество жизни больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2009. — №1. - С.37-42.
4. Горинов В.В. Оценка опасности лиц с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости // Российский психиатрический журнал. 2007. - № 3. - С. 4-9.

5. Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б., Баранова О.В. Асоциальное поведение лиц с алкогольной зависимостью // Наркология. 2006. - №11. - С.48-52.
6. Илешева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Бабыкпаева А.Т., Бульвахтер А.Я. Клинико-социальная характеристика больных органическими психическими расстройствами с криминальным поведением. //Судебная и социальная психиатрия. Алматы, 2005. - №1(1).-С.29-31.
7. Казаковцев Б.А. Защита прав пациентов психиатрических учреждений в европейских странах // Независимый психиатрический журнал. 2006. - № 4. - С. 56-58.
8. Котов В.П.(ред.) Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / Под ред.В.П.Котова. М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. -380 с.
9. Кудьярова Г.М., Кудайбергенова А.Ж. Убийство, совершенное в состоянии аффекта и причинение вреда здоровью в состоянии аффекта (к применению ст.ст.98,108 УК РК). //Судебная и социальная психиатрия. Алматы, 2005. - №1(1). - С.32-35.
10. Мотов В.В. Недобровольная психиатрическая госпитализация в США // Независимый психиатрический журнал. 2007. - № 1. - С. 55-70.
11. Онегин А.В., Дегтянникова А.И. Некоторые факторы агрессии у лиц с психическими расстройствами, совершивших опасные действия. //14 съезд психиатров России. М., 2005.-С.313.
12. Полубинская С.В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике // Независимый психиатрический журнал. 2008. - №1 — С.19-24.
13. Усов Г.М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационный аспекты). /Автореф. дис. д-ра мед. наук. Томск, 2008. - 34с.
14. Kanner A. Recognition of the various expressions of anxiety, psychosis, and aggression in epilepsy // Epilepsia, 2004, Vol.45 (Suppl.2) P. 22-27.
15. Laub er C. et al. Predictors and course of vocational status income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. // Social Science & Medicine. -2007.-Vol. 65.-P. 1420-1429.
16. Lewis A. & Webster C. General instruments for risk assessment. Current Opinion in Psychiatry. 2004. - pp.17 (5), 401-405.
17. Urbaniok F., Rossegger A., Endrass J. Threats as precursors of violent crimes. // Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 2006. - Vol. 74. - P. 337-345.

Поступила 09.04.2021

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПАРАЛЛЕЛИЗМ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Касимова Н.А., Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Целью исследования явилось изучение клинико-динамических характеристик депрессивных состояний, возникающих после инфаркта миокарда. Психосоматический параллелизм в большинстве затяжных депрессий проявлялся генерализацией астенических симптомокомплексов (усиление общей слабости, непереносимости физических нагрузок, летаргия, адинамия, выраженная дневная сонливость в сочетании с ранней бессонницей) с ухудшением соматического состояния. В то же время было отмечено, что при длительной депрессии всегда были более или менее выраженные когнитивные расстройства (снижение памяти на прошлые события, ограниченная способность понимать происходящее вокруг, запоминать новую информацию, нарушение концентрации внимания).

Ключевые слова: постинфарктная депрессия, коморбидность, факторы риска, патогенетические предикторы, тревожная и меланхолическая депрессия.

INFAKTSIYADAN KEYINGI DEPRESSIYA KECHISHINING PSIXOSOMATIK PARALLEZMI

Qosimova N.A., Muxamadieva N.B.

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ Rezyume

Tadqiqotning maqsadi miyokard infarktidan keyin paydo bo'ladigan depressiv holatlarning klinik va dinamik xususiyatlarini o'rganish edi. Uzoq cho'zilgan depressiyalarda psixosomatik paralellik astenik simptom komplekslarini umumlashtirish (umumiy kuchsizlanish, mashqlar intolersiyasi, sustlik, holsizlik, kunduzgi uyquni erta uyqusizlik bilan birgalikda) somatik holatining yomonlashishi bilan namoyon bo'ldi. Shu bilan birga, uzoq davom etadigan depressiya bilan doimo ko'proq yoki kamroq aniqlangan kognitiv kasalliklar (o'tgan voqealar xotirasining pasayishi, atrofda sodir bo'layotgan voqealarni tushunish qobiliyati cheklangan, yangi ma'lumotlarni eslab qolish, kontsentratsiya buzilgan) qayd etilgan.

Kalit so'zlar: postinfarkt depressiyasi, komorbidlik, xavf omillari, patogenetik predikatorlar, xavotirli va melankolik depressiya.

PSYCHOSOMATIC PARALLELISM OF THE COURSE OF POST-INFARCTION DEPRESSION

Kasymova N.A., Mukhamadieva N.B.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The aim of the study was to study the clinical and dynamic characteristics of depressive conditions that occur after myocardial infarction. Psychosomatic parallelism in most protracted depressions was manifested by generalization of asthenic symptom complexes (increased general weakness, exercise intolerance, lethargy, weakness, pronounced daytime sleepiness in combination with early insomnia) with a worsening of the somatic state. At the same time, it was noted that with prolonged depression there were always more or less pronounced cognitive disorders (decreased memory for past events, limited ability to understand what is happening around, remember new information, impaired concentration).

Key words: postinfarction depression, comorbidity, risk factors, pathogenetic predictors, anxious and melancholic depression.

Актуальность

Изменения настроения (аффекты, эмоции) пронизывают всю биопсихосоциальнодуховную сущность человека в состоянии здоровья и болезни. Однако МКБ-10 рассматривает аффективные расстройства с использованием трех несколько противоречивых подходов. Они входят как в рамки органического аффективного расстройства (F06.3), так и в рамки тревожно-адаптивных расстройств (F40-43), причем основными являются аффективные расстройства (F 30-39), при которых психогенные депрессии различной степени тяжести. градусы «растворились» среди эндогенных. сила тяжести. В европейской и российской психиатрии, преимущественно XX века, этиологическим разделением было, в частности, классификация депрессий К. Шнайдером на органические, эндогенные и психогенные. Как двадцатый век был веком депрессий, так и в двадцать первом веке прогнозируется еще больший рост числа депрессивных состояний, и прежде всего психогенного характера из-за увеличения числа не только и не очень. много природных и техногенных катастроф, но из-за глобального финансового спада («депрессии») социальный и ментальный терроризм, глобализация, безработица, разрушение института семьи и общества, личная и профессиональная неудовлетворенность, которые отражены в идеях о качестве жизни в обществе, стране, макро- и микрообществе, самом человеке и его понимании счастья и полноты жизни. Все это приводит к несоответствию внешних и внутренних представлений в межличностных и внутриличностных отношениях, сопровождающееся снижением настроения как естественной реакцией организма на биологические, психологические, социальные или духовные потребности человека с желанием преодолеть эти препятствия (Носачев И.Г. и др., 2017) [6,11,12].

Депрессия часто сопровождается другими соматическими заболеваниями, и в таких случаях заболевания двух разных сфер - психической и соматической - усугубляют друг друга, иногда приводя к серьезным последствиям. Тревога и депрессия не статические состояния, и ни одно из них не является доминирующим, хотя и то, и другое явно выражено. Характерно лишь то, что на фоне депрессии тревога усиливается и

принимает огромные масштабы. Каждое из этих состояний усиливает эффект другого синдрома, а наличие основного эндогенного заболевания является фактором, способствующим возникновению тревожных и депрессивных состояний у пациентов. Очевидно, что тревога и депрессия являются спутниками эндогенных психических расстройств, которые в одном случае проявляются дихотомически, а в другом - интегративно. Парадигма взглядов на этиопатогенез аффективных состояний при эндогенных психических расстройствах указывает на то, что этот вопрос далек от окончательного решения и требует новой постановки проблем и их решения.

Среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями частота сопутствующей депрессии составляет 22–33%. У 17-27% пациентов с ИБС, которым проводится коронарография, выявляется депрессия, а у пациентов в постинфарктном периоде депрессия обнаруживается в 16-45% случаев. Наличие депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями не только усложняет течение и терапию этих нарушений, но и сокращает продолжительность жизни пациентов. Понятно и предсказуемо, что наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, поскольку даже при удовлетворительном состоянии здоровья диагноз инфаркта миокарда ассоциируется у человека с угрозой для жизни [7,8, 9,10]. Наряду с тревожными опасениями за здоровье появляются мрачные мысли о будущем, депрессия, страх возможной инвалидности, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения фиксируются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших. По другим данным, психические расстройства диагностированы в 28% случаев. У 50% пациентов наблюдалось усиление невротических особенностей (Дробижев М.Ю., 2003, Краснов В.Н., 2001, Смулевич А.Б., 2001, Диккенс С.М., МакГоуэн И., Персиваль С. и др., 2004, Beckers T. ., 2001).

Цель исследования - изучение клинико-динамических особенностей депрессивных состояний, возникающих после инфаркта миокарда.

Материал и методы

Проведено исследование с 341 пациентом с установленным диагнозом острый инфаркт миокарда. Пациенты разделены на 2 группы. В первый, основной, вошли 233 пациента с острым инфарктом миокарда, у которых впоследствии развились депрессивные расстройства, подтвержденные клинически и с помощью диагностических шкал; вторую группу составили 108 пациентов, которые также перенесли острый инфаркт миокарда, но впоследствии не страдали симптомами депрессии. Клинико-динамическое наблюдение за пациентами в постинфарктном периоде проводилось с контролем за состоянием через месяц, три месяца, шесть месяцев, 12 месяцев после инфаркта миокарда. Для выявления наличия симптомов депрессии использовался метод клинического наблюдения (с первых часов после поступления пациента в стационар с диагнозом «острый инфаркт миокарда»), а во время обследования применялись шкалы Гамильтона и Монтгомери-Асберга. Первые три дня пребывания в больнице. Если в первые сутки после ишемической атаки депрессивные симптомы не обнаруживались, то в диагностических целях шкалы использовались в условиях стационара ежедневно до выявления клинически значимых симптомов депрессии любой степени тяжести, после выписки из стационара - три месяца. через шесть месяцев, через 12 месяцев после сердечного приступа. миокард (МИ); после установления наличия депрессивного расстройства использование шкал проводилось в вышеуказанные сроки. Пациенты не включались в основную группу, если симптомы депрессии не выявлялись в течение 3 месяцев после ишемической атаки.

Согласно МКБ-10 клинически значимое депрессивное расстройство складывается из следующих симптомов: основные - а) снижение настроения по сравнению с нормальной нормой пациента, которое происходит практически ежедневно и большую часть дня, а также независимо от ситуации; б) снижение (потеря) интересов и способности получать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; в) снижение активности, повышенная (выраженная) утомляемость и снижение энергии; и дополнительно - а) нарушения сна любого типа; б) изменение аппетита (уменьшение или увеличение) с соответствующими изменениями массы тела; в) повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве или членовредительстве; г) мрачное и пессимистическое видение будущего; д) идеи

вины и самоуничтожения; е) снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; ж) снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться, снижение способности думать, нерешительность или колебания в принятии решений. Легкая депрессия (F 32.0 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и двух дополнительных симптомов. Умеренная депрессия (F 32.1 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и трех-четырех дополнительных симптомов. Тяжелая депрессия (F 32.2 или F 32.3 по МКБ-10) характеризуется наличием трех основных, четырех или более дополнительных симптомов, некоторые из которых являются значительными.

Результат и обсуждения

Среди пациентов с ИМ с СД в первые дни после ИМ более половины (51,1%) сообщали о стойком снижении настроения чаще, чем другие симптомы, то есть эти пациенты демонстрировали аффективный компонент депрессии, а идеаторный компонент депрессии, который проявлялась в той или иной степени задержкой мышления, была у 27,5% больных, задержка моторики (двигательный компонент) выявлялась у 21,5% наблюдаемых. У пациентов с практически одинаковой частотой отмечался тревожный и меланхолический тип аффекта (47,0% и 41,2% соответственно), дисфорический тип аффекта выявлялся в 11,8% случаев, что в 4 раза меньше тревожного и в 3,5 раза. меньше, чем у меланхоликов.

В соответствии с задачами исследования состояние пациента было проанализировано через месяц, три, шесть и двенадцать месяцев после инфаркта миокарда. Такой же анализ был проведен у пациентов контрольной группы. Оказалось, что через 1 месяц после инфаркта миокарда только в контрольной группе депрессивных расстройств не было, а у пациентов основной группы депрессивные синдромы. Клинически 43,8% пациентов имели астеническую депрессию, 32,2% DS были классифицированы как тревожная депрессия, 13,7% - меланхолическая, 10,3% - дисфорическая депрессия. Заметно меняется клинический вектор ДС в сторону увеличения астенических и уменьшения меланхолических и тревожных депрессий, что, очевидно, связано с улучшением соматического состояния пациентов и, как следствие, с более адекватным отношением к ним. состояние и болезнь. Это подтверждают данные обследования больных через три месяца после перенесенного ИМ.

В основной группе наблюдается заметное уменьшение симптомов у пациентов с меланхолической и дисфорической депрессией, но увеличение количества пациентов с тревожно-депрессивными состояниями. Интересно, что через 3 месяца после инфаркта миокарда в контрольной группе появилось 18 пациентов (16,7%) с тревожной депрессией. Такое изменение произошло из-за необходимости определенных ограничений в жизни пациента: соблюдение режима работы и отдыха и режима терапии, отказ от привычного образа жизни и вредных привычек (курение, алкоголь), чрезмерная опека со стороны близких, несвойственных пациенту, переоценка своих социальных ролей. Необходимо обратить внимание на эту группу пациентов, клиническим проявлением депрессии у которых были: нарушение засыпания, поверхностный сон, чувство страха перед повторным инфарктом миокарда, постоянные идеи самообвинения в неправильном поведении, привели к инфаркту миокарда, эпизодам вегетативных пароксизмов с выраженным сердцебиением, ощущению нехватки воздуха, неприятным ощущениям в области сердца, что пациенты приняли за очередной ИМ, вызвали скорую помощь, считали, что их обследовали некомпетентные специалисты, спорили с врачами и родственниками. Однако, согласно шкалам Гамильтона и Монтгомери-Асберга, эти DS были квалифицированы как легкие депрессии, которые требовали дополнительных психотерапевтических вмешательств в виде убеждения пациентов в отсутствии симптомов ИМ и коррекции сна.

Через 6 месяцев после ИМ количество пациентов без ДР значительно увеличилось. Оказалось, что при значительном снижении количества пациентов с тревожностью и астенической депрессией появились пациенты с ипохондрическим вариантом ДС, для которого характерны постоянный поиск симптомов инфаркта миокарда, частое измерение пульса и артериального давления, посещение кардиологов и врачей, терапевтов, с частой сменой врачей и недоверием к консультациям. Кроме того, у этих пациентов изменилось отношение к другим; они требовали внимания своих близких и старались показать всем, насколько серьезно они больны, практически перестали работать и пассивно относятся к семейным проблемам. В контрольной группе количество пациентов с тревожной депрессией уменьшилось более чем в 2 раза.

Несколько иная картина наблюдается через год после ИМ. Среди обследованных пациентов у 7,3% основной группы и 0,9% контрольной группы сохранились симптомы депрессии. Среди СД в основной группе отмечены тревожные и ипохондрические депрессии. По степени тяжести

депрессии характеризовались как легкие. Осведомленность о наличии тяжелого заболевания, боязнь рецидива инфаркта миокарда, невозможность внутренне изменить отношение к перенесенному, отсутствие объективной информации о заболевании и его последствиях создают основу для поддержания внутреннего психологического дисбаланса, который нарушает эмоциональная реакция пациента, в результате которой депрессивные расстройства сохраняются. Очевидно, что эта группа пациентов требует пристального внимания кардиологов и психиатров с разработкой плана психокорректирующего воздействия.

Обсуждения. При длительной депрессии тяжесть аффективных расстройств чаще напрямую коррелирует с тяжестью физического состояния. Если бы не столь длительные депрессивные эпизоды были в значительной степени обусловлены «собственным видением болезни», то выраженность их симптомов зависела от разговора с врачом и полученной от него информации, степени осведомленности о своем диагнозе, возможных осложнений, и мало что зависело от самого общего соматического статуса. Затем течение затяжной депрессии у больных обострилось с ухудшением кардиологического и общего соматического состояния больных. Психосоматический параллелизм в большинстве затяжных депрессий проявлялся генерализацией астенических симптомокомплексов (усиление общей слабости, непереносимости физических нагрузок, летаргия, адинамия, выраженная дневная сонливость в сочетании с ранней бессонницей) с ухудшением соматического состояния. В то же время было отмечено, что при длительной депрессии всегда были более или менее выраженные когнитивные расстройства (снижение памяти на прошлые события, ограниченная способность понимать происходящее вокруг, запоминать новую информацию, нарушение концентрации внимания).

На переднем плане при более коротких депрессивных эпизодах проявлялись депрессия, пессимистическое восприятие болезни, завышенная оценка ее последствий, тревожные страхи повторного приступа стенокардии, страх смерти, неминуемой инвалидности.

Повышенное самонаблюдение с регистрацией малейших изменений самочувствия сочеталось с массой жалоб, иногда без достаточного соматического обоснования. Значительное место среди других компонентов депрессивного расстройства заняли истерические (комки в горле, тремор, онемение конечностей в виде «перчаток»), соматовегетативные (тахикардия, одышка, бессонница) и астенические (повышенное истощение, снижение активности, жалобы на слабость, потерю активности).

симптомокомплексы ... Обратное развитие таких депрессий совпало с периодом стабилизации проявлений соматического заболевания, когда опасность смерти была сведена к минимуму, двигательная активность стала восстанавливаться, а уровень беспокойства уменьшилось.

Сказанное выше предполагает, что продолжительность депрессивного эпизода после острого инфаркта миокарда может указывать на происхождение этого симптомокомплекса. Итак, депрессивные эпизоды продолжительностью до шести месяцев можно отнести к нозогенам, то есть состояниям, являющимся реакцией психики на травмирующую ситуацию, в нашем случае - серьезное соматическое заболевание. Депрессивные эпизоды с затяжным течением, вероятно, с большой долей уверенности можно отнести к соматогенезам, то есть состояниям, патофизиологически связанным с тяжелой патологией внутренних органов, т. е. У пациентов с более тяжелыми формами сердечной патологии уменьшение депрессии происходит при медленном темпе.

Выводы

1. Подавляющее большинство пациентов с острым инфарктом миокарда испытывают депрессивный эпизод средней (средней) степени тяжести при первоначальном диагнозе (71,6% по шкале Гамильтона и 72,7% по шкале Монтегомери-Асберга);
2. Выявление симптомов депрессии в течение года после ИМ даже у пациентов контрольной группы диктует необходимость изучения комплекса факторов, приведших к формированию депрессивных расстройств у пациентов с ИМ.
3. Постинфарктные депрессивные эпизоды продолжительностью до шести месяцев можно отнести к нозогенам; депрессивные эпизоды постинфарктного генеза с затяжным течением, вероятно, с большой долей уверенности можно отнести к соматогенезам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дробижев М.Ю. Лечение депрессии в общей соматической сети // Психиатрия и психотерапия. -М., 2003.-Т.5, № 5.-С.8-12.
2. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей врачебной практике // Рус. мед. журн. - М., 2001. -Т.9, N 25.-С.1187-1191.
3. Смулевич А.Б. Депрессия в общей медицине. - М.: Агентство медицинской информации, 2001. - 128 с.
4. Диккенс К. М., Макгоуэн И., Персиваль С. и др. Отсутствие доверенного лица, но не депрессия, предсказывает дальнейшие сердечные события после инфаркта миокарда // Сердце. -2004.-Vol.90.-P.518-522.
5. Бекерс Т. Симптомы депрессии, острого инфаркта миокарда и общая смертность в выборке сообщества. Vision Res. 2001; 411: 417: 2297-2303.
6. Полякова Е.В. «Особенности формирования внутренней мотивации к терапии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией», канд. аннотация, Великий Новгород, 2010.
7. Мухамадиева Н.Б. Оценка биохимических показателей крови пациентов после инфаркта миокарда с депрессивным синдромом. Среднеазиатский педиатрический журнал, 2019 2 (2): 111-117.
8. Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ, van Eijk JT, van Tilburg W., Beekman AT: Небольшая и большая депрессия и риск смерти у пожилых людей. Arch Gen Psychiatry 56: 889-895, 1999.
9. Мухамадиева Н.Б., Туксанова З.И. Комплексная оценка факторов риска постинфарктных депрессивных расстройств // Среднеазиатский педиатрический журнал. - 2019. - С. 101-111.
10. Muxamadiyeva N.B. Influence of depression on social characteristics of patients with myocardial infarction // European Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences. - 2020. Volume 7. Issue 7. - P. 93-95.
11. Ходжаев А.И. Динамика тревожно-депрессивных расстройств у больных гипертонической болезнью с цереброваскулярными осложнениями на фоне стандартной гипотензивной терапии // Вестник ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2011. - N3. - С. 26-28.
12. Muxamadiyeva N.B., Muxtorova H.K. Factors of formation of depressive spectrum disorders in patients who have suffered a myocardial infarction // European journal of pharmaceutical and medical research. - 2020. Volume 7-7. - P. 187-190.

Поступила 09.04.2021

Қаюмов Х.Н., Туксанова З.И.

Бухоро Давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме*

Ушбу мақолада бирламчи тиббий-санитария муассасаларида фаолият олиб бораётган врач мутахассислар томонидан Халқ табобатининг даволаш усулларидан фойдаланиш ҳолати таҳлил этилган. Бунда амалий фаолият олиб боровчи врачларнинг халқ табобатининг даволаш усуллари ҳақидаги шахсий қарашлари, уларни билиш даражаси, улардан фойдаланиш ҳолати, лавозими, меҳнат стажси ва мутахассислигига боғлиқ ҳолда ўрганилиб, маълумотлар акс эттирилган. Шунинг билан бирга, тиббий муассасада халқ табобатининг даволаш усулларининг ишлатилиш ҳолати, уларнинг тавсия этишлари сабаблари, бу усуллар ҳақидаги маълумотлар олинган манбалар, ҳамда врачлар ўз соғлиқларини тиклаш жараёнида улардан фойдаланиш ҳолати ёритилган.

Калит сўзлар: халқ табобати, бирламчи бўғин, оила шифокори, игнатерапия, гирудотерапия, фитотерапия.

РОЛЬ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Қаюмов Х.Н., Туксанова З.И.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме*

В данной статье анализируется использование народных средств специалистами первичной медико-санитарной помощи. Он отражает личные взгляды практикующих врачей на методы лечения народной медицины, их уровень знаний, статус их использования, должность, стаж работы и специализацию. При этом описывается состояние использования народных средств в медицинском учреждении, причины их рекомендации, источники информации об этих методах, а также использование врачей в процессе восстановления здоровья.

Ключевые слова: народная медицина, первичное звено, семейный врач, иглотерапия, гирудотерапия, фитотерапия

THE ROLE OF TRADITIONAL MEDICINE IN THE HEALTHCARE SYSTEM

Kayumov Kh.N., Tuksanova Z.I.

Bukhara state medical institute

✓ *Resume*

In this article, the state of the use of methods of treatment of folk medicine is analyzed by doctors working in primary medical and sanitary institutions. In this case, the personal views of the doctors carrying out practical activities on the methods of treatment of folk medicine, their level of knowledge, their status, position, work experience and specialty were studied, and the data were reflected. Therefore, the state of the use of folk remedies in a medical institutions, the reasons for their recommendation, the sources from which information about these methods was obtained, as restoring their health by doctors, is highlighted.

Keywords: folk medicine, primary link, family doctor, acupuncture, leech therapy, herbal treatment.

Долзарблиги

Халқ табобати билан даволаш усуллари кўпгина инсонлар томонидан бирламчи тиббий ёрдам сифатида ишлатилади. Бунинг асосий сабаблари яшаш ҳудудига яқинлиги, миллий-маданий қарашлар, ишончнинг юқорилиги ва иқтисодий қулайлигидир. Айниқса, тиббий хизмат қимматлашган даврда халқ табобати воситаларини иқтисодий қулайлиги кўплаб аҳолини ўзига жалб этади.

Халқ табобати жаҳоннинг баъзи давлатларида аҳолига тиббий-санитария ёрдами кўрсатишда асосий таянч тизим, бошқа давлатларда соғлиқни сақлаш тизимида кўшимча сифатида қўлланилиб келинмоқда, шунингдек, табобатининг сифати, хавфсизлиги ва самарадорлиги амалиётда ўз тасдиғини топмоқда. Ҳозирги кунда кўпгина давлатларда халқ табобатини соғлиқни сақлаш тизими билан уйғунлаштириш, унинг хавфсиз, самарали ва арзон усуллари амалиётга кенг қўллаш борасида бир қанча ишлар амалга оширилмоқда (ЖССТ, 2013й).

Бу борада Республикамизда ҳам муайян ишлар амалга оширилмоқда. Айниқса Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 12 октябрдаги "Ўзбекистон Республикасида халқ табобати соҳасини тартибга солиш чора-тадбирлари тўғрисида" №3968-сонли ва 2020 йил 10 апрелдаги "Ўзбекистон Республикасида халқ табобатини ривожлантиришга доир кўшимча чора-тадбирлар" №4668-сонли қарорлари халқ табобати фаолиятини тартибга солиш, тўпланган тажриба ва салоҳиятдан самарали фойдаланиш, ушбу соҳадаги меърий-ҳуқуқий базани шакллантириш ҳамда халқ табобатининг усуллари ва ютуқларидан самарали ва хавфсиз фойдаланиш учун шарт-шароит яратишга замин яратди.

Тадқиқот мақсади: Соғлиқни сақлаш тизимидаги бирламчи бўғинларда Халқ табобатини диагностик-даволаш ва профилактик усуллари қўлланилиш ҳолатини таҳлил қилишдир.

Материал ва услублар

Ҳозирда соғлиқни сақлаш тизимидаги бирламчи бўғинларда халқ табобатини диагностик-даволаш ва профилактик усуллари қўлланилиш ҳолатини таҳлил қилиш мақсадида биз томонимиздан махсус "Халқ табобатини даволаш усуллари амалий врачлар томонидан қўлланилишини ўрганиш бўйича Анкета" ишлаб чиқилди.

Ушбу анкета ёрдамида Бухоро вилояти туманларидаги тиббий муассасаларда фаолият кўрсатаётган 148 нафар врачлардан сўров-анкета усулида маълумотлар йиғилди. Сўровномада қатнашганларнинг 98.7%и врач-ординатор, 1.3%и бўлим бошлиғи лавозимида фаолият олиб боради. Уларнинг 21.0%ини 0-5 йиллик, 30.4%ини 5-10 йиллик, 48.6%ини 10 йилдан кўп меҳнат стажига эга бўлган врачлар ташкил этади. Врачларнинг мутахассислиги бўйича таркиби куйидагича: 29.1%и оила шифокори, 17.6%и педиатр, 8.1%и терапевт, 5.4%и гастроэнтеролог, яна 5.4%и акушер-гинеколог, 4.7%и ЛОР, 4.1%и невропатолог, 3.4%и хирург, 3.4%и кардиолог, 2.8%и стоматолог, 2.0%и уролог, 1.4%дан ревматолог, аллерголог, травматолог, эндокринолог, онколог бўлиб, 7.4%и бошқалар.

Натижа ва таҳлиллар

Сўровномада иштирок этган врачларнинг барчаси халқ табобатининг даволаш усулларида нисбатан ижобий фикрда эканликларини билдиришган, бу врачлар орасида халқ табобати усулларида нисбатан скептик назарда бўлганлар йўқлигини кўрсатади. Фаолият олиб бораётган тиббий муассасада халқ табобатининг даволаш усулларида фойдаланилиш ҳолатига 77.7%и врачлар "Қисман" фойдаланилади, 12.8%и "ҲА" (доимий фойдаланилади), 9.5%и "ЙЎҚ" (фойдаланилмайди) деб жавоб беришган.

"Сиз фаолият олиб борадиган тиббий муассасада халқ табобатининг даволаш усулларида қайсилари мавжуд" мазмунидаги саволга 76.4%и врачлар фитотерапия, 41.9%и очлик билан даволаниш, 18.2%и игнатерапия, 16.2%и мануал терапия, 7.4%и гирудотерапия, 2.0%и гомеопатия, 1.4%и апитерапия, 0.7%и биорезонанс терапия усуллари борлигини белгиланган. Бу кўрсаткичлар даволовчи врачларни касалликларни даволашда халқ табобати усуллардан фойдаланишни ўз амалиётларида тавсия этишларидан дарак беради.

"Фаолиятингизда халқ табобати усулларида фойдаланасизми?" деб қўйилган саволга 14.2 %и врачлар "ҲА" деб, 75 %и "Қисман", 6.8%и "ЙЎҚ" деб жавоб беришган. 1-5 йиллик меҳнат стажига эга бўлган врачларнинг 13.3%и доим фойдаланишини кўрсатган бўлса, 5-10 йиллик меҳнат стажига эга бўлганларда бу кўрсаткич 22.5%и ташкил этади. Врачлар меҳнат стажига ортган сари халқ табобати усулларида ишонч ва шу билан бирга

улардан амалий фаолиятида фойдаланиш даражаси ҳам ошиб боришини кузатишимиз мумкин.

Халқ табобатининг даволаш усулларига қандай баҳо бериши ҳақида сўралганда врачларнинг 4.7%и “аъло”, 61.3%и “яхши”, 24.0%и “қониқарли”, 2.0%и “қониқарсиз” дея жавоб беришган. Меҳнат стажига ошган сари халқ табобати усулларига аъло ва яхши баҳо берувчилар сони ошиб бориши кузатилади, мос равишда 15.3%, 16.6%, 28.7%. Мутахассислар ичидан кардиологлар(80.0%), акушер-гинекологлар(33.3%), невропатологлар(100%), оила шифокорлари(97.6%) ва эндокринологлар(100%) “яхши” баҳо беришган. “Қониқарсиз” баҳо берган мутахассислар орасида кўпчиликни педиатрлар (44.4%), отоларингологлар(75.0%), терапевтлар(50.0%), гастроэнтерологлар (50.0%) ташкил қилади.

“Нима учун халқ табобати усуллари тавсия этасиз?” деб берилган саволга 56.8% врачлар арзонлиги учун, 28.4%и самараси юқорилиги учун, 10.8%и ишончилиги учун, 4.1%и тавсия қилишгани учун деб жавоб беришган, 5.4%и эса бошқа турли сабабларни келтиришган. Меҳнат стажига ортиб боришининг халқ табобати усуллари тавсия этиш сабабларига таъсири йўқлиги кўринади. Мутахассислар томонидан ҳам асосан халқ табобатининг даволаш усуллари арзонлиги ва самарадорлиги юқорилиги учун тавсия этишларини барча мутахассислар бир хил даражада тақдирлашган.

“Ўзингиз касалланганингизда халқ табобатини даволаш усулларида фойдаланасизми?” деб қўйилган саволга 59.5% врачлар “ҲА”, 27.0%и “ЙЎҚ” деган жавобни белгилашган, қолганлари эса жавоб беришмаган. Бу саволга 5 йилгача меҳнат стажига эга бўлганлар тенг даражада “ҳа” ва “йўқ” деб жавоб беришган. 5-10 йил стажга эга бўлганларнинг 78.3%и “ҳа”, 8.7%и “йўқ” жавобини белгилашган. 10 йилдан ортиқ меҳнат стажига эга бўлганларнинг 52.8%и “ҳа”, 26.9%и “йўқ” деб айтишган. Бу кўрсаткичлар охириги ўн йилликда олий тиббий муассасаларини тугатганлар орасида халқ табобатининг даволаш усулларига ишонч юқорилигини кўрсатади. Беш йилгача меҳнат стажига эга бўлганларда бир хил кўрсаткич эканлигини уларни ёшлиги нуктаи назардан касалликларга чалиниши нисбатан пастлиги билан тушунтириш мумкин. Мутахассислардан акушер-гинекологлар, стоматологлар, отоларингологлар, травматологлар, невропатологлар, урологлар, гастроэнтерологлар, оила шифокорлари ўзлари касалланганларида халқ табобати усулларида фойдаланишларини кўпроқ қайд этишган бўлса, терапевтлар, педиатрлар кўпроқ фойдаланмасликларини, кардиологлар,

хирурглар, психотерапевтлар тенг даражада фойдаланиш ва фойдаланмасликлари ҳақида фикр билдиришган.

Хулоса ва таклифлар

Амалиётдаги врачларнинг халқ табобатига нисбатан муносабати ижобий бўлиб, уларнинг 9.5%игина ўз фаолиятида улардан фойдаланмайди. Бирламчи тиббий-санитария муассасаларининг 3/4 қисмида врачлар томонидан фитотерапия усулларида фойдаланиш тавсия этилади. Врачларнинг ярмидан ортиги халқ табобатининг даволаш усулларига ишонч билдиришади. Уларнинг атиги 1/7 қисми ўз фаолиятида халқ табобати усулларида фойдаланади, меҳнат стажига ошган сари бу кўрсаткич ошиб боради. Даволаш жараёнида халқ табобати усулларида энг кўп фитотерапия, кейинги ўринларда очлик билан даволаш, игнатерапия, мануал терапия ва гирудотерапия фойдаланилади. Меҳнат стажининг ортиб бориши билан бу усуллардан фойдаланиш даражаси ошиб боради.

Юқорида баён этилган маълумотлардан келиб чиқиб айтиш мумкинки, ҳозирги кунда бирламчи тиббий ёрдам муассасаларда фаолият олиб бораётган врачларнинг халқ табобати соҳасидаги билим даражаларини юқори баҳолаб бўлмайди. Бу соҳада уларнинг малакасини ошириш соғлиқни сақлаш тизими олдида турган асосий вазифалардан бири бўлиб ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. “Стратегия ВОЗ в области народной медицины, 2014-2023гг. ВОЗ. 2013 г.
2. Kayumov Kh.N. Kodirova Sh.S., Influence of abortion on fertility of women and the following pregnancy//New Day in Medicine 1(29)2020 230-234 <https://cutt.ly/5vCdLpZ>
3. Kayumov Kh.N., Tuksanova Z.I., Ismoilova M.Yu. Medical and Social Aspects of the Lifestyle and Conditions of Women of Reproductive Age. //Annals of the Romanian Society for Cell Biology Journal. Vol. 25, Issue 3, 2021, P. 5205-5209.
4. Kayumov Kh.N., Xikmatova M.F., Dgabborova M.B., Sultonova L. State Of Integration Of Traditional IU Cine In The Modern System of Health Care For Guards UU Health of Women of Reproductive Age. //European Journal of Molecular & Clinical Medicine, ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 03, 2020, pages 3148-3153.

Келиб тушган вақти 09.04.2021

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАНИЯ АГОРАФОБИИ И ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

Ковалев А.И., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Крючкова М.Н., Лубянка И.А., Сидоров А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

Статья посвящена коморбидности агорафобии и других непсихотических психических расстройств. В ней дано современное определение агорафобии. Показаны отличия диагностических критериев МКБ и DSM. Показаны общие закономерности влияния агорафобии на течение различных непсихотических расстройств, а также ее специфические особенности в зависимости от варианта коморбидности.

Ключевые слова: агорафобия, коморбидность, критерии МКБ, паническое расстройство.

**CLINICAL FEATURES OF COMBINING AGORAPHOBIA AND MENTAL DISORDERS OF
NON-PSYCHOTIC LEVEL**

Kovalev A.I., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University"
of the Ministry of Health of the Russian Federation.
Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

The article is devoted to the comorbidity of agoraphobia and other non-psychotic mental disorders. It gives a modern definition of agoraphobia. The differences between the diagnostic criteria of the ICD and the DSM are shown. The general regularities of the influence of agoraphobia on the course of various non-psychotic disorders, as well as its specific features, depending on the variant of comorbidity, are shown.

Key words: agoraphobia, comorbidity, ICD criteria, panic disorder.

**AGORAFABIYA VA NOPSIXOTIK DARAJALI RUHIY BUZILISHLARNING KOMBINASIYA
KLINIK XUSUSIYATLARI**

Kovalev A.I., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Mrixin V.V., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat
byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-Don, Rossiya

Rezume

Maqola agorafobiya va boshqa psixotik bo'lmagan ruhiy kasalliklarning komorbidiyasiga bag'ishlangan. Bu agorafobiyaning zamonaviy ta'rifini beradi. ICD va DSM diagnostik mezonlari o'rtasidagi farqlar ko'rsatilgan. Agorafobiyaning turli xil psixotik bo'lmagan kasalliklarga ta'sirining umumiy qonuniyatlari, shuningdek, uning komorbidiya variantiga qarab o'ziga xos xususiyatlari ko'rsatilgan.

Kalit so'zlar: agorafobiya, komorbidiya, ICD mezonlari, vahima buzilishi.

Актуальность

Агорафобия – это расстройство, характеризующееся появлением страха при пребывании пациента на открытом пространстве или в людных местах с последующим формированием поведения избегания ситуаций, вызвавших страх. В рамках МКБ-10 выделяют две группы: агорафобию без анамнестических данных за паническое расстройство и паническое расстройство с агорафобией (МКБ-10).

Исследования в последние годы в основном были посвящены коморбидности агорафобии с расстройствами тревожного спектра. Было выявлено, что агорафобия встречается у 0,8% лиц, перенесших паническую атаку, у 1,1% с паническим расстройством [15]. Примерно у трети пациентов с паническим расстройством и большим депрессивным расстройством развивается агорафобия [29].

Учитывая то, что агорафобия в значительной степени снижает качество жизни пациентов было интересно проанализировать ее коморбидность и с другими расстройствами непсихотического уровня. Вашему вниманию представляется материал, посвященный клиническим особенностям агорафобии в рамках некоторых непсихотических психических расстройств.

Панические атаки и паническое расстройство как основа для формирования агорафобической симптоматики

Долгое время велись дискуссии о положении агорафобии как отдельной нозологии. Существовал вопрос: является ли агорафобия отдельной нозологической единицей, как это изначально указывалось в МКБ-10 или она формируется вторично по отношению к паническому расстройству [24]

Впервые агорафобия была описана Вестфалем в 1871 году и до появления DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, third edition, revised) определялась как достаточно распространенное тревожное расстройство или, так называемый, фобический невроз (phobic neurosis). Впоследствии агорафобия была включена в МКБ-9 как независимый синдром, проявляющийся множественными страхами, причем в МКБ-10 она занимает такой же статус (МКБ-10, 1995).

В США, где основной системой классификации психических расстройств является DSM, главенствует определение агорафобии как «чувства страха с избегающим поведением, формирующегося при пребывании

одному или среди людей в тех местах, из которых сложно выбраться или получить медицинскую помощь в экстренной ситуации». Можно сказать, что данное определение похоже на определение панического расстройства и определение агорафобии, данное в МКБ-10. Тем не менее, определение агорафобии в DSM ближе к паническому расстройству, чем к фобиям. Агорафобия с паническими атаками должна быть закодирована как его начальная фаза, когда имеются повторяющиеся панические атаки, что, в свою очередь, приводит к развитию страха такого приступа и соответственно избегания ситуаций и мест, которые могут такой приступ спровоцировать. Если в анамнезе нет панических атак, то диагноз звучит как агорафобия без панических атак, но, согласно DSM, требуется, чтобы избегающее поведение было результатом тревоги по поводу развития панической атаки, то есть, в любом случае, указывается на связь между паническим расстройством или атакой и агорафобией, что является отличием данной классификации от МКБ-10. Таким образом, с DSM-III-R агорафобия определялась как ответ на ситуации, в которых имела место быть паническая атака. Однако эволюция последующих пересмотров DSM шла по пути все большего признания агорафобии вне конструкции панических атак или панического расстройства. В классификации DSM-V, вышедшей в 2013 году, были внесены значительные изменения в рубрику тревожных расстройств, включая агорафобию и паническое расстройство. В частности они были разделены на два отдельных диагноза, то есть при формулировке диагноза следует пользоваться двумя разными кодами. Можно сказать, что диагностические критерии агорафобии претерпели лишь незначительные изменения. В частности, необходимо подтверждение возникновения страха в двух и более ситуациях, чтобы исключить другие фобии (APA, 2013).

Наличие агорафобии пациентов с паническим расстройством усугубляет его клиническое течение и повышает вероятность наличия одного или нескольких сопутствующих психических расстройств по сравнению с пациентами с паническим расстройством, но без агорафобии [19]. Было показано, что после панической атаки 37% пациентов демонстрируют избегающее поведение средней степени выраженности, причем 81% этих пациентов формируют такое

поведение менее чем за год [13]. Исследователями были выделены факторы риска, которые повышают риск развития агорафобической симптоматики, как то: ранний возраст дебюта панических атак [14], женский пол [27], принадлежность основного заболевания к группе тревожного спектра [11]. Согласно данным отечественных исследователей, преобладающий пол пациентов с паническим расстройством и агорафобией женский, а возраст дебюта заболевания приходится на 21-30 (32,4%) и 31-40 (35,3%) лет, что соответствует данным зарубежных ученых [2].

Особенности клинической картины расстройств тревожного спектра в сочетании с агорафобией

Генерализованное тревожное расстройство представляет собой психическую патологию, которая демонстрирует высокую степень коморбидности с другими нозологиями. В частности, было показано, что вероятность заболеваемости в течение жизни большим депрессивным расстройством при генерализованном тревожном расстройстве составляет 62,4%, агорафобией - 25,7%, паническим расстройством - 23,5% [28].

В отечественных исследованиях была показана коморбидность агорафобии и сомато-вегетативного типа генерализованного тревожного расстройства, который проявляется кратковременными соматизированными тревожными реакциями в течение дня [1]. Среди других расстройств, которые коморбидны тревожному расстройству, интерес представляет синдром раздраженного кишечника, который приводит к развитию агорафобии. Это происходит вследствие того, что пациенты боятся испытать проявления данного синдрома прилюдно, что формирует избегающее поведение.

Влияние агорафобии на течение депрессивных расстройств

Исследования показали, что коморбидность депрессии и панического расстройства с агорафобией ассоциирована с усилением тревоги, ипохондрии, ощущения «неадекватности», социальной изоляцией, а также с неэффективностью лечения, сложностями психосоциальной реабилитации, увеличением частоты госпитализации [26]. Также тяжесть депрессивной симптоматики

(чувство вины, безнадежности) усиливается при наличии панического расстройства с агорафобией [10]. Было показано, что паническое расстройство с агорафобией связано с наличием в анамнезе попыток суицида. Это очень важно, поскольку попытка суицида в анамнезе расценивается как предиктор дальнейших суицидальных попыток [20]. Некоторые исследователи полагали, что наличие суицидальной попытки у пациентов, страдающих от большого депрессивного расстройства, не связано с наличием панического расстройства, так как наличие тревоги, ипохондрии расценивалось как защитный фактор от суицидального поведения, так как эти пациенты больше боялись смерти [22]. Другие исследователи полагали, что имеется связь между психомоторной ажитацией и суицидальными идеями, что противоречит гипотезе о тревоге как защитном факторе против суицида [7]. Ключевым моментом в данных гипотезах является наличие связи между расстройствами депрессивного и тревожного спектров. Исследования показали, что примерно 42% пациентов в стационаре имеют и депрессивную, и тревожную симптоматику, 12% - паническое и депрессивное расстройство, 6% - паническое расстройство и дистимию.

Длительное время исследовалось, какие именно факторы, связанные с панико-агорафобической симптоматикой, могут привести к повышению риска суицидального поведения, кроме влияния депрессии. Пациенты с коморбидностью тревоги и депрессии могут чаще совершить суицид, чем пациенты без тревоги, так как это способ избавиться от волнующих их симптомов [25]. Панические атаки во время депрессии значительно ухудшают социальное функционирование, что, в свою очередь, может привести к суицидальным идеям [8].

Следует отметить, что имеется обратное влияние депрессии на агорафобию, в частности, наблюдается повышение степени тяжести фобической симптоматики.

Таким образом, между панико-агорафобической симптоматикой и депрессией имеется сложная патогенетическая связь. В связи с этим, изучение данного вопроса очень важно, так как это поможет снизить вероятность формирования суицидального поведения.

ПТСР как этиологический фактор агорафобии

Исследования показали наличие высокой коморбидности между паническим

расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Так, паническое расстройство встречается у 7,3% – 18,6% мужчин и 12,6% – 17,5% женщин, страдающих ПТСР [16]. В более современных исследованиях было показано, что 35% пациентов с ПТСР перенесли панические атаки в течение года, что приводило к повышению коморбидности с другими расстройствами тревожного спектра и ухудшению социального функционирования [9].

Взаимосвязь между ПТСР и паническим расстройством подчеркивается в связи с появлением циркулярной модели развития чувства страха, которая постулирует сходную этиологию тревожных расстройств, в основе которых лежит эта эмоция [4]. Применяя эту гипотезу к ПТСР и паническому расстройству, можно сказать, что при ситуации, запускающей напоминание о физической угрозе, человек испытывает тахипноэ, боли в сердце и страх смерти. Гипотеза циркулярного формирования чувства страха хорошо согласуется с предположением о том, что паника во время перенесенного травмирующего события становится частью условного рефлекса, который может запуститься в определенный момент, демонстрируя вышеприведенную симптоматику [12]. При этом, может сформироваться агорафобическая симптоматика, когда пациенты избегают тех мест, которые вызывают паническую атаку и испытывают тревогу по поводу ее вероятного развития [21].

Влияние расстройств личности на клиническую картину агорафобии

Понимание того, как личностные черты связаны с возникновением панического расстройства и агорафобии - важный шаг в изучении этиологии последних. Исследователями было показано, что кластер С («тревожная» группа) психопатий, особенно, избегающая и зависимая, ассоциированы с тревожными расстройствами, в частности, с паническим расстройством и агорафобией [25]. Следует отметить, что некоторые исследователи оспаривают точку зрения, что данные виды расстройств личности являются предрасполагающими факторами для панического расстройства и агорафобии, основываясь на ретроспективных данных по преморбидной структуре личностей пациентов с тревожными расстройствами [5]. Другие исследователи полагают, что на ранних этапах течения панического расстройства симптомы

заболевания не могут повлиять на деформацию личности [17]. Эту точку зрения может подтверждать факт, что эффективная терапия панического расстройства и агорафобии может нивелировать патохарактерологические черты личности [18].

Среди факторов, формирующих личность, помимо генетически детерминированных черт личности важную роль играет воспитание. Отечественными исследователями было показано, что негармоничный тип воспитания очень часто применялся к пациентам с агорафобией. Наиболее частый стиль – «гиперответственность и гиперопека» - 50,98%, который коррелирует с социальной тревожностью и социофобией. Следующим, часто встречающимся (24,11%) стилем воспитания был «золушка», вследствие чего пациентам свойственен комплекс вины и зависимости, а запрет на проявление негативных эмоций, приводил к соматизации тревоги [3].

Влияние типа ипохондрии на динамику агорафобии

После панической атаки у пациентов часто развивается тревога ожидания повторного приступа, которая актуализируется при необходимости пребывания в ситуации, которая способна запустить фобическую реакцию (тревога, ощущение напряжения в теле, тахикардия, затрудненное дыхание). Данные проявления могли сопровождаться развитием ипохондрических расстройств. Страх за здоровье носил характер навязчивой ипохондрии с пониманием болезненности и необоснованности фобии и борьбы с ней, однако иногда ипохондрия может принимать характер сверхценной. Последний вариант отличает отсутствие критического отношения к своему состоянию [2].

В работе Позз И.Б. (2012) также было выявлено, что у всех пациентов, страдающих агорафобией, имеется коморбидность с расстройствами ипохондрического спектра: от степени фиксации до навязчивого характера. Невротическая ипохондрия характеризовалась конкретностью нозофобии с сомато-вегетативными проявлениями. Клиническую картину характеризовала смена синдромов: ипохондрические проявления и патохарактерологическое изменение личности перекрывали картину фобии. Впоследствии клинику невротического развития определял сложный обсессивно-фобический и ипохондрический комплекс. Интересно, что по

результатам этой работы было выявлено, что сверхценный тип ипохондрических расстройств формировался у пациентов с расстройствами личности. Так при тревожном, ананкастном и зависимом расстройстве личности выявлялось ипохондрическое развитие с акцентуацией перфекционизма, изменением приоритетов и ценностей и «надломом жизненной кривой». У истерической личности отмечалось более благоприятное течение. Происходила частичная редукция ипохондрии с восстановлением прежнего уровня функционирования. Таким образом, можно сказать, что наличие истерического радикала в структуре личности прогностически благоприятен, в то время как анакастный, тревожный и зависимый – неблагоприятный. При этом клиническая картина ипохондрии определяет динамику течения агорафобии. При невротической ипохондрии наблюдались длительные ремиссии без психопатологических расстройств, а при сверхценной – непрерывное течение с генерализацией и усложнением клинической картины, за счет формирования коморбидных связей.

Исследования этой направленности за рубежом пришлось на восьмидесятые годы. Ипохондрия рассматривалась как соматическое проявления нарушения самовосприятия, а агорафобия как защитная реакция и попытка восстановить нарушенное самовосприятие [9]. Также было показано, что пациенты могут переносить панические атаки ранее, не понимая их психологической этиологии, но именно они могут быть ключевым моментом формирования ипохондрии или тревожного темперамента [6].

Таким образом, анализ полученных материалов показывает как общие закономерности влияния агорафобии на течение различных непсихотических расстройств, так и ее специфические особенности в зависимости от нозологической принадлежности коморбидного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лесс Ю.Э. Типология генерализованного тревожного расстройства (клиника, коморбидность): Автореф. дис. ... канд. мед. наук : ГНЦССП имени В.П. Сербского. – Москва, 2008. – С. 123
2. Стаценко О.А., Иванова Т.И. Клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством невротического генеза // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. - №1. – С.27- 30.
3. Позэ И.Б. Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством : Автореф. дис. ... канд. мед. наук: МГМСУ имени А.И. Евдокимова. – Москва, - 2012. – С.177.
4. Andrews G., Charney D. S., Sirovatka P. J., Regier D. A., editors. Stress-induced and fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V // Arlington, VA: American Psychiatric Association. - 2009.
5. Argyle N., Roth M. The phenomenological study of 90 patients with panic disorder, Part II // Psychiatr Dev. 1989. Т. 7. № 3. — С. 187-209.
6. Benedetti A., Perugi G., Toni C., Simonetti B., Mata B., Cassano G. B. Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients // Compr Psychiatry. 1997. Т. 38. № 2. — С. 124-131.
7. Bernstein I. H., Rush A. J., Yonkers K., Carmody T. J., Woo A., McConnell K., Trivedi M. H. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? // Depress Anxiety. 2008. Т. 25. № 1. — С. 20-26.
8. Coryell W., Endicott J., Winokur G. Anxiety syndromes as epiphenomena of primary major depression: outcome and familial psychopathology // Am J Psychiatry. 1992. Т. 149. № 1. — С. 100-107.
9. Diamond D. B. Panic attacks, hypochondriasis, and agoraphobia: a self-psychology formulation // Am J Psychother. 1985. Т. 39. № 1. — С. 114-125.
10. Frank E., Shear M. K., Rucci P., Cyranowski J. M., Endicott J., Fagiolini A., Grochocinski V. J., Houck P., Kupfer D. J., Maser J. D., Cassano G. B. Influence of panic-agoraphobic spectrum symptoms on treatment response in patients with recurrent major depression // Am J Psychiatry. 2000. Т. 157. № 7. — С. 1101-1107.
11. Goodwin R. D., Hamilton S. P., Milne B. J., Pine D. S. Generalizability and correlates of clinically derived panic subtypes in the population // Depress Anxiety. 2002. Т. 15. № 2. — С. 69-74.
12. Hinton D. E., Hofmann S. G., Pitman R. K., Pollack M. H., Barlow D. H. The panic attack-posttraumatic stress disorder model: applicability to orthostatic panic among Cambodian refugees // Cogn Behav Ther. 2008. Т. 37. № 2. — С. 101-116.
13. Katerndahl D. A. Predictors of the development of phobic avoidance // J Clin

- Psychiatry. 2000. T. 61. № 8. — C. 618-623; quiz 624.
14. Keller M. B., Yonkers K. A., Warshaw M. G., Pratt L. A., Gollan J. K., Massion A. O., White K., Swartz A. R., Reich J., Lavori P. W. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up // *J Nerv Ment Dis*. 1994. T. 182. № 5. — C. 290-296.
 15. Kessler R. C., Chiu W. T., Jin R., Ruscio A. M., Shear K., Walters E. E. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch Gen Psychiatry*. 2006. T. 63. № 4. — C. 415-424.
 16. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch Gen Psychiatry*. – 1995.- T.52, №12. - 1048-1060.
 17. Klein D. F. Anxiety reconceptualized // *Compr Psychiatry*. 1980. T. 21. № 6. — C. 411-427.
 18. Marchesi C., Cantoni A., Fonto S., Giannelli M. R., Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study // *J Affect Disord*. 2005. T. 89. № 1-3. — C. 189-194.
 19. Marshall J. R. Comorbidity and its effects on panic disorder // *Bull Menninger Clin*. 1996. T. 60. № 2 Suppl A. — C. A39-53.
 20. Oquendo M. A., Currier D., Mann J. J. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? // *Acta Psychiatr Scand*. 2006. T. 114. № 3. — C. 151-158.
 21. Pfaltz M. C., Michael T., Meyer A. H., Wilhelm F. H. Reexperiencing symptoms, dissociation, and avoidance behaviors in daily life of patients with PTSD and patients with panic disorder with agoraphobia // *J Trauma Stress*. 2013. T. 26. № 4. — C. 443-50.
 22. Placidi G. P., Oquendo M. A., Malone K. M., Brodsky B., Ellis S. P., Mann J. J. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts // *Am J Psychiatry*. 2000. T. 157. № 10. — C. 1614-1618.
 23. Sareen J., Cox B. J., Afifi T. O., de Graaf R., Asmundson G. J., ten Have M., Stein M. B. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults // *Arch Gen Psychiatry*. 2005. T. 62. № 11. — C. 1249-1257.
 24. Schmidt N.B., Norr A.M., Korte K.J. Panic disorder and Agoraphobia: Considerations for DSM-V // *Research on Social Work Practice*. 2013.
 25. Tyrer P., Gunderson J., Lyons M., Tohen M. Extent of comorbidity between mental state and personality disorders // *J Pers Disord*. 1997. T. 11. № 3. — C. 242-259.
 26. VanValkenburg C., Akiskal H. S., Puzantian V., Rosenthal T. Anxious depressions. Clinical, family history, and naturalistic outcome--comparisons with panic and major depressive disorders // *J Affect Disord*. 1984. T. 6. № 1. — C. 67-82.
 27. Wittchen H. U., Essau C. A., von Zerssen D., Krieg J. C., Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1992. T. 241. № 4. — C. 247-258.
 28. Wittchen H.U., Zhao S., Kessler R.C., Eaton W.W. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen.Psychiatry*. – 1994. - №51. – C. 355–364
 29. Wittchen H. U., Nocon A., Beesdo K., Pine D. S., Hofler M., Lieb R., Gloster A. T. Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts // *Psychother Psychosom*. 2008. T. 77. № 3. — C. 147-57.

Поступила 09.04.2021

АНАЛИЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И НЕЙРОМЕДИАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПРОСТАТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Крючкова М.Н., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И., Лубянко И.А., Сидоров А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ Резюме

Несмотря на успехи современной медицины, от 30 до 40 процентов пациентов с диагнозом хронический абактериальный простатит страдают синдромом стойкой хронической тазовой боли (СХТБ), который не выявляет органических патологий даже при тщательном обследовании.

В нашем контролируемом проспективном когортном исследовании проводится верификация и группировка в синдромы психопатологических симптомов данных пациентов, изучается состояние уровня их серотониновой и катехоламиновой систем.

Ключевые слова: нейромеидация, хроническая тазовая боль, психопатологические расстройства.

ANALYSIS OF PSYCHOPATOLOGICAL SYMPTOMS AND NEUROMEDIATION IN PATIENTS WITH A PROSTATIC VARIANT OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Kryuchkova M.N., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ Resume

Despite the successes of modern medicine, between 30 and 40 percent of patients diagnosed with chronic non-bacterial prostatitis additionally suffer from obstinate chronic pelvic pain syndrome (CPPS) that nonetheless reveals no organic pathologies even during a thorough examination.

To improve the efficiency of complex therapy of such patients, our controlled prospective cohort study carries out the identification and grouping of mental disorders in these patients, and studies the psychopathological structure and features of all identified nosologies, as well as the states of their serotonin and catecholamine systems.

Key words: neuromediation, chronic pelvic pain, psychopathological disorders.

SURUNKALI TOS A'ZOLARINING OG'RIQ SINDROMINING PROSTATIK O'ZGARUVCHISI BO'LGAN BEMORLARDA PSIXOPATOLOGIK SIMPTOMLARNI VA NEYROMEDIYANI TAHLIL QILISH

Kryuchkova M.N., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Mrixin V.V., Kovalev A.I., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-Don, Rossiya

✓ Rezyume

Zamonaviy tibbiyotdagi yutuqlarga qaramay, surunkali abakterial prostatit tashxisi qo'yilgan bemorlarning 30-40 foizigacha doimiy surunkali tos suyagi og'rig'i sindromi (CPPS) azoblanadi, bu hatto ehtiyotkorlik bilan tekshirilganda ham organik patologiyalar aniqlanmaydi.

Bizning nazorat qilinadigan istiqbolli kohort tadqiqotimizda ushbu bemorlar tekshiriladi va psixopatologik simptomlar sindromiga guruhlanadi, ularning serotonin va katekolamin tizimlari darajasi o'rganiladi.

Kalit so'zlar: neyromediatsiya, tos a'zolarining surunkali og'rig'i, psixopatologik buzilishlar.

Актуальность

Простатический вариант синдрома хронической тазовой боли (СХТБ/ХАП) представляет собой хроническую персистирующую или рецидивирующую боль в области простаты, ассоциированную с симптомами нарушения мочеиспускания (СНМП) и эректильной дисфункцией (ЭД) различной степени выраженности [1,2,3]. СХТБ/ХАП страдают от 4,5% [4] до 9-12% мужчин во всем мире и каждый девятый или десятый пациент обращается на прием к урологу с данной проблемой [5,3].

СХТБ/ХАП принято классифицировать как III-ю категорию хронического простатита, называемую также абактериальным хроническим простатитом [2,6,7]: I острый бактериальный простатит (длительность симптоматики менее 3 месяцев); II хронический бактериальный простатит (длительность симптоматики более 3 месяцев, при этом выявляется инфекционный фактор); III СХТБ/ХАП (длительность симптоматики более 3 месяцев, инфекционный фактор не выявляется – абактериальный простатит); СХТБ/ХАП IIIA – воспалительный вариант СХТБ – лейкоциты в семени, секрете простаты, третьей порции мочи; СХТБ/ХАП IIIB – отсутствие лейкоцитов в семени, секрете простаты, третьей порции мочи; IV бессимптомный воспалительный простатит (гистологический простатит) [2,6,7].

СХТБ/ХАП составляет 90-95% всех случаев хронического простатита и четверть всех обращений мужчин к урологу в целом во всем мире [2,6].

Ранее дискуссии по поводу СХТБ/ХАП сводились к вопросам наличия хронического воспаления предстательной железы и поиска вызвавшего его инфекционного фактора [8,9,10], верификации спазма мышц тазового дна [11,12] и нарушения кровообращения в простате [1,2]. В настоящее время стало известно, что СХТБ/ХАП III тесно сопряжен с психопатологией [13,14] и установлено, что у 37% – 60% [15,16] больных выявляется психопатологическая симптоматика [5].

Наиболее часто, согласно данным доступной научной литературы, СХТБ/ХАП сопряжен с признаками депрессии и тревоги. Во многих исследованиях установлено, между СХТБ/ХАП и депрессией существует двунаправленная связь: СХТБ/ХАП является фактором риска развития депрессии, и, в то же время, депрессия является фактором риска возникновения СХТБ/ХАП [5].

Данную связь можно объяснить общими для боли и депрессии нейротрансмиттерами: при депрессии наблюдается дефицит серотонина, норадреналина и дофамина; в тоже время установлена роль серотонин- и норадреналинергических нейронов в передаче болевых импульсов. Нарушение в одной из систем влечет расстройство в другой, что приводит к сочетанному развитию болевого синдрома и депрессии [2,17,18]. Изучение уровня нейромедиаторов у больных СХТБ/ХАП, участвующих в патогенезе развития как аффективных расстройств, так и хронических болевых синдромов [19], может помочь в изучении биологических основ хронических болевых синдромов и СХТБ/ХАП в частности.

Цели и задачи исследования. 1) Изучить психопатологическую симптоматику при СХТБ/ХАП. 2) Изучить особенности нейромедиации у больных СХТБ/ХАП.

Материал и методы

1) Клинико-психопатологический; 2) параклинический (определение уровня серотонина и катехоламинов мочи); 3) математический методы.

Основную группу (ОГ) контролируемого проспективного когортного исследования составили пациенты с абактериальным невоспалительным хроническим простатитом – СХТБ/ХАП IIIB в количестве 40 чел. В первую контрольную группу (КГ1) были включены пациенты с выявленным при обследовании абактериальным воспалительным хроническим простатитом – СХТБ/ХАП IIIA – 34 чел.

Вторую контрольную группу (КГ2) составили 50 здоровых мужчин.

У всех пациентов, включенных в исследование, были исключены клинически значимые соматические заболевания (другие урологические, неврологические), которые могли бы объяснять наличие симптоматики

СХТБ/ХАП.

Результат и обсуждения

Среди выявленных симптомов преобладала сенестопатическая, ипохондрическая, астенодинамическая и аффективная симптоматика (рисунок 1).

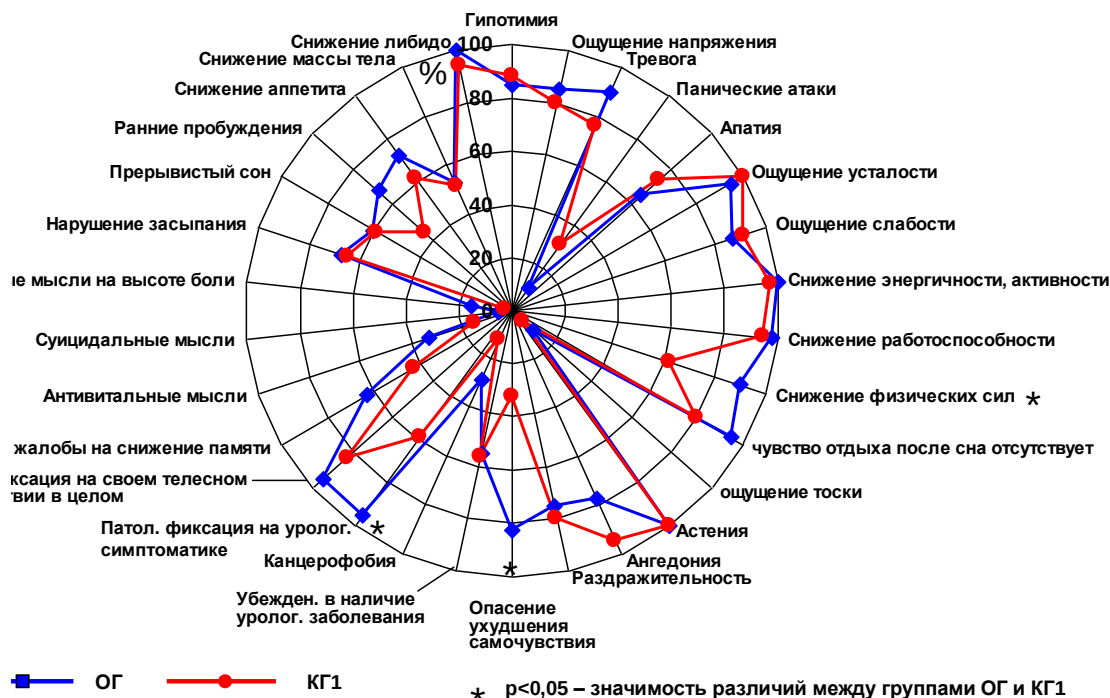


Рисунок 1 - Наличие (%) психопатологической симптоматики в ОГ и КГ1

Сенестопатическая симптоматика проявлялась телесными сенсациями, которые являлись основной жалобой пациентов и выходили на первый план в клинической картине у всех больных СХТБ/ХАП.

Телесные сенсации у всех больных располагались в области таза, топографически относились к мочеполовой системе и были представлены сенестоалгиями и сенестопатиями в области простаты в 98% (48 чел.), у большинства – в области промежности в 67,3% (33 чел.), в области уретры у 39,5% (19 чел.), в области мочевого пузыря у 24,5% (12 чел.), пениса у 22,5% (11 чел.) мошонки в 8,2% (4 чел.) и других областях моче-половой системы.

Кроме того, у больных ОГ и КГ1 были выявлены телесные сенсации в области таза, относившиеся к другим системам органов: сенестоалгии в области ануса у 34,7% (17 чел.), в паховых областях – у 24,5% (12 чел.), в области нижней трети живота – у 18,4% (9 чел.).

Для больных обеих групп сравнения также были характерны телесные сенсации в других анатомо-топографических областях: в области поясницы у 46,9% (23 чел.), в области верхних

и нижних конечностей у 42,9% (21 чел.).

У подавляющего большинства больных было выявлено ощущение общего телесного дискомфорта – в 63,3% (31 чел.), статистически значимо чаще наблюдающегося в ОГ у 82,1% (23 чел.) в сравнении с 38,1% (8 чел.) КГ1 ($p=0,04$, точный двусторонний критерий Фишера).

Ипохондрическая симптоматика была представлена озабоченностью больных своим здоровьем и патологической фиксацией на своем самочувствии в 89,2% (66 чел.) в целом и на урологической симптоматике в 78,4% (58 чел.), опасениями ухудшения своего самочувствия в 59,5% (44 чел.), убежденностью больных в наличии у них «серьезного» урологического заболевания в 55,4% (41 чел.), доходящей до сверхценного уровня, канцерофобией в 20,8% (15 чел.). В большинстве случаев ипохондрическая симптоматика доминировала в клинической картине наряду с сенестопатическими симптомами.

Астенодинамическая симптоматика была представлена астенией в 100% (74 чел.) наблюдений, ощущением усталости у 97,3% (72 чел.), снижением энергичности и активности у

98,6% (73 чел.), ощущением слабости, вялости у 89,0% (65 чел.), отсутствием чувства отдыха после сна у 87,8% (65 чел.), снижением физических сил у 77,0% (57 чел.). Апатия была характерна для 68,4% (51 чел.). Подавляющее большинство больных отмечали снижение работоспособности вследствие своего самочувствия – в 95,9% (71 чел.).

Аффективная симптоматика включала гипотимию, тревожные проявления и раздражительность. При анализе аффекта последний оценивался как включающий три основных компонента - тоску, тревогу, апатию [107] (таблица 3.24).

Ведущий аффект ундулировал: являлся тревожным в 83,8% (62 чел.) и апатическим в 68,9% (51 чел.), у большинства больных включал раздражительность – в 77,0% (57 чел.). Аффект тоски, сниженного подавленного настроения практически не наблюдался и был выявлен у 8,3% (6 чел.). Гипотимия, выявленная у 86,5% (64 чел.), не имела четкого субъективного ощущения сниженного настроения и характеризовалась больными как «отсутствие настроения», «никакое» настроение.

Явления ангедонии разной степени выраженности были характерны для 85,1% (63 чел.).

Выявленная тревога сопровождалась ощущением напряжения в 82,4% (61 чел.), при этом на высоте тревоги у 19,4% (14 чел.) больных наблюдались панические атаки.

Около половины больных - 53,4% (39 чел.) сообщали о снижении концентрации внимания и способности к сосредоточению.

Антивитальные мысли наблюдались у 34,7% (17 чел.). Суицидальные мысли наблюдались только при усилении интенсивности боли до 8-10 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (до сильной и крайней степеней выраженности) у 9,5% (7 чел.); при этом после уменьшения интенсивности боли менее 8 баллов по визуальной аналоговой шкале боли суицидальные мысли у данных больных купировались. Суицидальные мысли, не связанные с усилением интенсивности боли, выявлены у 4,1% (2 чел.).

Для симптоматики больных СХТБ/ХАП было характерно угнетение витальных функций – сна, аппетита, снижение либидо.

Нарушения сна были представлены удлинением процесса засыпания от 1 часа до 5 часов у 66,2% (49 чел.), поверхностным прерывистым сном в 59,5% (44 чел.), ранними утренними пробуждениями в 56,89% (42 чел.).

Нарушения аппетита в виде его снижения

были характерны для 67,1% (49 чел.) при этом у 52,1% (38 чел.) наблюдалось снижение массы тела от 5 кг до 20 кг в первые месяцы развития симптоматики СХТБ/ХАП.

Снижение либидо было характерно для 97,3% (72 чел.).

Клиническая картина СХТБ/ХАП включала вегето-висцеральные нарушения и функциональные нарушения в других системах органов: у 50,0% (24 чел.) больных наблюдалась тахикардия, у 18,4% (9 чел.) ощущение одышки (ощущение затруднения вдоха, невозможность вдохнуть полной грудью), у 8,2% (4 чел.) - периодический субфебрилитет, у 26,5% (13 чел.) симптомы синдрома раздраженного кишечника и арталгии (боли в крупных суставах) у 12,2% (6 чел.).

Для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо чаще были характерны проявления опасений ухудшения своего самочувствия - у 82,5% (33 чел.) против 32,4% (11 чел.) КГ1 ($p<0,001$, точный двусторонний критерий Фишера), патологическая фиксация на урологической симптоматике - у 95,0% (38 чел.) против 58,8 % (20 чел.) КГ1 ($p<0,001$, точный двусторонний критерий Фишера), ощущение снижения физических сил - у 90% (36 чел.) против 61,8% (21 чел.) КГ1 ($p=0,005$, точный двусторонний критерий Фишера).

Также в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо чаще были выявлялись антивитальные мысли - у 46,4% (13 чел.) в сравнении с 19,0% (4 чел.) в КГ1 ($p=0,049$), суицидальные мысли при усилении интенсивности боли до 8-10 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (т.е. до сильной и крайней степеней выраженности) - у 15,0% (6 чел.) в сравнении с 2,9% (1 чел.) в КГ1 ($p=0,037$); только в ОГ наблюдались суицидальные мысли, не связанные с усилением интенсивности боли, выявлены у 4,1% (2 чел.), различие статистически значимо в сравнении с КГ1 ($p=0,001$).

Только в ОГ были выявлены симптомы синдрома раздраженного кишечника – в 46,4% (13 чел.) (различия статистически значимы в сравнении с КГ1, $p<0,001$) и арталгии (боли в крупных суставах) у 12,2% (6 чел.), (различия статистически значимы в сравнении с КГ1, $p=0,030$) (таблица 3.34).

Группа абактериального воспалительного простатита (КГ1) характеризовалась статистически значимо более часто наблюдаемыми на высоте тревоги паническими атаками – в 50,0% (10 чел.) в сравнении с 10,7%

(3 чел.) ОГ ($p=0,037$, точный двусторонний критерий Фишера).

По остальным показателям «психопатологической симптоматики», выявленной в ОГ и КГ1, статистически значимых различий не обнаружено ($p>0,05$,

точный двусторонний критерий Фишера).

На втором этапе диагностического процесса в группах сравнения были верифицированы следующие психопатологические синдромы (таблица 1).

Таблица 1 - Психопатологические синдромы, выявленные у больных СХТБ/ХАП

Синдром	ОГ n=40	КГ1 n=34	Всего n=74	p
Депрессивно-сенестопатический	28 (70,0%)	21 (61,7%)	49 (66,21%)	0,45
Сенестопатический	5 (12,5%)	8 (23,5%)	13 (17,56%)	0,47
Сенесто-ипохондрический синдром	3 (7,5%)	0 (0,0%)	3 (4,0%)	0,24
Тревожный	4 (10,0%)	5 (14,8%)	9 (12,1%)	0,041

Примечание: p значимость различий групп ОГ и КГ1, критерий χ^2

Статистически значимых различий по преобладанию того или иного психопатологического синдрома в сравниваемых группах не выявлено ($p=0,82$, критерий χ^2).

При параклиническом обследовании больных сравниваемых групп (ОГ, КГ1, КГ2) был изучен уровень серотонина крови и

катехоламинов мочи – адреналина, норадреналина и дофамина (суточная экскреция) у 65 больных СХТБ/ХАП - у 38 больных в ОГ, у 27 больных в КГ1, у 27 больных КГ2 (таблица 2).

Таблица 2 - Анализ уровней серотонина крови и суточной экскреции катехоламинов мочи у больных СХТБ/ХАП

Показатели	ОГ Me (Q1; Q3)	КГ1 Me (Q1; Q3)	КГ2 Me (Q1; Q3)	РОГ/КГ1	РОГ/КГ2	РКГ1/КГ2
Серотонин крови, нг/мл	93,0 (62,0; 167,0)	56,0 (48,0; 83,0)	94,7 (87,3; 94,7)	<0,001	1,0	p<0,001
Адреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	13,0 (6,0; 20,0)	14,0 (5,0; 18,0)	26,5 (13,7; 27,8)	1,0	<0,001	<0,001
Норадреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	49,0 (37,0; 66,0)	39,0 (24,0; 47,0)	137,7 (133,5; 141,4)	0,08	<0,001	<0,001
Дофамин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	274 (158; 522)	207 (169; 288)	471,6 (336,5; 471,2)	0,55	0,001	<0,001

Примечание: РОГ/КГ1 - значимость различий между группами ОГ и КГ1;

РОГ/КГ2 значимость различий между группами ОГ и КГ1; РКГ1/КГ2 значимость различий между группами КГ1 и КГ2, Критерий Краскала Уоллиса, сравнение средних рангов

Для больных КГ1 показатели уровня серотонина крови - медиана 56, 0 нг/мл были статистически значимо ниже, чем в ОГ – медиана 93,0 нг/мл ($p<0,001$) и КГ2 – медиана 94,7 ($p<0,001$).

При этом медианный уровень серотонина в ОГ и КГ2 не имел статистически значимых различий ($p=0,1$).

В сравнении со здоровым контролем (КГ2)

медианный уровень суточной экскреции адреналина, норадреналина и дофамина в ОГ и КГ1 был статистически значимо ниже в обеих группах ($p\leq 0,001$).

При анализе нейромедиации у больных СХТБ/ХАП в целом (больные ОГ+больные КГ1) установлено, что медианный уровень серотонина крови у больных с СХТБ/ХАП (ОГ+КГ1) составил 70,5 нг/мл и не имел статистически значимых различий в сравнении со здоровым контролем (КГ2) - медиана 94,7 нг/мл ($p=0,11$) (таблица 3).

Таблица 3 - Анализ уровней серотонина в крови и суточной экскреции катехоламинов в

моче у больных СХТБ/ХАП

Показатели	ОГ+ КГ1 Me (Q1; Q3)	КГ2 Me (Q1; Q3)	p
Серотонин крови, нг/мл	70,5 (53,0; 108,0)	94,7 (87,3; 94,7)	0,11
Адреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	13,0 (6,0; 20,0)	26,5 (13,7; 27,8)	<0,001
Норадреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	44,5 (36,0; 59,0)	137,7 (133,5; 141,4)	<0,001
Дофамин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	234 (166; 342)	471,6 (336,5; 471,2)	<0,001

Примечание: p – значимость различий между группами ОГ+КГ1 и КГ2. Критерий Манна Уитни

Медианный уровень катехоламинов мочи (адреналина – медиана 13,0 мкг/сут, норадреналина – медиана 44,5 мкг/сут и дофамина медиана 234 мкг/сут) у больных СХТБ /ХАП (ОГ+КГ1) был статистически значимо ниже, чем медианный уровень катехоламинов мочи у здоровых мужчин (КГ2) (адреналин – медиана 26,5 мкг/сут, норадреналин – медиана 137,7 мкг/сут и дофамин – медиана 471,6 мкг/сут) ($p < 0,001$).

В обеих сравниваемых группах преобладал депрессивно-сенестоипохондрический синдром, который наблюдался у 66,21% (49 чел.). Значительно реже наблюдались сенестопатический – у 17,56% (13 чел.), тревожный – у 12,1% (9 чел.) и сенестоипохондрический – 4,0% (3 чел.) синдромы.

Характерным для депрессивно-сенестоипохондрического синдрома являлась его структурная сложность: на первый план в клинической картине выступали сенестопатическая симптоматика в виде крайне неприятных, тягостных, причудливого содержания ощущений в области таза и ипохондрическая симптоматика, проявлявшаяся сосредоточенностью больных на чувстве соматического неблагополучия, тревожных опасений за свое здоровье; непосредственно аффективные симптомы отступали на второй план.

Характерным являлось одновременное возникновение в структуре обязательных и факультативных симптомов, последние были представлены телесными сенсациями, снижением либидо, затем, по мере течения заболевания, в структуре возникали патологическая фиксации на телесном самочувствии и урологической симптоматике, убежденность больных в наличии урологического заболевания и канцерофобии, достигающей сверхценного уровня.

Особенностью депрессивного синдрома при СХТБ/ХАП являлись возникновение суицидальных мыслей на высоте боли – при

усилении болезненных ощущений (сенестоалгий и сенестопатий) до сильной или крайней степени боли по ВАШ боли.

Депрессивно-сенестоипохондрический синдром являлся сложным, не достигал психотического уровня – эмоциональная патология была выражена относительно незначительно, все больные сохраняли возможность ситуационного контроля, имели полное критическое отношение к проявлениям болезни и не выявляли дезорганизации структуры личности. Депрессивная триада была дисгармонична, в ее структуре преобладала моторная заторможенность, наблюдающаяся у подавляющего большинства больных, над идеаторной, характеризовалась выраженной астенией, слабостью, вялостью, снижением физических сил, утомляемостью и снижением работоспособности.

Кроме телесных сенсаций, в структуре синдрома выявлялись другие соматические симптомы депрессии – расстройства сна, аппетита, снижение массы тела. Большое место в структуре синдрома занимала тревога.

Сенесто-ипохондрический синдром характеризовался сверхценными ипохондрическими идеями наличия урологического заболевания и канцерофобией, достигающей сверхценного уровня, на фоне выраженной астении и моторной заторможенности, телесных сенсаций (сенестоалгий и сенестопатий).

Телесные сенсации, наблюдавшиеся в структуре депрессивно-сенестоипохондрического, сенестопатического, сенесто-ипохондрического, тревожного синдромов, имели четкую локализацию в органах урогенитальной системы области таза, могли периодически уменьшаться по интенсивности и персистировали в длителности болезни. Телесные сенсации наблюдались и в других топографо-анатомических зонах и системах органов. Также структура депрессивно-сенестоипохондрического синдрома включала вегето-висцеральную

симптоматику и функциональные синдромы других систем органов.

Тревожный синдром характеризовался тревогой, которая являлась дезадаптивной, дезорганизующей, на ее фоне пациенты затруднялись прогнозировать развитие ситуаций, принимать решения; при усилении тревога сопровождалась отвлекаемостью внимания, растерянностью, часто сопровождалась двигательным беспокойством, вегетососудистыми симптомами, нарушениями сна, аппетита. Тревога сопровождалась постоянной эмоциональной напряженностью и неспособностью расслабиться, ощущалась больными физически, что позволяет говорить о ней как о витальной. При этом не обнаруживалось критериев депрессивного синдрома ни по Крепелину Э., ни по Беку А. [78,79].

В целом психопатологическая симптоматика у больных групп сравнения (ОГ) и (КГ1) была схожей, но, учитывая некоторый статистически значимые различия в отношении отдельных симптомов, можно сделать вывод, что для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) характерна более выраженная тревожная симптоматика. А для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) более ярко выраженной является ипохондрическая симптоматика, более обширная топография телесных сенсаций и больший набор функциональной симптоматики - арталгии и симптомы СРК.

При анализе нейромедиации у больных СХТБ/ХАП (ОГ+КГ1) медианный уровень адреналина, норадреналина и дофамина был статистически значимо ниже, чем в здоровом контроле.

Для больных абактериальным невоспалительным простатитом (ОГ) характерен более низкий медианный уровень серотонина крови в сравнении с группой абактериального воспалительного простатита (КГ1) и со здоровым контролем (КГ2).

Вывод

Таким образом, выявленная психопатологическая симптоматика тесно вплетена в клинику и структуру СХТБ/ХАП, что имеет огромное значение для понимания этиологии и принципов терапии данной патологии.

Выявленные несомненные нейромедиаторные нарушения у данных групп больных не только подтверждают тесную взаимосвязь симптоматики СХТБ/ХАП и психопатологии, но и имеют потенциал

улучшения обоснованной терапии СХТБ/ХАП с учетом полученных данных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Kessler, T.M. Chronic pelvic pain syndrome: light at the end of the tunnel? / T.M. Kessler // *European Urology*. — 2016. — № 69. — P. 298–299. doi:10.1016/j.eururo.2015.09.028.
2. Baranowski, A.P. Синдром хронической тазовой боли / A.P. Baranowski, M. Fall. — М.: Европейская ассоциация урологов, 2011. — 101 с.
3. Белоусов, И.И. Клинические особенности воспалительной и невоспалительной форм хронического абактериального простатита / И.И. Белоусов, А.В. Шангичев, М.И. Коган // *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2013. — № 2. — С.14–16.
4. Polackwich, A.S. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A review of evaluation and therapy Prostate Cancer and Prostatic Diseases / A.S. Polackwich // *European Urology*. — 2016. — Vol.19, № 2. — P. 132–138. doi:10.1038/pcan.2016.8.
5. Riegel, B. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) in men: a systematic review / B. Riegel, C.A. Bruenahl, S. Ahyai [et al.] // *J Psychosomatic Research*. — 2014. — № 77. — P. 333–350. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.09.012.
6. Farmer, T. Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: a Literature Review of NIH III Prostatitis / T. Farmer [et al.] // *Current Bladder Dysfunction Reports*. — 2019. — Vol. 14, № 2. — P. 83–89.
7. Rees, J. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A consensus guideline / J. Rees [et al.] // *BJU International*. — 2015. — Vol. 116, № 4. — P. 509–525.
8. Arora, H.C. Gut microbiome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / H.C. Arora, C. Eng, D.A. Shoskes // *Annals of Translational Medicine*. — 2017. — Vol. 5, № 2. — P.30–43.
9. Ramsden, S. Chronic pelvic pain in men / S. Ramsden, H. Isotta-Day, P. Horner // *Medicine (United Kingdom)*. — 2018. — Vol. 46, № 6. — P. 337–341.
10. Deggweiler, R. Urethral Syndrome: Infection, chronic pain, dysfunction and/or a psychosomatic disease? / R. Deggweiler, A.

- Reitz // Praxis. — 2017. — Vol. 106, № 23. — P.1279-1284.
11. Kuo, T.L. Pelvic floor spasm as a cause of voiding dysfunction / T.L. Kuo, L.G. Ng, C.R. Chapple // Current Opinion in Urology. Horner. — 2015. — Vol. 25, № 4. — P. 311-316.
 12. Bonder, J.H. Myofascial Pelvic Pain and Related Disorders / J.H. Bonder, M. Chi // Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. — 2017. — Vol. 28, № 3. — P. 501-515.
 13. Shah, N. Update in Diagnosis and Treatment of Chronic pelvic pain Syndromes / N. Shah [et al.] // Current Bladder Dysfunction Reports. — Vol. 10, № 3. — P. 198-206.
 14. Yosef, A. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment / A. Yosef [et al.] // Middle East Fertility Society Journal. — 2016. — Vol. 21, № 4. — P. 205-221.
 15. Samplaski, M.K. Clustering of UPOINT domains and subdomains in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and contribution to symptom severity / M.K. Samplaski [et al.] // Journal of Urology. — 2012. — № 188. — P. 1788-1793.
 16. Shoskes, D.A. Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system / D.A. Shoskes, J.C. Nickel // World Journal of Urology. — 2013. — Vol. 31, № 4. — P. 755-760.
 17. Tripp, D.A. A 2-year follow-up of quality of life, pain, and psychosocial factors in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their spouses / D.A. Tripp [et al.] // World Journal of Urology. — 2013. — Vol. 31, № 4. — P. 733-739. doi: 10.1007/s00345-013-1067-6.
 18. Ferris, J.A. National prevalence of urogenital pain and prostatitis-like symptoms in Australian men using the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptoms Index / J.A. Ferris [et al.] // BJU International. — 2010. — Vol.105, № 3. — P. 373-379. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.08708.x
 19. McKernan, L.C. Psychosocial co-morbidities in Interstitial Cystitis/Bladder Pain syndrome (IC/BPS): A systematic review / L.C. McKernan [et al.] // Neurourology and Urodynamics. — 2018. — Vol. 37, № 3. — P. 926-941. doi: 10.1002/nau.23421.

Поступила 09.04.2021

УДК: 616.89-008

**АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ ПРОСТАТИЧЕСКИМ
ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ,
АССОЦИИРОВАННОГО С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Солдаткин В.А., Крючкова М.Н., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И., Лубянка И.А.,
Сидоров А.А.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

Главной и самой мучительной жалобой больных синдромом хронической тазовой боли в варианте хронического абактериального простатита является боль, выраженность которой существенно нарушает качество жизни таких больных. Изучены качественные и количественные характеристики боли при СХТБ/ХАП при невоспалительном и воспалительном его вариантах. Описаны также выявленные психопатологические характеристики боли у данных больных.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, простатический вариант, психопатологические особенности боли.

**ANALYSIS OF PAIN FEATURES IN PATIENTS WITH PROSTATIC VARIANT OF
CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME ASSOCIATED WITH MENTAL DISORDERS**

*Soldatkin V.A., Kryuchkova M.N., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Lubyanko I.A.,
Sidorov A.A.*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation.
Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

The main and most painful complaint of patients with chronic pelvic pain syndrome in the variant of chronic abacterial prostatitis is pain, the severity of which significantly disrupts the quality of life of such patients. The qualitative and quantitative characteristics of pain in CPPS / CAP in non-inflammatory and inflammatory variants were studied. The revealed psychopathological characteristics of pain in these patients are also described.

Key words: chronic pelvic pain, prostatic variant, psychopathological features of pain.

**RUHIY BUZILISH BILAN ASSOTSIATSIYALANGAN SURUNKALI TOS A'ZOLARI
OG'RIG'I SINDROMINING PROSTATIK VARIANTI BO'LGAN BEMORLARNING
OG'RIG'LAR XUSUSIYATLARINI TAHLIL QILISH**

*Soldatkin V.A., Kryuchkova M.N., Perexov A.Ya., Mrixin V.V., Kovalev A.I., Lubyanko I.A.,
Sidorov A.A.*

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti"
Federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi. Rostov-Don, Rossiya

✓ **Rezyume**

Surunkali abakterial prostatit variantida surunkali tos a'zolarida og'riq sindromi bo'lgan bemorlarning asosiy va og'riqli shikoyati og'riq bo'lib, uning og'irligi bunday bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada buzadi. Yallig'lanmaydigan va yallig'lanishli variantlarda CPPS / CAPda og'riqning sifat va miqdoriy xususiyatlarini o'rgandik. Ushbu bemorlarda og'riqning aniqlangan psixopatologik xususiyatlari ham tavsiflangan.

Актуальность

Несмотря на успехи современной урологии, от 2% до 14% мужчин в общей популяции страдают простатическим вариантом синдрома хронической тазовой боли (СХТБ/ХАП), при этом только у 5-10% из них боль можно объяснить бактериальной инфекцией, у остальных даже при скрупулезном обследовании не выявляется органической патологии (ни инфекционного, ни сосудистого, ни опухолевого, ни неврологического генеза [1,2].

СХТБ/ХАП классифицируют на СХТБ/ХАП ША - абактериальный воспалительный простатит, при котором в семени, секрете простаты, третьей порции мочи обнаруживается повышенное содержание лейкоцитов (чем частично можно было бы объяснить наличие боли) и на СХТБ/ХАП ШБ - абактериальный невоспалительный простатит, при котором не выявляется лейкоцитоз в семени, секрете простаты, третьей порции мочи (идиопатический) [2,3].

В современной литературе приводится все больше доказательств высокой частоты встречаемости у больных СХТБ/ХАП ША и ШБ психопатологической симптоматики [1,2]. Учитывая последнее, а также характеристику болевых ощущений при СХТБ/ХАП, возникает необходимость детального изучения болевого синдрома при СХТБ/ХАП, что имеет перспективу уточнения этиологии СХТБ/ХАП и улучшения помощи данной категории больных.

Цель исследования. Изучить продолжительность, тип течения, качественные и количественные характеристики боли при СХТБ/ХАП, выявить при наличии психопатологические особенности боли при СХТБ/ХАП.

Материал и методы

Исследование особенностей боли у больных простатическим вариантом синдрома хронической тазовой боли/хроническим абактериальным простатитом (СХТБ/ХАП) проводилось в рамках открытого контролируемого проспективного когортного исследования (n=74).

Основную группу (ОГ) составили больные с СХТБ/ХАП ШБ - с простатическим синдромом хронической тазовой боли, невоспалительный вариант (n=40), возраст

которых составил 35,5 лет (24,0; 69,0). Первую контрольную группу (КГ1) составили пациенты с СХТБ/ХАП ША - с простатическим синдромом хронической тазовой боли, воспалительный вариант (n=34), в возрасте 38,0 лет (26,0;55,0).

Применялись клинико-психопатологический метод, психометрический метод с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ боли) и опросника боли Мак-Гиля [4] и математический метод.

Результат и обсуждения

У всех больных, участвовавших в исследовании, боль в области таза возникла впервые. Медиана возраста возникновения боли в области таза составила 31,8 (27,0, 37,5) лет, без статистически значимых различий по данному признаку между ОГ и КГ1 (p=0,17, критерий Манна Уитни). У большей части пациентов обеих групп сравнения боль продолжалась на протяжении от 1 года до 4 лет.

При анализе типа течения боли установлено, что во всех группах сравнения преобладало ее непрерывное течение в 44,4% (55 чел.) - 82,5% (33 чел.) в ОГ и 64,7% (22 чел.) в КГ1, в то время как периодическая боль была характерна для 16,1% (20 чел.) - 17,5% (7 чел.) ОГ и 35,3% (12 чел.) КГ1, без статистически значимых различий между группами (p=0,11, парные сравнения по критерию Хи квадрат, с учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения).

В обеих группах сравнения преобладала умеренно выраженная по интенсивности боль - от 5 до 7 баллов по шкале визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ боли), без статистически значимых различий в ОГ и КГ1 (p=1,0, критерий Краскела Уоллиса).

Учитывая особенности когорты изучаемых больных, страдающих СХТБ/ХАП, у всех пациентов (100,0% - 74 чел.) обеих групп сравнения наблюдалась боль в области предстательной железы, жалобы на которую являлись основными и выходили на первое место в клинической картине.

У большинства больных обеих групп сравнения одновременно с болью в простате наблюдались боли и другой локализации - как в области таза, так и в других топографических областях: в обеих группах

сравнения у большинства больных в промежности – 75,0% (30 чел.) в ОГ и 55,9% (19 чел.) в КГ1, без статистических различий между группами ($p=0,46$, точный двусторонний критерий Фишера); в обеих группах сравнения в области головки пениса – 17,5% (7 чел.) ОГ и 14,7% (5 чел.) КГ1, ствола пениса – 7,5% (3 чел.) в ОГ и 2,9% (1 чел.) в КГ1, мошонки – 15% (6 чел.) в ОГ и 2,9% (1 чел.) в КГ1, мочевого пузыря – 15% (6 чел.) в ОГ и 29,4% (10 чел.) в КГ1, без статистических различий между группами сравнения по данным признакам ($p=0,46$, точный двусторонний критерий Фишера).

Боли, локализованные в других топографо-анатомических областях, у всех больных возникали на фоне доминирующей боли в области простатической железы, в большинстве случаев через 1-14 месяцев после возникновения боли в области простаты, являлись менее выраженными по интенсивности (1-3 балла по шкале ВАШ боли), непостоянными, на протяжении заболевания изменяли свое место расположения, могли самостоятельно купироваться и возникать вновь и в подавляющем большинстве случаев выявлялись у больных только при целенаправленном расспросе.

В ОГ статистически значимо чаще наблюдались боли в области нижней трети живота – 32,5% (13 чел.) в сравнении с 5,9% (2 чел.) в КГ1 ($p=0,008$, точный двусторонний критерий Фишера), области паха – 37,5 (15 чел.) в сравнении с 14,7% (5 чел.) в КГ1 ($p=0,037$, точный двусторонний критерий Фишера) и в области ануса – 40% (16 чел.) в сравнении с 8,8% (3 чел.) в КГ1 ($p=0,003$, точный двусторонний критерий Фишера).

Анализ качественных характеристик боли показал, что пациенты обеих групп сравнения в описании боли любой локализации использовали все аспекты шкалы Мак-Гилла – сенсорный, эмоциональный, когнитивный (оценочный) и многоаспектные характеристики боли.

В обеих группах сравнения в описании боли преобладали ее сенсорные аспекты, чаще всего описываемые пациентами в терминах термического воздействия – «жжение» (42,5% (17 чел.) в ОГ и 35,3% (12 чел.) в КГ1), «печет» (35% (14 чел.) в ОГ и 47,1% (16 чел.) в КГ1), механического воздействия – «сжимающая» (32,5% (13 чел.) в ОГ и 17,7% (6 чел.) КГ1) и термином «ноющая» боль (32,5% (13 чел.) в ОГ и 35,3 (12 чел.) в КГ1) без статистически значимых

различий ($p<0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

Следующие сенсорные характеристики боли наблюдались только в ОГ: «ломящая» боль – в 22,5% (9 чел.), «грызущая» – 20% (8 чел.), «удар тока» – 7,5% (3 чел.) ($p>0,5$, точный двусторонний критерий Фишера), а преимущественно для КГ1 было характерно использование сенсорной характеристики «давящая» боль в 23,5% (8 чел.) в сравнении с 2,5% (1 чел.) в ОГ, статистически значимое различие ($p=0,01$, точный двусторонний критерий Фишера).

В описании аффективных аспектов, отражающих эмоциональную сторону боли, больными обеих групп в равной степени использовались термины напряжения – «утомляющая» боль в 25% (10 чел.) ОГ и 14,7% (5 чел.) в КГ1, а также «изнуряющая» боль в 25% (10 чел.) ОГ и 14,7% (5 чел.) в КГ1, без статистической разницы между группами ($p>0,05$, точный двусторонний критерий Фишера).

Преимущественно для больных КГ1 было характерно использование описание когнитивного (оценочного аспекта боли) – «раздражающая» боль в 47,1% (16 чел.) против 2,5% (1 чел.) ОГ, различие приближается к статистически значимому ($p=0,056$, точный двусторонний критерий Фишера).

Многоаспектные характеристики боли – «непереносимая» – 2,5% (1 чел.) и характеристика «приводящая в отчаяние» – 22,5% (9 чел.) статистически значимо были характерны только для ОГ ($p=0,003$, точный двусторонний критерий Фишера), также в ОГ статистически значимо чаще встречалась характеристика «мучающая» боль – у 32,5% (13 чел.) против 17,7% (6 чел.) КГ1 ($p=0,19$, точный двусторонний критерий Фишера).

У подавляющего большинства больных обеих групп выявлена суточная динамика боли, параллельная аффекту в виде усиления ее интенсивности, наблюдавшаяся в 80,0% (32 чел.) ОГ и в 81,8% (27 чел.) КГ1, без статистически значимых различий между группами ($p=1,0$, точный двусторонний критерий Фишера).

В обеих группах сравнения чаще наблюдалась суточная динамика боли, параллельная аффекту, с ухудшением в вечерние часы в виде усиления ее интенсивности – у 65% (26 чел.) в ОГ и у 58,8% (20 чел.) в КГ1, без статистически значимых различий между группами ($p=0,54$, точный двусторонний критерий Фишера).

При анализе особенностей боли у следующие психопатологические пациенты СХТБ/ХАП были выявлены их характеристик (таблица 1).

Таблица 1 - Психопатологические характеристики боли у больных СХТБ/ХАП

Показатели	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Крайне неприятный и тягостный характер болей	40 (100,0%)	34 (100%)	74 (100%)	1,0
Новизна болевых ощущений (никогда ранее не испытываемые)	40 (100,0%)	33 (97,1%)	73 (98,6%)	0,46
Полиморфизм болевых ощущений	40 (100,0%)	33 (97,1%)	73 (98,6%)	0,46
Затруднения вербализации характера боли	39 (97,5%)	32 (94,1%)	71 (95,9%)	0,59
Сенсорная недифференцированность	39 (97,5%)	32 (94,1%)	71 (95,9%)	0,59
Быстрая амнезия пережитых болевых ощущений после терапии	38 (95,0%)	28 (82,4%)	66 (89,2%)	0,13
Изменение локализации боли	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0
Диффузность	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0
Тотальный телесный дискомфорт (кознестезии)	28 (70,0%)	13 (38,2%)	41 (55,4%)	0,01
Витальность ощущений	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0

Примечание: p значимость различий между ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера

Для 80,8% (59 чел.) больных обеих групп сравнения выявлена витализация ощущений – преобладание ощущений алгического и термического характера с выраженной суточной динамикой, параллельной аффекту, при этом все больные отличали имеющиеся боли в рамках СХТБ/ХАП от болевых ощущений и дискомфортов при ранее перенесенной ими соматической патологии - в 80,0% (32 чел.) ОГ и 81,8% (27 чел.) в КГ1, без статистически значимых различий в группах сравнения ($p=1,0$, точный двусторонний критерий Фишера).

При клинко-ретроспективном анализе заболевания установлено, что у 52,1% (38 чел.) – 52,5% (21 чел.) ОГ и 51,5% (17 чел.) КГ1 ($p=1,0$, точный двусторонний критерий Фишера, без статистически значимых различий) больных телесные сенсации (боли) в начале развития СХТБ/ХАП были локализованными - наблюдались только в области простаты, распространяясь по мере развития заболевания на прилегающие области таза (мошонку, пенис, прямую кишку) и другие анатомо-топографические области (нижняя треть живота, конечности); у 20,6% (13 чел.) больных – 15,0% (6 чел.) ОГ и

20,6% (7 чел.) КГ1 в начале развития симптоматики СХТБ/ХАП возникали алгопатии, трансформировавшиеся по мере течения заболевания в сенестоалгии и сенестопатии; без статистически значимых различий в группах сравнения ($p=0,54$, точный двусторонний критерий Фишера).

Интересным представляется факт достаточно высокого процента - 40,5% (30 чел.) купирования или значительного облегчения боли на протяжении первых 1-2 недель после начала терапии в обеих группах сравнения, без статистически значимых различий ($p>0,097$, точный двусторонний критерий Фишера). При этом данный ответ наблюдался на любую терапию СХТБ/ХАП - как урологическую (антибактериальную и/или противовоспалительную и/или сосудистую терапию и/или физиотерапию), так и психофармакологическую и психотерапевтическую.

У всех пациентов данный эффект наблюдался на протяжении от 1 до 2 недель, по прошествии которых симптоматика СХТБ/ХАП возвращалась в полной мере (таблица 2).

Таблица 2 - Психологическая реакция больных СХТБ/ХАП на начало терапии

Купирование боли через 1-2 недели после начала терапии с последующим ее возвращением	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Купирование боли	20 (50,0%)	10 (29,4%)	30 (40,5%)	0,087
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание: p - значимость различий между ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера

Большинство больных СХТБ/ХАП - 69,0% (49 чел.) отмечали, что ухудшение настроения обуславливало у них усиление боли – у 71,8% (28 чел.) в ОГ и у 65,6% (21 чел.) в КГ1; без

статистически значимых различий по данному признаку ($p=0,61$, точный двусторонний критерий Фишера) (таблица 3).

Таблица 3 - Влияние настроения на боль у больных СХТБ/ХАП

Влияние настроения на боль	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	11 (28,2%)	11 (34,4%)	22 (31,0%)	0,61
Да	28 (71,8%)	21 (65,6%)	49 (69,0%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание: p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера

В то же время у большинства больных наблюдалось обратное влияние боли на настроение – усиление боли влекло за собой ухудшение настроения у 76,7% (56 чел.), из

них в ОГ у 82,5% (33 чел.), в КГ1 у 69,7% (23 чел.), без статистически значимого различия в группах сравнения ($p=0,27$, точный двусторонний критерий Фишера) (таблица 4).

Таблица 4 - Влияние боли на настроение у больных СХТБ/ХАП

Влияние боли на настроение	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	7 (17,5%)	10 (30,3%)	17 (23,3%)	0,27
Да	33 (82,5%)	23 (69,7%)	56 (76,7%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание: p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера

При оценке влияния боли на работоспособность больных установлено, что у 60,9% (42 чел.) испытываемая боль обусловила снижение работоспособности, что выражалось в смене работы и рода деятельности на более легкие в понимании пациента. Однако данные перемены не облегчили страдания ни одного пациента обеих групп сравнения.

Снижение работоспособности вследствие боли было статистически значимо более

характерным для ОГ - 73,7% (28 чел.) по сравнению с 45,2% (14 чел.) КГ1 ($p=0,025$, точный двусторонний критерий Фишера).

У 55,9% (38 чел.) больных выявлено влияние боли на социальную активность, статистически значимо более характерную для ОГ – 69,4% (25 чел.) в сравнении с 40,6% (13 чел.) КГ1 ($p=0,027$, точный двусторонний критерий Фишера) (таблица 5).

Таблица 5 - Влияние боли на социальную активность

Влияние боли на социальную активность	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	11 (30,6%)	19 (59,4%)	30 (44,1%)	0,027
Да	25 (69,4%)	13 (40,6%)	38 (55,9%)	
Всего	36 (100,0%)	32 (100,0%)	68 (100,0%)	

Примечание: р значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера

Обращает на себя внимание влияние боли на семейную жизнь (взаимоотношение с членами семьи - супругой, детьми, родителями) более чем у половины больных – в 76,7% (56 чел.) в равной степени обеих групп – 76,9% (30 чел.) ОГ и 76,5% (26 чел.) КГ1 ($p=1,0$) (таблица 6).

Таблица 6 - Влияние боли на отношения в семье

Влияние боли на семейную жизнь	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	9 (23,1%)	8 (23,5%)	17 (23,3%)	1,0
Да	30 (76,9%)	26 (76,5%)	56 (76,7%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание: р значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера

Выводы

У больных СХТБ/ХАП на момент исследования боль возникла впервые в возрасте 31,8 лет, продолжалась в среднем 3,0 года. В большинстве случаев боль при СХТБ/ХАП является средней степени выраженности, непрерывной, локализовалась не только в области простаты, но и в других топографо-анатомических областях. При этом для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) чаще характерна боль в области нижней трети живота, паха и в области ануса.

Качественная характеристика боли описывается больными в терминах термического и механического воздействия, терминах напряжения. Только больные группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) в описании боли применяют когнитивные ее аспекты, а только больные абактериальным невоспалительным простатитом (ОГ) – ее многоаспектные характеристики.

При анализе психопатологических особенностей боли у больных СХТБ/ХАП, можно сделать вывод, что болевые ощущения при СХТБ/ХАП являются телесными сенсациями - сенестоалгиями и сенестопатиями. Выявленные сенестопатии являлись эссенциальными, так как не имеют облигатного признака – чувственной насыщенности переживаний [5].

Также у большинства больных СХТБ/ХАП выявлены витализация ощущений и коэнестезии, последние статистически значимо чаще характерны для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ).

У больных СХТБ/ХАП выявлена

психологическая реакция в ответ на начало терапии в виде купирования или значительного облегчения боли на протяжении первых 1-2 недель после начала терапии, по прошествии которых симптоматика СХТБ/ХАП возвращалась в полной мере.

Боль при СХТБ/ХАП ухудшала работоспособность, социальную активность и взаимоотношения в семьях больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Kessler, T.M. Chronic pelvic pain syndrome: light at the end of the tunnel? / T.M. Kessler // European Urology. — 2016. — № 69. — P. 298–299. doi:10.1016/j.eururo.2015.09.028.
2. Baranowski, A.P. Синдром хронической тазовой боли / A.P. Baranowski, M. Fall. — М.: Европейская ассоциация урологов, 2011. — 101 с.
3. Белоусов, И.И. Клинические особенности воспалительной и невоспалительной форм хронического абактериального простатита / И.И. Белоусов, А.В. Шангичев, М.И. Коган // Медицинский вестник Башкортостана. — 2013. — № 2. — С.14-16.
4. Клиническая психометрика / под ред. В.А. Солдаткина. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 312 с.
5. Крылов, В.И. Психопатология телесной перцепции / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 2. — С. 15-20.

Поступила 09.04.2021

Курбанова Г. Н., Юлдашова Ш. Т.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

✓ *Резюме*

Современное образование представляет обучаемого не как пассивного получателя знаний, а как активного участника образовательного процесса. Особое внимание в высшей медицинской школе уделяется развитию умственных способностей обучаемых. При этом появляется множество новых взглядов на творческий процесс, что способствует порождению новых образовательных подходов к понятию творчества в образовательном процессе.

Ключевые слова: креативное мышление, интеграционное обучение, студенты медицинского ВУЗа, методы преподавания.

TIBBIY OLIY O'QUV YURTLARIDA O'QITISH METODIKASI

Qurbonova G.N., Yo'ldoshova Sh. T.

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ *Rezyume*

Zamonaviy ta'lim talabani passiv bilim oluvchi sifatida emas, balki o'quv jarayonining faol ishtirokchisi sifatida namoyish etadi. Tibbiyot oliy o'quv yurtida talabalarning aqliy qobiliyatini rivojlantirishga alohida e'tibor beriladi. Shu bilan birga, ijodiy jarayonga oid ko'plab yangi qarashlar paydo bo'ladi, bu ta'lim jarayonida ijodkorlik kontseptsiyasiga yangi ta'limiy yondashuvlarni yaratishga yordam beradi.

Kalit so'zlar: ijodiy fikrlash, integratsion ta'lim, tibbiyot oliy o'quv yurti talabalari, o'qitish usullari.

TEACHING METHODS IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Qurbonova G.N., Yo'ldoshova Sh. T.

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume*

Modern education presents the student not as a passive recipient of knowledge, but as an active participant in the educational process. Special attention in the higher medical school is paid to the development of the mental abilities of students. At the same time, many new views on the creative process appear, which contributes to the generation of new educational approaches to the concept of creativity in the educational process.

Keywords: creative thinking, integration learning, medical students, teaching methods.

Актуальность

В целях определения приоритетных направлений системного реформирования высшего образования в Республике Узбекистан, поднятия на качественно новый уровень процесса подготовки самостоятельно мыслящих высококвалифицированных кадров с современными знаниями и высокими духовно-нравственными качествами, модернизации высшего образования, развития социальной сферы и отраслей экономики на

основе передовых образовательных технологий в последние годы в стране был принят ряд документов, направленных на выведение средне специального и высшего образования на новый уровень.

На основе глубокого анализа всей действующей в республике системы образования и исходя из принятых в последнее пятилетие программ в Узбекистане повсеместно внедряются новые

образовательные стандарты, внедрение которых обеспечит поэтапный переход от образования, учебные программы которого направлены на получение теоретических знаний, к системе образования, направленной на формирование практических навыков. [5]

Современный процесс подготовки дипломированного специалиста-медика предъявляет новые требования к организации образования в медицинском ВУЗе, так как в обществе всё более возрастает необходимость развития творческого потенциала личности будущего специалиста-врача. В образовании существуют положительные атрибуты свободы: свободы действовать, изменять, создавать и вдохновлять. [1, 2, 6] При этом актуальнейшим аспектом образования является всё более повышающийся интерес к созидательному процессу в обучении. Творческая деятельность обеспечивает рождение новых знаний, навыков, умений и отношений.

Системно-концептуальный анализ интегративно-креативных возможностей в становлении и развитии образования студентов медицинского ВУЗа выступает в нашем исследовании как принцип, позволяющий каждому будущему специалисту медицинского профиля развиваться на протяжении всей жизни в различных профессионально-творческих ситуациях и рационально сочетаться с компонентами самообразования и самовоспитания. [3, 5, 7]

Нами установлены и описаны новые интегративно-креативные аспекты мышления и структурные компоненты креативности в научно-исследовательской работе будущего специалиста медицинского профиля: мотивационно-личностный компонент развития профессионального образования студента-медика; интеграционные компоненты креативности (интуиция, логическая строгость, воображение, способность, склонность к индивидуальным креативным разработкам; независимость суждений и т.д.), характеризующие дидактическое взаимодействие преподавателя и студента-медика.

С учетом этих исследований нами были определены детерминанты становления и развития профессионально-культурологического образования будущего специалиста медицинского ВУЗа в системе их творческой направленности: осознанная индивидуально-личностная мотивация студента-медика в аспекте креативности;

способность к культуротворческому оцениванию своих профессиональных результатов; креативная склонность к прогнозированию; способность видения нового в решении творческих задач; способность к принятию оригинальных научно-исследовательских решений в системе творческого аспекта. [3, 4]

В связи с этим нами была выявлена структура системы творческого мышления будущего специалиста медицинского профиля в научном творческом инновационном исследовании студента-медика: интегративно-креативные аспекты мышления подготовки; творческая концентрация в аспекте креативности; интеграция идей креативности; творческое озарение; анализ и синтез творческого аспекта.

В своей работе мы определили особенности педагогической деятельности в интегративно-креативном мышлении студентов медицинского ВУЗа. В ходе исследования мы убедились, что креативная педагогика, реализующаяся в условиях высшего медицинского образования, включает в себя все основные звенья творчества, входящие в организационно-педагогическую ткань образовательного процесса.

Нами было выявлено, что интегративно-креативная педагогика, адекватная медицинскому образованию, выступает как одно из инновационных направлений в педагогической науке и образовательной практике высшего медицинского учреждения.

В связи с этим нами были разработаны основные направления интегративно-креативной деятельности педагога медицинского ВУЗа с учетом специфических особенностей образовательного процесса, адекватного высшему медицинскому образованию: общение как часть творческо-педагогического процесса, проникновение креативности в общение преподавателя со студентами; нестандартный творческий подход к решению медицинских задач; разработка новых творческих методов, форм, приемов и средств; эффективное творческое применение имеющегося опыта; подготовка субъекта творческо-педагогического процесса, творческой индивидуальности; конкретные творческо-педагогические действия преподавателя; творческое импровизирование на основе точных знаний и интуиции. []

При разработке основных направлений творческо-педагогической деятельности

педагога медицинского ВУЗа нами были выделены цели креативной педагогики, адекватной процессу высшего медицинского образования: активизировать творческий интерес студента с учётом выявления склонностей к определённой области изучаемой специально-медицинской дисциплины; способствовать зарождению мотивационного фактора, необходимого для креативной исследовательской работы будущего врача; формировать творческое мышление студента как саморегулируемую, самоорганизующуюся систему; развить в процессе работы индивидуально-личностную интеллектуальную организацию исследовательской деятельности; развить индивидуальный научно-исследовательский путь решения творческих проблем в процессе образования в ВУЗе.

Проведенное исследование позволило нам также выделить и описать основные компоненты креативной педагогики, адекватной медицинскому образованию.

В процессе исследования нами разработана и описана система содержательных основ творческо-педагогического аспекта в становлении и развитии образования студентов-медиков.

Основываясь на результатах проведенного исследования, мы описали интеграционный характер соотношения целей, основных компонентов и содержательных основ интегративно-креативных возможностей, реализующегося в условиях образовательного процесса высшей медицинской школы.

Процесс обогащения профессиональной научной деятельности студентов медицинского ВУЗа креативной направленностью требует комплекса научно-педагогических разработок, способствующих развитию креативности студентов-медиков. [3, 5]

Как показало наше исследование, организующей и направляющей силой по отношению к развитию интегративно-креативных возможностей, должна быть высокая профессиональная подготовка будущего специалиста-медика, осмысленная самим будущим врачом готовность к креативной деятельности. В ходе исследования нами было обосновано, что именно такая готовность обеспечивает открытие новых профессионально-творческих возможностей.

Мы убедились, что творческо-профессиональная готовность как системный и целостный объект представляет собой

органическое единство и интеграцию различных видов профессиональной деятельности студентов-медиков в процессе овладения будущей специальностью, обеспечивающих формирование компонентов творческо-профессиональной подготовки.

Нами было выяснено, что такими видами профессиональной деятельности являются: учебно-познавательная и учебно-практическая деятельность студентов-медиков на занятиях и тренингах, учебно-практическая и самостоятельная профессиональная деятельность студентов в период клинической практики в больницах и поликлиниках, а также при теоретической разработке отдельного научного явления медицинского характера.

Наше исследование свидетельствует о том, что система профессионально-творческих качеств студента-медика построена на совокупности профессионально-личностных свойств, непосредственно оказывающих влияние на все три перечисленные вида творческо-профессиональной готовности.

В ходе исследования мы убедились, что, личностные качества студента-медика, не оказывая прямого воздействия на результаты креативной активности будущего врача, способны сыграть значительную роль в развертывании его творческого потенциала, формирования его профессионально-творческого мышления. Чтобы сформировать у студентов-медиков желаемые креативные качества, мы включали студентов в специально организованную профессиональную деятельность с учетом творческо-педагогического аспекта. [3,6]

Мы выделяем следующие основные творческие качества студента медицинского ВУЗа с учетом творческо-педагогического аспекта, которые требуют дальнейшего развития, способствуя формированию творческо-профессиональной готовности:

- творческое осознание отношения к индивидуальной креативной деятельности как необходимости изменения медико-профессиональной действительности;
- творческое формирование самим студентом-медиком индивидуального образующего личностного модуса, включающего в себя творческо-профессиональные потребности студента, его интересы, убеждения, творческо-оценочные критерии, творческо-познавательные стремления;
- творческое индивидуальное стремление студента медицинского ВУЗа к расширению и

углублению профессиональных знаний, к овладению новыми творческо-профессиональными знаниями;

- стремление к теоретической и практической обоснованности индивидуальных профессионально-творческих взглядов и убеждений. [4, 5]

Становление и развитие перечисленных творческих качеств студента медицинского ВУЗа, как свидетельствует наша опытно-экспериментальная работа, являются необходимым условием формирования творческо-профессиональной готовности к реализации методологии творческо-педагогического аспекта в образовательном процессе медицинского ВУЗа как результата такой готовности. [2, 3, 7]

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Kurbanova G.N., Haydarova N.A. Reflection of innovative pedagogical ideas in the philosophy of the English revival Traditions, tasks and prospects for the development of pedagogical science 2015.- P.458-461.
2. Яворская С.Д., Николаева М.Г., Болгова Т.А., Горбачева Т.И. Инновационные методы обучения студентов медицинского ВУЗа // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4.;
3. Kurbanova G.N. Important directions for the development of creative abilities and creative abilities of youth // "Pedagogical skill" // Issue 3, 2019. -P. 67-72.
4. Kurbanova G.N. Formation of professional thinking in future // International Journal for Advanced Research In Science // Volume 10, Issue 05, May 2020.-P. 98-102.
5. Yuldashova Sh. T. Prerequisites for the Development of Creative Thinking // Middle european scientific bulletin // Volume 8, January 2021.-С. 287-289
6. Гулноза Курбанова, Шахло Юлдашова.- Mustaqil ishni tashkil etish tamoyillari // Преподавание языка и литература// №3 2021.-С. 9-11.
7. Курбанова Г.Н. Особенности профессионального мышления как фактор обучения медико-педагогического персонала современного этапа // Университетская наука: взгляд в будущее, 2020. – С. 763–766.

Поступила 09.04.2021

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭКВИВАЛЕНТОВ ЭПИЛЕПСИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Кучкоров У.И.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме*

Наличие когнитивных нарушений у больных страдающих эпилепсией учитывая взаимосвязь с показателями качества жизни приобретает большое значения для выбора противоэpileптических препаратов. Было обследовано 66 больных страдающих эпилепсией. Найдено связь когнитивных нарушений и качества жизни с длительностью заболевания и частота приступов. Оценка когнитивных нарушений и качества жизни больных в динамике показывает эффективность противоэpileптических препаратов. При сравнении карбамазепина и кеппра было установлено, что кеппра благоприятно влияет на когнитивную функции и улучшает качества жизни больных.

Ключевые слова: эпилепсия, качества жизни, когнитивные нарушения, терапия, противоэpileптические препараты.

NEGATIVE INFLUENCE OF EPILEPSY EQUIVALENTS ON PATIENT QUALITY

Kuchkorov U.I.

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume*

The presence of cognitive disorders in patients suffering from epilepsy, given the relationship with the quality of life, it acquires great importance for the choice of anti-epileptic drugs. 66 patients suffering from epilepsy were examined. The connection of cognitive violations and quality of life with the duration of the disease and the frequency of attacks was found. Evaluation of cognitive violations and quality of life of patients in the dynamics shows the effectiveness of anti-epileptic drugs. When comparing carbamazepine and Keppra, it was found that KEPPR favorably affects cognitive function and improves the quality of life of patients.

Keywords: epilepsy, quality of life, cognitive disorders, therapy, antiepileptic drugs.

ЭПИЛЕПСИЯ ЭКВИВАЛЕНТЛАРИНИНГ БЕМОР ЯШАШ СИФАТИГА САЛБИЙ ТАЪСИРИ

Қўчқоров У.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме*

Эпилепсиядан азият чекадиган беморларда когнитив касалликлар мавжудлиги, уларнинг ҳаёт сифати билан муносабатларни ҳисобга олган ҳолда, тутқаноққа қарши дориларни танлаш учун катта аҳамиятга эга. Эпилепсиядан азият чекаётган 66 нафар бемор текширувга олинди. Когнитив бузилишлар ва ҳаёт сифати касалликнинг давомийлиги ва ҳуружларнинг частотаси билан боғлиқ равишда ўзгариши ҳамда улар орасидаги боғлиқлик кузатилди. Динамикада беморларнинг когнитив бузилиши ва ҳаёт сифатини баҳолаш тутқаноққа қарши дорилар самарадорлигини кўрсатиб турувчи мезон сифатида қаралди. Карбамзепин ва Кеппра дори воситаларини таққослаганда, Кеппра беморларнинг когнитив фаолиятига ижобий таъсир кўрсатаётгани ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшиланишига ишончли даражада таъсир қилиши аниқланди.

Калит сўзлар: эпилепсия, ҳаёт сифати, когнитив касалликлар, терапия, антитерептик дорилар.

Актуальность

Проблема эпилепсии является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии. По данным Международной противоэпилептической лиги около 65 миллионов человек в мире страдает эпилепсией [9, 10]. Эпилепсия в значительной мере оказывает негативное влияние на все сферы функционирования больного, снижая показатели качества жизни [1, 7, 8]. Эпилепсия - заболевание, требующее длительной, многолетней терапии, что имеет принципиальное значение для здоровья и качества жизни больного [2, 3].

В современной эпилептологии, наряду с такими традиционными критериями, как тип, тяжесть и частота приступов, качество жизни (КЖ) как интегральный показатель всего существующего комплекса организационных, диагностических и лечебных мероприятий, становится центральным [4]. В связи с расширением представлений о комплексном негативном влиянии эпилепсии на качество жизни пациента, в настоящее время КЖ признана важным компонентом программы лечения больных эпилепсией. Wagner и соавт. отмечают, что физические симптомы у пациентов с эпилепсией коррелируют с психологическим дистрессом и ощущением благополучия. Suurmeijer и соавт. предполагают, что все различия по показателю качества жизни могут объясняться влиянием различных психосоциальных факторов.

КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на субъективном восприятии мира. По улучшению показателя КЖ можно оценить эффективность противоэпилептических препаратов. Популяционные исследования Р. Kwan с соавт. (2004) показали, что у 30-40% пациентов ремиссия не возникнет даже на фоне адекватно подобранной терапии, однако они могут только значительно сокращать число приступов [6, 11].

Одним из факторов повышающих качество лечения больных эпилепсией, является приверженность к терапии. Комплаентность определяет у пациентов, принимающих антиэпилептических препаратов годами, стабильность достигнутого успеха в лечении эпилепсии. Низкая комплаентность к терапии приводит к учащению приступов вплоть до появления эпилептических статусов, повышению травматизма, нарушению высших

психических функций, нарушению социального функционирования и в конечном итоге, к повышению смертности [12]. По мнению ряда авторов, ухудшение КЖ больных эпилепсией, прежде всего, связано с приемом антиэпилептических препаратов, вызывающих угнетение когнитивных функций, особенно при использовании нескольких препаратов [5]. В литературе хорошо освещены вопросы клиники и лечения эпилепсии в целом, однако, вопросы, влияние когнитивные и эмоциональные нарушения на качества жизни, лечение с учётом оценки качества жизни изучены недостаточно.

Цель и задачи работы - определение влияния когнитивных нарушений на качества жизни и оценить эффективность противоэпилептических препаратов.

Материалы исследования.

За период с 2018 по 2020 года на базе Бухарского областного психоневрологического диспансера нами было обследовано 66 больных с диагнозом “Органическое эмоциональное расстройство в связи с эпилепсией” болеющих в течении от 5 до 10 лет, которые находились в стационарном лечении. Средний возраст больных составил $30,6 \pm 15,4$ года. Среди больных 9,1 % имели высшее, 54,5 % средне-специальное, 28,8 % полное среднее образование и 7,6% – неполное среднее.

Методы исследования. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу включены 66 пациента (38 мужчины и 28 женщин), страдающих эпилепсией. На каждого пациента заполнялась специально разработанная анкета, включающая 36 пунктов на общем анамнезе пациента, шкалу Гамильтона для оценки депрессии. Период наблюдения составил 3 месяца. Первичное обследование включало: сбор анамнеза, клинический осмотр больного, лабораторные исследования крови, ЭЭГ, шкальная оценка качества жизни с помощью опросника SF-36. На каждом последующем визите, пациентам повторно проводились: ЭЭГ исследование, шкальная оценка качества жизни с помощью опросников SF-36, шкала оценки депрессии Гамильтона.

Опросник SF-36 является наиболее распространенным в клинических исследованиях и индивидуальном мониторинге, общим опросником качества жизни. Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал, его вопросы формируют

два компонента здоровья: физический и психологический. После проведения теста результаты исследования КЖ с помощью опросника SF-36 выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель КЖ. Статистическая обработка проводилась с применением стандартных программ статистики.

Результат и обсуждения

Изучение динамики изменений выявило, что КЖ пациентов с эпилепсией является системной характеристикой и зависит от ряда клинических, психоэмоциональных и социальных факторов. Катамнестические наблюдения, показывают, что у людей,

страдающих эпилепсией, различные психосоциальные и немедицинские проблемы более распространены, чем в общей популяции. К часто встречающимся немедицинским проблемам относятся: ощущение стигмы, психологический дистресс, безработица, низкая самооценка и проблемы межличностного взаимодействия, включая низкий уровень социальную изоляцию и адаптации.

84,8% больные чувствуют ощущение стигмы, страх и психологический дистресс по поводу возможности развития следующего приступа. У 57,6% больных обнаружено нарушения адаптации низкая самооценка и снижение активности в повседневной жизнедеятельности.

Таблица 1.

Немедицинские проблемы больных страдающих эпилепсией

Немедицинские проблемы	Основная группа (n=66)		Контрольная группа (n=22)	
	число	%	число	%
Ощущение стигмы	56	84,8	18	81,8
Психологический дистресс	54	81,8	17	77,2
Безработица	48	72,7	19	86,3
Низкая самооценка	44	66,7	16	72,7
Проблемы межличностного взаимодействия	52	78,8	17	77,2
Нарушения адаптации	38	57,6	15	68,2

72,7% больные занимающийся квалифицированной работой из-за проблемы межличностных отношений теряли работу и у них развивался психологический дистресс. Эти немедицинские проблемы больных страдающих эпилепсией приводит к значительному снижению качества жизни больных. Качество жизни при эпилепсии связано с различными психосоциальными факторами (здоровье, семья, межличностные отношения, личное развитие, социально экономический статус, материальное благополучие, социальная активность и общественное признание). Для оценки качества жизни больных исследование проведено с использованием опросника SF-36. В контрольной группе пациентам с учетом типа припадков и по данным ЭЭГ в качестве монотерапии были назначены карбамазепин 200 мг 3 раза в день. В основной группе было назначено Кеппра (леветирацетам) 2 раза в день. Изучено влияние длительность заболевания и эпилептических припадков на

нарушений сна, уровня тревоги и качество жизни. Выявлено достоверная связь между длительностью заболевания и частоты эпилептических припадков с нарушением сна, дневной сонливостью, уровень тревожности и качества жизни. «Низкие» и «средние» оценки итогового КЖ были получены у больных длительностью заболевания 5-6 лет 7 (31,8%) и 12 (54,6%) соответственно. У 3 (13,6%) пациентов показатели расположились в интервалах «хорошего» КЖ. Оценок «высокого» качества жизни ни в одном случае не получено.

В группе длительность болезни который составляет 5-6 лет он был равен $77,3 \pm 2,4$ баллам, соответствует на «средней» оценке КЖ; средний итоговый показатель КЖ в группу больных давностью 7-8 лет составил $61,8 \pm 1,3$ баллов, что соответствовало «низкому» уровню КЖ. У пациентов с длительностью болезни 9-10 лет оценка КЖ составляет - $56,9 \pm 1,8$ баллов – а уровень к «низкому» уровню КЖ.

Таблица 2.

Качество жизни больных эпилепсией в процессе стационарного лечения

Качество жизни	Контрольная группа (n=22)	Длительность заболевания 5-6 лет (n=22)		Длительность заболевания 7-8 лет (n=26)		Длительность заболевания 9-10 лет (n=18)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общее состояние здоровья	76,7±1,9	77,8±2,4	79,8±4,1	59,6±3,4	75,0±1,8**	55,9±5,2	60,0±1,8*
Физическая активность	69,0±1,5	66,1±1,9	78,8±2,6*	65,6±4,2	74,8±1,3**	63,3±3,3	69,2±2,4*
Функционирование, связанное с физическим состоянием	68,8±4,7	69,5±5,7	74,7±3,1*	52,3±4,1	56,5±3,4**	48,4±5,2	62,3±3,5*
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	65,1±3,1	66,3±6,8	73,0±4,6*	56,2±4,8	65,8±3,4**	52,0±5,5	61,5±4,3*
Социальное функционирование	68,4±2,3	68,5±2,6	72,4±2,9*	51,6±2,4	69,8±1,8**	49,5±2,8	65,9±1,9
Интенсивность боли	69,1±2,7	67,6±3,2	73,5±4,2*	48,4±4,2	59,8±3,0**	52,3±3,4	59,8±2,8*
Жизненная активность	63,8±2,9	65,7±2,6	78,9±2,3*	58,7±2,5	69,4±1,5**	51,1±2,7	59,1±1,4*
Психическое здоровье	61,0±3,3	62,9±3,8	77,3±2,4*	56,3±2,1	61,8±1,3**	49,3±3,1	56,9±1,8*

Примечание: достоверно по сравнению до лечения * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$.

При оценке показателей КЖ до лечения установлено, что во всех группах наиболее низкие показатели КЖ были отмечены по шкалам общее состояние здоровья, физическая активность, социальное функционирование и функционирование, связанное с эмоциональным состоянием. По шкалам интенсивность боли и социальное функционирование показатели были несколько выше у социально адаптированных пациентов, которым в качестве монотерапии был назначен кеппра.

Данные таблицы 2 показывают, что средний 4-недельный курс лечения в стационаре достоверно улучшает показатели КЖ пациентов по следующим осям: общее состояние здоровья, физическая активность, психическое здоровье, функционирование связанное с эмоциональным состоянием, эмоциональный статус и адаптация в социуме. Эти данные полностью совпадают с клиническими наблюдениями. У пациентов за 4 недели стационарного лечения значительно нивелируются психологические свойства личности, что субъективно воспринимается больными, они чувствуют себя спокойными,

увеличиваются положительные эмоции, снижается тревога, чувства боли и подавленность.

Оценка пациентами отдельных субсфер своей жизни позволяет выявить и сохранные субсферы, несущие в себе ресурс и опору для преодоления заболевания: «работоспособность», «подвижность», «способность к выполнению повседневной работы». Более половины опрошенных, независимо от тяжести болезни, отмечают относительную сохранность работоспособности и подвижности, что во многом определяет тенденцию больных эпилепсией к социальной гипернормативности.

На фоне терапии кеппры по шкалам опросника SF-36 через 1 месяц выявлено значительное улучшение показателей по всем осям. Через 2 месяц проводимой терапии показатели КЖ в целом улучшились достоверно. У больных с длительностью заболевания 5-6 и 7-8 лет отмечено достоверное повышение баллов по шкалам ролевого и эмоционального функционирования, общего и психологического здоровья, жизнеспособность, а у больных 9-10 лет длительность заболевания

изменения показатели КЖ были низкими и недостоверными. Несмотря на достоверную положительную динамику показателей КЖ пациентов после лечения в стационаре, остаются достоверно хуже, чем КЖ в популяции.

В основном группе пациентов, получавших кеппра (n=66) через месяц от начала терапии - отсутствие припадков было отмечено у 79%, у 21% пациентов терапия была эффективной. В

динамике уменьшилось число больных с полным регрессом припадков, что связано с более длительным сроком динамического наблюдения.

Наши наблюдения показывают что 34 пациентов, применявших кеппра в суточной дозе от 500 мг до 1500 мг, показало хорошую переносимость данного препарата, а в 54,5% случаев привело к улучшению КЖ и работоспособности.

Таблица 3

Сравнительная эффективность препаратов на 1-й и 30-й день.

Группа больных	До лечения						После лечения					
	Легкая депрессия		Умеренная депрессия		Тяжёлая депрессия		Легкая депрессия		Умеренная депрессия		Тяжёлая депрессия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа КЕПРА (n=66)	14	21,2	35	53,0	17	25,8	36	54,5	24	26,4	6	9,1
Контрольная группа KARBAMAZEPIN (n=22)	6	27,3	12	54,5	4	18,2	17	77,2	2	9,1	3	13,6

Примечание: достоверно по сравнению до лечения * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$.

При анализе данных опросника депрессии Гамильтона были выявлены признаки депрессии. В основной группы после лечения тяжёлая и умеренная депрессия достоверно снижена, а лёгкая депрессия у 12 больных полностью выздоровели.

В нашем исследовании показатели уровня тревоги и депрессии составлял – 26,3 баллов. До начала терапии средний показатель был равен $24,5 \pm 5,3$, через 1 месяц - $16,8 \pm 6,3$, через 3 месяцев уменьшился до $12,0 \pm 4,2$. Прием кеппры положительно повлиял на эмоциональный фон пациентов и изменение показателей были достоверными ($p > 0,05$).

Выводы

В результате исследования было выявлено, что у многих пациентов с эпилепсией выявлено существенное снижение показателей КЖ, вызванное заболеванием. Исследование КЖ является количественной методикой, что значительно упрощает оценку результатов лечения и делает их сравнимыми.

Применение кеппры в варианте монотерапии повышает показатели КЖ, отражающие общее здоровье и эмоциональное функционирование. Монотерапия кеппой может быть использована при ряде сопутствующих заболеваний, поскольку она сопровождается незначительными побочными эффектами. Препарат кеппра при монотерапии оказывает достоверное положительное

воздействие на показатели КЖ - общее здоровье и жизнеспособность.

Кеппра имеет определенные преимущества по сравнению с базисными противоэпилептическими препаратами, воздействуя положительно на следующие аспекты качества жизни - физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, общее и психологическое здоровье. Отмечена хорошая переносимость и низкая частота побочных эффектов при назначении кеппра. При анализе выявлено эффективность кеппры, улучшение качества жизни больных в динамике позволило назначения препарата для лечения больных эпилепсией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гехт А.Б. Качество жизни больных эпилепсией. Международная конференция «Эпилепсия – диагностика, лечение, социальные аспекты», М., 2005.-с 120-125.
2. Гусев Е.И., Гехт А.Б. Современная эпилептология // Материалы Международной конференции «Современная эпилептология». -СПб., 2011. - 588 с.
3. Дубенко А.Е. Современные принципы лечения эпилепсии // Международный медицинский журнал. — 2008. — № 1. — С. 69-72.

4. Карлов В.А., Власов П.Н., Жидкова И.А. Предварительные результаты эффективности генерического леветирацетама (эпитера) в монотерапии у взрослых. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. – №7 (специальный выпуск 1). – С. 36-40.
5. Кистень О.В., Евстигнеев В.В., Дубовик Б.В. Экспериментальное обоснование сочетанного применения ритмической транскраниальной магнитной стимуляции и антиконвульсантов / О.В.Кистень, В.В. Евстигнеев, Б.В. Дубовик // Медицинские новости. – 2012. – №1. – С. 83-88.
6. Belcastro V, Pierguidi L, Tambasco N. Levetiracetam in brain ischemia: clinical implications in neuroprotection and prevention of post-stroke epilepsy. // Brain Dev. - 2011 - Vol. 33 - P. 289-93.
7. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. Epilepsia 1981; 22: 489-501.
8. Cramer J.A. et al. Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory // Epilepsia. – 1998. – Vol. 39, № 1. P. 81-88.
9. Illingworth M.A., Hanrahan D., Anderson C.E. et al. Elevated VGKC-complex antibodies in a boy with fever-induced refractory epileptic encephalopathy in school-age children (FIRES) / M.A. Illingworth, D. Hanrahan, C.E. Anderson et al. // Dev Med Child Neurol. – 2011. – №53(11). – P.1053-1057.
10. Kwan P. et al. The natural history of epilepsy: an epidemiological view. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2004; 75: 1376-81.
11. Malek N. et al. A review of medication adherence in people with epilepsy. Acta Neurol Scand. 2017; 135: 507-515.
12. Sauro K.M., Perucca E. Developing clinical practice guidelines for epilepsy: A report from the ILAE Epilepsy Guidelines Working Group. Epilepsia. 2015 Dec; 56 (12): 1859-69.

Поступила 09.04.2021

**ВЛИЯНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Рустамов У.Т., Кучкоров У.И., Тилавов М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Было обследовано 60 пациентов, которые были разделены на 2 группы. Невроз (невротические расстройства) F-40 и шизотипические расстройства (с невротическими расстройствами) F-20. Проанализированы результаты проявления психопатологических расстройств у пациентов и динамического наблюдения в процессе их лечения. Было достигнуто улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: невротические расстройства, астения, фобия, раздражительность, тревога, нарушения сна, качество жизни, лечение.

**THE EFFECT OF NEUROTIC DISORDERS FOR COGNITIVE FUNCTIONS AND
MODERN METHODS OF TREATMENT**

Rustamov U.T., Kuchkorov U.I., Tilavov M.T.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

60 patients were examined, which were divided into 2 groups. Neurosis (neurotic disorders) F40 and schizotypal disorders (with neurotic disorders) F-20. The results of the manifestation of psychopathological disorders in patients and dynamic observation in the course of their treatment are analyzed. There was an improvement in the quality of life of patients.

Key words: neurotic disorders, asthenia, phobia, irritability, anxiety, sleep disorders, quality of life, treatment.

**НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАРНИНГ КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРГА ТАЪСИРИ ВА
ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ**

Рустамов У.Т., Қўқоров У.И., Тилавов М.Т.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

60 нафар бемор текширилиб, 2 гуруҳга бўлинди. Невроз (невротик бузилишлар) F-40 ва Шизотипик бузилишлар (неврозсимон бузилишлар билан) F-20. Беморлардаги психопатологик бузилишларнинг намойи бўлиши ва уларни даволаш жараёнида динамик кузатуви натижалари таҳлил қилинди. Беморларнинг яшаш сифатининг яхшиланишига эришилди.

Калит сўзлар: невротик бузилишлар, астения, фобия, таъсирчанлик, хавотир, уйқу бузилиши, яшаш сифати, даволаш.

Актуальность

Возникновение невротические расстройства является самым актуальным синдромом как 1-го ранга психических заболеваний, который требует своевременная квалификация и коррекция. Проблема правильной диагностики и адекватной терапии невротических расстройств приобрела особое значение в

последние годы. Наличие невротических расстройств значительно снижает качества жизни индивидуумов и обуславливает возникновение серьезных экономических проблем [2,3]. Одним из основных причин изучения симптомов невротических нарушений является определение связь когнитивных

нарушений с симптомами тревоги. Симптомы тревоги могут непосредственно влиять на когнитивные функции при аффективных расстройствах и должны быть рассмотрены при установлении причин когнитивных нарушений [4,5].

Осевым симптомом расстройств невротического спектра является тревога, формировавшая своего рода «психопатологический фон», на котором развивались или усиливались другие симптомы непсихотических психических расстройств [1]. Психопатологическая разнонаправленность невротических расстройств, составляющих астении, адинамии, фобий, нарушение сна, субдепрессия, дисфорические расстройства и тревожность ограничивает использование лекарственных методов терапии [7,8]. Рассмотрение психофармакологических подходов и алгоритм лечения при невротических расстройствах имеется в единичных работах, поэтому необходимо уточнение эффективности использования современных лекарственных препаратов при них.

Вышеуказанные обуславливают необходимость исследования эффективности антипсихотиков при невротических расстройствах оценивая их действия на качества жизни больных.

Цель и задачи исследования явилось изучение психопатологическую структуру и динамику невротического синдрома. Изучить и оценить эффективности и безопасности антипсихотиков у больных с невротическими расстройствами.

Материал и методы

На базе Бухарском областном психоневрологическом диспансере было исследовано 60 больных с невротическими расстройствами с диагнозом F-20 и F-40 по МКБ-10 в возрасте от 35 до 45 лет. 10 больные имели высшее, 21 больные имели среднее специальное образование а у 29 больных среднее образование. На момент обследования в браке состояли 34 больные, 12 больные были в разводе а 14 больные не имели семью.

Больным проведено в ходе исследования тесты и оценочные шкалы для определения тяжести невротических расстройств, MFI-20, оценка тревожности по Тейлору и оценка депрессии по Гамильтону и клинико-психопатологические и статистические методы. Состояния всех больных оценено опросником для оценки качества жизни. Средняя

длительность заболевания в обеих группах больных составила 5 лет.

С целью выявления особенностей невротических нарушений применяли психологическое исследование, включающее оценки тревоги, субдепрессии, ипохондричности, фобии и нарушения сна. Больным назначено атипичный нейролептик СОНАПАКС по 25 мг 2 раза в день. Сонапакс (тиоридазин) является пиперидиновым производным фенотиазина, оказывающим влияние на центральную и периферическую нервную систему. Оказывает антипсихотическое, транквилизирующее, антидепрессивное, противозудное и противорвотное действие. Механизм антипсихотического действия обусловлен блокадой постсинаптических допаминовых рецепторов в мезолимбических структурах головного мозга. Центральное противорвотное действие обусловлено угнетением или блокадой допаминовых D2-рецепторов в хеморецепторной триггерной зоне ствола головного мозга, периферическое - блокадой блуждающего нерва в ЖКТ. Также обладает α -адреноблокирующим и м-холиноблокирующим действием. Блокада гистаминовых H1-рецепторов и м-холинорецепторов наиболее выражена среди всех нейролептиков. В малых дозах оказывает анксиолитическое действие, снижает чувство напряженности и тревоги, в более высоких дозах проявляет антипсихотические (нейролептические) свойства.

Результат и обсуждения

Невротические расстройства являются одними из наиболее распространенных психических нарушений в зрелом возрасте. По результатам оценки невротических расстройств, определения на момент обследования и в анамнезе ведущих синдромов в пределах диагностической категории представилось возможным выделить два диагноза: F-20 Шизотипическое расстройство с невротоподобной симптоматикой и F-40. Невротические расстройства (неврозы).

Основные симптомы невротических расстройств является вегетативные нарушения подобно другим расстройствам пограничного уровня, развивающиеся уже на ранних стадиях сопровождалось подавленным настроением, тревожностью, страхами, чувством внутренней напряженности, иногда гневливостью и иногда наблюдались выраженные инсомнические расстройства с преходящей анорексией.

Таблица 1

Уровень выраженности невротических симптомов у больных F-20 и F-40

Симптомы	Первая группа F-20 (n=30)			Вторая группа F-40 (n=30)		
	Уровень выраженности			Уровень выраженности		
	Лёгкий	Средний	Тяжёлый	Лёгкий	Средний	Тяжёлый
Астения	5	14	9	18	6	6
Гиперкинез	6	10	11	16	8	6
Нарушения сна	2	12	6	15	10	5
Подавленное настроение	4	12	14	12	11	7
Ипохондрия	5	13	12	10	12	8
Обсессивные расстройства	2	10	18	12	8	10
Раздражительность	5	16	9	11	14	5
Агрессивность	7	12	11	10	14	6
Фобии	5	11	14	12	12	6

На первом группе астеническое расстройство было выявлено в 93,3% случаев, гиперкинез — в 86,6%, нарушения сна — в 66,6%, подавление настроения — в 45,4%. У больных с мрачно-подавленное настроение с ипохондрией можно увидеть субдепрессию с обсессивными расстройствами. Аффективные реакции отличались неустойчивостью, истощаемостью, переключаемостью, действия совершались в состоянии ясного сознания. Отсутствовали критичность и сознание болезни, отмечалось крайне негативное отношение к лечению.

У больных с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной

симптоматикой преобладали раздражительность, агрессивность, обсессивные расстройства, подавленность настроение и фобии в тяжёлой степени выраженности. Эмоциональные расстройства легко сопрягаются с повышенной раздражительностью, часто трансформирующуюся в брутальную гневливость, агрессивность, легко вступают в конфликт с другими больными. Сниженный фон настроения преобладает по утрам, пациенты недовольны окружающими, персоналом, иногда и самими собой.

Таблица 2

Оценка качества жизни больных до и после лечения

Группа больных	Первая группа F-20 (n=30)		Вторая группа F-40 (n=30)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общее состояние здоровья	54,0±1,8	58,2±1,8	69,5±1,2	73,9±0,9*
Физическая активность	62,0±1,9	68,6±1,9	73,1±2,7	83,1±0,7*
Функционирование, связанное с физическим	57,5±1,2	74,7±1,8	63,1±2,0	81,1±1,8*
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	57,7±1,9	64,4±1,0	66,8±1,5	75,4±1,3*
Социальное функционирование	52,8±1,9	63,7±1,4	65,0±1,4	76,6±1,2*
Интенсивность боли	55,2±1,0	63,4±0,8	62,8±1,5	75,2±1,3*
Жизненная активность	56,9±0,8	62,7±0,8	64,4±1,4	74,9±1,4*
Психическое здоровье	61,3±1,0	50,7±0,8	67,5±4,6	72,2±1,4

У больных с диагнозом Невротические расстройства (неврозы) преобладали астения, гиперкинез и нарушения сна. Одни пациенты астеничны, вязки, ипохондричны временами до сверхценной переработки собственных ощущений. Сниженный фон настроения преобладает после обеда, пациенты выглядят уставшими, недовольными, окружающими, персоналом, иногда и самими собой.

Анализ данных тестирования 60 больных (100%) показал, что 20 (66,6%) из них оценили свое КЖ как «очень низкое». «Низкие» и «средние» оценки итогового КЖ были получены у 19 (63,4%) и 14 (46,6%) соответственно. У 7 (23,4%) пациентов показатели расположились в интервалах «хорошего» КЖ. Оценок «высокого» качества жизни ни в одном случае получено не было. Средний итоговый показатель КЖ в обеих группах больных составил $86,7 \pm 5,2$ баллов, что соответствовало «низкому» уровню КЖ. В группе с Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой он был равен $84,5 \pm 4,7$ баллам, также соответственно «низкой» оценке КЖ; у пациентов с Невротические расстройства (неврозы) - $89,3 \pm 5,1$ баллов - приближенно к «среднему» уровню КЖ. Существенность различий между

показателями была статистически достоверной $p < 0,05$. Показатели по отдельным сферам КЖ больных с фокальными и генерализованными припадками представлены в таблице.

Качество жизни больных связано с различными психосоциальными факторами: здоровье, семья, межличностные отношения, личное развитие, социоэкономический статус, материальное благополучие, социальная активность, и общественное признание. Результаты исследований, показывают, что у людей, страдающих невротическими расстройствами с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой, различные психосоциальные проблемы более распространены, чем у больных с диагнозом Невротические расстройства (неврозы).

Средний итоговый показатель КЖ в обеих группах больных составил $86,7 \pm 5,2$ баллов, что соответствовало «низкому» уровню КЖ. В группе с Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой он был равен $84,5 \pm 4,7$ баллам, также соответственно «низкой» оценке КЖ; у пациентов с Невротические расстройства (неврозы) - $89,3 \pm 5,1$ баллов - приближенно к «среднему» уровню КЖ.

Таблица 3

Показатели тревожности и депрессии в основном и контрольной группе

Методы оценки состояния	Первая группа F-20 (n=30)			Вторая группа F-40 (n=30)		
	Лёгкой степени	Средней степени	Тяжёлой степени	Лёгкой степени	Средней степени	Тяжёлой степени
Уровень тревожности по Тейлору	8 (5-15 балл)	12 (16-25 балл)	10 (26-45 балл)	9 (5-15 балл)	11 (16-25 балл)	11 (26-45 балл)
Уровень депрессии по Гамильтону	10 (14-17 балл)	14 (18-25 балл)	6 (25-50 балл)	8 (14-17 балл)	12 (18-25 балл)	10 (25-50 балл)

При сравнительной оценке темпа редукции отдельных симптомов обращает внимание более избирательное действие сонапакса по сравнению с трифтазином на симптомы тревоги, ажитации, эмоциональная лабильность, субдепрессии, напряженность, раздражительность и бессонницу. В первые три недели терапии сонапакс достоверно эффективнее купировал симптомы тревоги, ажитации, бессонницы, эмоциональная

лабильность и обсессивно-фобических расстройств. Трифтазин показал свою избирательность в отношении таких симптомов как активность, субдепрессия и астено-адинания.

Таким образом, различия в динамике большинства симптомов, выявляемые при лечении отдельными анксиолитиками в течение первых 3 недель, становились статистически достоверными.

Таблица 4

Динамика неврозоподобных расстройств в процессе лечения

Симптомы	Дни лечения	Группа больных	
		Первая группа F-20 (n=30)	Вторая группа F-40 (n=30)
Астено-адиния	1- день	2,9±0,04	2,8±0,06
	20- день	1,8±0,05*	1,6±0,07*
	30-день	0,5±0,05**	0,9±0,05*
Эмоциональная лабильность	1- день	2,7±0,06	2,9±0,04
	20- день	1,7±0,06**	1,7±0,04**
	30-день	0,6±0,04**	0,9±0,05**
Субдепрессия	1- день	2,8±0,06	2,7±0,06
	20- день	1,5±0,04*	1,3±0,07*
	30-день	0,6±0,05**	0,9±0,05**
Обсессивно-фобические расстройства	1- день	2,8±0,06	2,9±0,04
	20- день	1,6±0,06**	1,8±0,06**
	30-день	0,7±0,05**	1,1±0,05**
Нарушения сна	1- день	2,9±0,06	3,0±0,03
	20- день	1,5±0,06**	1,8±0,06**
	30-день	0,6±0,05**	0,9±0,05**
Тревога	1- день	2,9±0,06	2,8±0,06
	20- день	1,7±0,06**	1,7±0,06**
	30-день	0,5±0,05**	0,9±0,05**
Напряженность Раздражительность	1- день	2,8±0,06	2,7±0,06
	20- день	1,7±0,06**	1,5±0,07**
	30-день	0,5±0,05**	0,8±0,05**

Выводы

У больных с неврозоподобными нарушениями выявлено существенное снижение показателей КЖ, вызванное заболеванием, причем, как интегральных итоговых, так и касающихся отдельных сфер КЖ. Оценок «высокого» качества жизни ни в одном случае получено не было. Больные с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой имели КЖ с достоверно более низкими показателями в сравнении с Невротическими расстройствами (неврозы). Сонапакс оказывал более выраженный эффект к окончанию курса терапии в отношении невротических симптомов, однако это различие выявлялось также на уровне статистической тенденции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Васильева А.В. Затяжные формы невротических расстройств: клиникопсихопатологические аспекты и вопросы терапии.
2. Захарова Т.Ю., Васюк Ю.А., Тимочев Н.В., Абакумов Ю.А. Оценка качества жизни в

клинике внутренних болезней //Сов. Медицина. — 1991. — №6. — С. 34-38

3. Карлов В.А. Под ред. Голубева В.Л. Избранные лекции по неврологии. — Москва: Эйдос-медиа, 2006. — 469 с.
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.
5. Незнамов Г.Г. Субъективная оценка больными действия анксиолитиков: зависимость от структуры тревожных расстройств. //Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 3. С. 10-18.и др.).
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — Москва: Олма-Пресс, 2002. — 313 с.
7. Померанцев В.П. Диагноз, лечение, качество жизни //Клин. Медицина. — 1989. — №9. — С. 3-8.
8. Тимуца Д.Р.Сходство и различие антиципационных механизмов при разных невротических расстройствах: к постановке проблемы //Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2018. Т. L. № 3. С. 105-108.

Поступила 09.04.2021

КОРРЕКЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ВЛИЯНИЙ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Ёдгоров Ж.Ж., Кучкоров У.И., Рустамов У.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Эпилепсия сопровождается с несколько эквивалентов, наряду с припадками, которые негативно влияют на социальную адаптацию и качество жизни пациента. Одним из важных аспектов лечения является устранение судорог, используя препараты с меньшим количеством побочных эффектов. Выбор такого препарата положительно влияет на приступы у пациента, а также снижает негативные изменения и улучшает качество жизни больных.

Ключевые слова: эпилепсия, припадки, характеристика, негативные симптомы, качество жизни, лечение.

CORRECTION OF THE NEGATIVE EFFECTS OF SEIZURES ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

Yodgorov J.J., Kuchkorov U.I., Rustamov U.T.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Epilepsy is accompanied with several equivalents, along with seizures, which negatively affect the patient's social adaptation and quality of life. One of the important aspects of treatment is the elimination of seizures using drugs with fewer side effects. The choice of such a drug has a positive effect on the patient's seizures, and also reduces negative changes and improves the quality of life of patients.

Key words: epilepsy, seizures, characteristics, negative symptoms, quality of life, treatment.

ТУТҚАНОҚ ХУРУЖЛАРИНИНГ ЯШАШ СИФАТИГА НЕГАТИВ ТАЪСИРИНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ

Ёдгоров Ж.Ж., Қўчқоров У.И., Рустамов У.Т.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Эпилепсия касаллиги тутқаноқ хуружлари билан бирга бир қанча эквивалентлардан иборат бўлиб, улар беморнинг ижтимоий мослашуви ва яшаши сифатига негатив таъсир қилади. Даволашнинг муҳим жиҳатларидан бири ножўя, қўшимча таъсирлари кам дори воситалар қўллаб, хуружларни бартараф қилиш ҳисобланади. Бундай дори воситасини танлаш беморнинг тутқаноқ хуружларига ижобий таъсир қилиши билан бирга негатив ўзгаришларни камайтириши ва яшаши сифатини яхшилашига олиб келади.

Калит сўзлар: эпилепсия, тутқаноқ хуружлари, характерологик хусусиятлар, негатив симптомлар, яшаши сифати, даволаш.

Актуальность

Проблема эпилепсии является одной из актуальных задач современной психиатрии. Эпилепсия в значительной мере оказывает негативное влияние на все сферы

функционирования больного, что имеет принципиальное значение для здоровья и снижает качества жизни больного. Само заболевание и его фармакотерапия негативно

влияют на разные стороны жизни больных [1, 11]. Частота приступов является одной из основных детерминант качества жизни. Наиболее высокие показатели КЖ получены у больных, не имеющих приступов, однако ремиссия, не достаточное условие хорошего качества жизни. Настроение и эмоциональный фон оказывают существенное влияние на КЖ [9, 10]. Тревога и депрессия часто сопровождают эпилепсию. Депрессия не только ухудшает качество жизни, но и отрицательно влияет на динамику неврологической симптоматики, течение эпилепсии [4, 7]. Важнейшей целью лечения эпилепсии является прекращение приступов с минимальными побочными эффектами противосудорожной терапии [8]. Продолжающиеся приступы негативно отражаются на когнитивных функциях и качестве жизни. Прекращение приступов позволяет уменьшить инвалидизацию и улучшить качество жизни больных [2]. Несмотря на то, что при адекватном лечении прогноз заболевания благоприятен у большинства больных эпилепсией, почти у 30% больных не удается достичь ремиссии, что ухудшает здоровье больных в целом и качество их жизни [3, 5, 6]. В связи с расширением представлений о комплексном негативном влиянии эпилепсии на качество жизни пациента, в настоящее время КЖ признана важным компонентом программы лечения больных эпилепсией. Несмотря на многообразие применяемых в настоящее время противосудорожных препаратов, добиться желаемого эффекта лечения удаётся не всегда.

Цель и задачи. Улучшить качества жизни больных страдающих эпилепсией. Оценить эффективность конвулекса на клинику судорожных припадков.

Материал и методы

Нами обследовано 66 больные страдающих эпилепсией, период наблюдения составил 3 месяцев. Первичное обследование включало: сбор анамнеза, клинический, неврологический осмотр больного, шкальную оценку качества жизни с помощью опросников и шкал - SF-36, шкалы оценки депрессии Гамильтона. Во время каждого последующего визита пациентам повторно проводили: оценку качества жизни, анализ частоты приступов и побочных эффектов. Из исследования были исключены пациенты с тяжелой сопутствующей соматической патологией и неконтролируемыми эпилептическими припадками. Основным методом оценки КЖ являлось анкетирование. При проведении анкетированной самооценки пациенты заполняли опросники, после чего проводился анализ его отдельных частей по специальным шкалам либо по обобщающему индексу.

Результаты и обсуждения

Для обработки шкал SP-36 использовался лицензионный авторский пакет статистических программ. При анализе данных применяли методы описательной статистики. При анализе КЖ по данным опросника SF-36 у пациентов, принимавших карбамазепин изначально были отмечены невысокие показатели по шкалам ОЗ, ЖР, ЭФ и ПЗ. При повторном исследовании через 1 месяц показатели существенно не изменились, через 3 месяцев выявлено значимое улучшение только по шкалам ОЗ и Ж ($p < 0,05$). Изменения показателей качества жизни по различным шкалам опросника SF-36 на фоне терапии конвулексом были достоверны при сравнении с лечением карбамазепина.

Таблица 1

Оценка качества жизни больных эпилепсией до и после лечения

Качества жизни	Основная группа (n=36) Конвулекс		Контрольная группа (n=30) Карбамазепин	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общее состояние здоровья	64,0±1,2	78,6±1,5*	63,8±1,6	73,9±0,9
Физическая активность	72,0±1,9	88,7±1,4*	71,7±2,2	83,1±0,7
Функционирование, связанное с физическим	67,3±1,7	84,7±1,8*	66,4±2,6	81,1±1,8
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	67,6±1,3	84,1±1,6*	68,1±1,8	75,4±1,3
Социальное функционирование	62,1±1,7	83,7±1,8*	62,8±1,5	76,6±1,2
Интенсивность боли	65,5±1,4	73,8±1,6*	65,1±1,8	70,2±1,3
Жизненная активность	66,4±1,8	76,7±1,2*	65,9±1,7	68,9±1,7
Психическое здоровье	65,6±1,7	79,8±1,3*	66,7±3,7	72,2±1,4

При сравнительной оценке показатели качества жизни до начала терапии в группах были приблизительно одинаковыми, после 6 месяцев проводимой терапии, выявлено, что более высокие показатели по всем критериям SF-36,

были отмечены у пациентов, принимавших конвулекс. Наиболее низкие значения шкал КЖ, были у пациентов, имевших побочные эффекты на фоне терапии карбамазепином ($p < 0,05$).

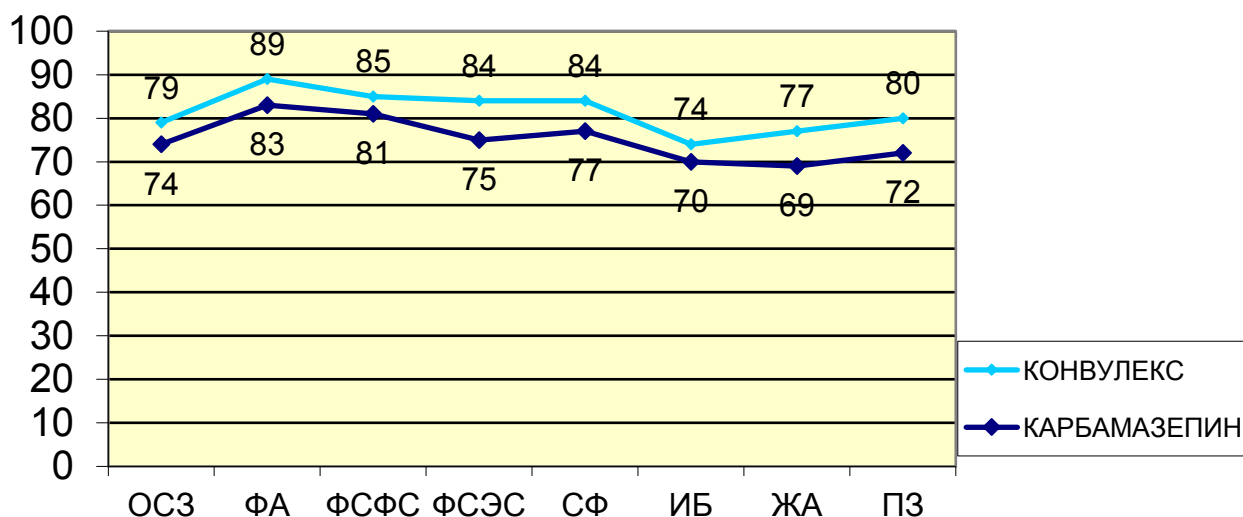


Диаграмма 1

В рамках анализа взаимоотношений с окружающими в зависимости от клинической картины заболевания чаще отмечались неадекватность, амбивалентность суждений, грубость, черствость и бестактность, затрудняющие общение с окружающими (75-88 % от 66). Реже отмечались отсутствие общего языка,

понимание со стороны окружающих (64 - 75 % от 66). На третьем месте встречались робость, неуверенность в общении (50 - 53% от 66).

Характерологические особенности больных эпилепсией в основной группе до и после лечения конвулексом

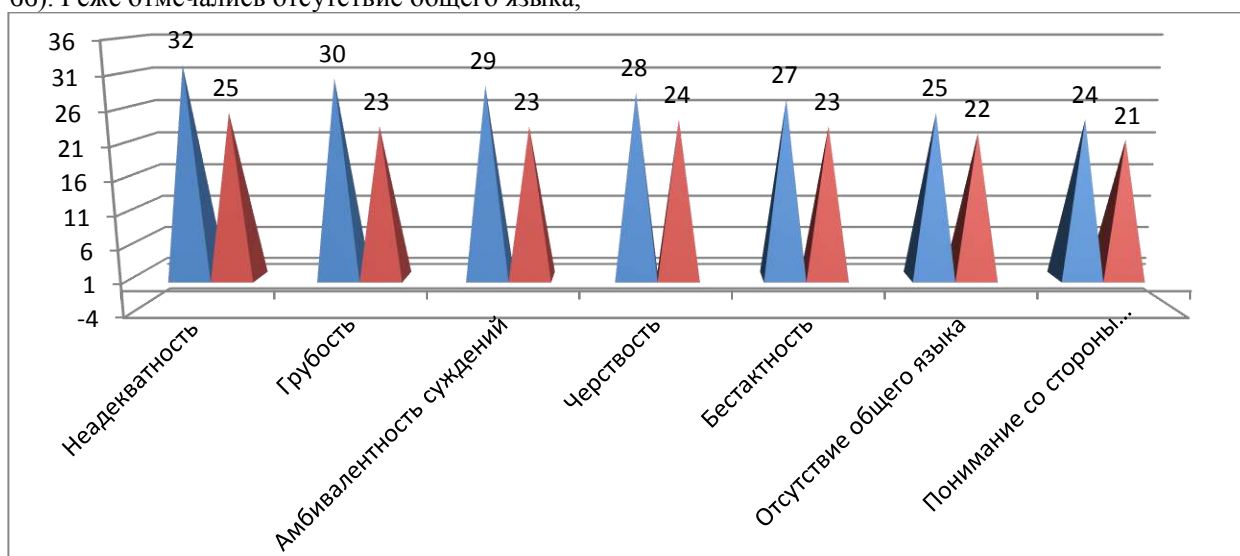


Диаграмма 1

Социальные взаимоотношения в большинстве случаев характеризуются как отчужденные, тягостные, противоречивые, конфликтные (68,2 % от 66). Поддержка и уход за пациентом со стороны родственников носят формальный характер. Потенциал социального

функционирования в 71,2 % случаев ограничен и требовал особого подхода от окружающих. У 27,2 % пациентов реабилитационный потенциал крайне низкий, им требуется практически полный уход и контроль за поведением.

В обеих группах на фоне терапии приступы уменьшились и полностью регрессировали симптомы.

Характерологические особенности больных эпилепсией в контрольной группе до и после лечения карбамазепином

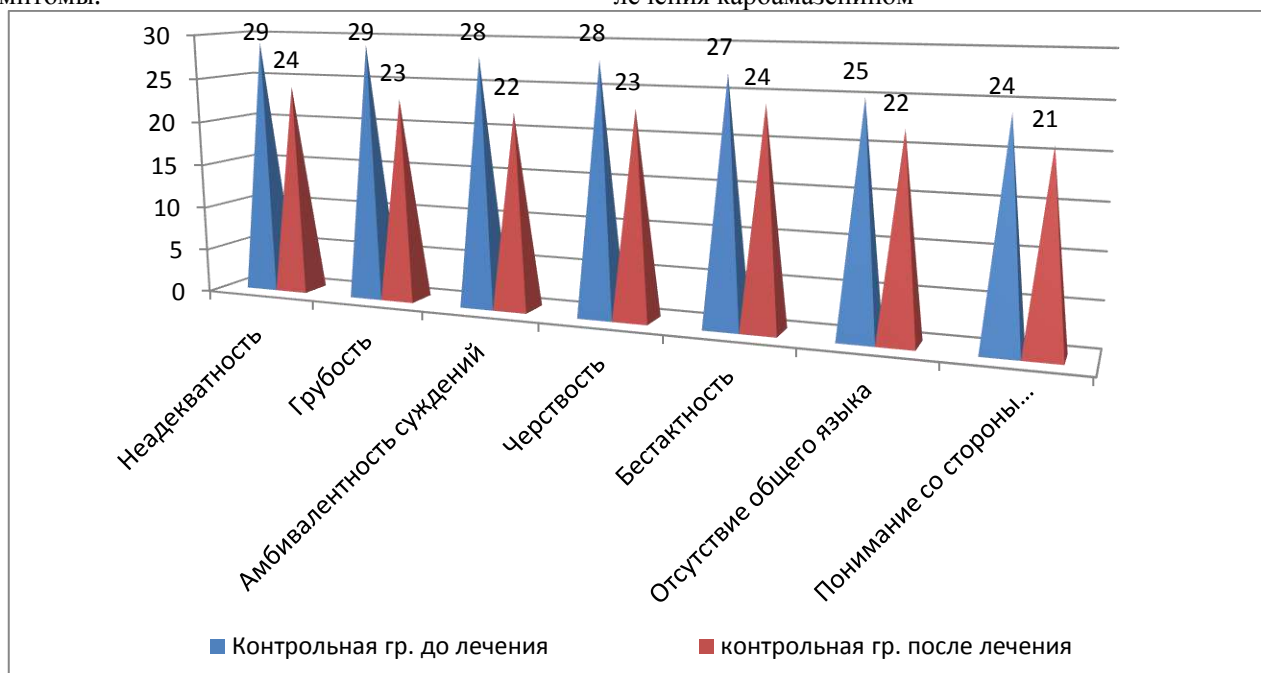


Диаграмма 2

Частота неадекватности, амбивалентность суждений и черствость в контрольной группе даже после лечения остались достаточно высокие. Грубость, бестактность, затрудняющие общение с окружающими, отсутствие общего языка, понимание со стороны окружающих наблюдалось у 75-80% больных. На фоне терапии с карбамазепином показатели улучшились.

Вывод

Конвулекс является высокоэффективным средством при лечении больных эпилепсией с выраженным снижением показателя качества жизни. Препарат хорошо переносится, уменьшая напряженность, раздражительность и нарушения сна помогает сосредоточиться к деятельности требующая внимание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беги Э., Монтичелли М.Л. Социальные аспекты эпилепсии. //Диагностика и лечение эпилепсий у детей. – М: Можайск-Терра, 1997.- с 656.
2. Гусева Е.И. Международная конференция “Эпилепсия – диагностика, лечение, социальные аспекты”; под общ. ред. Е.И.Гусева, А.Б.Гехт. - Москва, 2005. -240 с.
3. Зенков, Л.Р., Притыко, А.Г. Фармакорезистентные эпилепсии: Руководство для врачей/ Л.Р. Зенков, А.Г. Притыко - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 208 с.
4. Карась А.Ю., Воскресенская О.Н. Факторы, влияющие на эффективность медицинской помощи и качество жизни у больных

эпилепсией. //Вестник ВолГМ, №1. 2007г –с. 66-68.

5. Лекторов В.Н. Эпилепсия: сборник лекций II Республиканской школы по неврологии для молодых специалистов (22-23 ноября 2003г., Брест-Витебск-Гомель-ГродноМинск-Могилев)/В.Н. Лекторов [и др.]; под общ. ред. В.Н. Лекторова. - 2003. - 168 с.
6. Мухин, К.Ю., Петрухин, А.С. Эпилептические синдромы. Диагностика и стандарты терапии: справочное руководство/ К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин. - Москва, 2005. - 144 с.
7. Пылаева О.А. Воронкова К.В., Петрухин А.С. Побочные эффекты и осложнения антиэпилептической терапии // Фарматека, 2004. - № 9/10. – С.33-41.
8. Шанько, Г.Г., Ивашина, Е.Н., Шалкевич, Л.В. Классификация, диагностика и лечение эпилепсии у детей (Пособие для врачей)/ Г.Г. Шанько, Е.Н. Ивашина, Л.В. Шалкевич. - Минск, 2003. - 77 с.
9. Cramer J.A., Blum D., Reed M. Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. Epilepsy Behav.- 2003. – Vol.4. – P.15-21.
10. Gillian F. The impact epilepsy on subjective health status. Curr Neurol Rep. 2003; 3:357-362.
11. Cheung H, Kamp D, Harris E. An in vitro investigation of the action of lamotrigine on neuronal voltage-activated sodium channels. Epilepsy Res 1992; 13: 89-92.

Поступила 09.04.2021

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКОЙ СФЕРЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Ходжаева Н.И., Кучкаров У.И., Тилавов М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Когнитивные нарушения являются центральным и изнурительным аспектом шизофрении и других основных психических заболеваний. При обследовании больных сразу после манифестации психоза регистрируются определенные неврологические нарушения, а при нейровизуализации обнаруживаются признаки структурных аномалий в головном мозге. Неврологические нарушения и структурные аномалии головного мозга в значительной степени невосприимчивы к фармакотерапии, многочисленные исследования в настоящее время показали, что в результате поведенческих вмешательств могут наблюдаться значительные и длительные улучшения в познании.

Ключевые слова: Когнитивные нарушения, шизофрения, внимания, память, нейропсихологическая тестирования, мнестическая функция.

IDENTIFICATION OF INTELLECTUAL AND MNESTIC DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

Khodjaeva N.I., Kuchkorov U.I., Tilavov M.T.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Cognitive impairment is a central and debilitating aspect of schizophrenia and other major mental illnesses. When examining patients immediately after the manifestation of psychosis, certain neurological disorders are registered, and neuroimaging reveals signs of structural abnormalities in the brain. Neurological disorders and structural abnormalities of the brain are largely immune to pharmacotherapy, and numerous studies have now shown that significant and lasting improvements in cognition can be observed as a result of behavioral interventions.

Keywords: Cognitive disorders, schizophrenia, attention, memory, neuropsychological testing, mneptic function.

ШИЗОФРЕНИЯДА ИНТЕЛЛЕКТУАЛ ВА МНЕСТИК БУЗИЛИШЛАРНИ АНИҚЛАШ

Ходжаева Н.И., Қўчқоров У.И., Тилавов М.Т.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Когнитив бузилиш шизофрения ва бошқа руҳий касалликларнинг асосий марказий ва оғриқли жихатларидан бири ҳисобланади. Психоз намоён бўлгандан кейин беморларни текширганда, баъзи неврологик бузилишлар кузатилади ва нейровизуал текширувда эса миёда таркибий ўзгариш белгиларини ҳам аниқлаш мумкин. Неврологик бузилишлар ва миёнинг таркибий аномалиялари асосан фармакотерапияга қийин берилувчан бўлиб, ҳуққатвор хусусиятини коррекциялаш аралашуви натижасида билишнинг муҳим ва доимий яхшиланишларини кузатиш мумкинлигини кўрсатди.

Калит сўзлар: когнитив бузилишлар, шизофрения, диққат, хотира, нейропсихологик тест, мнестик функция.

Актуальность

Результаты исследований нейрокогнитивных расстройств у больных с эндогенными психозами широко и убедительно представлены в современной специальной литературе. Многие авторы отмечают диффузный и достаточно грубый характер выявляемых нарушений, что позволяет говорить о генерализованном нейрокогнитивном дефиците [1, 4]. Наиболее часто встречаются считают расстройства функций внимания, памяти и произвольной регуляции [9]. Вместе с тем в течение длительного времени нейропсихологическая оценка познавательных процессов проводилась лишь на материале больных шизофренией с хроническим течением болезни. В связи с этим возникает вопрос о правомерности переноса этих данных на всю когорту больных эндогенными психозами, поскольку при интерпретации результатов исследований не учитывались такие факторы, как тип течения заболевания и его длительность, психопатологические характеристики манифестного приступа, возраст пациентов, продолжительность фармакотерапии [3].

При обследовании больных сразу после манифестации психоза регистрируются определенные неврологические нарушения, а при нейровизуализации обнаруживаются признаки структурных аномалий в головном мозге: расширение желудочков и кортикальных борозд, редукция объема серого вещества в медиальной области височной доли [11]. Нейрокогнитивные расстройства присутствуют уже в начале заболевания [7, 8, 10]. Нейрокогнитивный дефицит уже на этапе манифестного приступа носит диффузный, нелокализуемый характер, поскольку больные отличаются от здоровых испытуемых по большинству исследуемых параметров [5, 6]. Другие авторы указывают на то, что на фоне генерализованного нарушения познавательных процессов здесь выявляется селективный дефицит преимущественно в виде нарушений памяти и произвольной регуляции деятельности [2, 7, 10].

Цель исследования: разработать научно обоснованных методик диагностики данной патологии, с использованием современных методов, для разработки адекватного алгоритма лечения.

Материал и методы

Пациентам шизофренией начинали исследование по завершении симптомов психотической симптоматики. Больные распределялись следующим образом: во 1-ую группу (n=102) мы включили больных шизофренией с приступообразной шизофренией. Во 2-ой группе (n=194) - с непрерывным течением шизофрении. Средний возраст больных на момент обследования составлял $29,6 \pm 2,6$ лет (1-я группа), $32,1 \pm 2,2$ года (2-я группа).

Критериями включения больных в исследование являлись: начало заболевания в пределах подростково-юношеского возраста, манифестация эндогенного психоза в юношеском возрасте (16-25 лет). К критериям исключения относились: начало заболевания в детском возрасте, наличие отчетливых негативных изменений личности на инициальном этапе заболевания, наличие тяжелой сопутствующей соматической и неврологической патологии, а также экзогенных вредностей (алкоголизм, наркомания, токсикомания). Формирование контрольной группы осуществляли с использованием следующих критериев: отсутствие обращений за помощью в медицинские учреждения психиатрического профиля и жалоб на свое психическое здоровье; отсутствие среднетяжелых и тяжелых черепномозговых травм, постоянных головных болей; социальная адаптированность. Контрольная группа составляла 54 здоровых людей в аналогичном возрасте от 20 до 30 лет. Статистическую обработку результатов нейропсихологического исследования проводили с использованием непараметрических методов (критерии Манна-Уитни и Вилкоксона). Различия средне-групповых значений считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. При обработке данных была использована программа SPSS10.05.

Результат и обсуждение

Все больные обследовались по миновании симптомов острой психотической симптоматики, проведено нейровизуалиционное изучение церебральных структур методом МРТ с дальнейшим обобщением полученных данных, использовались общепринятые методики. Как видно из показаний МРТ при шизофрении формируются изменения головного мозга, выраженность которых варьирует по данным

МРТ от незначительной атрофии мозга (1-ая группа) до увеличения субарахноидального пространства и желудочков мозга, появления

регионов уменьшенной плотности в белом и сером веществе и кистозных образований во 2-ой группе с непрерывным типом течения.

Таблица 1 Исследования МРТ головного мозга.

Признаки	1 группа (n=102)		2 группа (n=194)		Контрольная группа (n=54)	
Расширения субарахноидального пространства и боковых желудочков мозга	12	11,8	34	16,7	7	13,0
Диффузная атрофия больших полушарий головного мозга	56	54,9***	78	38,4*	11	20,4
Дополнительные очаги пониженной плотности и зоны гиперинтенсивности в белом и сером веществе	31	30,4*	45	22,2	8	14,8
Боковые желудочки ассиметричные	45	44,1	67	33,0	21	38,9
Миндалины мозжечка у края (на уровне) большого затылочного отверстия	34	33,3	56	27,6	12	22,2
Миндалины мозжечка опущены ниже края большого затылочного отверстия	41	40,2	67	33,0	18	33,3
Гипофиз с вогнутым верхним контуром	34	33,3	76	37,4	24	44,4
Умеренная гиперплазия слизистой в пазухах	22	21,6	59	29,1	16	29,6
Признаки сосудистой энцефалопатии.	23	22,5	45	22,2	15	27,8
В перивентрикулярном и субкортикальном белом веществе неправильной округлой формы очаги патологической гиперинтенсивности	51	50,0	69	34,0**	31	57,4
Арахноидальная киста	12	11,8	18	8,9	4	7,4
Киста в гайморовой пазухе	34	33,3	56	27,6	11	20,4

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P < 0.05$, ** - $P < 0.01$, *** - $P < 0.001$)

Такие нарушения: как увеличение субарахноидального пространства и боковых желудочков мозга, диффузная атрофия больших полушарий головного мозга, дополнительные очаги уменьшенной плотности и зоны гиперинтенсивности в белом и сером веществе, ассиметричные желудочки, встречаются значительно чаще у пациентов с большой давностью заболевания, по сравнению с пациентами 1-ой группы и

здоровыми лицами контрольной группы (таблица 1).

Следует отметить, что выявление выраженной симптоматики грубой органической патологии не имеет затруднений. Практика требует ранней диагностики для пациентов с шизофренией с начальными проявлениями церебральных расстройств, что может быть осуществлено с помощью психологических тестов.

Таблица 2
Результаты нейропсихологического тестирования в исследуемых группах

Нейропсихологические тестирование	1-ая группа	2-ая группа	Контрольная группа
MMSE, общий балл	27,3±3,8	23,7±6,7	29,9±1,9
MMSE, ориентация.	6,7±2,3	5,6±3,6	6,9±2,4
MMSE, память.	0,3±0,6	0,2±0,6	1,2±1,2
MMSE, счет.	3,2±1,0	2,3±2,1	3,6±1,7
БТЛД, общий балл.	14,7±1,5	15,7±2,1	9,6±2,7
БТЛД, праксис.	2,0±1,0	1,3±1,2	2,5±0,9
БТЛД, реакция выбора	2,3±0,6	2,0±0,0	2,6±1,9
Проба Шульте.	116,0±38,3	139,0±36,3	99,6±0,5
Тест Бурдона, внимание	19,4±0,5***	17,5±0,5***	28,2±0,4
Тест Бурдона, коэффициент утомляемости	0,52±0,03	0,42±0,04	0,56±0,09
Тест Бурдона на заучивание слов	77±0,5***	59,6±0,5***	99,6±0,5%.

* - различия относительно данных группы до лечения значимы (***) - $P < 0,001$.

Больные обследованы с применением общепринятых психологических тестов – MMSE (27; с.40-44), тестов определения лобной дисфункции (29; с.22-26), Проба Шульте. (30; с.33-45), шкалы определения внимания, рисования часов, тест Бурдона. При исследовании показатели MMSE - общий балл в первой группе больных шизофренией почти не отличались от таковых в контрольной группе (27,2±2,3 и 29,9±1,9 соответственно). Если по тестам Бурдона коэффициент продуктивности внимания в контрольной группе составлял 28,2±0,4 балла, то в 1-й группе -19,4±0,5 ($p < 0,05$). По этому же тесту коэффициент утомляемости равнялся 0,52±0,08 (в контрольной группе - 0,34±0,09), показатель теста на заучивание серии слов - 77±0,5% (в контрольной - 99,6±0,5%).

По критериям тестов во второй группе с непрерывным течением шизофрении отмечалось снижение показателей. Так, тест на запоминание составил лишь 59,6±0,5%. Это снижение по сравнению с показателями здоровых лиц составило 52,6%. Коэффициент продуктивности внимания равнялся 17,5±0,5%, то есть на 39,2% был меньше контрольного, коэффициент утомляемости 0,52±0,03 (в контрольной группе -0,56±0,09). Таким образом, во второй группе с непрерывным течением шизофрении отмечены уменьшение показателей концентрации внимания, быстрая утомляемость, снижение мнестических функций.

Результаты свидетельствуют, что во 2-ой группе больных по сравнению с первой группой с приступообразной шизофренией больных наблюдались снижение

кратковременной памяти, неустойчивость и рассеянность внимания, усиление утомляемости. Все эти данные свидетельствуют о нарушении подвижности высших психических функций. По критериям тестов во второй группе с непрерывным течением шизофрении отмечалось снижение показателей. Так, тест на запоминание составил лишь 59,6±0,5%. Это снижение по сравнению с показателями здоровых лиц составило 52,6%.

Коэффициент продуктивности внимания равнялся 17,5±0,5%, то есть на 39,2% был меньше контрольного, коэффициент утомляемости 0,52±0,03 (в контрольной группе -0,56±0,09). Таким образом, во второй группе с непрерывным течением шизофрении отмечены уменьшение показателей концентрации внимания, быстрая утомляемость, снижение мнестических функций, эмоциональные нарушения. При сравнении показателей у пациентов с большой давностью заболевания, уменьшается количество правильно выполненных заданий за определённый промежуток времени. Полученные сведения подтверждают статистическую разницу в интеллектуально-мнестической сфере между больными с приступообразным и непрерывным типом течения шизофрении.

Согласно полученным результатам, непрерывное течение шизофрении приводит к гипоксии мозговой ткани, которая влечет за собой поражение церебральных структур. Возможно, происходит срыв регуляции мозгового кровотока у больных с длительным течением шизофренического процесса, нарушается тонус мозговых сосудов. При

этом возможно нарушение гематоэнцефалического барьера, приводящего к атрофии корковых структур, выражающейся в форме увеличения субарахноидальных щелей и желудочков мозговых структур, а также возникновению дополнительных структур изменённой плотности в белой и серой субстанции головного мозга. При шизофрении формируются нарушения церебральных структур, выраженность которых коррелирует с типом течения шизофренического процесса.

Вывод

Тщательное нейровизуальное обследования показывают расстройства церебральных структур и имеет большое значение в психиатрической практике для проведения психофармакотерапии в ранних периодах шизофренического процесса. Раннее выявление дисфункции церебральных структур при шизофрении является основой для медикаментозной коррекции. Своевременное назначение ноотропных препаратов при негативных и когнитивных расстройствах даёт положительные результаты и улучшает качества жизни больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Saykin, A.J. Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia / A.J. Saykin, D.L. Shtasel, R.E. Gur et al. // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51.P. 124-131.
2. Hirayasu, Y. Lower left temporal lobe MRI volumes in patients with first-episode schizophrenia compared with psychotic patients with first-episode affective disorder and normal subjects / Y. Hirayasu, M.E. Shenton, D.F. Salisbury et al. // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155 (10).P. 1384-139
3. Blanchard, J.J. The neuropsychological signature of schizophrenia: Generalized or differential deficit? / J.J. Blanchard, J.M. Neale // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151 (1).P. 40-48.
4. Censits, D.M. Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: a longitudinal study / D.M. Censits, J.D. Ragland, R.C. Gur et al. // Schizophrenia Research. 1997. Vol. 24.P. 289-298.
5. Goldstein, G. Influences on cognitive heterogeneity in schizophrenia / G. Goldstein, W.J. Shemansky // Schizophrenia Research. 1995. Vol. 18 (1).P. 59-9.
6. Hoff, A. Neuropsychological functioning of first episode schizophreniform patients / Hoff, M.A. Riordan, D.W. O'Donnell et al. // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149 (7).P. 898-903.
7. Hutton, S.B. Executive function in first episode schizophrenia / S.B. Hutton, B.K. Puri, L.J. Duncan et al. // Psychological Medicine. 1998. Vol. 28. P. 463-473.
8. Pareltada, E. Psychopathology and Wisconsin Card Sorting Test in young unmedicated schizophrenic patients / E. Parellada, S. Catarineu, A. Catafau et al. // Psycho-pathology. 2000. Vol. 33.P. 14-18.
9. Ritey, E.M. Neuropsychological functioning in first-episode psychosis - evidence of specific deficits / E.M. Riley, D. McGovern, D. Mockler et al. // Schizophrenia Research. 2000. Vol. 43.P. 47-55.
10. Rund, B.R. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: A review / R. Rund, N.E. Borg // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1999. Vol. 100 (2).P. 85-95.
11. Thomson, P.M. Brain Deficit Patterns May Signal Early-Onset Schizophrenia / P.M. Thomson I.I. Psychiatric Times. 2002. Vol. XIX. Is. 8. P. 30-32.

Поступила 09.04.2021

ШИЗОФРЕНИЯ КАСАЛЛИГИДА ИНТЕЛЛЕКТУАЛ-МНЕСТИК БУЗИЛИШЛАРНИ АНИҚЛАШ

Қўчқоров У.И.¹, Ходжаева Н.И.²

¹Бухоро давлат тиббиёт институти ²Тошкент тиббиёт академияси

✓ Резюме

Шизофрения билан оғриган беморларда когнитив бузилишларнинг намоён бўлиши ўрганилди. Нейрокогнитив нуқсон касалликнинг авж олиш босқичида диффуз чегараланмаган характерга эга бўлиб, кўп белгиларига кўра соғлом инсонлардан ажралиб туради. Касаллик ривожланган сари мия тузилмаларидаги ўзгаришлар чуқурлашишини нейровизуал текиширувлар ҳамда психологик тестлар орқали баҳоланди. Мия тузилмасидаги бундай ўзгаришлар албатта инсон руҳий фаолиятига ўз таъсири кўрсатиб уларни яшаш сифатини пасайишига сабаб бўлади.

Калит сўзлар: шизофрения, когнитив функция, хотира, диққат, ақл, нейровизуал, мия структураси.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Кучкаров У.И.¹, Ходжаева Н.И.²

¹Бухарский государственный медицинский институт

²Ташкентская Медицинская Академия

✓ Резюме

Проявления когнитивных нарушений изучались у больных шизофренией. Нейрокогнитивный дефицит носит диффузно неограниченный характер во время фазы обострения болезни и во многих отношениях отличается от здоровых людей. По мере прогрессирования болезни глубина изменений структур мозга оценивалась с помощью нейровизуализации и психологических тестов. Такие изменения в структуре мозга неизбежно повлияют на умственную деятельность человека, что приведет к снижению качества их жизни.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивные функции, память, внимание, интеллект, нейровизуализация, структура мозга.

IDENTIFICATION OF INTELLECTUAL-MNESTIC DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

Kuchkorov U.I.¹, Khodjaeva N.I.²

¹Bukhara State Medical Institute ²Tashkent Medical Academy

✓ Resume

The manifestations of cognitive impairment have been studied in patients with schizophrenia. Neurocognitive deficit is diffusely unlimited during the exacerbation phase of the disease and differs in many respects from healthy people. As the disease progressed, the depth of changes in brain structures was assessed using neuroimaging and psychological tests. Such changes in the structure of the brain will inevitably affect the mental activity of a person, which will lead to a decrease in the quality of their life.

Key words: schizophrenia, cognitive functions, memory, attention, intelligence, neuroimaging, brain structure.

Долзарблиги

Эндоген психозлар билан касалланган беморларда нейрокогнитив бузилишларни ўрганиш натижалари замонавий адабиётларда батафсил ва ишончли тарзда баён этилган. Кўплаб муаллифлар эндоген касалликларда диффуз ва етарлича кўпол равишдаги когнитив бузилишлар намоён бўлишини таъкидлаб ўтганлар [1, 4]. Бу бузилишларнинг ичида фикрлаш, хотира, диққат, эътибор ва ихтиёрий тартибга солиш, ўзини идора қилиш функцияларининг бузилиши энг кўп кузатилиб ва яққол намоён бўлиши айтиб ўтилган [9]. Билиш жараёнларини нейрпсихологик баҳолаш шизофрения билан касалланган беморларда сурункали узоқ вақт намоён бўлувчи ҳолат сифатида баҳоланган. Эндоген табиатли психоз беморлардаги когнитив бузилишлар ва шизофрения билан оғриган беморларнинг ўзига хос хусусиятлари умумий эканлиги унинг ҳаққонийлигига шубҳа туғилади, чунки тадқиқот натижаларини шарҳлашда касаллик тури ва унинг давомийлиги, аниқ хуружнинг психопатологик хусусиятлари, беморларнинг ёши ва фармакотерапия давомийлиги каби омиллар ҳисобга олинмаган [3]. Эндоген касалликлардаги когнитив бузилишлар тўғрисидаги тадқиқотлар жуда оз бўлиб, бир қатор тадқиқотларда нейрокогнитив бузилишлар касалликнинг бошланишида мавжудлиги ҳақида далиллар мавжуд [7, 8, 10]. Психоз авж олиши бошланганидан кейин беморларни дарҳол текширганда, баъзи неврологик ўзгаришлар нейровизуал таҳлил қилинганда бош миёда тузилмасида маълум бир нуқсонлар: қоринчалар ва кортикал бўшлиқларнинг кенгайиши, темпорал қисмининг медиал соҳасида кулранг моддалар ҳажмининг камайиши қайд этилади [11]. Нейрокогнитив нуқсон касалликнинг авж олиш босқичида диффуз чегараланмаган характерга эга бўлиб, беморлар кўп белгиларига кўра соғлом инсонлардан ажралиб туради [5, 6]. Бошқа муаллифлар когнитив жараёнларнинг умумлашган бузилиши фонида, хотира ва онгли фаолиятни ихтиёрий тартибга солиш селектив нуқсон шаклида етишмовчилик сифатида аниқланганлигини таъкидлайдилар [2, 7, 10]. Миё тузилмасидаги бундай ўзгаришлар албатта инсон руҳий фаолиятига ўз таъсири кўрсатади. Шизофрения касаллигида когнитив бузилишлар кўпинча психотик симптоматика ва негатив бузилишларнинг ортида эътибордан четда қолиб кетади, даволаш чоралари асосан психоз ҳолатини бартараф этишга қаратилади. Ваҳоланки бу касалликда даволаш

чораларининг бутун шахснинг ҳулқ-атвори ва психологик хусусиятларини корекциясига қаратилиши яхши терапевтик самарага олиб келиши мумкин.

Шу сабабли шизофрения билан оғриган беморларда когнитив бузилишлар характерини билиш, уларни қайси руҳий жараёнларни кўпроқ зарарлаши ва бу касалликнинг тури кечиши ҳамда даволанишга боғлиқлигини ўрганиш тадқиқотимизнинг асосий мақсади бўлди.

Тадқиқотнинг мақсади ва вазифалар. Шизофрения билан оғриган беморларда когнитив бузилишларнинг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш ва уларни даволаш алгоритмларини тузиш.

Материал ва усуллар

Текширувга эндоген касалликнинг авж олиш вақти ўсмирлик даври 16-25 ёшга тўғри келадиган ўспиринлик ёшида касаллиги бошланган беморлар олинди. Истисно мезонларига касалликнинг болалик даврида бошланиши, касалликнинг бошланғич босқичида аниқ салбий шахсий хусусиятларнинг мавжудлиги, жиддий соматик ва неврологик патологиялар, шунингдек экзоген хавфлар (алкоголизм, гиёҳвандлик, гиёҳвандлик) кирди.

Шизофрения билан оғриган беморларда тадқиқотни ўткир психотик аломатлар тугагандан сўнг бошладик. Беморларга қуйидагича тақсимланди: 1-гурухга ($n=102$) биз хуружсимон шизофрения билан оғриган беморларни киритдик. 2-гурухда ($n=194$) - узлуксиз шизофрения диагнози билан даволанаётган беморларни олдик. Текширув пайтида беморларнинг ўртача ёши 1-гурухда $32,6 \pm 2,5$ ва 2-гурухда $33,5 \pm 2,2$ йилни ташкил қилди. Назорат гуруҳига 26 дан 35 ёшгача бўлган 62 нафар соғлом одамдан иборат эди. Гуруҳларга беморлар руҳий касалликлар профилактикаси бўйича тиббий муассасаларга мурожаат қилмаган, бош миё шикастланиши ва доимий бош оғриғи бўлмаган ҳамда ижтимоий мослашуви бузилмаган мезонлар бўйича ажратиб олинди.

Нейропсихологик тадқиқотлар натижаларини статистик қайта ишлаш параметрик бўлмаган усуллар ёрдамида амалга оширилди (Манн-Уитни ва Вилкоксон мезонлари). Ўртача гуруҳ қийматларидаги тафовутлар статистик жиҳатдан аҳамиятли $p < 0.05$ даражасида кўриб чиқилди. Маълумотни қайта ишлашда SPSS 10.05 дастуридан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш. Барча беморлар ўткир психотик аломатлар пасайганидан кейин текширувга жалб этилди. МРТ томонидан мия ярим шарларини нейровизуал текшируви олиб борилди ва олинган маълумотларни умумлаштирилиши анъанавий усуллардан фойдаланилган ҳолатда ўтказилди. Шизофрения ташхиси қўйилган беморларнинг МРТ текширувлардан кўриниб турибдики, миядаги ўзгаришлар енгил атрофиядан бошлаб, миянинг субарахноидал бўшлиғи ва ён қоринчаларининг катталашиши, мия оқ ва кулранг моддаларида зичлик даражаси пасайган соҳаларнинг пайдо бўлиши ва кистоз тузилмаларнинг шаклланишигача бўлиши

1-жадвал

Миянинг МРТ текшируви нейровизуал текширув натижалари

Симптомлар	Хуружсимон шизофрения (n=102)		Узлуксиз шизофрения (n=194)		Назорат гуруҳи (n=48)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Субарахноид бўшлиқнинг кенгайиши ва миянинг латерал қоринчалари	12	11,8	34	17,5	7	14,6
Мия ярим шарларининг диффуз атрофияси	46	45,1	78	40,2	11	22,9
Зичликнинг қўшимча ўчоқлари ва оқ ва кул рангдаги гиперактивлик соҳалари	31	30,4	45	23,2	8	16,7
Асимметрик ён қоринчалар	45	44,1	67	34,5	18	37,5
Мияча тугунлари энсанинг катта тешиги яқинида	37	36,3	56	28,9	12	25,0
Мияча тугунлари энсанинг катта тешигидан пастда	41	40,2	62	31,9	17	35,4
Юқори соҳаси эгилган кўринишдаги гипофиз	39	38,2	76	39,1	21	43,8
Бўшлиқларнинг шиллиқ қаватидаги гиперплазия	22	21,6	59	30,4	16	33,3
Мия қон-томир энцефалопатияси белгилари	23	22,5	42	21,6	15	31,3
Мия оқ моддасида перивентрикуляр ва субкортикал соҳасида айлана патологик гиперинтенсив зоналар	51	50,0	69	35,6	19	39,5
Арахноидал киста	12	11,8	18	9,3	4	8,3
Гаймор бўшлиғида киста	34	33,3	36	18,6	11	22,9

Субарахноид бўшлиқнинг кенгайиши ва миянинг латерал қоринчалари, мия ярим шарларининг диффуз атрофияси, мия тузилмасида зичлашган қўшимча ўчоқлар ва оқ ва кулранг моддадаги гиперактивлик соҳалари, асимметрик ён қоринчалар, касалликнинг узок йиллардан бери давом этишидан далолат беради. Бундай ўзгаришларнинг яққол намоён бўлиши Хуружсимон шизофрения билан оғриган беморларда узлуксиз шизофрения билан оғриган беморларига қараганда кўпроқ учрайди ва назорат гуруҳида бундай

мумкин. Ўзгаришларнинг намоён бўлиши шизофрения касаллигининг кечиш турига қараб ҳам фарқланиши кузатилди яъни, касалликнинг узлуксиз ўсиб боровчи турида субарахноид бўшлиқнинг кенгайиши ва миянинг латерал қоринчалари хуружсимон шизофренияда 12% узлуксиз шизофренияда 17%, мос равишда мия ярим шарларининг диффуз атрофияси 45,1% а 40,2 %, асимметрик ён қоринчалар 44,1% ва 34,5%, мия қон-томир энцефалопатияси белгилари 22,6% ва 21,6%, мия оқ моддасида перивентрикуляр ва субкортикал соҳасида айлана патологик гиперинтенсив зоналар 50,0% ва 35,6% беморларда учраши аниқланди (1-жад.).

ўзгаришлар нисбатан кам учраши кузатилди (1-жад.).

МРТ текширувларсиз ҳам айрим беморларда органик патологиянинг оғир аломатлари борлигини аниқлаш қийин эмас. Бунинг учун беморларда мия ярим шарлари пўстлоқ фаолияти яъни олий асаб тизими фаолияти бузилишларининг дастлабки белгилари борлигини психологик тестлар ёрдамида аниқлаш ва ташхис қўйиш иш унумдорлигини янада оширади.

Беморлар умумий қабул қилинган психологик тестлар - MMSE, фронтал дисфункцияни аниқлаш учун тестлар ва Шульте тестларидан фойдаланган ҳолда текширилди. Дикқатни аниқлаш учун ўлчовлар, чизилган соатлар ҳамда Бурдон синови

ўтказилди. Тадқиқотда MMSE кўрсаткичлари - шизофрения билан оғриган беморларнинг биринчи гуруҳидаги умумий балл назорат гуруҳидаги кўрсаткичлардан фарқ қилмади (мос равишда $27,2 \pm 2,3$ ва $29,9 \pm 1,9$).

2-жадвал

Гуруҳлардаги нейрпсихологик тест натижалари

Ўтказиладиган тестлар	1-гуруҳ	2-гуруҳ	Назорат гуруҳи
MMSE, умумий балл	$27,3 \pm 3,8$	$23,7 \pm 6,7$	$29,9 \pm 1,9$
MMSE, мўлжал	$6,7 \pm 2,3$	$5,6 \pm 3,6$	$6,9 \pm 2,4$
MMSE, хотира	$0,3 \pm 0,6$	$0,2 \pm 0,6$	$1,2 \pm 1,2$
MMSE, ҳисоблаш	$3,2 \pm 1,0$	$2,3 \pm 2,1$	$3,6 \pm 1,7$
БТЛД	$14,7 \pm 1,5$	$15,7 \pm 2,1$	$9,6 \pm 2,7$
БТЛД	$2,0 \pm 1,0$	$1,3 \pm 1,2$	$2,5 \pm 0,9$
БТЛД	$2,3 \pm 0,6$	$2,0 \pm 0,0$	$2,6 \pm 1,9$
БТЛД	$116,0 \pm 38,3$	$139,0 \pm 36,3$	$99,6 \pm 0,5$
Шульте пробаси, диққат	$19,4 \pm 0,5$	$17,5 \pm 0,5$	$28,2 \pm 0,4$
Бурдон тести, диққат	$0,52 \pm 0,03$	$0,42 \pm 0,04$	$0,56 \pm 0,09$
Бурдон тести чарчаш коэффициенти	$77 \pm 0,5$	$59,6 \pm 0,5$	$99,6 \pm 0,5$
Бурдон тести сўз ёдлашни баҳолаш	$27,3 \pm 3,8$	$23,7 \pm 6,7$	$29,9 \pm 1,9$

Агар Боурдоннинг синовларига кўра, назорат гуруҳидаги эътиборнинг самараси коэффициенти $28,2 \pm 0,4$ баллни ташкил этган бўлса, 1-гуруҳда у $-19,4 \pm 0,5$ бўлди. Худди шу синовга кўра, чарчок коэффициенти $0,52 \pm 0,08$ (назорат гуруҳида $-0,34 \pm 0,09$), бир қатор сўзларни ёдлаш тестининг кўрсаткичи - $77 \pm 0,5\%$ (назорат гуруҳида $-99,6 \pm 0,3\%$).

Шизофрения узлуксиз тури бўлган иккинчи гуруҳдаги тест натижаларига кўра, кўрсаткичларнинг пасайиши қайд этилди. Шундай қилиб, сўз ёдлаш тести атиги $59,6 \pm 0,5\%$ эди. Соғлом одамларнинг кўрсаткичларига нисбатан ушбу пасайиш $52,6\%$ ни ташкил этди.

Диққатнинг самарадорлик коэффициенти $17,5 \pm 0,5\%$ ни ташкил этди, яъни назоратдан $39,2\%$ кам, чарчаш коэффициенти $0,52 \pm 0,03$ (назорат гуруҳида $-0,56 \pm 0,09$). Шундай қилиб, шизофрения узлуксиз давом этадиган иккинчи гуруҳда диққатни жамлаш кўрсаткичларининг пасайиши, тез чарчаш ва мнестик функцияларининг пасайиши қайд этилди.

Натижалар шуни кўрсатадики, иккинчи гуруҳ беморларида узлуксиз шизофрения билан касалланган биринчи гуруҳ билан солиштирганда қисқа муддатли хотиранинг

пасайиши, беқарорлик ва диққатни чалғитиши, чарчокнинг кучайиши кузатилди. Ушбу барча маълумотлар юқори ақлий функцияларнинг ҳаракатчанлигини бузилишини кўрсатади. Шизофрения узлуксиз тури бўлган иккинчи гуруҳдаги тест мезонларига кўра, кўрсаткичларнинг пасайиши қайд этилди, сўз ёдлаш тести атиги $59,6 \pm 0,5\%$ эди. Соғлом одамларнинг кўрсаткичларига нисбатан ушбу пасайиш $52,6\%$ ни ташкил этди.

Диққатнинг самарадорлик коэффициенти $17,5 \pm 0,5\%$ ни ташкил этди, яъни назоратдан $39,2\%$ кам, чарчаш коэффициенти $0,52 \pm 0,03$ (назорат гуруҳида $-0,56 \pm 0,09$). Шундай қилиб, шизофрения узлуксиз давом этадиган иккинчи гуруҳда диққатни жамлаш кўрсаткичларининг пасайиши, тез чарчаш, мнестик функцияларининг пасайиши ва ҳиссий бузилишлар қайд этилди. Касалликнинг намоён бўлганлига узоқ йвақт бўлган беморларда кўрсаткичларни таққослашда маълум вақт давомида тўғри бажарилган вазифалар сони камайди. Олинган маълумотлар пароксизмал ва доимий шизофрения турлари билан оғриган беморлар ўртасидаги интеллектуал ва мнестик соҳадаги статистик фарқни тасдиқлайди.

3-жадвал

Беморларни давогача ва даводан сўнг нейрпсихологик тест натижалари

Ўтказиладиган тестлар	1-гурух		2-гурух		Назорат гуруҳи	
	Давогача	Даводан сўнг	Давогача	Даводан сўнг	Давогача	Даводан сўнг
MMSE, умумий балл	27,3±3,8	29,3±3,6	23,7±6,7	21,7±5,3	29,9±1,9	27,1±1,4
MMSE, мўлжал	6,7±2,3	8,3±2,4	5,6±3,6	6,6±4,2	6,9±2,4	7,6±2,1
MMSE, хотира	0,3±0,6	1,6±0,8	0,2±0,6	1,2±0,9	1,2±1,2	1,8±1,3
MMSE, ҳисоблаш	3,2±1,0	4,5±1,2	2,3±2,1	3,4±2,0	3,6±1,7	4,2±1,5
БТЛД	14,7±1,5	16,2±1,7	15,7±2,1	16,7±1,1	9,6±2,7	7,6±2,9
БТЛД	2,0±1,0	2,8±1,6	1,3±1,2	1,8±1,3	2,5±0,9	4,5±0,7
БТЛД	2,3±0,6	2,9±0,8	2,0±0,0	2,5±0,2	2,6±1,9	3,6±1,6
БТЛД	116,0±38,3	126,0±33,3	139,0±36,3	131,0±34,6	99,6±0,5	89,6±0,7
Шульте пробаси, диққат	19,4±0,5	22,6±0,5	17,5±0,5	15,1±0,8	28,2±0,4	25,2±0,7
Бурдон тести, диққат	0,52±0,03	0,78±0,03	0,42±0,04	0,44±0,3	0,56±0,09	0,42±0,2
Бурдон тести чарчаш коэффициенти	77±0,5	79,5±0,6	59,6±0,5	52,6±0,8	99,6±0,5	95,1±0,6
Бурдон тести сўз ёдлашни баҳолаш	27,3±3,8	32,3±4,2	23,7±6,7	22,3±5,5	29,9±1,9	25,6±1,5

Олинган натижаларга кўра, шизофрениянинг узлуксиз кечувчи тури мия тўқималарининг гипоксиясига олиб келади, бу мия тузилмаларига зарар етказиши. Эҳтимол, шизофрения жараёнининг узлуксиз кечувчи турида ҳам мия қон оқими тартибга солишда бузилишлар мавжуд бўлиб, мия томирларининг тонуси бузилган бўлади. Бундай ҳолда гемато-энцефалик тўсиғини бузиш мумкин, бу мия ярим тузилмаларининг субаракноид ёриқлари ва қоринчаларининг кенгайиши шаклида намоён бўладиган кортикал тузилмалар атрофиясини келтириб чиқариши мумкин, шунингдек миянинг оқ ва қуланган моддаларида зичликнинг ўзгарган қўшимча тузилмалари пайдо бўлиши.

Хулоса

Шизофренияда мия тузилмаларининг бузилишлари шаклланади, уларнинг оғирлиги шизофрения жараёнининг турига боғлиқ. Мия тузилишининг бузилишларини ўз вақтида аниқлаш, шизофрения жараёнининг дастлабки босқичларида фармакотерапия учун психиатрик амалиётда катта аҳамиятга эга. Шизофрения касаллигида мия тузилмаларидаги дисфункцияни эрта аниқлаш даво чораларини тезда бошлаш ва ижобий самарага эришиш учун жуда ҳам муҳим. Шу сабабли барча беморларни МРТ текширувидан ўтказиш зарур, чунки ушбу даврда даволаш муолажаларини тўғри, стандарт асосида олиб бориш ўз вақтида ижобий натижаларни беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Blanchard, J.J. The neuropsychological signature of schizophrenia: Generalized or differential deficit? / J.J. Blanchard, J.M. Neale // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151 (1). P. 40-48.
2. Censits, D.M. Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: a longitudinal study / D.M. Censits, J.D. Ragland, R.C. Gur et al. // Schizophrenia Research. 1997. Vol. 24.P. 289-298.
3. Goldstein, G. Influences on cognitive heterogeneity in schizophrenia / G. Goldstein, W.J. Shemansky //Schizophrenia Research.1995. Vol. 18 (1). P. 59-9.
4. Hirayasu, Y. Lower left temporal lobe MRI volumes in patients with first-episode schizophrenia compared with psychotic patients with first-episode affective disorder and normal subjects / Y. Hirayasu, M.E. Shenton, D.F. Salisbury et al. // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155 (10). P. 1384-1391.
5. Hoff, A. Neuropsychological functioning of first episode schizophreniform patients /Hoff, M.A. Riordan, D.W. O'Donnell et al. // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149 (7). P. 898-903.
6. Hutton, S.B. Executive function in first episode schizophrenia / S.B. Hutton, B.K. Puri, L.J. Duncan et al. // Psychological Medicine. 1998. Vol. 28. P. 463-473.
7. Parellada, E. Psychopathology and Wisconsin Card Sorting Test in young unmedicated schizophrenic patients / E. Parellada, S. Cateineu, A. Catafau et al. // Psychopathology. 2000. Vol. 33.P. 14-18.

8. Ritey, E.M. Neuropsychological functioning in first-episode psychosis - evidence of specific deficits / E.M. Riley, D. McGovern, D. Mockler et al. // Schizophrenia Research. 2000. Vol. 43.P. 47-55.
9. Rund, B.R. Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: A review /R.Rund, N.E. Borg // ActaPsychiatricaScandinavica. 1999. Vol. 100 (2). P. 85-95.
10. Saykin, A.J. Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia / A.J. Saykin, D.L. Shtasel, R.E. Gur et al. //Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51.P. 124-131.
11. Thomson, P.M. Brain Deficit Patterns May Signal Early-Onset Schizophrenia / P.M. Thomson I I Psychiatric Times. 2002. Vol. XIX. Is. 8.P. 30-32.

Келиб тушган вақти 09.04.2021

ЛИКИ ДЕМЕНЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Лубянко И.А., Черникова И.В., Назарова В.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В.,
Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Сидоров А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ Резюме

Прогрессирующий надъядерный паралич(ПНП) является наиболее частой формой атипичного паркинсонизма. Принадлежит к семейству 4R-таупатий. Характеризуется накоплением изоформы гипер-фосфорилированного тау-белка с образованием патологических внутриклеточных включений в нейронах и клетках глии. Нейродегенеративный процесс захватывает подкорковые структуры, кору больших полушарий и ствол головного мозга. Различная нагрузка тау-протеина и определенная преимущественная локализация тау-патологии приводит к широкому фенотипическому полиморфизму ПНП с выделением самостоятельных клинических вариантов. Приведен клинический случай пациента с ПНП с дебютом преимущественно лобных нарушений.

Ключевые слова: деменция, прогрессирующий надъядерный паралич, атипичный паркинсонизм.

FACES OF DEMENTIA (CLINICAL CASE)

Lubyanko I.A., Chernikova I.V., Nazarova V.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V.,
Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Sidorov A. A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ Resume

Progressive supranuclear palsy (PNP) is the most common form of atypical parkinsonism. Belongs to the 4R-taupathy family. It is characterized by the accumulation of an isoform of hyper-phosphorylated tau protein with the formation of pathological intracellular inclusions in neurons and glial cells. The neurodegenerative process involves the subcortical structures, the cerebral cortex and the brain stem. Different loading of tau protein and a certain preferential localization of tau pathology leads to a wide phenotypic polymorphism of PNP with the isolation of independent clinical variants of the disease. A clinical case of a patient with PNP with the onset of predominantly frontal disorders is presented.

Key words: dementia, progressive supranuclear palsy, atypical parkinsonism.

DEMENTSIIYA KO`RINISHLARI (KLINIK HOLAT)

Lubyanko I.A., Chernikova I.V., Nazarova V.A., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Mrixin V.V., Kovalev
A.I., Kryuchkova M.N., Sidorov A .BUT.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal
davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-Don, Rossiya

✓ Rezyume

Progressive supranuclear falaj (PNP) atipik parkinsonizmning eng keng tarqalgan shakli hisoblanadi. 4R-taupatiya oilasiga tegishli. Bu neyronlar va glial hujayralardagi patologik hujayra ichidagi inkluziyalar hosil bo'lishi bilan giperfosforillangan Tau oqsilining izoformasini to'planishi

bilan tavsiflanadi. Neyrodegenerativ jarayon subkortikal tuzilmalarni, miya yarim korteksini va miya tomirini o'z ichiga oladi. Tau oqsilining har xil yuklanishi va Tau patologiyasining ma'lum bir imtiyozli lokalizatsiyasi mustaqil klinik variantlarni ajratib olish bilan ANP ning keng fenotipik polimorfizmiga olib keladi. PNP bilan og'rigan bemorning asosan frontal kasalliklar boshlangan klinik holati keltirilgan.

Kali so'zlar: demensiya, progressiv yadro usti falaji, atipik parkinsonizm.

Актуальность

Прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП) относится к дегенеративным заболеваниям головного мозга и является наиболее частой формой атипичного паркинсонизма [1]. Впервые заболевание было описано в 1963-1964 гг. канадскими неврологами J. Steel и J. Richardson совместно с патоморфологом J. Olszewski. Девять первых описанных клинических случаев ПНП проявлялись ригидностью мышц шеи и верхней части туловища, надъядерной офтальмоплегией, псевдобульбарными нарушениями и деменцией. Позднее выявлено, что это заболевание характеризуется избыточным накоплением гиперфосфорилированного 4R-тау протеина в виде нейрофибриллярных клубочков в нейронах, в виде спиралевидных телец в олигодендроцитах и в виде пучков в астроцитах, с последующим формированием глиоза и демиелинизации [2]. География поражения структур головного мозга при ПНП довольно широкая: включает и подкорковые структуры, и кору больших полушарий, и ствол головного мозга. В последние годы показано, что патоморфологические изменения при данном заболевании варьируют с доминированием изменений в какой-то одной из вышеперечисленных структур головного мозга. Причины такой неоднородности в локализации патологической нагрузки неизвестны. Но с увеличением количества патологически подтвержденных случаев ПНП за последние 20 лет становится ясно, что локализация тау-патологии является основным фактором формирования клинического фенотипа [3].

Так, при равномерно высокой нагрузке тау-протеином и в подкорковых структурах, и в клетках ствола головного мозга и неокортекса у пациента формируется классический фенотип Ричардсона. В клинической картине наблюдаются глазодвигательные нарушения с формированием вертикального пареза зрения вверх или замедления скорости и амплитуды вертикальных саккад. Выраженные постуральные нарушения с частыми падениями в первые три года заболевания. Симметричный паркинсонизм с гипертонусом в затылочных

мышцах с формированием «горделивой осанки». Псевдобульбарный синдром с частым насильственным смехом. А также, деменция лобного типа [4].

Ко второму фенотипу относится ПНП с паркинсонизмом, когда наблюдается поражение тех же структур, что и при ПНП-Ричардсона, однако со значительно меньшей нагрузкой тау-протеином и меньшей степенью поражения глии и корковых областей. Считается, что пациенты с этим фенотипом имеют самую высокую продолжительность жизни. В дебюте заболевания выявляется асимметричный паркинсонизм, часто с постурально-кинетическим тремором, а иногда и с тремором покоя. У этих пациентов в начале заболевания эффективны препараты леводопы, нередко с формированием лекарственных дискинезий и флуктуаций [5].

Высокая агрегация тау-протеина в клетках ствола и зубчатых ядрах мозжечка приводит к формированию фенотипа ПНП с прогрессирующими застытиями при ходьбе. У этих пациентов наряду с выраженной постуральной неустойчивостью имеются «фризинги» ходьбы. Описанные нарушения ходьбы часто сочетаются с речевыми фризингами, отсутствием мышечной ригидности, тремора и ответом на терапию леводопой [6].

При значительной нагрузке тау-протеина в неокортексе (преимущественно в средней лобной и нижне-париетальной областях коры) формируется фенотип ПНП с кортикобазальным синдромом (КБС). Клиническая картина в дебюте заболевания практически не отличается от кортикобазальной дегенерации, при котором КБС является патогномичным синдромом [7]. Согласно международным критериям, для фенотипа ПНП-КБС необходимо сочетание одного или более коркового (апраксия конечностей или оробукальная апраксия; кортикальный сенсорный дефицит или феномен чужой конечности) и моторного симптомов (ригидность конечности/акинезия; дистония конечности или миоклонус). Из-за значительного клинического перекрытия КБД с ПНП многие авторы рекомендуют эти

нозологии объединить в 4R-таупатии, что удобно при проведении клинических исследований с использованием таргетных препаратов [8].

Еще более редким, но все же отдельно выделенным фенотипом является ПНП с преимущественными лобными проявлениями (ПНП с ЛВД). Агрегация тау-протеина при этом фенотипе наблюдается в верхней лобной извилине (как в корковом сером веществе, так и в подкорковом белом веществе), в средней лобной и нижней височной извилинах. Основным его клиническим проявлением в дебюте заболевания являются нарушение поведения и когнитивная дисфункция, как при лобно-височной деменции. Нарушения речи по типу аграмматического варианта первично-прогрессирующей афазии или апраксии речи тоже описаны, но их встречаемость еще более редкая [9].

Учитывая клинический полиморфизм в 2017г международным обществом по двигательным нарушениям были разработаны новые критерии ПНП. В этих критериях оцениваются четыре группы основных клинических проявлений: глазоводительные нарушения (О), постуральные нарушения (Р), акинезия (А), когнитивные нарушения (С). В зависимости от комбинации различных клинических симптомов из этих четырех доменов, можно определить фенотип ПНП с указанием уровня уверенности диагноза [10].

Учитывая вышесказанное хотелось бы представить клинический случай одного пациента, который показывает трудности дифференциального диагноза и необходимость использования мультисистемного подхода при верификации диагноза.

Пациент Н., 69 лет.

Из анамнеза известно, что сын и дочь страдают психическими заболеваниями (биполярное аффективное расстройство, диагноз верифицирован).

Данных о беременности, раннем развитии нет. Известно, что воспитание проходило в стиле потворствующей гиперпротекции, был «любимчиком» в семье, отличался повышенной активностью, увлекаемостью, но часто не доводила начатые дела до конца. Долгие годы был приверженцем ЗОЖ, при этом стремился привить свои взгляды семье (правильное питание, уринотерапия, йога).

Окончил 10 классов средней школы, поступил в институт, но был отчислен с первого курса, поскольку «не давалась математика». Поступил и окончил с отличием техникум.

Служил в Советской Армии, после демобилизации работал на заводе. Вскоре женился, родилась дочь. Известно, что в семейных отношениях вел себя достаточно отстраненно – не участвовал в воспитании детей, мало помогал в том числе и материально.

Работа и карьера складывались достаточно успешно – назначался на новые должности, получил квартиру. Окончить ВУЗ не удалось, что связывал с началом перестройки. Ориентировочно с того же времени стал употреблять алкоголь в дозе около 300 мл крепких напитков однократно. Имел увлечение, которое тоже приносило немалый доход. В возрасте 44 лет стал хорошо зарабатывать, в связи с чем стал употреблять алкоголь более часто и в больших дозах, иногда похмелялся. Неоднократно кодировался, но в последующем «срывался», кодировался снова. Об этих фактах своей биографии умалчивает, стараясь рассказывать о своей жизни только с хорошей стороны.

В возрасте 48 лет стал активно участвовать во вложении средств в различные финансовые пирамиды, при этом теряя значительные суммы. Относился к этому весьма поверхностно.

Позже заложил квартиру в двух банках. стал пользоваться микрокредитами, чтобы погашать кредиты банкам. При консультациях с юристом забывал приносить документы, воспринимал информацию частично, допускал шутки сексуального характера.

Никогда не интересовался бытом. Когда остался один (56 лет), запустил свое жилье, стал неопрятен. Ходил в грязной одежде, приносил старые вещи со свалок. Накопились внушительные долги за оплату коммунальных услуг. Последние несколько лет стал сомнительные медицинские рецепты – так, прочитав, что настойка на мертвых пчелах повышает потенцию специально покупал их, готовил и использовал.

В начале 2021 года перенес коронавирусную инфекцию, лечился амбулаторно. Впоследствии были выявлены высокие титры IgM SARS-CoV-2.

На лечение в центр неврологический по инициативе дочери. Сам не отмечал нарушений памяти, был благодушен, не критичен к своему состоянию, неряшлив, неухожен. При поступлении жаловался лишь на «снижение активности и упадок сил». В процессе лечения были выявлены сопутствующая патология: сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный, целевой уровень HbA_{1c} < 7,0%, алиментарно-конституциональное ожирение 1

степени (ИМТ – 31 кг/м²), абдоминальный тип (ОТ- 98 см).

МИКБ, камни левой почки, кисты обеих почек, ГПЖ, СНМП. : Гипертоническая болезнь 1 ст. 1 степени, риск 3. Осложнение ХМН 0-1, ФК 1 Нарушение проводимости сердца по типу полной блокады правой ножки пучка Гиса, блокады передней ветви (правой) левой ножки п.Гиса. Атеросклероз створок митрального клапана.

По результатам экспериментально-психологическое исследования определяется органический патопсихологический симптомокомплекс с когнитивными нарушениями.

В неврологическом статусе: сознание ясное. На момент осмотра в собственной личности, месте и времени ориентирован. Понимание речи не нарушено, спонтанная речь сохранна, присутствуют палилалии, номинативная и семантическая функции речи не нарушены. Выявлено снижение беглости речи (в тесте на фонемическую речевую активность-4 слова; семантическую активность -9 слов). Письмо доступно, обращает на себя внимание наличие феномена «fastmacrographia». Снижение слухоречевой памяти при отсроченном воспроизведении слов с неэффективностью фонетических подсказок, правильные ответы при выборе из нескольких вариантов. В пробе на динамический праксис обращает на себя внимание наличие персевераций, нарушение последовательности переключения движений, потеря контроля деятельности. В тесте с построением маршрута трудности выполнения части В. Глазодвигательные нарушения в виде трудностей инициации горизонтальных саккад, а также резкого снижения их амплитуды и скорости саккад, парез взора вверх, вестибулоокулярный рефлекс сохранен. Симметричный синдром паркинсонизма (редкое моргание, лицо гипомимичное, гипофония, легкая брадикинезия без двойного декремента, умеренная мышечная ригидность в конечностях и выраженная мышечная ригидность в аксиальной мускулатуре). Ходьба на чуть расставленных ногах. В pull-тесте-пациенту для удержания равновесия приходится делать 3-4 шага назад.

По данным МРТ головного мозга у пациента атрофия среднего мозга с формированием «симптома колибри».

Была продолжена терапия препаратами акинтола мемантина, внутривенно вводился мексидол, внутримышечно кортексин, с целью коррекции состояния вначале - оланзапин 10 мг/сут (после применения которого появилась

частичная критика к своему состоянию и признание имеющихся проблем). Отчетливое улучшение наступило после введения в схему терапии 375 мг в сутки мадопара. Пациент стал менее заторможенным, улучшился физический тонус, нормализовался ночной сон, изменился тембр голоса (уменьшилась невнятность и «глухость» голоса). Движения приобрели большую энергичность. Улучшилось настроение.

Также был выставлен диагноз деменция смешанного генеза F 02.808, синдрома зависимости от алкоголя, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21

Ввиду наличия у пациента обязательных критериев включения (возраст старше 40 лет, спорадический характер заболевания, постепенное прогрессирование заболевания), отсутствия критериев исключения, наличия одного контекст-зависимого критерия (атрофия среднего мозга по данным МРТ головного мозга), а также превалирование в клинической картине глазодвигательных нарушений (отвечающих критериям O1) и когнитивных нарушений (C2) у пациента верифицирован ПНП с ЛВД.

Группой ученых были проанализированы медицинские карты (с 1973 по 2010 гг) 66 пациентов с патоморфологически подтвержденным диагнозом ПНП. Среди них были три пациента, у которых описывали изменение личности и поведения с дебютом в возрасте 60 лет. Двум из этих пациентов в течение жизни был поставлен клинический диагноз поведенческий вариант ЛВД [11]. Симптомы паркинсонизма у них описаны попростости 3-7 лет от начала заболевания. Позднее, Kertesz и его коллеги описали 63-летнюю женщину, у которой в 59 лет начало прогрессировать заболевание в виде изменения личности, импульсивного поведения и апатии. В течение 3 лет к нарушениям поведения присоединились частые падения с нарушениями ходьбы. У этой пациентки был положительный семейный анамнез аутосомно-доминантной ЛВД с патологией белка (TDP-43). При жизни у нее не было выявлено мутаций в генах, связанных с ЛВД. Позднее, при патоморфологическом исследовании был верифицирован ПНП. Эти случаи явились первым толчком к выделению данного фенотипа заболевания и прицельного его изучения[12].

Таким образом, ПНП с преимущественно лобными проявлениями диагностируется при наличии у пациентов поведенческих и

личностных нарушений, которые могут указывать на частичное перекрытие заболевания с лобно-височной деменцией. Этот вид деменции характеризуется расторможенностью, компульсивным или стереотипным поведением, апатией, изменением пищевого поведения, когнитивными нарушениями по дизрегуляторному типу, утратой эмоционального контакта, которые в конечном итоге приводят к мутизму и полной социальной изоляции. Клинический фенотип ПНП с лобными проявлениями может быть ассоциирован с патологией в гене МАРТ и составляет около 35% всех случаев клинически определяемого синдрома лобно-височной деменции [13]. По данным исследования L. DonkerKaat и соавт. (2007), 20% пациентов с ПНП характеризуются преобладанием в клинической картине поведенческих и когнитивных расстройств, что приводит к ошибочному диагнозу лобно-височной или другой первичной деменции [14]. Пациенты с данным вариантом ПНП имеют более молодой возраст дебюта, но прогрессирование заболевания не отличается от классической его формы.

В последние годы ПНП, КБД и ЛВД, ассоциированный с тау-протеином, объединяют в нейропатологические подтип лобно-височной долевой дегенерации (ЛВДД). Есть мнение, что их объединение в одну группу в клинических исследованиях поможет в выявлении особенностей клиники, определить предикторы развития и помочь в разработке таргетных методов лечения [15]. По мнению других ученых, объединение этих нозологий неправомерно, так как несмотря на полиморфизм в дебюте заболевания, у всех пациентов с ПНП в конечном итоге формируется классический фенотип Ричардсона и целесообразнее искать особенности развития для каждого заболевания отдельно.

Вышеописанный случай диктует необходимость тесного взаимодействия в диагностике психиатров и неврологов для проведения дифференциальной диагностики и выработки совместной тактики эффективной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Трудности дифференциальной диагностики прогрессирующего надъядерного паралича и болезни Паркинсона/ Р.В. Магжанов, А.И. Давлетова и др.// *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*, - 2016. - Т. 10, № 4. -С. 58-60.
2. Martínez-Maldonado A, Ontiveros-Torres MÁ, Harrington CR, Montiel-Sosa JF, Prandiz RG, Bocanegra-López P, Sorsby-Vargas AM, Bravo-Muñoz M, Florán-Garduño B, Villanueva-Fierro I, Perry G, Garcés-Ramírez L, de la Cruz F, Martínez-Robles S, Pacheco-Herrero M, Luna-Muñoz J. Molecular Processing of Tau Protein in Progressive Supranuclear Palsy: Neuronal and Glial Degeneration. *J Alzheimers Dis.* 2021;79(4):1517-1531. doi: 10.3233/JAD-201139. PMID: 33459640; PMCID: PMC7990452.
3. G. Respondek, G.U. Höglinger. The phenotypic spectrum of progressive supranuclear palsy. *Parkinsonism & Related Disorders*, V.-22.-Sup.-1.-2016.-P:S34-S36.-<https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2015.09.041>.
4. Kovacs, G.G., Lukic, M.J., Irwin, D.J. et al. Distribution patterns of tau pathology in progressive supranuclear palsy. *Acta Neuropathol*, V.-140.-P:99-119.-2020.-<https://doi.org/10.1007/s00401-020-02158-2>
5. Hoglinger GU, Melhem NM, Dickson DW, et al. Identification of common variants influencing risk of the tauopathy progressive supranuclear palsy. *Nat Genet* .V.-43(7).-P: 699– 705.-2011
6. Tsuboi Y, Josephs KA, Boeve BF, Litvan I, Caselli RJ, Caviness JN, Uitti RJ, Bott AD, Dickson DW. Increased tau burden in the cortices of progressive supranuclear palsy presenting with corticobasal syndrome. *MovDisord*.-M.20(8).-P:982-988.-2005.-doi: 10.1002/mds.20478.
7. Kouri N, Ross OA, Dombroski B, et al. Genome-wide association study of corticobasal degeneration identifies risk variants shared with progressive supranuclear palsy. *Nat Commun* .V.-6.-P: 7247.-2015
8. Stejskalova Z, Rohan Z, Rusina R, Tesar A, Kukal J, Kovacs GG, Bartos A, Matej R. Pyramidal system involvement in progressive supranuclear palsy - a clinicopathological correlation. *BMC Neurol*. V.19(1).-P:42.-2019.- doi: 10.1186/s12883-019-1270-1.
9. Hoglinger GU, Respondek G, Stamelou M, et al. Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: The movement disorder society criteria. *MovDisord*. V.-32(6).-P: 853– 864.-2017
10. Sakae N, Josephs KA, Litvan I, Murray ME, Duara R, Uitti RJ, Wszolek ZK, Graff-Radford NR, Dickson DW. Neuropathologic

basis of frontotemporal dementia in progressive supranuclear palsy. *MovDisord.* V.-34(11).-P:1655-1662.-2019.-doi: 10.1002/mds.27816.

11. Lansdall CJ, Coyle-Gilchrist ITS, Jones PS, et al. White matter change with apathy and impulsivity in frontotemporal lobar degeneration syndromes. *Neurology* V.-90(12).-P: e1066– e1076.-2018
12. Caso F, Agosta F, Volonte MA, et al. Cognitive impairment in progressive supranuclear palsy-Richardson's syndrome is related to white matter damage. *Parkinsonism RelatDisord.* V.- 31.-P: 65– 71.-2016
13. DonkerKaat L, Boon AJ, Kamphorst W, Ravid R, Duivenvoorden HJ, van Swieten JC.

Frontal presentation in progressive supranuclear palsy. *Neurology.* 2007 Aug 21;69(8):723-9. doi:

10.1212/01.wnl.0000267643.24870.26.

PMID: 17709703.

14. Respondek G, Roeber S, Kretzschmar H, et al. Accuracy of the National Institute for Neurological Disorders and Stroke/Society for Progressive Supranuclear Palsy and neuroprotection and natural history in Parkinson plus syndromes criteria for the diagnosis of progressive supranuclear palsy. *MovDisord* 2013;28(4):504–509.

Поступила 09.04.2021

Манасова И.С Мансурова М.Х

Бухарский Государственный медицинский институт

✓ Резюме

С целью осуществления гармонизации микробиологических и паразитологических показателей и нормативов выполнен сравнительный анализ требований, предъявляемых к качеству питьевой воды в отношении эпидемической безопасности по основным нормативным документам: Узбекистана, СанПиН №950, 2011 в проект введены приоритетные индикаторные показатели бактериального, вирусного и паразитарного загрязнения воды, научно обоснованные нормативы.

Ключевые слова: питьевая вода, качество воды, гармонизация, бактериологические показатели, вирусологические показатели, паразитологические показатели

EPIDEMIC SAFETY OF DRINKING WATER

Manasova I.C Mansurovna M.X

Bukhara State Institute of Medecini

✓ Resume

For the purpose of harmonization of microbiological and parasitological indices and benchmarks there was performed the comparative analysis of the requirements for the quality of drinking water in respect of the epidemic safety on the basic regulations of UzR, (SanPin) №950, 2011 into the project there are introduced priority indicator parameters of bacterial, viral and parasitic contamination of water, evidence-based guidelines.

Key words: drinking water, water quality, harmonization, bacteriological parameters, virological parameters, parasitological parameters.

ICHIMLIK SUVNING EPIDEMIK XAVFSIZLIGI

Manasova I.S. Mansurova M.X

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ Rezyume

Mikrobiologik va parazitologik ko'rsatkichlar va standartlarni uyg'unlashtirish maqsadida asosiy me'yoriy hujjatlar asosida epidemik xavfsizlik bilan bog'liq holda ichimlik suvi sifatiga qo'yiladigan talablarning qiyosiy tahlili o'tkazildi: O'zbekiston, SanPiN № 950.2011, loyihada ustuvor ko'rsatkichlar suvning bakterial, virusli va parazitar ifloslanishlari, ilmiy asoslangan me'yorlari.

Kalit so'zlar: ichimlik suvi, suv sifati, uyg'unlik, bakteriologik ko'rsatkichlar, virusologik ko'rsatkichlar, parazit mantiqiy ko'rsatkichlari

Актуальность

В большинстве стран, в том числе в Узбекистане, нормируется показатель качества технологических процессов водоподготовки и гигиенического состояния систем водоснабжения - общее число микроорганизмов (ОМЧ) или число колоний гетеротрофных бактерий (Heterotrophic plate count). Показатель является интегральным многофункциональным показателем уровня общего микробного загрязнения питьевой

воды, объединяющим большую группу аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов [6,]. В некоторых странах (Австралия, Руководство ВОЗ [2], директива ЕС [5,6]) приняты показатели фекального загрязнения питьевой воды - энтерококки. Кроме того, с целью контроля качества водоподготовки из поверхностных вода источников на выходе из водопроводных станций определяют споры сульфит

редуцирующих клостридий с идентификацией *Clostridium perfringens*. В Узбекистане также рекомендуется этот показатель (СанПиН №950, 2011 [4]), но без видовой идентификации, что существенно увеличивает надёжность поиска этих бактерий, упрощает и ускоряет анализ воды.

В ряде стран помимо бактериологических и паразитологических показателей определяются также и вирусологические показатели. Так, в стандарте США и Канадском руководстве по контролю питьевой воды (2012) нормируется прямое определение кишечных вирусов (*Enteric viruses*); в Австралийском руководстве (2011) и Руководстве ВОЗ [2] рекомендован показатель колифаги (*coliphages*) - как индикатор вирусного загрязнения.

Целью проведен сравнительный анализ действующих нормативных документов, регламентирующих требования к контролю качества питьевой воды в отношении эпидемической безопасности, Узбекистана, стран Европейского Союза (ЕС) и других

развитых стран в части микробиологических и паразитологических показателей по их информативной данными

Материал и методы

Представленные в табл. 1, показывают, что оценка качества воды, предназначенной для водопользования населения в УзРи в других странах, проводится по комплексу бактериологических, вирусологических и паразитологических показателей.

В рассмотренных документах основные микробиологические критерии оценки безопасности питьевой воды едины во всех странах - отсутствие в 100 мл *Escherichia coli* (*E. coli*) как показателя недавнего фекального загрязнения и колиформных бактерий семейства *Enterobacteriaceae*, ферментирующих лактозу при 37°C.

Таблица 1

Критерии оценки качества питьевой воды по микробиологическим и паразитологическим показателям в соответствии с нормативными документами УзР и других стран

Нормативы показателей качества воды и методики их контроля

Показатели или компоненты	Единицы измерения	Нормативы	Методики контроля
1	2	3	4
1. Микробиологические показатели			
1.1. Общее микробное число	к-во микробов в 1 мл.	не более 100 1)	ГОСТ 18963-73 ИСО 8360/1-2-88
1.2. ЧИСЛО БГКП (коли-индекс)	к-во БГКП в 1000 мл.	не более 3 1) 2) 4)	ГОСТ 18963-73 ИСО 9308/1-2-90
1.3. Эшерихии (показатели свежего фек. загрязнения)	к-во эшерихий в 300 мл	отсутствие 3) 4)	ГОСТ 18963-73 ИСО 9308/1-2-90
1.4. Колифаги	к-во БОЕ в 200 мл. воды	отсутствие 4)7)	Методические указания, утв. МЗ РУз
2. Паразитологические показатели			
2.1. Патогенные кишечные простейшие (цисты лямблий, диз. амёб и др.)	к-во цист в 25 л. воды	отсутствие 7)	Методические указания, утв. МЗ РУз
2.2. Яйца гельминтов	к-во яиц и личинок в 25 л. воды	отсутствие 7)	то же

Escherichia coli (Е. Отсутствие в Отсутствие
Отсутствие в Отсут- Отсут- Отсут- Отсут-
Отсутствие Отсут-

coli) 100 мл в 100 мл 100 мл ствие в 100 мл
ствие в 100 мл ствие в 100 мл ствие в 100 мл в
100 мл ствие в 100 мл

Колиформные бак- Отсутствие в Отсутствие
Отсутствие в Отсут- Отсут- Отсут- -
Отсутствие Отсут-

Общее микробное число - ОМЧ (при 37°C)
Не более 50 КОЕ/мл + Как можно меньше, без

аномальных отклонений Не более 100 КОЕ/мл
++ Не более 100 КОЕ/ мл Не более 100 КОЕ/мл

Споры сульфит-редуцирующих клостридий
(*d. perfringens*) Отсутствие в 20 мл +
Отсутствие в 100 мл +

Колифаги Отсутствие в 100 мл + - - - - + - -

Энтерококки - + Отсутствие в 100 мл - - - + -

Кишечные вирусы ++ Вирусы и патогенные
бактерии ++

Цисты лямблий + - - + + - - - -

Ооцисты криптоспоридий - - - + + - - - -

Примечание: +/- показатель рекомендуется при контроле качества питьевой воды.

в отличие от рекомендаций международных документов не учтены такие надежные показатели фекального загрязнения как *E. coli* и энтерококки, а также паразитологический показатель - ооцисты криптоспоридий. В стандарте по определению качества питьевой воды Агентства охраны окружающей среды США (US EPA Drinking Water Standards) и в Канадском руководстве по контролю питьевой воды 2012 г. введены показатели контроля питьевой воды по представителям одной из наиболее устойчивых групп простейших микроорганизмов - цист лямблий и ооцист криптоспоридий (*Giardia cysts*, *Cryptosporidium oocysts*).

СанПиН. 01.06.2006 г., № 0211-06

Гигиенические критерии

И контроль качества воды централизованных систем хозяйственно-питьевого водоснабжения населения Узбекистана в проект новой редакции введены приоритетные показатели бактериального (*E. coli* вместо ТКБ, колиформные бактерии вместо ОКБ, энтерококки), вирусного (колифаги) и паразитарного (цисты лямблий и ооцисты криптоспоридий) загрязнения воды. Помимо расширения спектра микробиологических показателей проведено совершенствование критериев оценки качества питьевой воды с учетом статей Директивы ЕС [7, 8], в которых декларируется право каждой страны вводить более жесткие требования к качеству воды, если они научно обоснованы и способствуют эпидемической безопасности населения при водопотреблении. Поэтому в проект СанПиН рекомендованы более жесткие критерии при контроле качества воды: *E. coli* и колиформные бактерии исследуют в 300 мл; отсутствие спор сульфит-редуцирующих клостридий устанавливают не в 100, а в 20 мл. При определении ОМЧ допускается не более 50 КОЕ/мл в распределительной сети и не более 10 КОЕ/мл

Учитывая многолетние материалы экспериментальных и натурных исследований, характеризующих эпидемическое и индикаторное значение показателя *Pseudomonas aeruginosa*, а также рекомендации по его определению в документах ВОЗ и ЕС для воды, расфасованной в емкости, проводят дополнительные исследования этого показателя. В проекте СанПиН указано, что при росте оксида-зоположительных бактерий, в том числе при отсутствии колиформных бактерий, необходимо проводить определение показателя *Pseudomonas aeruginosa* и установить наличие или отсутствие этих бактерий в исследуемой пробе воды. Кроме того, при обнаружении в пробе питьевой воды

колиформных бактерий повторно отбирают в экстренном порядке пробы и определяют колиформные бактерии и *Pseudomonas aeruginosa*.

Заключение

На основании сравнительного анализа требований к качеству питьевой воды в отношении эпидемической безопасности, установленных в отечественных и международных нормативных документах Узбекистана, Директивы Совета Европейского Союза ЕС, ВОЗ, а также США, Канады, Австралии, Финляндии, Швеции, Бразилии, Франции, Японии и Китая, осуществляется гармонизация микробиологических и паразитологических показателей. Выявлены приоритетные бактериологические, вирусологические и паразитологические показатели, которые рекомендованы в проект пересматриваемого что значительно повысит надежность контроля эпидемической безопасности питьевой воды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. O'zDST 951:2011. Источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Гигиенические, технические требования и правила выбора. -Ташкент, 2011. - 12 с.
2. Файзиева Д.Х., Усманов И.А., Бекжанова Е.Е., Мусаева А.К. // Изучение выживаемости энтерококков и стафилококков в воде в условиях эксперимента. -Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент. — - №3. - С.84-85. .
3. СанПиН 2007.
4. 01.06.2006 г., № 0211-06
5. Гигиенические критерии И контроль качества воды централизованных систем хозяйственно-питьевого водоснабжения населения Узбекистана4
6. Манасова И.С. Гигиенические аспекты охраны труда на производственных животноводческих комплексах и фермах по производству молока. "Тиббиётда янги кун". 1 (25) 2019 ISSN 2181- 712X C(39)
7. Манасова И.С. Гигиенические основы охраны здоровья рабочих, занятых в хлебопечении. "Тиббиётда янги кун". 1 (25) 2019 ISSN 2181- 712X C(88)
8. Salomova Kh. J., Kosimov Kh.O. "Ecological – Hygienic Aspects and Safety Parameters of the Use of the Zargen Insecticide in Agriculture". American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10 (4): 266-268. DOI: 10. 5923/j.ajmms. 20201004.

Поступила 09.04.2021

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ – ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Мрыхин В.В., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Лубянко И.А., Сидоров А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ Резюме

Учитывая значительную распространенность нервной анорексии и ее нозологическую неоднородность, диагностика данной патологии зачастую представляет значительную сложность. Однако необходимость определения точной нозологической природы данного состояния чрезвычайно важна, т. к. именно от этого зависит выбор тактики и стратегии терапии. В данной статье описан случай более чем тридцатилетнего наблюдения за пациенткой с нервной анорексией шизофренической этиологии и возникавшие за это время сложности диагностики и терапии.

Ключевые слова: нервная анорексия, шизофреническая этиология, диагностика.

NERVOUS ANOREXIA OF SCHIZOPHRENIC ETIOLOGY - FEATURES OF DIAGNOSTICS AND THERAPY

Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ Resume

In view of the considerable prevalence rate of anorexia nervosa and its nosological diversity, diagnosing for this specific condition is often challenging. However, determining the specific nosological nature of this condition is vital in order to determine the appropriate therapeutic tactics and strategy. The article presents a case of a 30-year-long study of a female patient diagnosed with schizophrenia-induced anorexia nervosa, exploring the various challenges that arose throughout the years in connection with diagnosis and treatment.

Key words: anorexia nervosa, schizophrenic etiology, diagnosis.

SHIZOFRENİK ETIOLOGIYANING ASABIY ANOREKSIYASI - DIAGNOSTIKA VA TERAPIYA XUSUSIYATLARI

Mrixin V.V., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi. Rostov-Don, Rossiya

✓ Rezyume

Anoreksiya nervozasining sezilarli darajada tarqalishi va uning nozologik xilma-xilligini hisobga olgan holda, ushbu patologiyaning diagnostikasi ko'pincha juda qiyin. Biroq, ushbu holatning aniq nozologik xususiyatini aniqlash zarurati o'ta muhimdir, chunki terapiya taktikasi va strategiyasini tanlash bunga bog'liq. Ushbu maqolada shizofreniya etiologiyasining anoreksiya nervozasi bilan kasallangan bemorni o'ttiz yildan ortiq vaqt davomida kuzatish holatlari va shu vaqt ichida yuzaga kelgan diagnostika va terapiya qiyinchiliklari tasvirlangan.

Kalit so'zlar: nerv anoreksiyasi, shizofreniya etiologiyasi, diagnostika.

Актуальность

Нарушения пищевого поведения и особенно нервная анорексия, остаются актуальной проблемой современной медицины [1]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что в среднем около 6% процентов девушек и молодых женщин имеют отдельные клинические признаки этой патологии [3].

Нам довелось курировать пациентку с более чем тридцатилетним течением нервной анорексии и значительными сложностями нозологической диагностики и терапии.

Дарья Валентиновна, 1974 г. р.

Из анамнеза: Известно, что дядя по матери совершил суицид через повешение. Младший на 2,5 года брат «нервный», интенсивно алкоголизировался. Родилась от первой беременности, протекавшей без патологии, роды в срок, затяжные. Раннее развитие без особенностей. Детский сад посещала с 2 лет, адаптировалась там успешно. Была общительной, подвижной, но в то же время волнительной, мнительной девочкой. Играла как в подвижные игры (преимущественно с мальчиками), так и самостоятельно (могла несколько часов играть в куклы). Воспитывалась в структурно полной семье. Отношения с родителями характеризует как гармоничные и комфортные. Вспоминает, что в дошкольном возрасте была рослой и полноватой, с завистью смотрела на своих более стройных подруг. Когда ей было 6 лет, для выпускного утренника в детском саду мама купила ей пышное платье, в котором она увидела себя «толстушкой», что явилось поводом для переживаний, чувствовала себя «неловко». В 6 лет переболела гриппом в тяжелой форме с возникновением в последующем головных болей, сохранявшихся в течение 1 года. В школу пошла в 7 лет, адаптировалась там сложно – была замкнутой, стеснялась отвечать у доски, долго «таскала в школу игрушки». Учиться было интересно, но давалась учеба трудно, проявляла усидчивость и упорство (готовилась к урокам долго, при неудачах в учебе могла сидеть допоздна и учить уроки, было стыдно прийти с невыученными уроками). Математику не любила, нравились русский язык и литература. В первом классе по инициативе матери занималась танцами, сама танцевать не хотела, считала себя излишне полной, неуклюжей. Примерно через год прекратила занятия. Во втором классе по папиной инициативе стала заниматься

плаванием, были хорошие успехи, на тренировках чувствовала себя комфортно. Занималась год, потом начались прыжки с вышки, боялась прыгать и оставила тренировки. В третьем классе по своей инициативе записалась в фотокружок, заниматься нравилось, хотя в основном там были старшие по возрасту дети, однако через год уехал руководитель кружка и занятия прекратились. В 4-5 классе на протяжении двух лет занималась легкой атлетикой, бегала на средние и длинные дистанции, было тяжело, и в итоге оставила тренировки. В школьные годы организовала с подругой кукольный театр, показывали домашние спектакли во дворе. В 10-12 лет посещала драматический кружок во дворце культуры, перед выступлением на сцене испытывала легкое волнение, но на сцене чувствовала себя свободно. Окружающие люди и родители удивлялись громкому голосу, раскрепощению, подвижности на сцене, т. к. в школе была «тихоней». Помнит, что в возрасте 8-10 лет периодически задумывалась о смерти, что сопровождалось тревогой, «наплывом чувств». Всегда отличалась хорошим аппетитом, но переживала, что она слишком высокая (163 см., на физкультуре стояла третьей в строю), считала себя излишне полной, перетягивала себе живот, стеснялась растущей груди. Хотелось быть похожей на балерину, идеалом красоты считала Людмилу Гурченко. В 12 лет связалась с «плохой компанией», прогуливала уроки, была ведомой, привлекала веселость, свобода. Окружающие «не узнавали» ее, впервые попробовала алкоголь, курила. Снизилась успеваемость в школе, возникали конфликты с матерью. В 14 лет «одумалась», изменила круг общения, стала коллекционировать фотографии артистов, возобновила занятия в драмкружке. С 13-14 лет периодически возникало ощущение «монотонности жизни», ухудшалось настроение, но продолжала вести привычный активный образ жизни. Семья в это время жила в Казахстане, родители увлекались походами, брали с собой подростков детей. В туристических компаниях объездили почти весь Советский Союз – были на Байкале, Камчатке, Алтае, Сахалине, часто ходили в горные походы. В 14 лет была с семьей и знакомыми в походе на Тянь-Шане (Киргизия), чем-то «отравилась» в столовой и несколько дней практически ничего не ела.

Похудела на несколько килограммов, хорошо стал сидеть модный спортивный костюм, было ощущение легкости. Потом выздоровела, стала питаться как раньше – костюмчик снова стал маловат. Решила худеть – стала уменьшать порции, отказалась от мучного и сладкого, потом практически голодала, интенсивно нагружала себя физически, бегала по утрам. За короткое время быстро похудела – щеки ввалились, месячные прекратились. Родители были в «панике» – пытались кормить, ругали. Против кормления возражала, ела одно варенье и пила чай. Мама отправила лечиться в Москву – в психиатрическое отделение железнодорожной больницы. Лечилась 20 дней, диагноза не знает, документов не сохранилось. Делали капельницы, давали таблетки, за питанием не следили – в результате похудела с 34 до 31 килограмма. Мама забрала из больницы домой, но дома чувствовала себя плохо – беспокоила слабость, стало тяжело ходить, опять была госпитализирована в ту же больницу на 10 дней и вновь выписана без результата. В Ростове водили по разным врачам, ходили к «бабкам» – ничего не помогало.

Из-за выраженной слабости уже не могла ходить в школу, формально доучилась в вечерней школе, после чего поступила в кулинарное же конечно училище. В целом учиться нравилось – появился интерес к физиологии питания, собирала рецепты, покупала кулинарные книги, нравилось печь торты – сама их тоже ела понемногу. Училище окончила успешно, но работать по специальности не смогла из-за выраженной физической слабости. В это время периодически возникали приступы булимии (2-3 раза в месяц), после чего возникали подавленность, тревожность, чувство вины. Испытывала страх поправиться, при малейшей прибавке веса прибегала к ужесточению диеты, усилению физических нагрузок. Сравнивала снижение веса с игрой в казино («спортивный азарт», «наркомания»). Была убеждена в своей правоте, безобидности поведения, Настроение ухудшилось («ушла в свой мир»), сузился круг интересов, стала ко всему безразличной, ощущала физическую слабость. Однако вскоре «одумалась», стала больше есть и постепенно набрала вес до 50 кг. В 18 лет пошла заниматься в театральную студию, где преподавала знакомая отца. Заниматься нравилось, перестала задумываться о своем весе, питалась полноценно, вскоре возобновился месячный

цикл. В театральной студии играла главные роли, вскоре познакомилась с будущим мужем, встречалась с ним около года, потом они поженились. В 20 лет от нормально протекавшей беременности родила дочь. Роды естественным путем, без осложнений. Послеродовый период протекал благополучно, кормила ребенка грудью около полугода. Когда пациентке был 21 год трагически в ДТП погиб муж. В течение нескольких месяцев сохранялись депрессивные переживания, но режим питания был обычным, в весе заметно не потеряла. Проживала в это время с родителями в приморском поселке, помогала им в торговом бизнесе. Вскоре по инициативе родителей, оставив с ними маленькую дочь, поехала учиться на режиссера в Ростов. Учеба была заочной, одновременно работала администратором в театре, в детском доме творчества вела театральный кружок. В это время «ела все подряд, не задумываясь», вес сохранялся на уровне 50 кг. Встречалась с мужчинами, но стабильных отношений построить не удавалось, переживала по этому поводу, уставала на работе, периодически возникала «депрессия» – тяжесть в груди, плаксивость, однако вес оставался стабильным.

В апреле 1999 г. (25 лет пациентке) на фоне подавленного и тревожного настроения во время медитации, проводившейся по инициативе однокурсника, почувствовала «чужую мысль» внутри головы («поверь в меня»). Пациентка испытывала волнение, дрожь. «Голос» сказал, что спасет ее. Однокурсник убедил ее, что она может общаться с потусторонним миром, что у нее «миссия». В процессе продолжающихся сеансов медитации появилось «мысленное общение с Высшим разумом», получала через висок или внутри головы ответы на свои вопросы. В дальнейшем отмечались «голоса» приказного характера, контрастного содержания. «Голоса» слышала постоянно, пыталась ставить «мысленную заслонку» около правого виска. Настроение в этот период было подавленным, не могла сосредоточиться, стала замкнутой, нервной, напряженной, плаксивой. В мае-июне 1999 г. «голоса» постепенно исчезли, и самочувствие нормализовалось. Продолжала работать администратором, работа была «сидячая», чтобы не поправляться стала бегать по утрам, сокращать порции, но вес оставался стабильным (около 50 кг).

В 27-28 лет в летнее время много работала (помогала родителям в сезонной торговле на

черноморском побережье), уставала, постепенно похудела до 41 кг, пропали месячные. По инициативе родителей около полугода лечилась в частном медицинском центре. Со слов пациентки в результате набрала около 2 кг, но месячные не восстановились, и оставалась убежденность в необходимости уменьшения веса. В это время даже испытывала удовольствие от того, что окружающие говорили: «Ах, какая Даша худая и истощенная...».

В дальнейшем неоднократно лечилась в психиатрических учреждениях Москвы (30 и 34 года пациентке), в институте имени Бехтерева в Санкт-Петербурге (35 и 37 лет пациентке). Видимого результата лечение не имело. Медицинская документация нашлась только из московского ООО «Психическое здоровье», где Дарья проходила лечение с 13.07. по 13.08.2007 г. В выписном эпикризе в графе диагноз написано (F 50.00), без каких-либо пояснений. Получала лечение антидепрессантами, атипичными нейрорептиками без видимой положительной динамики.

Вес 2017 г., со слов пациентки провела в «депрессии» - на работу никуда не брали из-за выраженной слабости, из фитнес-клубов через короткое время выгоняли. Мать и повзрослевшая дочь (высокая и полненькая – «в папу») относились осуждающе.

С 19.09.2017 г. по 31.10.2017 г. проходила лечение в психотерапевтическом отделении РостГМУ с диагнозом: «Нервная анорексия. Атипичное биполярное расстройство, текущий депрессивный эпизод умеренной степени». На фоне практически купирования тревоги на первый план в клинической картине вышел «страх приема пищи, страх поправиться». Продолжала ограничивать себя в качестве и объеме пищи, совершала в вечернее время продолжительные пробежки, занятия физическими упражнениями. Сохранялись апатия, ангедония, гипотимия, нестабильный сон. Прибавила в массу тела до 42 кг. После выписки какое-то время чувствовала себя лучше – поправилась до 43 кг, но потом опять похудела на 7 кг, появились боли в животе, снизилось настроение. Продолжала лечиться амбулаторно без видимого результата.

С 05.08.2019 г. по 30.08.2019 г. проходила лечение в дневном стационаре ГБУ РО «ПНД».

Психический статус на момент поступления:

Сознание ясное, ориентировка всех видов

сохранена. Симптомов психотического уровня нет. Поведение упорядоченное, режим отделения соблюдает. За своим внешним видом следит, одета аккуратно. В общении инициативы не проявляет, но на задаваемые вопросы отвечает по существу, подробно. Мимика и пантомимика бедные. Эмоционально не выразительна. Депримируется. Предъявляет жалобы на периодические боли в животе. При сборе анамнеза и целенаправленном расспросе соглашается с предположением врача, что дефицит веса является проявлением болезни и выражает формальное желание поправиться, но через какое-то время говорит, что ее «все устраивает», лишь бы живот не болел, как в последнее время. Мышление незначительно замедлено по темпу, на вопросы отвечает после незначительной паузы. Клинически видимых структурных нарушений мышления нет. Патологии чувственного познания не выявляется. Когнитивно сохранна. Критика к заболеванию во многом носит формальный характер.

Заключение по данным экспериментально – психологического исследования: На первый план выступают изменения в эмоционально-волевой сфере – клинически выраженная депрессия (эндогенного свойства). В личностной сфере исследуемой - внутренний конфликт, противоречивый тип реагирования, в котором сочетаются разнонаправленные тенденции - высокая поисковая активность и динамичность процессов возбуждения, с одной стороны, и выраженная инертность и неустойчивость, с другой. Психологически это проявляется наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью. При неблагоприятных социальных условиях данная предрасположенность может служить почвой для алкоголизации, а также для развития некоторых психосоматических расстройств. Социально и личностно дезадаптирована. Исследование когнитивных процессов выявляет умеренно выраженное снижение темпа и продуктивности познавательной деятельности по органическому типу

В отделении получала венлафаксин – 150 мг/сутки, депакин – 500 мг/сутки, сульпирид – 100 мг/сутки внутримышечно, цитофлавин 10 мл в 200 мл физ. р-ра в/в капельно № 10, индивидуальную и групповую психотерапию. В результате терапии выровнялся фон настроения, была достигнута прибавка в весе 5 кг (с 35 до 40).

Учитывая, что заболевание имеет столь длительное течение, а его обострения не имеют видимого текущего психогенного генеза, с течением времени очевидно нарастает выраженность негативных расстройств по шизофреническому типу, а также наличие выявляемых специфических структурных нарушений мышления, а в анамнезе психотической симптоматики [2], фактическую некурабельность состояния, можно говорить, что данная патология относится к расстройствам шизофренического спектра, и на сегодняшний день может быть типирована как «Шизотипическое расстройство».

Выводы

Нарушения пищевого поведения является далеко не однородной по своей этиологии и патогенезу группой психических расстройств, требующих тонкой диагностики и дифференцированной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю.А., Бухановский А.О., Волель Б.А., Волкова Н.И., Дубатова И.В., Ибишев Х.С., Ковалев А.И., Коган М.И., Крылов В.И., Крючкова М.Н., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е., Менделевич В.Д., Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Поркшеян М.И., Солдаткин В.А., Турченко Н.М. Пограничная психиатрия и психосоматика. /Учебник для последипломного образования. Ростов-на-Дону, 2019.- 243 с.
2. Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А. Острые и преходящие психотические расстройства. /Монография. М., ИД «МЕДПРАКТИКА-М» 2017. – 154 с.
3. Крылов В.И. Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения /Крылов В.И. — СПб., — 1995. — 116 с.

Поступила 09.04.2021

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ИСТЕРИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА – ОСОБЕННОСТИ ДИФДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Солдаткин В.А., Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Лубянко И.А.,
Сидоров А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ Резюме

Клинические проявления истерических расстройств отличаются значительным разнообразием, что зачастую затрудняет их диагностику и приводит к ошибочной терапии. В некоторых случаях истерическая симптоматика может проявляться клиникой, напоминающей тяжелые соматические или инфекционные заболевания, приобретать затяжной и резистентный к терапии характер течения, приводит к выраженной социальной дезадаптации. В данной статье описан случай тяжелой гипертермии истерического генеза, а также имевшие место сложности дифдиагностики и терапии.

Ключевые слова: гипертермия, истерическое расстройство, социальная дезадаптация.

CASE OF SEVERE HYPERTHERMIA OF HYSTERIC GENESIS - FEATURES OF DIFDIAGNOSIS AND THERAPY

Soldatkin V.A., Mrykhin V.V., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A.,
Sidorov A.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ Resume

The clinical aspects of hysterical personality disorders are considerably varied, which often makes them difficult to diagnose and results in mistreatment. In some cases, symptoms of hysteria may appear similar to the clinical evidence of severe somatic and infectious diseases, proceed in a protracted manner, be therapy-resistant, and lead to pronounced social maladjustment. The article reviews a case of a hysteria-induced severe hyperthermia, along with the challenges associated with its differential diagnosis and treatment.

Key words: hyperthermia, hysterical disorder, social maladjustment

ISTERIK GENESLI OG'IR GIPERTERMIYA - DIFDIAGNOSTIKA VA TERAPIYA XUSUSIYATLARI

Soldatkin V.A., Mrixin V.V., Perexov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov
A.A.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal
davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-Don, Rossiya

✓ Rezyume

Isterik kasalliklarning klinik ko'rinishlari juda xilma-xildir, bu ko'pincha ularning tashxisini murakkablashtiradi va noto'g'ri terapiyaga olib keladi. Ba'zi hollarda isterik simptomatologiya og'ir somatik yoki yuqumli kasalliklarga o'xshash klinikada o'zini namoyon qilishi, kursning uzoq muddatli va terapiyaga chidamli xususiyatiga ega bo'lishi va jiddiy ijtimoiy buzilishlarga olib kelishi

mumkin. Ushbu maqolada histerika genezasining og'ir gipertermiyasi holati, shuningdek, differentsial diagnostika va terapiyaning qiyinchiliklari tasvirlangan.

Kalit so'zlar: gipertermiya, isterik buzilish, ijtimoiy buzilish.

Актуальность

В последние годы невротические, особенно истерические расстройства, встречаются все чаще и отличаются значительным клиническим разнообразием [1]. Мы курировали пациентку, у которой постановка диагноза и терапия сопровождались значительными трудностями.

Диана, 16 лет.

Из анамнеза: Наследственность психопатологически отягощена по обеим линиям злоупотреблением алкоголем, суицидальным поведением. Старший брат пациентки - инвалид по зрению с детства. Пациентка родилась от 2 беременности, 2 срочных родов. Возраст матери на момент беременности - 26 лет, отца - 30 лет. Беременность протекала без патологии. Роды были стремительными, однако о родовой травме или другой патологии данных нет. В психофизиологическом развитии от сверстников не отставала. Детский сад посещала с 5 лет, адаптировалась успешно, воспитателями характеризовалась как общительный, дружелюбный, не проблемный ребёнок. Росла в структурно и функционально полной семье. В воспитательной позиции отца были установки на необходимость прививать детям навыки ухода за собой, участия в бытовых процессах в семье - в уборке квартиры, уходе за своими вещами и т. д. Однако мать постоянно повторяла: «Пусть пока дети побудут детьми, ничего им не надо делать, вырастут и сами всему научатся, а сейчас пусть отдыхают». В этом вопросе между отцом и матерью были постоянные разногласия. В школу пошла с 7 лет. Посещала школу для детей-инвалидов, в связи с тем, что эта школа была близко, и туда ходил старший брат. Других показаний и причин для этого не было. В школьном коллективе адаптировалась хорошо, быстро завела друзей. Успевала на «4 и 5», поведение было хорошим. С 7 лет стала жаловаться на частые головные боли, в основном давящего характера, ощущение, что «давит на глаза»; боли чаще всего возникали после нагрузок или эмоциональных переживаний. С 11 лет (5 класс) в связи с закрытием школы, была вместе с несколькими одноклассниками переведена в общеобразовательную школу. В новом классе держалась особняком, сразу же стала подвергаться нападкам со стороны новых одноклассников - «дразнили из-за того, что ее

мама, якобы, имела странный внешний вид». Стала прогуливать занятия - уходила в школу, но на занятия так и не приходила. Потом выяснялось, что «просто гуляла по рынку». Иногда придумывала различные причины, чтобы не идти в школу («то голова болит, то живот»), чему мать пациентки верила и оставляла её дома. В течение полугода посещала занятия нерегулярно, что стало известно отцу. После «серьёзного разговора» с ним стала посещать занятия аккуратнее, однако успеваемость снизилась (в основном училась на «3 и 4»), часто болела простудными заболеваниями, интереса к учёбе не проявляла, училась «из-под палки». С возраста 10-11 лет была склонна к обману - легко могла сказать родителям неправду, вралю по мелочам, чтобы «казаться лучше, интереснее», могла украсть шоколадку в магазине, взять деньги из кошелька у родителей. В возрасте 12 лет украла у бабушки из дома крупную сумму денег. В краже не призналась, однако родители заметили, что «появилось несколько новых платьев, игрушки», бабушка считает, что на остальные деньги угощала друзей, т. к. всегда хотела казаться «крутой». Родные отмечали, что Диана всегда «любила находиться в центре внимания, ей нравилось, когда её замечали, хвалили». Недовольства своей внешностью никогда не высказывала. Со слов бабушки «все ей говорили, что она красивая, и она это знает, иногда даже пользуется этим». Отношения между родителями были «напряжённые» - со слов бабушки, между супругами часто возникали споры, жена ругала мужа за употребление алкоголя. Бабушка (мать отца) считала, что невестка напрасно на него нападает. С мая 2012 г. Диана стала жить у бабушки (когда Диана училась во 2 классе, после длительной тяжелой болезни, умер ее дедушка, и бабушка к этому времени жила одна в большой квартире). Уход от родителей к бабушке был обоснован тем, что у родителей очень тесно (семья живёт в 2 комнатной «гостинке»), и Диане приходилось жить в одной комнате со старшим братом, который долгое время, в том числе и по ночам играл за компьютером, что Диане мешало. Отношения с братом у Дианы в это время были конфликтные - были частые ссоры, споры, особенно в присутствии родителей («компьютер мне мешает, мне трудно с братом вместе жить, всё время ругаемся»). Бабушка работала, но, тем не менее, много времени уделяла внучке. Бабушка

отношения с Дианой характеризовала как «доверительные» - они разговаривали на разные темы, волнующие Диану, при этом часто говорили о «странностях» мамы, о её «нелепом» поведении, осуждали её за странные поступки, говорили, что она, возможно, «психически не здорова». Отец навещал Диану у бабушки, что воспринималось ей спокойно. Когда к ней приезжала мама, они часто ссорились по разным незначительным поводам.

Менструации у Дианы с 13 лет, цикл не установился до сих пор. Месячные приходят то с перерывами до 3-4 мес., в последнее время - раньше срока, продолжительностью по 3 дня.

До апреля 2012 года Диана была практически здорова. В апреле перенесла «стрептодермию» с локализацией на руке, получала антибактериальную и местную терапию под наблюдением дерматолога. «Стрептодермия» протекала с повышением температуры до 37,8° С. Заболевание продолжалось примерно один месяц - до начала мая. Дерматолог обследований не назначал, но когда появились повреждения, похожие на герпетические, назначил ацикловир внутрь и наружно, после чего в течение 7 дней кожа очистилась. В школу Диана не ходила в течение 1 месяца, пока лечилась у дерматолога, а потом ещё и до середины мая оставалась дома, так как рука «выглядела плохо и болела». С середины мая начала посещать школу, но было трудно учиться, начались контрольные, а Диана много пропустила. Однако учебный год закончила и была переведена в следующий класс. С июня 2012 года по собственной инициативе работала, продавая квас на рынке, ей это нравилось. 1 июня 2012 года у нее повысилась температура до 38,8°. С и заболел живот (в это время началась менструация). Температура сохранялась 1 день. После этого случая каждое утро тошнило, ухудшился аппетит. Если всё-таки что-то ела, возникала рвота. Так продолжалось практически весь месяц. В начале июля 2012 года появился кашель, насморк, почувствовала недомогание и повысилась температура до 39,0° С. Заболевание длилось около 2 недель. После лечения жаропонижающими средствами отмечалась сниженная температура (34,6-35,0° С). К концу июля температура нормализовалась и Диана вместе с родителями поехала на море, где самочувствие и температура оставались нормальными. 8.09.12 года температура вновь повысилась до 37,6° С, Диана пошла в школу, но почувствовала себя хуже. В школе измерили температуру, температура поднялась до 39,0° С. В течение недели, несмотря на амбулаторное лечение, температура не снижалась. 14.09.12 года была госпитализирована в ДГБ №1 с диагнозом: «ОРВИ, ринофарингит, трахеобронхит, среднетяжёлое течение». Получала

лечение: антибиотики, противовирусные и жаропонижающие препараты. После выписки из стационара состояние несколько улучшилось, однако через 2 дня вновь стали возникать подёргивания температуры до 38-39° С. В дальнейшем проходила лечение в различных лечебных учреждениях - клинике РостГМУ, ДБ №1, ДБ №2, ДОБ. Заметного и стабильного клинического эффекта добиться не удавалось. В периоды между госпитализациями температура изменялась ситуационно - дома сохранялся фебрилитет - 38,0-41,0° С, во время посещения врачей, вызова скорой помощи температура возвращалась к норме. Со слов бабушки: «Поликлиника через дорогу, дома температура - 39,5° С, приходим на приём - 36,7° С, снова дома через 10 минут - 39,0° С». Похожая ситуация возникала и при вызове бригады скорой помощи, посещении медработниками на дому. По утрам температура обычно была несколько выше, затем немного снижалась днём и к вечеру опять повышалась. В течение всего дня отмечалась слабость, сонливость, потливость ладоней и стоп, чувство зябкости, озноб, жажда. Эффект от жаропонижающих средств был не значительный - температура опускалась на полградуса. Во время гипертермии аппетит снижался, отмечались частые пробуждения, кошмарные сновидения, в которых за ней «кто-то гнался, хотел убить, она падала в горячую лаву». Периодически просыпалась ночью в тревоге, «как будто сон продолжался наяву». Стойкого снижения настроения в этот период не было, отмечала, взаимосвязь настроения с температурой и общим самочувствием: «Если утром просыпаюсь с высокой температурой, то настроение конечно не очень хорошее».

В январе 2013 г. семья обратилась в медицинский центр «Ковчег». Из медицинской документации центра: На первый визит пришли отец, бабушка по отцовской линии и Диана, на вопрос о возможности мамы принять участие в общении с врачом, ответила бабушка, в присутствии сына и внучки, почти шёпотом, сказала, что мама «странная» и её участие нежелательно, при ней ничего обсуждать не стоит, так как она может неадекватно отреагировать. При этом и сама Диана, и бабушка говорят о хороших и добрых отношениях Дианы с мамой, о том, что Диана её любит и знает, что мама любит её.

В период наблюдения в центре было проведено психологическое исследование: 14.01.2013 г. Заключение по результатам психологического обследования: Внимание неустойчивое, способность к концентрации активного внимания и поддержанию волевого усилия снижена. Неравномерность темпа психической деятельности. Признаки

повышенной утомляемости. Кратковременная механическая память сохранна, долговременная память ниже нормы. В мыслительной деятельности можно отметить сохранные процессы обобщения и отвлечения. Низкая способность выделения существенных признаков. Ведущие механизмы психологической защиты - реактивное образование, интеллектуализация, проекция. Средний уровень реактивной (ситуативной) и высокий уровень личностной тревожности. Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, значительное снижение настроения (Зунг). Субклинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия («HADS»). Уровень социально-психологической адаптации снижен.

На основании анамнестических сведений, данных беседы, а также результатов дополнительных методов обследования, консилиумом был установлен диагноз: «Диссоциативное (конверсионное) расстройство». По МКБ-10 - F 44.8.

Далее – «из документации медицинского центра «Ковчег»: «После консилиума, Диана вновь по инициативе бабушки была госпитализирована в терапевтическое отделение, откуда выписалась 05.04.2013 года, без улучшения. Со слов Дианы, при измерении температуры в отделении она была не выше 37,0 ° С, когда же она измеряла температуру сама в палате - 39,0 ° С, дома же сохранялись подъемы до 41-42,0 ° С. После выписки вновь обратились в центр с целью продолжения лечения. Было рекомендовано возобновить продолжение комплексной патогенетической терапии - галоперидол в каплях с постепенным увеличением до 3 капель 3 раза в день, феназепам (1 мг) по 1/4 таб. 3 раза в день, седалит (300 мг) по 1/4 таб. 3 раза в день. Однако, в связи с выраженной слабостью и сонливостью у Дианы, особенно в утренние часы, бабушка самостоятельно приняла решение об отмене феназепама. Было проведено 7 психотерапевтических сеансов, включавших в себя работу в гипнотических техниках, также Диана посещала психотерапевтическую группу для подростков.

В начале терапии Диана предъявляла жалобы на выраженную слабость, частые головокружения, периодические обмороки, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, дрожь в руках и ногах, однако впоследствии эти жалобы ушли. Также отмечали повышенную раздражительность, сниженное настроение. За

время работы и Диана, и бабушка отмечали, что настроение у Дианы улучшилось, стало более ровным, без резких перепадов, прекратились ночные кошмары, улучшился сон, повысилась активность. Во время встреч Диана рассказывала, что с удовольствием ежедневно гуляет с бабушкой в роще, занимается плетением браслетов, в свой день рождения вместе с подругой посетила торговый центр, играла в боулинг. Однако сообщала, что температура продолжала держаться на высоких цифрах (39-41 ° С), с периодическими подъемами до 43 ° С. Эти подъемы происходили только в дневное время, тогда, когда Диана находилась дома одна, бабушка узнавала об этом от Дианы по телефону, в это время пациентка жаловалась на сильную головную боль, головокружение, в результате чего бабушка стремилась как можно раньше вернуться домой с работы. Во время психотерапевтических сеансов Диане неоднократно производилась термометрия (при этом Диана знала, что используется какой-то аппарат, но не знала, что это - термометр), результаты всех измерений были в пределах нормы (до 37,0 ° С). Объективно было отмечено появление у Дианы интереса к своему внешнему виду - на каждую встречу она приходила в красиво подобранной одежде достаточно ярких цветов, с украшениями, макияжем. В беседах она постепенно становилась более открытой, дружелюбной, давала развернутые ответы на вопросы, включалась в психотерапевтическую работу, рассказывала о себе, сообщала, что хотела бы выздороветь ко дню рождения. Отмечалась также динамика вегетативных проявлений: если в начале терапии у Дианы был замечен выраженный гипергидроз, холодность конечностей, то в последнее время кожные покровы оставались сухими, температура и окраска кожных покровов на различных частях тела - в пределах нормы. В конце мая - начале июня 2013 года у Дианы появились на конечностях «высыпания», с ее слов, аналогичные тем, с которых началось её заболевание в апреле 2012 года. На осмотре были выявлены небольшие участки повреждения кожного покрова, напоминающие ожоги или скальпированные раны, которые вскоре достаточно быстро зажили без образования каких-либо рубцов или следов».

По инициативе Дианы, летом 2013 года было прекращено лечение в медицинском центре «Ковчег», т. к., по ее мнению, никаких «положительных результатов» получено не

было, температура продолжала повышаться. Долгое время за медицинской помощью Диана не обращалась, кроме эпизодических вызовов бригады скорой помощи при особенно значительной гипертермии. Школу Диана практически не посещала – формально числась на домашнем обучении, а, фактически, не учась, т. к. бабушка договаривалась с преподавателями об оценках и экзаменах. Большую часть времени проводила дома, чувствовала себя, в основном, «плохо», лежала в постели, ничем не занималась.

18.02.2014 года была проконсультирована психиатром в поликлинике РостГМУ. Диагноз: «Соматизированная депрессия, резистентное течение». Была рекомендована терапия антидепрессантами.

28.04.2014 года в очередной раз была госпитализирована в психоневрологическое отделение ДГБ №1. Из выписного эпикриза: «Диагноз: «Энцефалопатия смешанного генеза, синдром гипоталамической дисфункции, стойкий церебрастенический синдром, выраженный цефалгический синдром с сосудистыми кризами, пароксизмальными нарушениями сна».

Из проведенного обследования:

- ЭЭГ - доминируют умеренные изменения биоэлектрической активности с признаками дисфункции срединных структур.

- РЭГ - пульсовое кровенаполнение в бассейне внутренних сонных и вертебробазиллярных артерий увеличено больше справа, артериальный тонус повышен, венозный отток в норме.

- МРТ головного мозга - признаков органического поражения цнс не выявлено.

- Психолог - на фоне сохранного интеллекта (невысокая норма) отмечаются умеренные изменения когнитивных процессов по органическому типу: слабая концентрация внимания, снижение памяти, инертность, истощаемость психических процессов, невысокий уровень словесно - логических форм мышления при эмоционально - волевой неустойчивости (астенический вариант), дисгармоническом формировании личности с преобладанием инфантильно-истероидных черт, со снижением социальной адаптации. В семье длительная психотравмирующая ситуация с непоследовательным воспитанием и наличием межличностных нарушений.

Повышенная температура, при регулярном измерении в отделении, ни разу зафиксирована не была.

Было проведено лечение: финлепсин-ретард, аевит, пикамилон, пирацетам, винпоцетин. Сразу

после выписки из отделения гипертермия возобновилась.

По направлению детского районного психиатра была госпитализирована в психиатрическое отделение дневного стационара ГБУ РО «ПНД», где проходила лечение с 07.07. по 08.08.2014 г. с диагнозом: «Диссоциативное (конверсионное) расстройство».

Психический статус на момент поступления: Сознание ясное, все виды ориентировки сохранены. Следит за своим внешним видом в достаточном объеме, одета аккуратно, неброско, в соответствии с погодой и ситуацией. Выражение лица страдальческое, но может улыбнуться в ответ на шутку. Фон настроения стабильно снижен. На вопросы отвечает по существу, подробно. Предъявляет жалобы на постоянное повышение температуры тела до 42-43 ° С, а затем резкое снижение температуры до 36 ° С и ниже, сопровождающееся крайне плохим самочувствием – слабостью, разбитостью, мышечными болями. Отмечает, что при нахождении в лечебных учреждениях или на приеме у врача температура не повышается, а, зачастую, падает до 36 ° С, что «еще хуже - теряю сознание». Во время повышения температуры «кожные покровы холодные и сухие, руки, ноги и тело – тоже холодные, если появляется потливость, то и пот холодный». Появляется «дурнота», головокружение, особенно сильное при перемене положения тела, «кажется, что вот-вот потеряю сознание, темнеет в глазах». Головные боли появляются, либо усиливаются с повышением температуры выше 39 ° С. Спит обычно крепко, но засыпает с трудом, если температура высокая, то не заснуть - «вдавливает в кровать». Ночью снятся кошмары («лава, огонь, я падаю в этот огонь»). Днем беспокоит раздражительность. Говорит, что когда врачи выказывают сомнение или, недоверие - это раздражает больше всего. Часто наблюдаются «перепады настроения» - то активная, дружелюбная и веселая, то грустная и вялая, ничего не интересует. Отмечает выраженную плаксивость по пустякам. Аппетит снижен во время повышения температуры. Мышление в обычном темпе, без видимых структурных нарушений. Нарушений чувственного познания выявить не удастся. Клинически определяемых когнитивных нарушений нет. Критика к своему состоянию во многом имеет формальный характер.

Получала терапию: пароксетин - 20 мг/сут., грандаксин – 150 мг/сут., фенибут – 750 мг/сут., гептрал 400 мг в 200 мл физ. р-ра в/в капельно № 10. В отдельные дни отмечалось улучшение настроения и активности, но стабильности добиться не удавалось. В процессе нахождения в отделении несколько раз в день производилась термометрия, результаты всех измерений были в пределах нормы (до 37,0 °С), но во время нахождения дома температура, со слов бабушки, отца пациентки и самой пациентки продолжала повышаться до 42-43 °С.

Было проведено экспериментально-психологическое исследование: На первый план выступают изменения в эмоционально-волевой сфере исследуемой – выраженная депрессия, высокий уровень реактивной и личностной тревожности. В личностной сфере – акцентуация по истероидному типу, которому свойственна неустойчивость эмоций и конфликтное сочетание разнонаправленных тенденций: высокий уровень притязаний сочетается с потребностью в ощущении причастности к интересам группы, эгоистичность - с альтруистическими декларациями, агрессивность - со стремлением нравиться окружающим.

После выписки Диана вместе с бабушкой 09.08.2014 года уехала отдыхать в Крым, где самочувствие заметно улучшилось: температура стала повышаться до меньших цифр (не достигала 42 °С, как обычно в последнее время, была на 1-2 градуса меньше, но, все-таки повышалась каждые сутки, преимущественно в вечернее время), улучшился фон настроения, удавалось отвлекаться от болезни, была более активной. 18.08.2014 года вернулась домой. Родители не проявили ожидаемого Дианой интереса к ее рассказам о поездке, фотографиям, что ее несколько расстроило. Через день состояние вновь ухудшилось - появилась прежняя симптоматика.

01.09.2014 г. пошла на учебу в колледж. Отстояла на «линейке», устала, пришла домой и проспала весь вечер. На следующий день (02.09.2014 г.) пошла на занятия, но вскоре почувствовала себя плохо, с трудом доехала домой, температура была 42,5 °С. В дальнейшем температура повышалась каждое утро. Внутримышечное введение литической смеси (анальгин, димедрол, папаверин) – уколы делала бабушка, прием нурофена приводил к незначительному (до полградуса)

снижению температуры, но Диана чувствовала себя в это время лучше – уменьшались выраженность головной боли, головокружения, слабости. Однако через короткое время температура повышалась вновь. Больше учебное заведение не посещала из-за плохого самочувствия, большую часть времени проводила дома в постели.

Нам представляется очевидной и условная желательность, и необычность клинических проявлений, не соответствующая ни одному из соматических, неврологических или иных психических страданий, и психогенный механизм развития патологии, и т. д. Очевидно, что в этой семье сформировалась патологическая (невротическая) семейная система, которая почти каждому ее члену в чем-то выгодна: Диана не ходит в школу, где она несостоятельна, находится в центре внимания семьи и многочисленных, сменяющих друг друга как в калейдоскопе медицинских работников; бабушка получает возможность чувствовать свою значимость и незаменимость, а также косвенным образом вмешиваться в личную жизнь сына, при отсутствии своей личной жизни, даже получает власть над его семьей; отец может, отдав бразды правления жизненной ситуацией своей активной маме, спокойно алкоголизироваться и т. д. Можно построить, наверное, не одну психологическую схему и в каждой из них будет рациональное зерно. А вот на сознательном уровне периодически, ненадолго, но возникает понимание того, что жизнь идет в тупик – друзей нет, достижений нет, перспективы туманны. И в качестве закономерной психологической реакции возникают переживания депрессивного спектра. Переживания, которые со временем клинически оформляются в атипичный депрессивный синдром. И недаром этот диагноз появляется на этапах диагностики, и вполне оправданно, но, к сожалению, без очевидного эффекта, пациентке назначаются антидепрессанты.

Выводы

К сожалению, как нам думается, диагноз «Конверсионное расстройство» у Дианы на сегодняшний день можно расценивать не как невроз – заболевание, при котором можно в обозримой перспективе существенно помочь, а уже как невротическое развитие по истерическому типу – истерию, которая глубоко пустила свои корни в еще неокрепшую и не до конца сформировавшуюся личность, изменила и

переподчинила невротическим требованиям весь смысл жизни, всю иерархию жизненных ценностей, все способы адаптации [2]. И при таком понимании характера «конверсионного расстройства» мы, к сожалению, должны понимать, что прогноз трудно назвать благоприятным [3]. Даже если каким-либо образом удастся справиться с гипертермией, при сохранении существующего вектора развития личности Дианы, при существующей организации функционирования организма в целом, истерия с высокой долей вероятности проявит себя и в дальнейшем [4]. Может быть другими соматическими симптомами, может быть особенностями поведения, а может быть и как-то иначе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю.А., Бухановский А.О., Волель Б.А., Волкова Н.И., Дубатова И.В., Ибишев Х.С., Ковалев А.И., Коган М.И., Крылов В.И., Крючкова М.Н., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е., Менделевич В.Д., Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Поркшеян М.И., Солдаткин В.А., Турченко Н.М. Пограничная психиатрия и психосоматика. /Учебник для последипломного образования. Ростов-на-Дону, 2019.- 357 с.
2. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности /Лакосина Н.Д., Трунова М.М. — /М.: Медицина, 1994. — 98 с.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков /Личко А.Е. — /М.: «Медицина», 1983. — 129 с.
4. Семке В. Я. Истерические состояния / Семке В.Я. — /М.: Медицина, 1988. — 231 с.

Поступила 09.04.2021

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СЕМЕЙНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Мрыхина В.В., Мрыхин В.В., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н.,
Лубянко И.А., Сидоров А.А., Дьяченко А.В.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

Суицидальное поведение больных шизофренией является не до конца изученной сложной медицинской и социальной проблемой, не имеющей простого решения. В клинической практике бывает сложно оценить вклад того или иного фактора в формирование суицидальной настроенности пациента, разработать и реализовать модель необходимой помощи, направленной на уменьшение суицидального риска. В данной статье предпринята попытка выявить и объяснить механизмы формирования суицидального риска у больных шизофренией и сформулировать принципы превенции суицида.

Ключевые слова: суицидальное поведение, шизофрения, биологические факторы, превенция суицида.

**BIOLOGICAL AND FAMILY-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR
IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

*Mrykhina V.V., Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N.,
Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Dyachenko A .IN.*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation.
Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

Suicidal behavior of patients with schizophrenia is an incompletely understood complex medical and social issue without a simple solution. It can be challenging for medical practitioners to properly assess the degrees to which the various factors contribute to the formation of a patient's suicidal mood, as well as to develop and implement a proper model of assistance to minimize the risk of suicide. The article attempts to identify and explain the mechanisms of anti-life behavior formation in schizophrenic patients, and to formulate the principles of suicide prevention.

Key words: suicidal behavior, schizophrenia, biological factors, prevention of suicide.

**SHIZOFRENIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA O'Z JONIGA QASD QILISH
XATTI-HARAKATINING BIOLOGIK VA OILAVIY-PSIXOLOGIK OMILLARI**

*Mrixina V.V., Mrixin V.V., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko
I.A., Sidorov A.A., Dyachenko A .IN.*

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal
davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-Don, Rossiya

✓ **Rezyume**

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarning o'z joniga qasd qilish harakati - bu oddiy echimga ega bo'lmagan to'liq o'rganilmagan murakkab tibbiy va ijtimoiy muammo. Klinik amaliyotda u yoki bu omilning bemorning o'z joniga qasd qilish kayfiyatini shakllantirishga qo'shgan hissasini baholash, o'z joniga qasd qilish xavfini kamaytirishga qaratilgan zarur yordam modelini ishlab chiqish va

amalga oshirish qiyin kechishi mumkin. Ushbu maqola shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda o'z joniga qasd qilish xavfini shakllantirish mexanizmlarini aniqlash va tushuntirishga va o'z joniga qasd qilishning oldini olish tamoyillarini shakllantirishga harakat qilmoqda.

Kalit so'zlar: o'z joniga qasd qilish harakati, shizofreniya, biologik omillar, o'z joniga qasd qilishning oldini olish.

Актуальность

Ежегодно в мире от самоубийств погибает около 500 тысяч человек, а число лиц, пытавшихся покончить с собой, достигает 5 млн. человек [1].

В этом контексте особую значимость имеет шизофрения. Распространенность заболевания составляет от 0,3 до 2,0 %, первичная заболеваемость - от 0,3 до 1,2 % [2].

Особую актуальность представляют исследования, связанные с наследственной отягощенностью по суицидальному поведению в семьях больных шизофренией, в частности, суицидальностью матерей больных - риск совершения суицидальной попытки у них составляет около 50% [3].

Нормативное поведение матери по отношению к ребенку имеет своей целью способствовать сохранению и развитию его психического, физического и духовного здоровья, поэтому грубое отклонение поведения матери приводит к нарушению и затруднению нормального процесса развития ребенка [4]. Один из важных факторов формирования девиантного поведения матери, по мнению современных исследователей, - наличие у женщины психической болезни [5].

Было проведено исследование 22 женщин, страдающих шизофренией и имеющих детей. Полученные результаты исследования показали отсутствие существенных нарушений в материнском функционировании в случаях оказания социальной поддержки и помощи супруга в уходе за детьми со стороны [6].

Основным психопатологическим синдромом, при котором выявлено жестокое отношение к детям, был аффективно - бредовой синдром в его депрессивно - параноидном варианте. Следует отметить, что большинству жестоких матерей, склонных к суициду диагноз «шизофрения» был поставлен уже после совершенного насилия над детьми, в процессе возбуждения уголовного дела [7].

В других исследованиях не было обнаружено тяжелых психозов в анамнезе жестоких матерей, однако в их преморбиде были выявлены неуживчивость, замкнутость, обидчивость и ранимость [8].

Половое созревание, половой акт, беременность, акт рождения ребенка сопровождаются для женщины определенными

физически тяжелыми процессами, которые зачастую ведут к возникновению психозов и суицидальному поведению [6]. По мнению одних исследователей, женщины, перенесшие психоз во время беременности, являлись психически больными уже до нее, то есть состояние беременности только усугубило начавшееся заболевание [9]. Другие считали, что в переживании беременности особое состояние само являлось причиной психического заболевания [10].

На сегодняшний день представляется возможным говорить об очевидном взаимном влиянии между больным шизофренией и его матерью. Это продиктовано следующими факторами:

1. Развитие шизофрении у сына является тяжелым стрессом, обладающим высоким потенциалом поражения «барьера психической адаптации» [11]. Резонным представляется предположение о высокой частоте стресс - индуцированных расстройств у матерей больных.

2. Существует некая модель поведения матери, условно называемая «шизофреногенная мать», которая, якобы, может увеличить риск развития шизофрении у ее сына. В этом случае отмечается атипичное взаимодействие в системе мать - ребенок, у матерей детей, у которых в зрелом возрасте были диагностированы шизофрения и шизоформные расстройства. [12].

Составными частями этой модели являются: эмпатия, которая не развита и не проявлена, что нарушает успешное социальное взаимодействие ребенка, не обеспечивает чувство безопасности; эгоцентрический тип формирования отношений; выраженное чувство вины, проявляющееся при отступлении от «материнской» формальной модели поведения [13; 14].

Зигмунд Фрейд предполагал, что если родители впадают в крайности в воспитании ребенка (например, родители чрезмерно суровы, холодны и отчуждены или наоборот проявляют излишнюю заботливость и гиперопеку по отношению к ребенку), то ребенок испытывает психологическое напряжение, и у него развиваются ответные реакции (психологические защиты). По мнению

Фрейда, у ребенка возникают психологические процессы регрессии и попытки восстановить контроль своего Эго над ситуацией. Уходя от непосильного для детской психики эмоционального напряжения, ребенок «сбегает» в мир, где ему было хорошо – регрессирует в детство, и там впадает в крайности нарциссизма и эгоцентричной заботы исключительно о своих нуждах. Следовательно, ребенок отвечает крайними мерами на крайности родителей. Однако, взрослея, ребенку не удается оставаться в состоянии регрессии в детство, поскольку родители и окружающая действительность принудительно «выдергивают» ребенка оттуда (ведь требования к взрослому ребенку возрастают), и тогда взрослеющий ребенок пытается восстановить контроль своего Эго над ситуацией – так возникают мании преследования и величия. [15].

Выявлена также корреляционная связь с атипичностью взаимодействия в системе мать – младенец, в дальнейшем повышающая риск манифестации шизофрении в зрелом возрасте. [16].

Большинство психологических факторов риска действуют длительное время - в течение детства и взрослой жизни, непосредственно до манифестации психоза. Большое значение придается ряду факторов, воздействующих на ребенка в возрасте до трех лет, таких как невозможность сформировать объект привязанности, наличие холодной, эмоционально незрелой матери, ранняя потеря родителей, жестокое отношение или сексуальное развращение в малолетнем возрасте, прежде всего лицами из группы первичной поддержки ребенка, особенности воспитания ребенка [17].

Отмечено, что дети, усыновленные с высоким семейным риском заболевания шизофренией, подвержены высокому риску заболевания. Усыновленные дети, мать которых больна шизофренией, имели более высокую заболеваемость шизофренией, биполярным расстройством и другими тяжелыми психическими расстройствами [18].

Детская психическая травма тесно связана с нейрокогнитивными нарушениями, сходными с когнитивным нарушениям при шизофрении. Особенно выделяют нарушения эмоциональной когниции и социальной перцепции человека. Подобные нарушения часто являются предикторами шизофрении, которые в основном манифестируют в зрелом возрасте [19].

По данным литературы, для матерей детей с ограниченными возможностями характерны сомнения в ценности собственной личности, высокая конфликтность, развитие идей самообвинения за рождение ребенка с пороками. Нередко проявления повышенного самоконтроля выступают в роли защитного механизма, который помогает в сокрытии данных переживаний [20, 21].

Были изучены варианты сотрудничества в родительско-детских парах. Почти в каждой семье, воспитывающей больного шизофренией, зачастую присутствуют самые разнообразные эмоции, небезопасные как для матери, так и для больного. Было выделено несколько распространенных психологических установок, способствующих суицидальному поведению [22, 23, 24].

Еще в одном исследовании была выявлена зависимость развития ребенка с шизофренией от его собственного отношения к себе и отношений с матерью. Автор отмечает, что мать начинает тяготиться своим материнским статусом, поскольку прилагает много усилий для воспитания ребенка. Появляется раздражительность, невротизация, чувство обремененности родительской обязанностью, что нередко приводит к суициду [25].

При рассмотрении суицидального поведения матерей пациентов, больных шизофренией, следует учитывать клиническую форму эндогенного процесса, наличие продуктивной симптоматики болезни, особенности социальной ситуации, а также совокупность всех факторов в целях своевременного оказания помощи для предотвращения у них суицидального поведения [26].

Исследователями было выделено три типа суицидального поведения больных шизофренией. Первый тип характеризуется психогенными реакциями, которые встречаются чаще после 2 - 3 госпитализаций у лиц с благоприятным течением процесса. Данный период является суицидоопасным, поскольку у пациента появляется критика к своему состоянию. Второй тип определяет своеобразное мировосприятие, направленность к нетрадиционным личностным особенностям, а третий тип характеризуют психопатические расстройства [27].

В.М. Бехтерев [28] полагал, что повод для самоубийства может быть незначительным в том случае, если это связано с наследственностью и другими условиями, тогда как истинные причины гораздо глубже, а именно в совокупности неблагоприятно сложившихся условий [29].

Как правило, после суицида, в отличие от других вариантов смерти детей, у матерей наблюдается устойчивая тенденция возникновения наиболее сильной тревоги, переживания вины и стигматизации фактом такого способа смерти, в связи с этим они оказываются в состоянии когнитивного диссонанса, когда их сознание входит в противоречие или прямой конфликт с реальностью, что приводит к появлению суицидальных фантазий, которые могут являться признаком повышенной социальной опасности больного [30].

Генетическая концепция развития шизофрении практически не встречает возражений. Представляется, что шизофрения является полигенным заболеванием, а риск при наследовании каждого отдельного гена является малым. Так, оба монозиготные близнецы не всегда болеют шизофренией, для развития данного заболевания также необходимы пусковые факторы окружающей среды [31].

Риск развития шизофрении в течение жизни в общей популяции составляет около 1%, у монозиготных близнецов – 35 – 60 %, у дизиготных – 10 – 30 %, сиблингов, больных шизофренией – 10 %, у ребенка, один из родителей которого страдает шизофренией – 10 - 17 %, у ребенка, оба родителя которого болеют шизофренией, - 30 – 40 % [32].

Была подвергнута оценке информация от семей монозиготных близнецов, которые не конкордантны по шизофрении. В каждой паре близнецов определялся возраст развития шизофрении и отличия близнецов друг от друга. Интересно, что в некоторых парах (30 %) изменения отмечались еще в раннем возрасте (0 - 5 лет), а в большинстве случаев симптомы возникли в подростковом и молодом возрасте [33].

Семейные периоды обострений отражают эндогенные циклические процессы организма, оказывающие неспецифическое влияние на патогенетические механизмы психических заболеваний, способствуя в некоторых случаях их клиническому проявлению. Представляется, что эти биоритмы возникли и генетически закрепились в процессе филогенеза, своеобразного для каждой отдельной семьи. Выявление «семейного стереотипа» в развитии клинической картины болезни применяется в медико-генетическом прогнозировании и оценке развития шизофрении у близких родственников [34].

Согласно генетической теории развития шизофрении, в возникновении данного заболевания принимают участие определенные гены - кандидаты шизофрении, создающие предрасположенность к болезни, которая не всегда реализуется. [35, 36].

Нарушения внутриутробного развития связаны с психическими расстройствами взрослых за счет дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что в результате приводит к повышению уровня глюкокортикоидов и воспалению [37]. Ряд исследований указывает на биологические механизмы, лежащие в основе данных ассоциаций, включающие неправильное функционирование ренин-ангиотензиновой системы, возбужденную плацентарную функцию и эпигенетическую регуляцию экспрессии генов [38]. Кроме того, связанные с цитокинами воспалительные ответы на внутриутробную инфекцию могут привести к аномальному развитию головного мозга, развитию психоза в более позднее время, а также вызвать измененную гликемическую регуляцию и избыточное отложение жира у взрослых [39].

На сегодняшний день широко дискутируется вопрос о влиянии факторов внешней среды на клинический фенотип заболевания [40]. В анамнезе пациентов с расстройствами шизофренического спектра чаще встречались такие факторы как перенесенные инфекционные и соматические заболевания матерью во время беременности, употребление алкоголя матерью во время беременности, гипоксия плода или перинатальная травма при рождении, проблемы с группой первичной поддержки в семье больного в детском возрасте миграция в другую культурную среду [41].

Гипотеза внутриутробных нарушений предусматривает важную биологическую взаимосвязь между аномальным внутриутробным развитием, риском шизофрении и соматическими расстройствами. Был опубликован ретроспективный анализ, в котором указано, что анемия и инфекции у матери связаны с повышенным риском развития шизофрении, а наличие анемии и инфекций у матери приводило к 2,49 - кратному увеличению риска развития шизофрении у новорожденных детей. В данном исследовании также было установлено, что инфекция и анемия у матери могут представлять два независимых фактора риска развития шизофрении [42]. Однако авторами не был принят во внимание один объединяющий фактор, представляющий собой дефицит цинка, который часто ассоциируется с анемией, являясь фактором предрасположенности к инфекциям и нарушениям развития мозга [43].

Как свидетельствуют данные, проявления токсикоза матери во время беременности, употребление ею лекарственных средств и перенесенные детские заболевания в раннем возрасте отрицательно коррелируют с фактором продолжительности шизофрении [44].

Гипоксия плода, перинатальная травма, осложнения наследственности, резус - несовместимость или несовместимость по группе

крови между плодом и матерью коррелируют с неблагоприятным течением шизофрении [45].

Перенесенные заболевания матерью во время беременности, в том числе, инфекционного характера, особенно вирус гриппа, повышают фактор, связанный с ранней манифестацией заболевания [46]. Так, перинатальная гриппозная инфекция приводит к ограничению выделения нейронами реелина, регулирующего кортико - гипокампальную миграцию нейронов, что вызывает слабость тех структур мозга, которые поражаются при шизофрении в первую очередь [47]. Отмечается что поздний возраст родителей при зачатии, осложнения во время родов, низкая оценка по шкале Апгар при рождении и употребления алкоголя в доманифестном периоде повышают фактор, связанный с низким уровнем социального функционирования [48].

Было отмечено превалирующее число рождений больных шизофренией в период с декабря по май [18, 49, 50, 51].

Суицидальное поведение больных шизофренией определяется психопатологическими механизмами, а риск их реализации коррелирует с выраженностью продуктивной либо негативно-личностной симптоматикой [52].

Согласно современным исследованиям, родственники жертв суицида обладают повышенным риском, в который вносят свой вклад, как гены, так и общая среда [53].

Проблема «наследуемости» суицидальных проявлений достаточно сложна и не имеет простых объяснений. В связи с этим наиболее правильным представляется вести речь не о наследуемости, а о вкладе генов в такой специфический для человека вид поведения, поэтому именно таким образом формулирует проблему [54; 55, 56, 57].

На сегодняшний день почти половина объема современных федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению шизофрении посвящена психосоциальной работе [58].

Формирование семейно-ориентированной модели медико-психологической помощи людям с суицидальным поведением является задачей ментальной экологии и, частично, экологической психологии, изучающей психологические процессы человека, находящегося в определенной физической и социальной среде [59]. Результаты исследования [60], в частности, данные о роли семьи в формировании суицидального поведения, частоте суицидальных проявлений, реакции родителей на такие проявления и распространенности повторных суицидальных попыток, позволяют прийти к выводу о том, что программа коррекции для каждого конкретного случая могла бы ориентироваться не на одного пациента, а на дисфункциональную семейную

систему, то есть учитывать клиническое состояние пациента, а также системные характеристики и ресурсы семьи в целом.

Методологической основой коррекционной работы может стать системная теория [61] и системный подход [62] в семейной психотерапии. В современной теории и практике семья понимается как система. Основным принципом такого подхода выступает идея циркулярности, которая предполагает взаимное влияние всех элементов системы друг на друга [63]. Пациенты, с одной стороны, влияют на функционирование семьи как малой социальной группы, с другой - на них влияют другие члены семьи. Однако вопросы готовности родителей пациентов с суицидальным поведением участвовать в коррекционных мероприятиях, как и мнение родственников пациентов о потребности изменения уровня функционирования семьи, пока остаются недостаточно изученными.

Вывод

Профилактику суицидального поведения у больных шизофренией необходимо строить на основе динамического и комплексного подхода, опираясь на понимание клинко-психопатологических механизмов. Помощь больным должна быть направлена на лечение основного процесса, психокоррекционную и социально - психологическую помощь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агibalова Т.В., Александровский Ю.А., Бочеева Е.А. и др. Международная (Россия – Армения – Беларусь – Украина) коллективная монография / под ред. В.А. Солдаткина. Ростов н/Д.: РостГМУ, 2015. 624 с.
2. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М.: МЕД Пресс - информ, 2009. 92-107 с.
3. Ефремов В.С. Основы суицидологии: монография. СПб.: Издательство «Диалект», 2004. 480 с.
4. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком: причины, последствия, помощь. М.: ГЕНЕЗИС, 2006. 256 с.
5. Брутман В.И., Морозова К.В. Состояние материнской сферы у больных шизофренией. Журнал практического психолога 2003; 4 (5): 158-169.
6. Морозова К.В. Материнство и шизофрения. Психологические аспекты материнского поведения у больных шизофренией. Вестник Московского университета МВД России 2009; (9): 32-35.
7. Мартыненко В.П. Общественно опасные действия женщин, больных шизофренией, направленные против детей: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1974. 161 с.

8. Вострокнутов Н.В. Аномальное материнское поведение. Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. Сборник науч. работ. СПб, 1999. С. 155-160.
9. Beverly B., Dale F. The different faces of motherhood.- NY: Plen Press, 1988. 291 p.
10. Bosanac P., Buist A., Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. Aust NZJ Psychiatry 2003; (1). P. 357-370.
11. Марценковский И.А. Психозы подросткового возраста Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины. 2012. 2 (88). Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/31779/psixozu-podrostkovogo-vozrasta#1>. (дата обращения 26.06.2019).
12. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. М.: Медицина, 2002. 400 с.
13. Хоменко Н.В. Матери больных шизофренией: особенности исполнительских функций и восприятия эмоций. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология 2013; (3): 63-72.
14. Хоменко Н.В. Средовые факторы и шизофрения: роль перинатальных факторов и событий детского возраста. Военная медицина 2013; (4): 61-66.
15. Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики: [пер. с англ] 4-е изд., междунар. СПб.: Прайм. ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА - Пресс, 2005. 638 с.
16. Бочелюк В.И., Турубаров А.В. Психология людей с ограниченными возможностями: Учебное пособие. М.: Центр учебной литературы, 2011. 360 с.
17. Ruggeri M., Lasalvia A., Dall'Agnola R. [et al]. Development, internal consistency and reliability of the Verona service satisfaction scale – European Version. EPSILON Study.
18. Barker D.A., Shergill S.S., Higginson I. [et al]. Patients views towards care received from psychiatrists. Brit J. Psychiatry. 1996. 168 (5). P. 641-646.
19. Корман Т.А., Бочаров В.В. Качество жизни родителей детей, больных шизофренией. Вестник Санкт – Петербургского университета 2010; (1): 70-80.
20. Калинина Н.В. Хайрудинова Г.И. Психологические особенности родителей, воспитывающей детей с ограниченными возможностями здоровья, интегрируемых в инклюзивную образовательную среду. Европейский журнал социальных наук 2013; (12):156-160.
21. Московкина А.Г. Социально - экономическая модель семьи ребенка с ОВЗ Педагогические технологии. 2017; (3): 147-151.
22. Мишина Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: дисс. канд. пед. наук. 1998. 179 с.
23. Симаков О.Я., Солдаткин В.А. Семья больного шизофренией как перспективный фокус внимания (Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием) Неделя науки, 2016. С. 506-509.
24. Kanner L. Follow - up study of eleven autistic children originally reported in 1943 Journal of autism and childhood schizophrenia 1971; 1 (2): 119-145.
25. Политик О.И. Социально - психологические проблемы у детей с ОВЗ. Вестник УГУЭС 2013; 3 (13): 64-72.
26. Торопова И.А. Суицидальное поведение больных, страдающих шизофренией Международный студенческий научный вестник 2016; (2).
27. Логутенко Р.М. Клинические особенности галлюцинаторно - параноидного синдрома и аутоагрессии на фоне религиозных бредовых идей при параноидной шизофрении». Академический журнал Западной Сибири 2013; 3 (46): 61.
28. Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ними. Труды Первого русского съезда невропатологов и психиатров. М., 1914. 84-117 с.
29. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть первая: эпидемиология и факторы риска. Суицидология 2013. (1): 15-28 с.
30. Солдаткин В.А., Бобков А.С., Анцыборов А.В. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением. Тюменский медицинский журнал 2013; 1 (15): 26-27.
31. Harrison P.J., Weinberger D.R. Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence. Molec. Psychiatry 2005; (10): 40-68.
32. Owen M.J., Williams N.M., O'Donovan M.C. The molecular genetics of schizophrenia: new findings promise new insights. Molec. Psychiatry 2004; (9): 14-27.
33. Torrey E.F., Rawlings R.R., Ennis J.M., [et al]. Birth seasonality in bipolar disorder, schizophrenia, schizoaffective disorder and stillbirths. Schizophr Res. 1996; (21): 141-149.
34. Бухановский А.О. Некоторые особенности клиники семейной шизофрении. Автореф. канд. мед. наук. 1977. 24 с.
35. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from schizophrenia - associated genetic loci. Nature 2014; (5): 421-427.
36. Laruelle M. The role of endogenous sensitization in the pathophysiology of

- schizophrenia: Implications from recent brain imaging studies. *Brain Research Reviews* 2000; 1(2): 371-384.
37. Fabrega H. The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Jr. Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 277-290.
38. I - Jun Chou, Chang - Fu Kuo [et al.]. Familial Aggregation and Heritability of Schizophrenia and Co-aggregation of Psychiatric Illnesses in Affected Families. *Schizophrenia Bulletin* 2017; 5 (1): 1070-1078.
39. Kircher T., David A.S. Self - consciousness: an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge University Press 2003; (10): 445-473.
40. Cullen A.E., Fisher H.L., Roberts R.E [et al.]. Daily stressors and negative life events in children at elevated risk of developing schizophrenia. *Br J. Psychiatry* 2014; (204): 354-360.
41. Green J.G., Mc Laughlin K.A., Berglund P.A [et al.]. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM - IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; (67): 113-123.
42. Nelson C.W. Remembering Austin L. Hughes. *Infection, Genetics and Evolution* 2007; (40): 262-265.
43. Martin B., Wittmann M., Franck N [et al.]. Temporal structure of consciousness and minimal self in schizophrenia. *Ront. Psychol* 2014; (5): 1175 p.
44. Houston J. E., Murphy J., Shevlin M [et al.]. Cannabis use and psychosis: Re - visiting the role of childhood trauma. *Psychol. Med* 2011; (41): 2339-2348.
45. Konings M., Stefanis N., Kuepper R [et al.]. Ceplication in two independent population-based samples that childhood maltreatment and cannabis use synergistically impact on psychosis risk. *Psychol. Med* 2012; (42): 149-159.
46. Varese F., Smeets F., Drukker M [et al.]. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta - analysis of patientcontrol, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012; 38 (4): 661-671.
47. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия: научное издание М.: БИНОМ, 2006. 304 с.
48. Csernansky J. Abnormalities of thalamic volume and shape in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2004; (161): 896-902.
49. Mortensen P.B., Pedersen C.B., Westergaard T., [et al]. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *NEJM* 1999; (340): 603-608.
50. Вильянов В.Б., Егоров С.В. Сезонные факторы в рождении больных шизофренией. *Успехи современного естествознания* 2002; (2): 31-36.
51. Cheng C., Loh,E.W, Lin C.H [et al]. Birth seasonality in schizophrenia: effects of gender and income status. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013; (6): 426-456.
52. Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Бобков А.С. К вопросу о механизмах аутоагрессивных действий больных шизофренией и их связи с механизмами агрессивного поведения. *Суицидология* 2012; Т. 3; 2 (7): 11-20.
53. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение. *Суицидология* 2013; (1): 3-14.
54. Равич – Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л. Психогенетика. М.: Аспект - Пресс, 2002. 447 с.
55. Plomin R., De Fries, J.C., Mc Lean, G.E., Mc Guffin, P. *Behavioral genetics/5th Edition*. NY.: Worth Publishers, 2008. 505 p.
56. Roy A., Rylander G. Sarchiapore M. Genetic studies of suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics of North America* 1997; 20; (3): 595-611.
57. Tsuang M.T. Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives and controls. *J. Clin. Psychl* 1983; (44): 396-400.
58. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении: проект. М.: Московский научно – исследовательский институт психиатрии, 2013. 41 с.
59. Барковская А.Ю., Янин К.Д. Ментальная экология в системе социально - экологического знания. *Астраханский вестник экологического образования* 2012; 3 (21): 85-87.
60. Бебчук М.А., Салихова А.Р. Влияние семьи на формирование феномена суицидального поведения у детей и подростков. *Педиатрия* 2009; 2 (89): 141-144.
61. Людевиг К. Введение в теоретические основы системной терапии (пер. с нем.). М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. 192 с.
62. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы (пер. с англ.). М.: Эксмо, 2004. 959 с.
63. Бебчук М.А. Семейно – ориентированная медицинская помощь в детском психиатрическом стационаре при феномене суицидального поведения *Экология человека* 2017; (4): 32-37.

Поступила 09.04.2021

СИСТЕМА МЕЖКЛЕТОЧНОЙ КОММУНИКАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ (SARS-ВИРУСОВ)

Мухамадиев Б.Т., Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухарский инженерно-технологический институт

✓ Резюме

Роль электромагнитного поля (ЭМП) в биологических системах рассматривается в большом количестве работ, выполненных различными зарубежными учеными. Энергия, сообщаемая системе ЭМП полем КНЧ значительно меньше энергии тепловых движений. Но ни в одной работе не обсуждаются вопросы обмена импульсами в биологических системах, и в первую очередь, между молекулами (гибкими) γ -белка и мембранами, выполняющими роль конденсатора электрических импульсов. Цель статьи заключается в восполнении этого пробела в науке, обсуждая литературные данные о влиянии ЭМП КНЧ и СНЧ на биологические системы, в первую очередь, белковая оболочка вируса + мембрана клетки хозяина.

Ключевые слова: коммуникация, электрические импульсы, клетка, вирус, бактерия, ЭМП, КНЧ, СНЧ.

INTERCellular communication system of microorganisms (SARS-VIRUSES)

Mukhamadiev B.T., Mukhamadieva N.B.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara Engineering Technological Institute

✓ Resume

The role of the electromagnetic field (EMF) in biological systems is considered in a large number of works performed by various foreign scientists. The energy imparted to the EMF system by the ELF field is much less than the energy of thermal movements. But no work discusses the issues of impulse exchange in biological systems, and first of all, between molecules of (flexible) γ -protein and membranes that act as a capacitor of electrical impulses. The purpose of the article is to fill this gap in science by discussing the literature data on the effect of ELF and ELF EMFs on biological systems, primarily, the protein envelope of the virus + the host cell membrane.

Key words: communication, electrical impulses, cell, virus, bacteria, EMF, ELF, ELF.

МИКРООРГАНИЗМЛАРНИНГ (SARS -ВИРУСЛАР) ХУЖАЙРАЛАРАРО КОММУНИКАЦИЯ ТИЗИМИ

Мухамадиев Б.Т., Мухамадиева Н.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти,
Бухоро муҳандислик технология институти

✓ Резюме

Биологик тизимларда электромагнит майдоннинг (ЕМФ) оғрни турли хил хорижий олимлар томонидан амалга оширилган кўплаб ишларда кўриб чиқилади. ЭЛФ майдони томонидан ЭМФ тизимига берилган энергия иссиқлик ҳаракатлари энергиясидан анча кам. Аммо ҳеч қандай ишда биологик тизимларда ва биринчи навбатда (мослашувчан) γ -оқсил молекулалари ва электр импульсларининг конденсатор вазифасини бажарадиган мембраналар орасидаги импульс алмашинуви масалалари муҳокама қилинмайди. Мақоланинг мақсади ЭЛФ ва ЭЛФ ЭМФларнинг биологик тизимларга, биринчи навбатда, вируснинг оқсил конвертига + мезбон ҳужайра мембранасига таъсири тўғрисидаги адабиёт маълумотларини муҳокама қилиш орқали бу бўшлиқни тўлдиришидир.

Калит сўзлар: алоқа, электр импульслари, ҳужайра, вирус, бактериялар, ЭММ, ЎПЧ, ОПЧ.

Актуальность

В настоящее время в результате обобщения большого количества работ известно, что постоянное магнитное поле (ПМП) существенным образом может изменять скорость и характер роста микроорганизмов. Так как они, как и все другие живые микроорганизмы, в процессе жизнедеятельности получают, обрабатывают и используют информацию об окружающем мире, то естественно в связи с высокой чувствительностью их к ЭМП, особенно к СНЧ (сверх низко частотным) и КНЧ (крайне низко частотным) ЭМП [1,2] возникает вопрос о наличии у микроорганизмов канала коммуникаций благодаря различным физическим полям, которые по-другому называется дистанционным взаимодействием. Возможно, что основная роль в таком взаимодействии принадлежит именно КНЧ и СНЧ ЭМП. В связи с этим необходимо рассматривать влияние этих полей как фактор, имеющий такое же значение в жизнедеятельности бактерий, как температура, давление, влажность, радиация и др. цель данной работы заключается в теоретическом рассмотрении процессов обмена информации между клетками и окружающими их соединениями (среды) с помощью слабых электромагнитных колебаний.

Действие слабого ЭМП на микроорганизмы имеет характер (природу) стресса, в результате которого резко уменьшается количество колоний, но после некоторого времени число микроорганизмов восстанавливается. К тому же, после некоторого уменьшения численности микробов в 3-5 раз по сравнению с контролем. Такая природа изменения числа популяции хорошо известна в микробиологии. Под влиянием определенного неблагоприятного фактора происходит уменьшение численности с последующей адаптацией к нему выживших особей, что впоследствии сопровождается активным их размножением, вследствие чего численность популяции превышает оптимальную, что вызывает уменьшение размножения. Рассмотренные явления приводят к затухающим волнам численности популяции во времени. Итак, в случае действия КНЧ ЭМП наблюдается стрессовая реакция микробов на оказанный эффект. Следовательно, сейчас имеется существенный прогресс в понимании влияния ЭМП КНЧ на физико-химические и биологические системы [3].

В настоящее время существует целый ряд гипотез, объясняющих механизм действия ЭМП

КНЧ на вышеназванные системы. Наиболее обсуждаемые в научной среде среди них являются следующие: кластерная, ЯМР, ЭПР, стохастического резонанса, циклотронного резонанса, модуляции скорости отдельных частиц и потоков частиц под влиянием ЭМП КНЧ. Вначале усилия ученых направлялись на исследование влияние ЭМП КНЧ на химические процессы, то, следовательно, оно способно влиять и на биологические системы, т.к. химические реакции лежат в основе роста и развития клеток, преобразование энергии в форму, пригодную для разных биологических процессов, кодирование генетической информации, изменения мембранного потенциала, способного передавать электрические импульсы на расстояния (коммуникация). При прохождении электрического импульса через жидкую среду в ней могут возникать конвекционные потоки, которые могут привести к перераспределению содержащихся в них веществ, что может служить причиной изменения электрохимических реакций, происходящих на границе раздела мембрана-жидкость [4].

Энергия взаимодействия иона, находящегося в растворе со слабым электрическим потенциалом очень мала по сравнению с тепловой энергией. ЭМП КНЧ может существенно влиять на ориентацию больших асимметрических молекул, обладающих дипольным моментом, что может повлиять на стерический фактор Р. Молекулы могут ориентироваться в магнитном поле в направлении, благоприятном для реакции, что увеличивает или уменьшает вероятность, благоприятного соударения соответственно. Под влиянием ЭМП КНЧ магнитоанизотропные молекулы и частицы вещества, которые свободно диффундируют в растворе, могут ориентироваться в пространстве. Такая ориентация будет происходить при числе мономеров порядка $n=10^8-10^{16}$, что значительно превосходит число аминокислот белковой шубы вируса и может соответствовать молекуле РНК. Но ориентация РНК в растворе в первую очередь определяется не всей молекулой, а кулоновским сегментом жесткости, состоящем из нескольких сот пар нуклеотидов ($n=10^2$). Наблюдаемая в ЭМП КНЧ очень низкая степень ориентации сегментов жесткости может привести к существенным изменениям трехмерной структуры РНК, препятствуя тем самым процессу репликации РНК. Если молекулы за счет межмолекулярных

взаимодействий образуют кооперативные области с преимущественной ориентацией молекул, то эти области часто называют доменами. Внешний МП в принципе способен вызывать в макроскопическом образце ориентацию доменов, что приводит к изменению многих характеристик растворов. Если домен занимает площадь мембраны с линейными размерами в несколько микрон, то ориентационный эффект может быть значительным [5].

При изучении влияния ЭМП КНЧ на белковые структуры SARS-вирусов, необходимо учитывать воздействие водной среды, в которой благодаря существованию пространственно направленных γ -связей, макромолекулы приобретают необходимую конформацию и способность выполнять свои дифференцированные функции. При определенном увлажнении белка он становится подвижным (лабильным) за счет образования на его поверхности слоя связанной воды, что зафиксировано при попадании вируса в клетку хозяина. По релеевскому рассеянию γ -квантов: при достижении критического значения влажности резко увеличиваются среднеквадратичная амплитуда колебаний неводородных атомов, а также изменяются механические свойства белка (аллотропические изменения). При исследовании механизмов действия ЭМП КНЧ обнаружена зависимость ряда эффектов от изменения свойств водной фазы. Эти дынные по влиянию ЭМП КНЧ и СНЧ диапазонов позволяют рассматривать водную среду как одну из универсальных рецепторных систем в процессе межмолекулярной коммуникации. Значительные изменения в свойствах растворителей при добавлении к ним порции воды, обработанной ЭМП КНЧ, а также значительная зависимость проявления эффектов влияния ЭМП на водные растворы от концентрации веществ, реагирующих избирательно, указывают на существенное влияние водной среды на магнитобиологические эффекты, в том числе связанные с коммуникационными явлениями [6].

Имеется большой класс химических реакций, на скорость которых значительное влияние может оказать ЭМП. Эти реакции связаны со стадией взаимодействия парамагнитных частиц. Эта пара может находиться в разных электронных спиновых состояниях, которые определяют различные реакции системы. Согласно закону сохранения спина, продукт реакции может образовываться лишь по некоторым каналам («спиновый

запрет»). Взаимодействие внешнего магнитного поля со спинами реагентов может привести к открытию новых или перераспределению старых каналов реакции, которые в случае малого времени жизни пары по сравнению с ее временем спин-решеточной релаксации, могут изменить значения скоростей прямой и обратной реакции.

Существуют две возможности преобразования энергии магнитного поля в энергию орбитальных степеней свободы частиц, которые, в конечном счете, контролируют биохимические (иммунохимические) реакции. Прямое преобразование допускает классическую аналогию действий на частицу в виде силы Лоренца. Косвенное преобразование связано со спином частиц. Мощность прямого процесса приближается к квантовому пределу в ограниченных участках биофизических систем (мембраны), достаточно защищенных от внешней среды. В этих местах, которые часто являются ключевыми для биохимических (иммунохимических) реакций, ядерные спины становятся значительным фактором. Отмечается, что существенными для отклика биологической системы деталями конфигурации магнитного поля являются: 1) зависимость частоты эффективного магнитного поля от величины постоянного тока; 2) временная ориентация однородных постоянного и переменного магнитных полей; 3) состояния поляризации переменного ЭМП КНЧ. Все перечисленные факты характерны для явления спинового магнитного резонанса [6].

Необратимые химические реакции создают подходящие условия для биологического усиления слабых сигналов. Многие биофизические молекулярные системы, обеспечивающие надлежащее протекание иммунохимических реакций, имеют защищенные от внешних воздействий участки, что позволяет прийти к заключению, что нет принципиальных запретов, ограничивающих рассмотрение молекулярных биохимических систем как первичных рецепторов МП с участием спиновых степеней свободы [7].

В ходе жизнедеятельности клетки обмениваются информацией. При этом ими вырабатываются электромагнитные сигналы. Способность биологических объектов поддерживать постоянство внутренней среды при изменяющихся внешних условиях, а также адекватно реагировать на сигналы, в сильной степени обусловлены функционированием кооперативных систем с пороговым реагированием. Примером такой системы является система потенциал зависимых ионных

каналов. В таких системах значение переключающего параметра в устойчивом состоянии близко к пороговому, поэтому малого изменения достаточно, чтобы вызвать переключение системы. Сейчас внимание исследователей привлекает явление стохастического резонанса, заключающегося в том, что в бислойной или мультстабильной системе, находящейся под влиянием шума и периодического сигнала, отношение сигнала и шума в ответе системы проходит через максимум при увеличении внешнего шума. Тогда, когда отсутствует периодический сигнал, также переключения чисто случайны, в то время как при появлении сигнала более или менее с ним коррелируют. Эта коррелированная с сигналом составляющая ответа неразличима при малых и больших интенсивностях шума, но при некотором промежуточном (резонансном) значении интенсивности шума корреляция улучшается. Если рассматривать влияние на клетку слабого ЭМП в рамках гипотезы стохастического резонанса, то можно предположить, что первичной антенной является бистабильный ионный канал. Периодическое воздействие вызывает синхронное изменение проводимости ионного канала (pull-push), сопровождающееся изменением конформации соответствующего белка (например, белка вируса). Также синхронные перестройки многих белковых каналов могут затем приводить к синергетическому эффекту с созданием сложных структур на мембране [8].

Особый интерес представляют влияние ЭМП КНЧ и СНЧ на коммуникационные системы вирус-клетка хозяина, особенно в свете пандемии COVID-19 в последнее время. Изучая связи между возрастанием солнечной активности и распространением различных заболеваний было показано, что вспышки эпидемий чумы, холеры, дифтерии, гриппа и других вирусных инфекций совпадают с периодами возрастания солнечной активности. Исследуя фотобактерии было показано, что в магнитоспокойные дни биолюминесценция стационарна, но значительно переменчива во время магнитных бурь. На основании большого количества исследований установлено, что постоянное магнитное поле достаточно сильно может повлиять на рост и размножение микробов [1].

Выводы

Таким образом, действие ЭМП КНЧ на биологическую систему (с индукцией от 1 до

120 мТл) приводит к резонансным электрическим колебаниям в молекуле белка, благодаря наличию у белков электрострикционного эффекта, в объеме белковой глобулы происходит распространение механической волны, что, возможно, влияет на процессы коммуникации между белковой оболочкой вируса и мембраной клетки-хозяина. Кроме того, литературные данные свидетельствуют о том, что основные коммуникационные процессы происходят в диффузионном слое, в котором отсутствуют клетки и не связаны с мембранными процессами и РНК. В любом из рассмотренных теоретических вариантов главенствующая роль отводится белковой молекуле, которая легко подвергается аллостерическим изменениям благодаря своему специфическому пространственному строению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Касьянов Г.И., Решетова Р.С., Христюк В.Т. и Хрипко А. «Применение ЭМП НЧ в технологии пищевых производств», /«Экоинвест», Краснодар, 2018 (монография).
2. Мухамадиев Б.Т., Шарипова Н.У. «Нетепловые механизмы действия электромагнитного поля низкой частоты на растительное сырье», //Universarum, 6 (72), 89,2020.
3. Мухамадиев Б.Т., Гафурова Г.А. «Использование электромагнитного поля (ЭМП) низкой частоты (НЧ) в пищевой промышленности», //Universarum, 3 (69), 45,2020
4. Мухамадиев Б.Т., Тураева Х.Т. «Влияние электромагнитного поля (ЭМП) низкой частоты на молекулы белка», //«Развитие науки и технологий», БИТИ, №6,131, 2020.
5. Мухамадиева З.Б. «Качество, безопасность и прослеживаемость в цепи снабжения», //Universum, №3, 2020.
6. Мухамадиева З. Б., Мухамадиева К.Б. «Экономические и социальные аспекты обмена информации». /Сборник научных трудов, БГУ международной конференции, Белград, 2020.
7. Campbell K. «Information management», DFID, NRI, //«University Greenwich», U.K. 2009.
8. Muxamadieva Z, Sharipov M, «Communication in Agri-Food Supply Chain », //IJARSET, II, 1740, 2020.

Поступила 09.04.2021

ОЦЕНКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Целью данного исследования был поиск патогенетических предикторов развития тревожно-депрессивных расстройств при ИМ, разработать пути их коррекции и снизить частоту осложнений постинфарктного периода.

На основании полученных данных можно утверждать, что биохимическим проявлением тревожно-депрессивного расстройства при развитии ИМ является более выраженное возрастание серотонинергической медиации в ответ на острое нарушение коронарного кровотока. Процессы апоптоза и возрастание серотонинергической медиации усугубляющие течение заболевания при сравнении с показателями более длительных сроков наблюдений.

Ключевые слова: постинфарктная депрессия, коморбидность, факторы риска, патогенетические предикторы, капазная активность.

INFARKTSIYALADAN DEPRESIYA RIVOJLANISHINING PATOGENETIK PREDIKTORLARINI BAHOLASH

Muxamadieva N.B.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ **Rezyume**

Ushbu tadqiqotning maqsadi miokard infarktida anksiyete-depressiv buzilishlar rivojlanishining patogenetik prediktorlarini izlash, ularni tuzatish yo'llarini ishlab chiqish va infarktdan keyingi asoratlarni kamaytirish edi.

Olingan ma'lumotlarga asoslanib, MI rivojlanishida anksiyete-depressiv buzilishning biokimyoviy namoyon bo'lishi koronar qon oqimining keskin buzilishiga javoban serotonerjik vositachilikning yanada aniq o'sishi deb ta'kidlash mumkin. Apoptoz jarayonlari va serotonerjik vositachilikning ko'payishi uzoqroq kuzatuv davrlari ko'rsatkichlari bilan taqqoslaganda kasallikning borishini og'irlashtiradi.

Kalit so'zlar: postinfarkt depressiyasi, komorbidlik, xavf omillari, patogenetik prediktorlar, kaspa faolligi.

ASSESSMENT OF PATHOGENETIC PREDICTORS OF POST-INFARCTION DEPRESSION DEVELOPMENT

Mukhamadieva N.B.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

The aim of this study was to search for pathogenetic predictors of the development of anxiety-depressive disorders in myocardial infarction, to develop ways of their correction and to reduce the incidence of post-infarction complications.

Based on the data obtained, it can be argued that the biochemical manifestation of anxiety-depressive disorder in the development of MI is a more pronounced increase in serotonergic mediation in response to acute disturbance of coronary blood flow. Apoptosis processes and an increase in serotonergic mediation aggravate the course of the disease when compared with indicators of longer observation periods.

Key words: *postinfarction depression, comorbidity, risk factors, pathogenetic predictors, caspase activity.*

Актуальность

Целый ряд заболеваний сопровождается развитием аффективных нарушений, в том числе депрессий, в результате чего изменяется характер ощущений больного, восприятие и оценка им событий окружающей действительности, что приводит к нарушениям межличностных взаимоотношений и ухудшению качества жизни. Известно, что депрессия очень часто является коморбидной другим, соматическим, заболеваниям, и в таких случаях заболевания двух разных сфер - психической и соматической - усугубляют друг друга, порой приводя к тяжелым последствиям. В особенной степени это касается заболеваний сердечно-сосудистой системы (1,2,3,4,5). Коморбидная инфаркту депрессия предопределяет трех-четырекратное увеличение сердечно-сосудистой смертности, а также тесно коррелирует с усугублением клинических симптомов ИМ и ухудшением прогноза данной патологии. Одним из факторов, определяющих течение и прогноз инфаркта миокарда (ИМ), является развитие тревожно-депрессивных расстройств (ТДР). Проявления большого депрессивного эпизода имеют место у 15-20% пациентов с данной нозологической формой. У больных в постинфарктном периоде депрессии обнаруживаются в 16-45% случаев. Американские ученые показали, что увеличение смертности после инфаркта миокарда связано даже с минимальными симптомами депрессии. Следовательно, наряду с проводимыми диагностическими мероприятиями (инструментальными и биохимическими) у пациентов с ИМ необходимо уделять внимание и психологическому тестированию больных для выявления тревожно-депрессивных нарушений. Хотя количество исследований, посвященных депрессии у постинфарктных больных, относительно невелико, существует ряд доказательств того, что без лечения она в течение года после перенесенного инфаркта миокарда приобретает хронический характер (6,7,8,9). Таким образом, анализ данных литературы показал, что развитие депрессивного расстройства связано с усугублением патофизиологических изменений, характерных для ишемической болезни сердца и ИМ, в частности. Однако окончательно не изучены

патофизиологические механизмы взаимосвязи депрессии и инфаркта миокарда, а самое главное, механизмы развития депрессии при инфаркте миокарда.

В связи с вышеизложенным актуальным представляется поиск патогенетических предикторов развития тревожно-депрессивных расстройств при ИМ, что позволит разработать пути их коррекции, тем самым снизить частоту осложнений постинфарктного периода, что и послужило **целью** нашего исследования. На основании вышеизложенного для нас представляло интерес изучение динамики каспазной активности плазмы крови и содержания 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) у больных перенесших инфаркт миокарда клиническими проявлениями депрессивного синдрома, которая составила основную группу и больные перенесшие инфаркт миокарда без клинических проявлений депрессивного синдрома (контрольная группа (10,11,12). Набор биохимических исследований был выбран, поскольку изменение каспазной активности плазмы крови связано, с одной стороны, с уровнем эндогенной интоксикации и процессов свободно-радикального окисления, а с другой, с выраженностью процессов апоптоза. В настоящее время механизмы взаимодействия изменений каспазной активности, отражающей выраженность процессов апоптоза и эндогенной интоксикации, у больных ИМ с депрессивными расстройствами изучены недостаточно.

Материалы и методы. Клинические исследования базировались на обследовании 58 больных с ИМ (средний возраст $59,2 \pm 4,7$ года), поступивших на лечение в кардиологический стационар, и данных наблюдения за ними на этапе реабилитации. По признаку наличия тревожно-депрессивной симптоматики пациенты подразделены на 2 группы. Первую контрольную группу составили 14 больных, перенесшие ИМ без депрессивных расстройств. Во вторую группу вошли 44 сопоставимых по возрасту пациентов, перенесших ИМ с симптомами тревоги и депрессии без коморбидной кардиоваскулярной патологии. Диагноз инфаркта миокарда основывался на результатах клинического обследования,

изменениях ЭКГ, лабораторных показателях и данных эхокардиографии. Биохимические исследования и оценка психического статуса проведены у пациентов на 30, 90, 180 и 360 день после ИМ. Все больные при поступлении в стационар получали стандартное лечение, включая терапию сопутствующих заболеваний. С целью оценки психического статуса обследуемых применены субъективные методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная A.Zigmond и R.Snaith (1983 г.) (11) для пациентов соматического стационара и рекомендованная к применению у больных постинфарктном периоде. Кровь для исследования у больных забирали в первые 72 часа после дестабилизации клинического состояния ИМ однократно после получения информированного согласия каждого пациента. Определение активности каспазы-3 в плазме крови определяли колориметрическим методом по скорости расщепления синтетического субстрата Ас_IETD_pNA(N-ацетил_ИлеГлу_Тре_Асп_н итроанилин, "Sigma") (M.M.Bradford, 1976). Супернатант (концентрация белка 2 мг/мл) инкубировали 60 минут при 37°C в реакционном буфере, содержащем 150 mM HEPES, pH 7,5, 15% сахарозу, 15 mM дитиотритол, 0,15% CHAPS, 1 mM этилендиаминтетраацетат Na. Реакцию проводили в двух параллельных образцах, один из которых содержал 25 мкМ N-ацетил-Асп-Глу-Вал-Асп-7-амино-4-трифторметилкумарин (флуорогенный субстрат для каспазы-3), а другой 25 мкМ N-ацетил-Асп-Глу-Вал-Асп-7-амино-4-трифторметилкумарин и 5 мкМ N-ацетил-Асп-Глу-Вал-Асп-СНО (ингибитор каспазы-3) (Biomol, США). Оптическую плотность регистрировали каждые 10 мин в течение 1 ч на ИФА-анализаторе при длине волны 405 нм. Активность каспазы рассчитывали по разнице скоростей расщепления субстрата в пробах без ингибитора и в присутствии ингибитора с учетом калибровочной кривой оптической плотности стандарта pNA. Для количественной оценки содержания 5-ОИУК в плазме использовали GX-MC/MC Thervj Scientific TSQ 8000 EVO систему. Концентрацию 5-ОИУК вычисляли путем сравнения величины пика в пробе с величиной пика стандарте. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с применением пакета прикладных программ Statistica 6,0 for Windows. Достоверность различий между средними величинами

оценивалась по Стьюденту. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. При исследовании каспазы активности в плазме крови пациентов перенесших инфаркт миокарда с клиническими проявлениями депрессивного синдрома (таблица 1), можно отметить своеобразную динамику изменения активности изучаемого фермента относительно группы пациентов перенесших ИМ без признаков депрессивного синдрома. Так у данной группы пациентов отмечено повышение активности каспазы в крови через 1 месяц после ИМ в среднем в 6,8 раз. По нашему мнению, наблюдаемая динамика активности каспазы связано с тем, что на фоне превалирования активности катехоламиновых систем в острейший период ИМ у больных с сопутствующими симптомами тревоги и депрессии начинают преобладать некротические процессы. Это, возможно, приводит к формированию относительно меньшего по объему массива гибернирующего миокарда, для которого свойственен процесс апоптотической гибели. С другой стороны, активация апоптоза в ранний период после перенесенного ИМ, более выраженная у пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой, приводит к тому, что клетки у них с использованием данного механизма быстрее погибают, чем в последующие периоды развития заболевания. Таким образом, у больных перенесших ИМ с клиническими признаками депрессивного синдрома в течение 30 дней отмечались более высокие уровни эндогенной интоксикации и процессов апоптоза, усугубляющие течение заболевания. В сердце после развития ИМ одна часть кардиомиоцитов погибает с формированием соединительнотканного рубца, другая подвергается процессу гибернации, что приводит к снижению сократительной способности сердечной мышцы и развитию апоптоза. В последующие сроки исследования активность каспазы имел тенденцию к снижению и самые низкие цифры наблюдались через 3 месяца у больных перенесших ИМ с клиническими проявлениями депрессивного синдрома при сравнении с группой без клинических проявлений депрессии. Через 6 месяцев активность каспазы превысил исходный уровень в 1,5 раза, через 12 месяцев – в 1,9 раз при сравнении с показателями группы сравнения. Таким образом, у больных

перенесших ИМ с клиническими проявлениями депрессивного синдрома мы наблюдаем самые высокие значения активности каспазы, которая свидетельствует об эндогенной интоксикации и процессов апоптоза, усугубляющие течение заболевания. Следовательно, наряду с проводимыми диагностическими мероприятиями (инструментальными и биохимическими) у пациентов перенесших ИМ с клиническим проявлениями депрессивного синдрома необходимо уделять внимание на исследование апоптического маркера для выявления тревожно-депрессивных нарушений в ранние сроки после ИМ. Интересная динамика отмечено относительно 5-оксииндолуксусной кислоты в сыворотке

Таблица 1

Уровень каспазной активности и содержание 5-ОИУК у пациентов ИМ в различные сроки исследования

Показатель	Больные с ИМ без депрессии контроль N=14	Больные с ИМ с депрессией			
		1 месяц N=44	3 месяца N=44	6 месяц N=44	12 месяц N=44
Активность каспазы пкмоль/мин/мл	0,15±0,01	1,02±0,05	0,20±0,01	0,23±0,03	0,28±0,04
Содержание 5-оксииндолуксусной кислоты мкг/мл	14,6±0,91	48,02±5,05	32,7±2,01	28,6±1,17	24,8±1,12

На основании полученных данных можно утверждать, что биохимическим проявлением тревожно-депрессивного расстройства при развитии ИМ является более выраженное возрастание серотонинергической медиации в ответ на острое нарушение коронарного кровотока. Усугублению аффективной симптоматики предшествовало возрастание уровня 5-ОИУК, которая проявлялась увеличением утилизации 5-ОТ на 30 день исследования. Снижение уровня утилизации 5-ОТ у больных перенесших ИМ с клиническими проявлениями состояния депрессии через 6 и 12 месяцев позволяет прогнозировать уменьшение выраженности симптомов аффективного расстройства. В эти сроки исследования показатели 5-ОИУК в

крови, которая достоверно повышалось через 1 месяц у больных перенесших ИМ с клиническими проявлениями депрессивного синдрома, что позволяет думать об увеличении у пациентов данной подгруппы утилизации серотонина(5-ОТ). Следует отметить тот факт, что содержание 5-ОТ у этих-же пациентов спустя 3 месяца на 32% ($p>0,05$) ниже, чем в группе больных на 30 день. Следовательно, ухудшению психического состояния (прогрессирование симптомов депрессии) предшествовало повышение уровня 5-ОИУК и повышение каспазной активности спустя 1 месяц. Это позволяет сделать вывод о развитии у пациентов данной группы дефицита серотонинергической медиации.

крови имело тенденцию к снижению относительно показателей на 30 день исследования, в среднем на 41 % и 49% соответственно.

Заключение

Таким образом, полученные результаты каспазной активности в ходе настоящего исследования позволило установить, что усилению тревожно-депрессивных симптомов предшествует выраженное снижение показателей каспазной активности через 3,6 и 12 месяцев после более значительного повышения ее уровня на 30 день у обследуемых пациентов сравнительно группы контроля. Схожая динамика отмечено относительно содержания 5-ОИУК в крови

обследуемых больных. Следовательно, на 30 день после перенесенного ИМ у больных с симптомами тревоги и депрессии отмечаются более высокие уровни эндогенной интоксикации, процессов апоптоза и возрастание серотонинергической медиации усугубляющие течение заболевания при сравнении с показателями более длительных сроков наблюдений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андрюшенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. //Журн. неврол. и психиат. им. С.С.Корсакова. 2003; 103 (5): 11–8.
2. Лупанов В.П. Вторичная профилактика ишемической болезни сердца. //Рус. мед. журн. 2005; 13 (11): 747–50.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. /М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. /М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
5. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. //Am J Cardiol 2001; 88: 337–41.
6. Williams RB, Barefoot JC, Califf RM et al. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. //JAMA 1992; 267: 520–4.
7. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. //JAMA 1993; 270: 1819–25.
8. Lee S, Kim CK, Rivier C. Nitric Oxide Stimulates CTG Secretion and the Transcription of the Genes Encoding for NGFI-B, Corticotropin-Releasing Factor, Corticotropin-Releasing Factor Receptor Type 1, and Vasopressin in the Hypothalamus of the Intact Rat. //J Neuroscience 1999; 19 (17): 7640–7.
9. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implication for Therapy. //Circulation 1999; 99: 2192–217.
10. Saraste A, Pulkki K, Kallajoki M et al. Apoptosis in human acute myocardial infarction. //Circulation 1997; 95: 320–3.
11. Zigmound AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. //Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361–70.
12. Grubb NR, Newby DE. Cardiology. Second Edition. //Elsevier Churchill Livingstone 2006; 552 p.

Поступила 09.04.2021

Магзумова Ш.Ш., Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт., Ташкентская медицинская академия

✓ Резюме

Последние годы депрессия стала одной из наиболее актуальных проблем медицины. Высокая распространенность психической патологии отмечена как среди контингента поликлинических учреждений, так и многопрофильных больниц, где в основном психические расстройства представлены амбулаторными "невротическими" формами, среди которых преобладают соматизированные тревожно-депрессивные расстройства. Такое положение свидетельствует об актуальности создания эффективной системы специализированной помощи этой категории больных.

Ключевые слова: соматизированные психические расстройства тревога, аффективные расстройства, ИБС, коморбидность

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN ISCHEMIC HEART DISEASE *Magzumova**Sh.Sh., Mukhamadieva N.B.*

Bukhara State Medical Institute., Tashkent Medical Academy.

✓ Resume

In recent years, depression has become one of the most pressing medical problems. A high prevalence of mental pathology was noted both among the contingent of polyclinic institutions and multidisciplinary hospitals, where mainly mental disorders are represented by ambulatory "neurotic" forms, among which somatized anxiety-depressive disorders predominate. This situation testifies to the urgency of creating an effective system of specialized care for this category of patients.

Key words: somatized mental disorders, anxiety, affective disorders, coronary artery disease, comorbidity.

YURAK ISHEMIK KASALLIGIDA XAVOTIR-DEPRESSIV BUZILISHLAR

Magzumova Sh.Sh., Muxamadieva N.B.

Buxoro davlat tibbiyot institute., Toshkent tibbiyot akademiyasi

✓ Rezyume

So'nggi yillarda depressiya eng dolzarb tibbiy muammolardan biriga aylandi. Ruhiiy patologiyaning yuqori tarqalishi poliklinika muassasalari kontingenti va ko'p tarmoqli kasalxonalarda qayd etildi, bu erda asosan ruhiy kasalliklar ambulator "nevrotik" shakllar bilan ifodalanadi, ular orasida somatizatsiyalangan xavotirli-depressiv kasalliklar ustunlik qiladi. Ushbu holat ushbu toifadagi bemorlarga ixtisoslashtirilgan yordamning samarali tizimini yaratish dolzarbligidan dalolat beradi.

Kalit so'zlar: somatizatsiyalangan ruhiy kasalliklar, tashvish, affektiv kasalliklar, koronar arteriya kasalligi, komorbidit

Актуальность

В последние годы депрессия рассматривается как существенный фактор риска возникновения сердечно-сосудистых расстройств наряду с дислипидемией, артериальной гипертензией и курением. Так, рост распро-страненности ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда

связывают, в том числе и с ростом депрессивных расстройств. В свою очередь, у больных ИБС депрессия также встречается чаще, чем в среднем в популяции, и составляет приблизительно 20% [Aromaa A., Raitasalo R., Reunanen A. et al., 1994; Кулик А.Л., 2006].

Исследования, проведенные в области определения связи между заболеваниями сердца и депрессии, установили, что: риск внезапной смерти в течение 6 месяцев после сердечного приступа выше у лиц в состоянии депрессии; даже умеренные проявления депрессии являются фактором риска повышения артериального давления; признаки депрессии в первый месяц после оперативного лечения ишемической болезни сердца (аортокоронарное шунтирование) часто предопределяют наличие приступов стенокардии в будущем; депрессия повышает частоту госпитализации у пациентов с сердечной недостаточностью. Это сочетается с низкой выявляемостью депрессивных расстройств в общей медицинской практике при одновременно широкой их распространенности у больных с ССЗ и предполагает наличие неблагоприятных синергических связей ССЗ и депрессии, недостаточный учет которых ухудшает прогноз заболевания [N.L. Sin, A.D. Kumar, A.K. Gehi et al. 2016].

Тревога и депрессия - самые распространенные (первичные) и нормальные человеческие эмоциональные реакции на стрессовые события. Часто они встречаются вместе, хотя в феноменологически и филогенетически представляют собой совершенно разные явления. Тревога отражает состояние повышенной готовности организма к быстрому ответу на возможные внешние стрессовые факторы; депрессия - состояние подавленности, угнетения, часто вследствие осознания безвыходности ситуации, разочарования и утраты в жизни. Нередко депрессия развивается вторично, после длительного состояния тревоги, поддерживаемой не разрешающейся стрессовой ситуацией, и тогда депрессия не позволяет организму справиться со стрессом, образуя порочный круг и утяжеляя состояние. Такие эмоциональные реакции (аффекты) следует отличать от тяжелых патологических состояний (заболеваний): депрессии и тревожных расстройств [14, 15]. Тревожные расстройства как пограничная психическая патология, так же, как и депрессии, большей частью наблюдаются в общей медицинской практике, где распознаются далеко не всегда [2, 3, 7, 12, 13]. Кроме того, участвуя в развитии многих соматических расстройств (например, гипертонической болезни, стенокардии, инфаркта миокарда, цереброваскулярных нарушений, онкологических заболеваний, бронхиальной астмы и др.), тревога и депрессия

существенно осложняют их течение и прогноз [Koenig H. G., 2011].

Считается, что в своей обычной практике терапевт хотя бы раз в день сталкивается с больным с депрессией или тревожным расстройством. По данным, полученным на американской популяции, риск развития в течение жизни большого депрессивного эпизода составляет 17,3%, а тревожного расстройства - 24,5% [Kennedy G.J. et al., 2015], широкомасштабного Европейского исследования - соответственно 14,4% и 16% [Hemingway H., Marmot M., 1999]. При этом депрессия выявляется почти у 60% больных с тревожными расстройствами.

Одной из задач последних исследований в области соматопсихиатрии заключается в создании эффективного способа прогнозирования тревожно-депрессивных расстройств как на раннем этапе постинфарктного периода, так и в более поздние сроки, и, как следствие, профилактика развития осложнений, более комплексная оценка динамических изменений уровня депрессии в ходе проводимой терапии, а следовательно, и эффективности проводимой терапии, а также прогнозирование возможной рекуррентности течения депрессивных расстройств в будущем, кроме того, в результате реализации данного способа получена возможность судить об исходе инфаркта миокарда.

Психосоматические концепции в кардиологии не только привлекают все большее внимание исследователей, но и находят практическое применение, связаны с рядом организационных мероприятий. Речь в первую очередь идет о создании моделей оптимизации специализированной (психиатрической) помощи больным с сердечно-сосудистой патологией. Первостепенное значение приобретают организация соответствующей современным требованиям консультативной психиатрической помощи, подготовка кадров психиатров, специализирующихся в области психосоматики, а также разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии для кардиологов, кардиохирургов и других специалистов. Трудности в организации квалифицированной медицинской помощи пациентам общесоматических учреждений с психическими нарушениями связаны с ограниченностью профессиональных контактов между врачами соматических учреждений и

специалистами психиатрических клиник и диспансеров, а также отрицательным, недоверчивым отношением к психиатрии, бытующим среди населения, связанным, прежде всего, со страхом стигматизации [Люсов В.А., Волов Н. А., 2010]. Изучение депрессивных расстройств у больных с инфарктом миокарда с учетом влияния клинических, личностно-психологических факторов, способных оказать влияние на эффективность оказываемой помощи и факторов прогноза, является одной из актуальных задач психосоматической медицины, имеющей как научное, так и практическое значение [5, 6].

Анализ исследований последних лет свидетельствуют о том, что разрабатываемые разными авторами проблемы формирования психических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях, их динамика и терапия весьма актуальны.

Между депрессивными расстройствами и ИБС существуют взаимосвязи. В частности, наличие депрессии значительно ухудшает комплаенс в отношении терапии сердечно-сосудистой патологии, снижает качество жизни и социальную адаптацию, влияет на течение заболевания в постинфарктном периоде и приводит к более ранней и повышенной смертности [Glassman A., Shapiro P., 1998]. В медицинской практике коморбидность депрессивных расстройств и ИБС встречаются нередко. Пациенты с депрессивными расстройствами имеют высокий риск развития ИБС и, наоборот, у больных с ИБС повышен риск развития депрессивных расстройств. К сожалению, патогенетические закономерности взаимосвязи депрессии и ИБС недостаточно исследованы [1, 3, 8, 9].

Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз «Инфаркт миокарда» у больных ассоциируется с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация - все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы. Больных угнетает мысль о том, что из крепких, сильных, активных людей они превратились в беспомощных, нуждающихся в уходе больных. Обычно с улучшением физического

самочувствия страх смерти ослабевает. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших [Carney R. et al., 2010]. По другим данным, психические нарушения констатируются в 28% случаев [Ford D.E. et al, 1998]. У 50% больных наблюдается интенсификация невротических черт (Coupland N, Wilson S., Nutt D., 1997]

По некоторым данным, на 7-й день после инфаркта миокарда для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Выраженность подобных симптомов зависит как от тяжести инфаркта миокарда, так и характерологических особенностей личности больного. При психологическом исследовании больных в этом периоде выявляется подъем по шкалам депрессии, шизофрении, в меньшей степени - ипохондрии. У пациентов, перенесших ранее инфаркт миокарда, затяжные приступы стенокардии и тяжелые гипертонические кризы, подострый период отличается особой тревожностью и более выраженным подъемом по шкале ипохондрии при умеренном повышении шкал депрессии и шизофрении. Шкала «мания» занимает минимальное положение в профиле [4, 5]. Эти соотношения можно обозначить как своеобразные «реципрокные»: легкие и умеренно выраженные депрессии, особенно начальные этапы развивающегося депрессивного эпизода, сопровождаются возрастанием риска таких угрожающих жизни осложнений сосудистого заболевания, как гипертонический криз, инфаркт миокарда, инсульт. При глубоких депрессиях с типичной, классической триадой аффективных, соматовегетативных и мотивационно-волевых проявлений риск развития указанных осложнений снижается. Это хорошо известно в психиатрии. Именно к таким сочетаниям психической и соматической патологии в особой мере применимо введенное французскими исследователями понятие «психосоматическое балансирование». Сущность психосоматического балансирования заключается в том, что выраженность одного заболевания предполагает снижение выраженности клинических проявлений другого. Например, возрастание тяжести

депрессии сглаживает проявления гипертонической болезни, снижает вероятность резкого повышения артериального давления, и, напротив, грубые дисциркуляторные нарушения могут ослаблять тяжесть депрессивного сдвига настроения и связанных с ним переживаний. Вместе с тем на этапах редукции депрессивного синдрома риск указанных осложнений соматического (сосудистого) заболевания может вновь возрасти, что требует особого внимания к соматическому состоянию пациента при завершении активной терапии депрессии. Эти сложные соотношения депрессии и сосудистой патологии, по-видимому, отражают присущие динамике депрессии закономерные изменения физиологической реактивности [10, 14].

Для разных этапов депрессии характерны существенно различающиеся проявления реактивности в разных ее формах - эмоциональной, вегетативной, иммунологической, нейрофизиологической. Так, начальные этапы развития депрессии сопровождаются общим повышением реактивности с эмоциональной (гипотимного полюса) и вегетативной неустойчивостью, в том числе колебаниями артериального давления, повышением чувствительности к различным внешним воздействиям. Напротив, развитие выраженного депрессивного синдрома сопровождается снижением реактивности - блокированием или сглаживанием реакций на внешние воздействия психологического и биологического характера: формируется относительно устойчивая, «закрытая» для внешних влияний структура депрессии. На этапах обратного развития депрессии, т.е. редукции ее основных проявлений, вновь обнаруживаются признаки эмоциональной и вегетативной неустойчивости, колебаний состояния и его зависимости от внешних влияний. Это одновременно и прогностически положительные признаки наметившегося выздоровления, и признаки этапной лабиализации реактивности, чреватые риском осложнений при наличии сосудистой патологии. Эти особенности депрессии необходимо учитывать для разработки последовательной терапевтической тактики [11, 12].

Коморбидность депрессивных расстройств и постинфарктных состояний предполагает 4 варианта взаимоотношений: возникновение инфаркта миокарда на фоне существующей и/или предшествующей депрессии (35,1%), одновременное появление инфаркта миокарда и депрессии (21,1%),

депрессии, развившиеся в раннем (до 1 мес) постинфарктном периоде (10,5%), депрессии, возникшие в восстановительном периоде инфаркта миокарда (33,3%). При характеристике клинических особенностей депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде необходимо отметить выделенные варианты депрессий: тревожные (57,9%), меланхолические (21%), дисфорические (8,8%), маскированные (12,3%). Независимо от варианта депрессии в беседе пациенты в первую очередь предъявляют жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в характерные зоны, и ноющие, колющие в левой половине грудной клетки. Пациенты высказывают опасения по поводу своего физического состояния, болевых ощущений, перспектив на будущее. Другая из предъявляемых жалоб - бессонница. Из субъективных жалоб, указывающих на депрессивное расстройство, отмечены подавленность, упадок сил, ощущение безнадежности. В переживаниях с одинаковой частотой отражаются страх повторения инфаркта, пессимистические взгляды на будущее и низкая самооценка. У мужчин отмечена склонность проецировать свои переживания на социально-экономическую ситуацию в стране [7, 8, 9].

Данные, полученные в результате исследований последних лет, позволяют совершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия для больных с сердечно-сосудистой патологией, с депрессивными расстройствами, что будет способствовать оптимизации оказания помощи врачами психиатрами, кардиологами, а также профилактике психических нарушений у данной категории больных.

Интеграция в работе врачей различных областей возможно при использовании теоретических и практических результатов различных исследований в области соматопсихиатрии и психосоматики. Разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии способствует более качественному и прицельному осуществлению наблюдения за клинической картиной, течением заболевания, адекватному подбору систематической поддерживающей терапии посредством осуществления преемственности в решении клинических и социальных вопросов при ведении больных с сердечно-сосудистой патологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Васюк Ю. Д., Довженко Т. В. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: учеб. пособие. М., 2006. 58 с.
2. Краснов В.Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания. Практикующий врач. 2002.
3. Корнетов Н.А., Лебедева Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. ГУНИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, //Журн психиатрия и психофармакотерапия. Томск.2005.
4. Мосолов С.Н. Тревога и депрессия: проблемы диагностики и терапии. М., 2001.
5. Погосова Г.В., Ромасенко Л.В. Диагностика и терапия депрессии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (результаты многоцентрового проспективного исследования КООРДИНАТА). ГУНИЦ профилактической медицины МЗ и СР РФ; ФГУ ГНЦ ССП Росздрава, М., 2000.
6. Салимова Н.Р. Ходжаев А.И. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания// Центральназиатский медицинский журнал для практикующих врачей. 2010.№3.С14-16132
7. Смулевич А.Б. Депрессия в общей медицине. М. 2001.
8. Соболева Г.Н., Ерылова Е.А., Рябыкина Г.В., Соболев А.В., Горельцева С.Ю. и др. Влияние депрессивного состояния на показатели вариабельности ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца и коррекция выявленных нарушений с помощью терапии антидепрессантом тиаанептином // Кардиология. 2006. №11. С. 4-6
9. Терешенко С.Н., Жиров И.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия после инфаркта миокарда: угроза или гибель? //Кардиология 2009 №8.С.93-96
10. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Ромасенко Л.В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования //Кардиология. 2007. №3. С.28-37
11. Ушкалова А.В. Депрессии у соматических больных. Трудный пациент. 2006.
12. Glassman A.H. Depression and cardiovascular comorbidity. Dialogues Clin Neurosci. 2007. 9:9-17
13. Grace S.L. Abbey S.E. Kapral M.K. et al. Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. Am J Cardiol 2005; 96: 1179-1185
14. Mc Caffery J.M., Frasure-Smith N. et al. Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: a review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin. Psychosom Med 2006; 68: 187-200
15. Whooley M.A., Simon G.E. Managing Depression in Medical Outpatients. NEJM. 2000; 343: 1942-1950.

Поступила 09.04.2021

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Мухторова Х.К., Истамов М.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Шизофрения является хроническим, прогрессирующим заболеванием, характеризующееся продуктивными и негативными расстройствами. Негативные расстройства зачастую являются причиной социальной изоляции пациента, потери квалификации и трудоспособности больного. Эффективная реабилитация и сохранение социального статуса пациента достигается путем адекватного выбора антипсихотиков нового поколения.

Ключевые слова: шизофрения, негативные симптомы, параноид, социальная изоляция, нейролептики.

ШИЗОФРЕНИЯДАГИ НЕГАТИВ БУЗИЛИШЛАРНИНГ КЛИНИК-ДИНАМИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мухторова Х.К., Истамов М.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Шизофрения сурункали, тобора ривожланиб боровчи касаллик бўлиб, продуктив ва негатив бузилишлар билан характерланади. Негатив бузилишлар кўпгина ҳолларда беморнинг ижтимоий ажралиб қолиши, меҳнат қobiliятини йўқотишига сабаб бўлади. янги авлод антипсихотик дори воситаларини тўғри танлаш орқали беморнинг самарали реабилитацияланиши ва ижтимоий ҳолатининг сақланишига эришилади.

Калит сўзлар: шизофрения, негатив симптомлар, параноид, ижтимоий изоляция, нейролептиклар.

CLINICAL AND DYNAMIC FEATURES OF NEGATIVE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

Mukhtorova Kh.K., Istamov M.B.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Schizophrenia is a chronic, progressive disease characterized by productive and negative disorders. Negative disorders are often the cause of social isolation of the patient, loss of qualifications and the patient's ability to work. Effective rehabilitation and preservation of the social status of the patient is achieved by an adequate choice of antipsychotics of the new generation.

Key words: schizophrenia, negative symptoms, paranoid, social isolation, neuroleptics.

Актуальность

Шизофрения, как прогрессирующее хроническое заболевание, имеет высокую социальную значимость, т.к. является одной из наиболее частых причин нетрудоспособности, обладает существенным влиянием на качество жизни семьи больных и

несет ощутимую нагрузку на медицинскую и социальную сферы обслуживания. В настоящее время имеются данные, что шизофрения ассоциирована с нарушениями многих когнитивных функций (Green M.F. et al., 2004). Они встречаются у здоровых

родственников первой степени родства, у больных – уже в детском возрасте, в преморбиде заболевания, наиболее отчетливо проявляясь при состояниях высокого риска – психопатологическом диатезе (Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чумаченко А.А., 2008; Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П., Пашковский В.Э., 2011). В продромальном периоде шизофрении отмечается нарастание когнитивного дефицита, сопряженного с морфологическими и функциональными изменениями головного мозга, что приводит к развитию психоза (Янушко М.Г. и др., 2014; Welham J. et al., 2009), на протяжении которого когнитивные расстройства персистируют (Lesh T.A. et al., 2011).

Шизофрения, как тяжелое прогрессирующее заболевание является наиболее частой причиной инвалидизации психических больных, оказывает влияние не только на благополучие семьи больного, но и на медицинскую и социальную сферу обслуживания (Мосолов С.Н., 2002). По данным ряда авторов, около 40% больных с впервые выявленным психозом страдают шизофренией. Средняя длительность активного периода расстройства – 15 лет, при этом треть больных нуждается в психиатрической помощи в течение жизни. 45% больных шизофренией — инвалиды; 65% из них трудоспособного возраста (Гурович И.Я., 2007).

Экономические затраты на лечение больных шизофренией в развитых странах составляют около 2% национального бюджета на здравоохранение, причем 80% суммы идет на обслуживание хронических больных с преобладанием дефицитарных расстройств (Berman L., Veigner B., Merson A. et al., 1997; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997).

Цель и задачи исследования. Оптимизировать благоприятное клинικο-динамическое течение шизофрении путем диагностики и лечения негативных расстройств при шизофрении, с применением атипичных нейролептиков.

Материал и методы

Были исследованы 78 больных с установленным диагнозом «Шизофрения» в Бухарском областном психо-неврологическом диспансере. В контингент обследованных были включены лишь больные с верифицированным диагнозом, в соответствии с диагностическими критериями

по МКБ-10. Были проведены клинικο-динамическое, клинικο-катамнестическое обследование; для клинического изучения действия нейролептиков была использована шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS, С.Кэй и др., 1986). Современная версия шкалы состоит из 33 признаков, оцениваемых по 7 градациям выраженности.

Результат и обсуждения

При исследовании по течению шизофрении была представлена двумя основными формами: параноидная шизофрения с непрерывным типом течения и шизофрении с эпизодическим типом течения и нарастающим дефектом (по МКБ-10). В ходе подготовительного этапа исследования оказалось, что данные клинические формы шизофрении наиболее часто отмечаются у больных с длительными сроками госпитализации. При клинικο-динамическом наблюдении обследованных больных были отмечены негативные расстройства в виде выпадения или снижения элементов поведения и функционирования. Они включают широкий спектр нарушений коммуникации, аффектов, социализации, способности испытывать удовольствие и мотивации (Buckley, Stahl, 2007), недостаточную эмоциональную реактивность (притупленный или сглаженный аффект), бедность речи, трудность в общении, эмоциональную и социальную отгороженность, ангедонию, апатию и абулию. Так как негативная симптоматика предопределяет динамику благополучного течения заболевания, социальную реадaptацию пациента, сохранность критического отношения к собственному психическому состоянию, а также уровень качества жизни пациента, антипсихотическое лечение было направлено на уменьшение негативных симптомов: эмоционально-волевые расстройства, ассоциативные расстройства, социальная изоляция. Из расстройств эмоционально-волевой сферы у обследованной группы больных наблюдалось эмоционально-волевое опустошение в 43% случаев, эмоциональная отгороженность в 36% случаев, трудность в общении в 21% случаев. Нарушение мышления наблюдалось в виде стереотипического мышления в 68% случаев, нарушения спонтанной речи в 32% случаев. Социальная изоляция за счет

снижение активности, снижение интереса и инициативы в социальных отношениях вследствие пассивности, апатии, утраты энергии и волевых побуждений отмечалась у 71% (20) больных. В ходе исследования были изучены социальные факторы, такие как, уровень образования, семейный и социальный статус больного. Клинико-динамические характеристики негативной симптоматики при шизофрении определялось как типом течения приступа, так и вариантом психофармакотерапии. В лечебное мероприятие были включены атипические нейролептики, направленные на уменьшение выраженности негативных расстройств. Атипические нейролептики - седарекс, олзап, клозапин были назначены в комплексном лечении. В результате применения атипических нейролептиков отмечалось уменьшение выраженности негативных расстройств. Отмечался положительный сдвиг показателей выраженности нарушений эмоционально-волевой сферы, показатель среднего балла изменился с 4 на 3. Показатель среднего балла выраженности нарушения мышления изменился с 6 на 4. Выраженность социальной изоляции улучшился на 2 балла (с 5 на 3). Снижение выраженности негативной симптоматики наиболее интенсивно происходило на 4-8 неделе лечения, но продолжалось в течение длительного времени после достижения ремиссии. Наиболее быстрая редукция и меньшая выраженность негативных симптомов в ремиссии наблюдалось у больных с благоприятным типом течения.

Выводы

Комплексное лечение негативных расстройств при шизофрении с применением атипических нейролептиков предопределяет уменьшение выраженности негативной симптоматики в психическом статусе пациента, в результате которого достигается положительный эффект в улучшении когнитивных функций больного. Адекватное лечение атипическими нейролептиками дает возможность формирования эффективной реадaptации, сохранения социального статуса и улучшения качества жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М. 1988.
2. Алфимова Л.В., Трубникова В.И., Уварова Л.Г. Психологические и мозговые механизмы нарушений речевых ассоциативных процессов при шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия.- 2001.- Т. 11.- Вып. 1.- С. 67-74.
3. Алфимова М.В., Трубников В.И. Межиндивидуальные различия в особенностях познавательной деятельности больных и лиц из группы высокого риска по шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. -1999. -Т. 9,№2.- С. 5-13.
4. Голимбет В.Е. Генетика шизофрении. //Журнал невропатологии и психиатрии. 2003. - том. 103., № 3,- С.58-67.
5. Крутов, В.В. Обзор зарубежных фармакоэкономических исследований типичных и атипичных антипсихотиков. / В.В. Крутов //Фармакоэкономика. — 2009.— №3. — С.19-23.
6. Кузнецов, С.В. Клинико-динамические характеристики негативных расстройств у больных параноидной формой шизофрении: дис. . канд. мед. наук : 14.00.18 / Кузнецов Сергей Владимирович. — Москва, 2009. —212.С.
7. Кулакова, Т.И. Расстройства когнитивных функций у больных шизофренией с длительным течением заболевания: /автореф. дис. . канд . мед. наук : 14.00.18 / Кулакова Татьяна Ивановна.— Томск, 2005, — 18с.
8. Кулешова, Н.А. Динамика негативных расстройств и адаптационные возможности больных при «семейных» формах шизофрении /Н.А. Кулешова, А.В. Семке //Журн. Медицина в Кузбассе. — 2003. — спецвыпуск № 3. — С. 100-102.
9. Новиков, В.Э. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания: дис. . канд. мед. наук : 14.00.18 / Новиков Вадим Эдуардович. — Томск, 2005. — 235 с.
10. Цыганков, Б.Д. Сравнительная эффективность терапии типичными и атипичными антипсихотиками / Б.Д. Цыганков, Э.Г. Агасарян // Журн неврол и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2010. — №9. — С.83-86.
11. Цыганков, Б.Д. Психиатрия / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. —М: ГЭОТАР-Медиа, 2012,— 696 с.
12. Цыганков, Б.Д. Методологические подходы к оценке когнитивной симптоматики в процессе психофармакотерапии / Б.Д.Цыганков, А.Н. Ханнанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2010. —№10 — с.66-71.

Поступила 09.04.2021

Нурова Зарнигор Хикматовна

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме*

Бош мия қон томир касалликлари неврологик касалликлар орасида кенг тарқалганлиги, шунингдек, аҳолининг умумий касаллиги ва ўлими таркибидаги етакчи мавқеи туфайли энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда. Ўзбекистонда мия қон томир касалликлари билан касалланганлар сони жуда кўп - ҳар йили 45-50 мингга яқин мия қон томир касалликлари қайд этилади. Маълум бўлган ишемик инсультнинг турлари орасида кардиоэмболик инсультни (КЭИ) аниқлаш ва даволаш қийин, бу бошқа типларга қараганда озирроқ кечади [1]. Ушбу мақола кардиоэмболик инсульт ўткир даврида беморларни бошқариш самарадорлигини ошириш бўйича янги ёндашувларни аниқроқ таъхислаш, унинг бориши ва натижаларини башиорат қилиш ва нейροпротектив терапияни оптималлаштиришга асосланган.

Калит сўзлар: кардиоэмболик инсульт, ўткир давр, ишемия, нейροпротектив терапия, оптималлаштириш, ишемик инсульт.

ВАЖНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ ПРИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТЕ

Нурова Зарнигор Хикматовна

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме*

Цереброваскулярные заболевания остаются важнейшей медико-социальной проблемой в связи с их распространенностью среди неврологических заболеваний, а также лидирующими позициями в общей заболеваемости и смертности населения.

Число больных цереброваскулярными заболеваниями в Узбекистане очень велико - ежегодно около 45-50 тысяч человек страдают с этим болезнью. Среди известных типов ишемического инсульта трудно обнаружить и лечить кардиоэмболический инсульт (КЭИ), который является более тяжелым, чем другие типы. Эта статья основана на более точной диагностик, новых подходов к улучшению ведения пациентов в остром периоде кардиоэмболического инсульта, прогнозированию его течения и исходов, а также оптимизации нейροпротективной терапии.

Ключевые слова: кардиоэмболический инсульт, острый период, ишемия, нейροпротективная терапия, оптимизация, ишемический инсульт.

THE IMPORTANCE OF NEUROPROTECTION WITH CARDIOEMBOLIC STROKE

Nurova Zarnigor Hikmatovna

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume*

Cerebrovascular disease remains the most important medical and social problem due to its prevalence among neurological diseases, as well as its leading position in the overall morbidity and mortality of the population. The number of patients with cerebrovascular diseases in Uzbekistan is very high - about 45-50 thousand people suffer from cerebrovascular diseases every year. Among the known types of ischemic stroke, cardioembolic stroke (CEI) is difficult to diagnose and treat, which is more severe than other types. This paper is based on a more accurate diagnosis of new approaches to improving patient management in the acute period of cardioembolic stroke, predicting its course and outcomes, and optimizing neuroprotective therapy.

Keywords: *cardioembolic stroke, acute period, ischemia, neuroprotective therapy, optimization, ischemic stroke.*

Долзарблиги

Кардиоэмболик инсульт барча ишемик инсульт ҳолатларининг 35-40 фоизини ташкил қилади. Кардиоэмболик инсульт ривожланиши мия ишемиясининг энг жиддий асоратидир. Инсульт бу- қон айланиш етишмовчилигининг маълум бир босқичида мияда юзага келадиган мураккаб метаболик, гемодинамик ўзгаришлар мажмуасидир. [1,3,5]. Ҳозирги вақтда кардиоэмболик инсульт муаммоси ўта долзарб бўлиб қолмоқда, долзарблиги унинг ривожланиш частотаси, ногиронлик даражаси ва беморларнинг ўлим даражаси билан белгиланади [2]. Ишемик инсульт ривожланишида яъни нейронларнинг ўткир ишемик шикастланишининг асосида қон томир девори эндотелияси, гемостатик омиллар, нейронлар ва микроглиялар ўртасидаги ўзаро таъсирнинг мураккаб каскади ётади. [5,6]. "Хужайра ўлими генлари" фаоллашади, улар апоптознинг ривожланиши ёки ишемик пенумбра хужайраларининг дастурлаштирилган ўлимига сабаб бўлади, натижада инфаркт ҳажми ошади. [3].

Нейропротектив дориларнинг ҳар бири ишемик инсультдаги патологик жараёнга таъсир доираси чекланганлиги сабабли, беморларни бир нечта нейротроп воситалар комбинацияси билан даволаш самарадорлигини ўрганиш долзарб ва асослидир [1,4].

Тадқиқот мақсади:

Тўғри ташхис қўйиш, касалликнинг кечиши, даво муолажасини олиб бориш ва натижаларини башорат қилиш, шунингдек, нейропротектив терапияни оптималлаштириш асосида КЭИнинг ўткир даврида беморларни бошқариш самарадорлигини ошириш бўйича янги ёндашувларни ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот Республика шошилинч тез ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг Неврология бўлимида ўтказилди. Тадқиқот шошилинч тиббий ёрдам орқали интенсив терапия бўлимига ётқизилган 26 ёшдан 75 ёшгача бўлган ишемик инсульт билан касалланган 160 нафар беморда ўтказилди.

Хунт - Гесс шкаласи ва Глазго кома шкаласи беморларнинг аҳволи оғирлиги ва неврологик бузилишнинг даражасини аниқлаш учун ишлатилган. Оғриқ синдромининг интенсивлиги ўн балли визуал аналог оғриқ шкаласи бўйича амалга оширилди.

Кардиоэмболик инсульт диагностикаси, бемор қариндошларининг шикоятлари, клиник ва неврологик текширувлар, қўшимча текшириш усуллари маълумотлари асосида (лаборатория қон текширувлари, ЭКГ, эхо-ЭГ, Допплер ултратовуш текшируви, бош суяги рентгенографияси, миянинг томографияси) қўйилди.

Текшириш учун КЭИ билан касалланган 160 бемор олинган бўлиб, улардан 95 нафари аёллар (63,6%), 65 эркаклардир (36,4%). Асосий гуруҳдаги 85 та беморга асосий ва комбинацияланган нейропротектив терапия ўтказилди. Ишемик инсульт асосий давосига қон босимини нормаллаштириш, нормоволемия ҳолатини таъминлаш, тана ҳароратини назорат қилиш, мия шишини даволаш ва овқатланишни қўллаб-қувватлаш, антикоагулянтлар ва антитромбоцитлардан фойдаланиш киради. Комбинацияланган нейропротектив терапия 10 мл цитофлавиндан кунига 1 марта 5% ли глюкозага вена ичига томчилатиб юборилди; глиатилин 1000 мг вена ичига кунига 1 марта физиологик эритмага қўшиб, томчилатиб юборилди; актовегин кунига 1 марта вена ичига 200 мг дан қилинди. Цитофлавин ва глиатилин куннинг биринчи ярмида, куннинг иккинчи ярмида актовегин юборилди. 16-кундан бошлаб уйга жавоб берганга қадар беморлар цитофлавинни таблетка қўринишида қабул қилишни давом эттирдилар.

Улар бир вақтнинг ўзида асосий терапияни ҳам олишди. Кардиоэмболик инсульт асосий терапиясига қон босимини нормаллаштириш, антикоагулянтлар ва антитромбоцитларни қўллаш ҳамда юрак қон-томир нуқсонларини даволаш киради.

Натижа ва таҳлиллар

Тадқиқот КЭИ билан касалланган 160 беморни клиник текшириш ва даволашни истикболли таҳлилидан олинган маълумотларга асосланган. Оддий рандомизациялаш йўли билан беморлар асосий ва назорат гуруҳларига бўлинади.

Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилардир: Ишемик инсульт, ўткир ва ўткир ости даврлар, локомотор функцияларни бажариш қобилияти ва психоневрологик тестлар. Барча беморлар текширув вақтида эс-хушлари сақланган ва вербал мулоқот қилиш имконияти мавжуд эди. Тадқиқот беморларнинг розилиги билан ўтказилди ва

умумий қабул қилинган ахлокий меъёрларга зид келмади.

Бирламчи ишемик инсультнинг ўткир даврида когнитив бузилиш 70,1% беморларда кузатилган, 33,0% ҳолларда улар енгил когнитив бузилишлари бор, 56,4% - ўртача ва 10,6% - оғир. Когнитив нуқсонли бўлган ишемик қон томирлари бўлган беморларнинг 73,4 фоизда мия инфарктининг ярим шарда локализацияси кузатилди. Кузатув йилининг охирига келиб, ишемик инсульт бўлган беморларнинг 70,2 фоизда когнитив нуқсонлар сақланиб қолди.

Хулоса

Шундай қилиб, кардиоэмболик инсульт ўткир даврида нейротропик терапияни қўллаш беморларнинг ногиронлиги ва ўлимнинг пасайишига олиб келди. Тадқиқот натижасида кенг қамровли тизимли ёндашув асосида КЭИнинг ўткир даври концепцияси касалликнинг боришини, асоратлари ва натижаларини, шу жумладан нейротропик терапияни оптималлаштириш шартлари ишлаб чиқилди. Клиник тадқиқотлар шуни кўрсатдики, тезкор скрининг ва тезкор терапия инсульт бўлган беморларда клиник натижаларни яхшилади. Цитофлавинни ишемик инсультнинг дастлабки тикланиш даврида қўллаш когнитив жараёнларни, шу жумладан тартибга солиш ва визуал-фазовий функцияларни, қисқа муддатли хотирани, семантик оғзаки равлонлиқни яхшилашга ва нормаллаштиришга олиб келади ва беморларнинг ижтимоий қайта мослашувига ёрдам беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Фоякин А.В., Глебов М. В., Четкин А. О., Гераскина Л. А., Никитин Ю. М., Кравченко М. А. Кардиоваскуляр терапия ва профилактика 2008;
2. Б. З. Жалолов Гипертензия патогенези ва диагностикасини ўрганишдаги ютуқлар. Тиббиётдаги янги кун илмий журнал 2020 йил, 30-31 бет.
3. Нутова З. Ҳ., З. И. Туксанова. Кардиоэмболик инсульт эрта неврологик асоратларини даволашни оптималлаштириш. Тиббиётда янги кун. -. 2020. - № 4. - 615-616-бетлар.
4. Hodjiev D. T., D. K. Khaydarova Violation of cerebral circulation in occlusii lesions of the carotid arteries// A new day in medicine - 2019. - P. 33 -37.
5. Hodjiev D. T., D. K. Khaydarova, Axrorova B. S., Rakhmatov, D. I., Akhmatova N. R. research of neurological patients//Publisher the Durdona . Bukhara - 2019.
6. Nurova Z.H. Optimization of the complex of early rehabilitation of patients with cardioembolic stroke. Monograph about the conference in Berlin. P 60.
7. Khodjiev D.T., Nurova Z.H., Khaydarov N.K., Khaydarova D.K. [Optimization of the diagnosis and treatment of early neurological complications in cardio embolicstroke](#). European Journal of Molecular & Clinical Medicine.P 5788-5792.

Келиб тушган вақти 09.04.2021

Облокулов А.Р.

Бухарский государственный медицинский институт
им. Абу Али ибн Сино

✓ **Резюме**

Обследовались 120 больных новой коронавирусной инфекцией. У всех пациентов была лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2. Пациенты были разделены на тяжелых больных (n=60) и пациентов со среднетяжелыми формами (n=60). Средний возраст составил 53 года, из 120 пациентов 96 (80%) были мужчинами. Доказано значение прокальцитонина как биомаркера для оценки: риска бактериальной инфекции, прогрессирования заболевания, своевременного назначения антибактериальных препаратов и продолжительности курса антибактериальной терапии.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, COVID-19, прокальцитонин.

COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA PROKALSITONIN DARAJASINING AHAMIYATI

Oblokulov A.R.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlattibbiyoti institut, Buxoro, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Yangi koronavirus infeksiyasiga chalingan 120 bemor tekshirildi. Barcha bemorlarda laboratoriya tomonidan tasdiqlangan SARS-CoV-2 infeksiyasi bo'lgan. Bemorlar og'ir bemorlarga (n = 60) va o'rtacha darajadagi bemorlarga (n = 60) bo'lingan. O'rtacha yosh 53 yosh edi, 120 bemorning 96 nafari (80%) erkaklar tashkil qilgan. Prokaltsitoninning biomarker sifatida bakterial infeksiya xavfini, kasallikning rivojlanishini, antibakterial dorilarni o'z vaqtida qabul qilishni va antibakterial terapiya kursining davomiyligini baholash uchun ahamiyati isbotlandi.

Kalit so'zlar: SARS-CoV-2, COVID-19, prokaltsitonin

SIGNIFICANCE OF PROCALCITONIN LEVELS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COVID-19

Oblokulov A.R.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino Bukhara, Republic of Uzbekistan

✓ **Resume**

Clinical, laboratory and instrumental data of 110 patients hospitalized in the reanimatology and intensive therapy were studied, and predictors of severe pneumonia caused by the SARS-CoV-2 virus were identified. The contribution of a number of factors to the development of a severe course of the disease and the risk of an unfavorable outcome was determined: male gender, age over 70,5 years and

Key words: SARS-CoV-2, COVID-19, risk factors, pneumonia.

Актуальность

COVID-19 – это заболевание, вызываемое новым коронавирусом SARS-CoV-2. [1,2]. У большинства пациентов с COVID-19 развиваются симптомы респираторной инфекции, у некоторых из них они прогрессируют до более тяжелого системного

заболевания, характеризующегося устойчивой лихорадкой, острым повреждением легких с острым респираторным дистресс-синдромом, полиорганной недостаточностью, шоком и высокой летальностью [3, 4, 5].

У большинства пациентов с COVID-19 клинических проявлений болезнь протекает в легкой форме (40%) или имеет среднюю степень тяжести (40%), примерно у 15% развивается тяжелое заболевание, требующее кислородной поддержки, а у 5% наблюдается крайне тяжелое течение с такими осложнениями, как дыхательная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), сепсис и септический шок, тромбоэмболия и/или полиорганная недостаточность, включая острое поражение почек и сердца [6, 7, 8].

Прокальцитонин (ПКТ) был предложен в высоко цитируемых исследованиях в качестве потенциально ценного биомаркера сыворотки для диагностики бактериальных инфекций в целом [9]. Установлено, что уровень прокальцитонина коррелирует с риском соответствующих бактериальных инфекций и снижается после выздоровления [10].

Прокальцитонин при коронавирусной инфекции с поражением респираторных отделов легких находится в пределах референсных значений [11]. Повышение ПКТ свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции и коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при бактериальных осложнениях [12].

Накапливающиеся данные показывают, что более 80% пациентов с COVID-19 получают лечение антибиотиками, поскольку выявить пациентов с COVID-19 без сопутствующей бактериальной инфекции, у которых можно было бы безопасно прекратить прием антибиотиков затруднительно. Однако последние клинические данные показывают, что прокальцитонин может помочь в оценке состояния этих пациентов и снизить ненужное использование антибиотиков [13].

Цель исследования. Изучение уровня прокальцитонина в сыворотке крови для решения начала и отмены антибактериальной терапии, а также для установления прогрессирования тяжести заболевания у пациентов COVID-19.

Материал и методы

Мы включили 120 пациентов с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2, госпитализированных в инфекционную больницу с 10 июня по 12 сентября 2020 года в Бухаре. У всех пациентов была лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2 (результат ОТ-ПЦР в реальном времени, специфичный для SARS-CoV-2, был положительным). Пациенты были разделены на тяжелых больных (n=60) и пациентов со среднетяжелыми формами (n=60). Из них 12

(20,0%) пациентов были госпитализированы в отделение интенсивной терапии.

Средний возраст составил 53 года, из 120 пациентов 96 (80%) были мужчинами. Среднее время от появления симптомов до госпитализации составляло 2-3 дня, а среднее время до постановки диагноза тяжелого заболевания составляло 3-4 дня.

Клинические анализы крови: количество лейкоцитов (WBC), количество лимфоцитов (LYM), количество мононуклеаров (MONO), количество нейтрофилов (NEU) были выполнены на образцах крови. Параметры биохимии крови: аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), глюкоза (GLU), мочевины, креатинин и С-реактивный белок (СРБ) были измерены с помощью автоматического биохимического анализатора MINDRAY BC – 30 (Китай). Концентрация ПКТ была определена с помощью методом ИФА с использованием наборов реагентов для иммуноферментного определения концентрации ПКТ в плазме крови ПКТ –ИФА-БЕСТ. Пациенты с средней степенью тяжести и тяжелой формой использовали данные своего первого лабораторного теста 2-ой день при поступлении, 3 и 5 день лечения.

Результат и обсуждение

По результатам лабораторных данных было выяснено, что у 40 больных (33,3%) наблюдалась лейкопения, у 56 больных (46,7%) – лейкоцитоз; у 88 больных (73,3%) выявлена лимфоцитопения, у 24 больных (15,0%) – повышение количества лимфоцитов.

Количество тромбоцитов и параметры коагуляции были проанализированы в настоящем исследовании. Из 120 пациентов, включенных в исследование, тромбоцитопения была обнаружена у 23 (24,2%), тромбоцитоз – у 18 (15,0%).

У 64 (53,3%) из 120 наблюдаемых пациентов содержание ПКТ составила 0,05-0,1 нг/мл, у 46 (38,3%) пациентов – 0,1-2,0 нг/мл, у 10 (8,4%) – более 2,0 нг/мл. Эти анализы были получены в течение первых 48-72 часов от начала заболевания. И на основании содержания ПКТ в сыворотке крови они условно были разделены на 3 группы. В дальнейшем анализы повторяли на 3-й, 5-й день, у тяжелых больных уровень ПКТ исследовали на 7-й день лечения. Больные у которых количество ПКТ определялось выше 0,1 нг/мл расценивались как ко-инфекция и им были рекомендованы для лечения антибиотики (комбинированный препарат амоксициллина и клавулановой кислоты, цефалоспорины 2-3 поколения), тяжелым больным меропенем и респираторные фторхинолоны (левофлоксацин). Эффективность лечения оценивалась как

недостаточная, если после 3-х дней лечения не отмечалось уменьшения уровня ПКТ в сыворотке крови на 50%.

Результаты исследования показали, что у 46 (71,9%) пациентов первой группы, находящихся под наблюдением, отмечалось достоверное снижение уровня ПКТ, которые не отличались от нормы, у 8 (12,5%) пациентов содержания ПКТ оставались в неизменном уровне. Тогда как у 10 (15,6%) пациентов наблюдались повышения уровня ПКТ в сыворотке крови и им было назначена антибактериальная терапия.

У 38 (82,6%) пациентов 2 – й группы, получавших антибактериальные препараты, как в случаях коинфекции, содержание ПКТ снизилось на 50%, а у 8 (17,4%) пациентов уровень ПКТ оставался достоверно высоким. Только у 3 (30%) пациентов из 10 тяжелобольных пациентов отмечался положительный результат. Когда на фоне антибактериальной терапии на 3-ий день лечения не наблюдалось снижения уровня ПКТ и тогда для лечения этих больных была назначена другая комбинация препаратов.

Данные нашего исследования, полученные на 5-й день лечения, показали, что по результатам первого этапа у 18 пациентов 1 группы уровень ПКТ достоверно снизился и нормализовался. У 6 (13%) пациентов 2-й группы уровень ПКТ оставался достоверно высоким и продолжали лечение антибактериальными препаратами. У 2 (20%) пациентов 3-й группы несмотря на введение антибактериальных препаратов уровень ПКТ оставался высоким, болезнь закончилась летально.

Заключение

Таким образом, уровень прокальцитонина в сыворотке крови может служить биомаркерам присоединения бактериальной инфекции к COVID-19 и определяет своевременное назначение антибактериальных препаратов и продолжительность курса антибактериальной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Lu H., Stratton C.W., Tang Y.-W.: Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. //J. Med. Virol., 2020; 92: 401–402.
2. Zhu N., Zhang D., Wang W.: A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N. //Engl. J. Med., 2020; 382: 727–733.
3. Oblokulov, A. R., Niyozov, G.E. (2020) Clinical and epidemiological characteristics of patients with COVID-19 International //Journal of Pharmaceutical Research; 12(4):3749-3752.
4. Oblokulov A.R., Musaeva D.M., Elmurodova A.A. (2020) Clinical and epidemiological characteristics of the new coronavirus infection (COVID-19). // New Day in Medicine. 2020 2(30/2) p.110-115.
5. Cao Y., Liu X., Xiong L. et al. Imaging and clinical features of patients with 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. J. Med. Virol., 2020; doi: 10.1002/jmv.25 822.
6. The novel coronavirus pneumonia emergency response epidemiology team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 Novel Coronavirus diseases (COVID-19) -China 2020. China CDC Weekly. 2020;2(8):113-22.
7. Alqahtani JS, Oyelade T, Aldhahir AM, Alghamdi SM, Almeahmadi M, Alqahtani AS, et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: a rapid systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2020;15(5):e0233147.
8. Oblokulov A.R., Niyozov G.E., Elmurodova A.A., Orifov D.U. Clinical Characteristics of Patients with Covid-19 (2020) *Journal Interdisciplinary Approaches to Medicine*, 1(2), pp. 40-43
9. Uzzan B, Cohen R, Nicolas P, Cucherat M, Perret GY (2006) Procalcitonin as a diagnostic test for sepsis in critically ill adults and after surgery or trauma: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med 34(7):1996–2003.
10. Kutz A, Briel M, Christ-Crain M, et al. Prognostic value of procalcitonin in respiratory tract infections across clinical settings. Critical Care (London, England) 2015;19(1):74.
11. Guan, W., Ni, Z., Hu, Y. et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China // N Engl J Med. 2020; 382 (18): 1708-1720.
12. Abdurashid Rahimovich Oblokulov, Zilola Zohirovna Husenova, Maksudjon Muzaffarovich Ergashev. (2021). Procalcitonin as an Indicator of Antibacterial Therapy in Covid-19. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, Volume 25: Issue 3. 5220–5224.
13. Williams EJ et al. (2020) Routine measurement of serum procalcitonin allows antibiotics to be safely withheld in patients admitted to hospital with SARS-CoV-2 infection. medRxiv. doi. org/10.1101/2020.06.29.20136572.

Entered 09.04.2021

Хусенова З.З., Облокулов А.Р., Эргашов М.М.

Бухарский Государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино

✓ *Резюме*

Были изучены клинические, лабораторные и инструментальные данные 110 больных, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии, выявлены предикторы тяжелого течения пневмонии, вызванной вирусом SARS-CoV-2. Определен вклад ряда факторов в развитие тяжелого течения заболевания и риска неблагоприятного исхода: мужской пол, возраст старше 70,5 лет и сопутствующие заболевания и тяжелой дыхательной недостаточностью.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, COVID-19, факторы риска, пневмония.

SARS-COV-2 INFEKSYAGA CHALINGAN BEMORLARNING KLINIK VA
EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Xusenova Z. Z., Oblokulov A.R., Ergashov M.M.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyoti instituti

✓ *Rezyume*

SARS-COV-2 virusi chaqirgan, og'ir pnevmoniya belgilari kuzatilib, reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga yotqizilgan 110 nafar bemorning klinik, laborator va instrumental ma'lumotlari tahlil qilingan. Kasallikning og'ir kechishi rivojlanishi va uning noxush natijalari xavfini tug'diruvchi qator omillar guruhi aniqlandi: bu erkak jinsi va yoshning 70,5 dan oshgani, hamroh kasalliklarining mavjudligi tana vazni oshishi, nafas yetishmovchiligi kabilardir.

Kalit so'zlar: SARS-CoV-2, COVID-19, xavf omillari, pnevmoniya.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SARS-
COV-2 INFECTIONS

Khusenova Z.Z., Oblokulov A.R., Ergashov M.M.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

✓ *Resume*

Clinical, laboratory and instrumental data of 110 patients hospitalized in the reanimatology and intensive therapy were studied, and predictors of severe pneumonia caused by the SARS-CoV-2 virus were identified. The contribution of a number of factors to the development of a severe course of the disease and the risk of an unfavorable outcome was determined: male gender, age over 70,5 years and concomitant diseases and severe respiratory failure.

Key words: SARS-CoV-2, COVID-19, risk factors, pneumonia.

Актуальность

С декабря 2019 года коронавирусное заболевание 2019 года (COVID-19), вызванное тяжелым острым респираторным коронавирусом 2 (SARS-CoV-2), распространилось и превратилось в глобальную пандемию. По состоянию на 16 апреля 2021 года было зарегистрировано более 140 миллионов подтвержденных случаев заболевания и 3 006 207 смертей [1, 2], причем

это число продолжает расти во всем мире. По клиническим проявлениям пациентов с COVID-19 можно разделить на тяжелые и нетяжелые группы. Тяжелую группу можно разделить на тяжелую и критическую подгруппы. В опубликованной серии случаев у пациентов с нетяжелым заболеванием прогноз был благоприятным. Однако смертность от тяжелых

случаев, особенно критических, все еще высока [3, 4].

Накапливающиеся данные показывают, что более 80% пациентов с COVID-19 получают лечение антибиотиками, поскольку выявить пациентов с COVID-19 без сопутствующей бактериальной инфекции, у которых можно было бы безопасно прекратить прием антибиотиков затруднительно. Однако последние клинические данные показывают, что прокальцитонин может помочь в оценке состояния этих пациентов и снизить ненужное использование антибиотиков [5, 6, 7].

При тяжелом течении COVID-19 имеют место два разных патологических механизма нарушения свертывающей системы крови, проявляющихся характерными клиническими симптомами [8]. В легких и, возможно, в других органах происходит локальное поражение эндотелия сосудов, приводящее к ангиопатии, активации и агрегации тромбоцитов с формированием тромбов и сопутствующему потреблению тромбоцитов [9, 10].

Цель исследования – выявить предикторы тяжелого течения пневмонии, вызванной вирусом SARS-CoV-2, и описать общие характеристики пациентов, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии Бухарской областной инфекционной больницы.

Материалы и методы

Проспективное наблюдательное исследование. Представлены данные 110

пациентов, полученные при поступлении в отделение реанимации интенсивной терапии в Бухарской областной инфекционной больнице.

Всем пациентам проводился мониторинг состояния кардио-респираторной системы при помощи мониторов DIXION Storom 5500 (Германия), EDAN iM 80 (Китай). Регистрировали следующие параметры: ЭКГ, частоту сердечных сокращений, частоту дыханий, артериальное давление, SpO₂.

Обычные анализы крови: количество лейкоцитов (WBC), количество лимфоцитов (LYM), количество мононуклеаров (MONO), количество нейтрофилов (NEU) были выполнены на образцах крови.

Для визуализации грудной клетки с подтвержденным и подозреваемым COVID-19 применяли рентгенографии грудной клетки с помощью портативного аппарата Mobile Cooper (Browiner, Китай).

Результат и обсуждения

Изучены клинические, эпидемиологические и инструментальные данные 110 больных, госпитализированных в ОРИТ. При анализе распределения больных по возрасту обращает на себя внимание минимальное количество пациентов младше 40 лет. Основные возрастные группы наблюдаемых пациентов были представлены лицами 50–60 и старше 80 лет. Средний возраст больных составил 67 лет, среди которых 72 (65,5 %) мужчины и 38 (35,5 %) женщин (рис.).

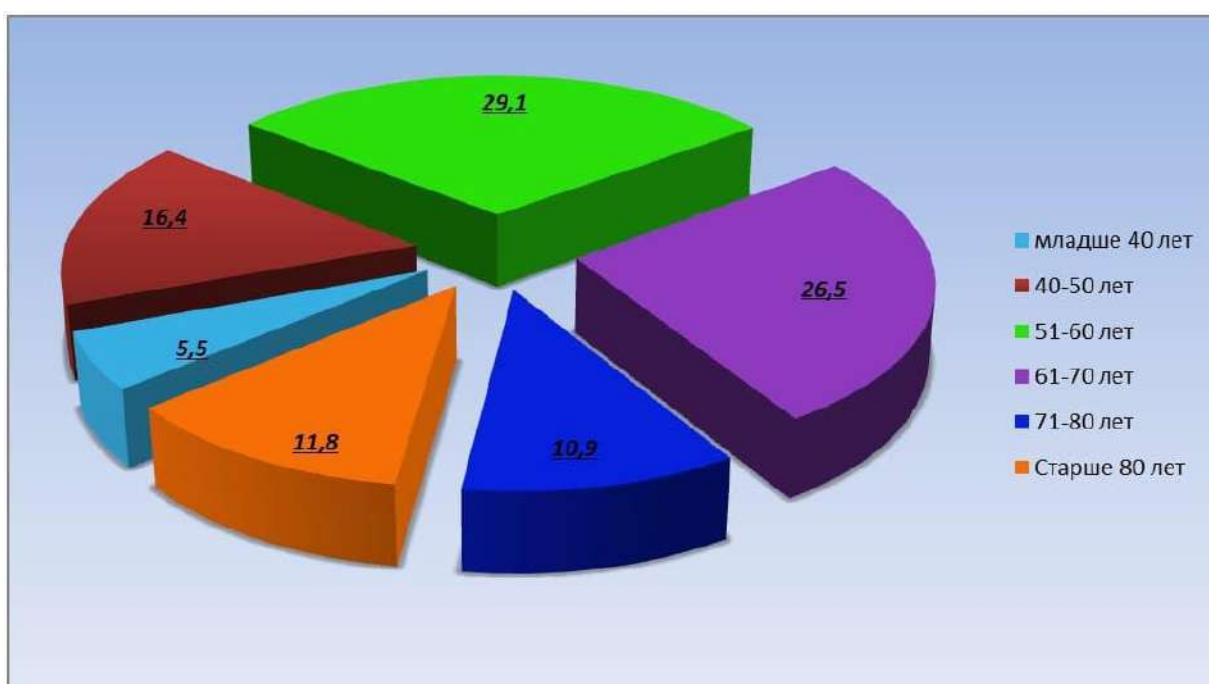


Рисунок. Распределение больных по возрасту (%)

Пациенты поступили в стационар примерно на 4-е сутки от манифестации заболевания и на фоне резкого ухудшения состояния были госпитализированы в отделение реанимации в первые трое суток после госпитализации. У всех были подтверждены данные о наличии SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции. Многие больные имели

сопутствующие заболевания — ишемическую болезнь сердца 21 (19,1%), артериальную гипертензию 48 (43,6%), сахарный диабет 20 (18,2%) и т.д. Небольшую часть больных составляли пациенты с заболеваниями легких в анамнезе, онкологические больные 7 (64%) и пациенты с хроническим заболеванием почек 6 (5,5%) и печени 6 (5,5%) (табл.).

Таблица

Эпидемиологическая характеристика пациентов (n=110)

Показатель	Значение
Возраст, лет	65 (± 15)
Мужчины/женщины	72/38
Время от начала заболевания до поступления в ОРИТ, сут	4 (2–6)
Время от поступления в стационар до перевода в ОРИТ, сут	1 (0–3)
Лабораторно ПЦР-подтвержденный SARS-CoV-2, n (%)	110 (100)
Ишемическая болезнь сердца, n (%)	21 (19,1)
Артериальная гипертензия, n (%)	48 (43,6)
Хроническая болезнь почек, n (%)	6 (5,5)
Хронические заболевания печени, n (%)	6 (5,5)
Сахарный диабет, n (%)	20 (18,2)
Хронические заболевания легких, n (%)	11 (10)
Цереброваскулярные заболевания, n (%)	12 (10,9)
Онкологические заболевания, n (%)	7 (6,4)

У всех больных дыхательная недостаточность проявлялась снижением насыщения крови кислородом, медиана составила 86%. Результаты рентгенологические исследования показали, что изменения пневмонии на рентгенограммах грудной клетки в основном двусторонние 68 (61,9%) и имеют непрозрачность матового стекла в 56 (50,9%) случаев, периферические изменения на рентгенограмме у (35,5%) и нижней зоной (45,5%) в распределении.

87 (70,9%) пациентов находились в prone-позиции не менее 16 ч/сут, 98 (89,1%) больных получали лечение с использованием неинвазивной кислородотерапии с аппаратом CPAP.

Клиническая характеристика поступающего в ОРИТ среднестатистического пациента с тяжелой дыхательной недостаточностью, вызванной COVID-19, выглядит следующим образом: это больные пожилого возраста (со значимой долей пациентов старческого возраста), с повышенной массой тела, сопутствующей патологией. Большое количество больных пожилого и старческого возраста описывается практически во всех аналогичных публикациях, что особенно ярко проявилось у итальянских коллег, хотя

очевидно, что число заболевших данной категории в их случае связано, в первую очередь, с высокой продолжительностью жизни в Италии [11].

Все поступившие в ОРИТ больные страдали тяжелой гипоксемией, так как в силу ограниченности мест в реанимации среднетяжелые пациенты получали лечение в условиях коечных отделений.

В нашей стационаре критериями для перевода больных в ОРИТ являлся невозможность поддерживать насыщение крови кислородом более 90% любыми доступными в коечных отделениях средствами — ингаляция O_2 через маску в prone-позиции в сочетании с тахипноэ и явно повышенными затратами организма на работу дыхания. Такая тактика принятия решения о переводе в ОРИТ не выглядит оптимальной, но, к сожалению, является общепринятой в мировой практике при пандемии COVID-19 в силу вынужденных обстоятельств [12, 13].

Помимо этого учитывался наличие высокой лихорадки (более $39^\circ C$), нестабильность гемодинамики и критерии значимого ухудшения состояния больного в течение последних суток по совокупности симптомов.

Заклучение

Клиническая характеристика типичного пациента с COVID-19 тяжелого течения, поступающего ОРИТ: больной пожилого возраста с повышенной массой тела, недооцененной на догоспитальном этапе сопутствующей патологией, тяжелой дыхательной недостаточностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. WHO. Rolling updates on coronavirus disease (COVID19). <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Accessed 16 Apr/ 2020.
2. Улмасова С.И., Атабеков Н.С., Касимов И.А., Шомансурова Ш.Ш. К вопросу изучения этиологических и эпидемиологических характеристик новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в мире. // Инфекция, иммунитет и фармакология. 1/2021 с.79-87.
3. Yang X, Yu Y, Xu J et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):475–81.
4. Oblokulov Abdurashid Rakhimovich, Kholov Uktam Asadovich, Niyozov Gulom Eshmuradovich, Ergashov Maqsud Muzaffarovich, Khusenova Zilola Zakhirovna. (2021). Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Infection, immunity and pharmacology*, №1. 62-66.
5. Niyazov G.E., Oblokulov A.R., Pondina A.I. et al. (2020) Clinical and epidemiological characteristics of COVID-19 patients. // *New Day in Medicine*. №4 (32) 110-115 p.
6. Williams E.J. et al. (2020) Routine measurement of serum procalcitonin allows antibiotics to be safely withheld in patients admitted to hospital with SARS-CoV-2 infection. *medRxiv*. doi. org/10.1101/2020.06.29.20136572.
7. Abdurashid Rahimovich Oblokulov, Zilola Zohirovna Husenova, Maksudjon Muzaffarovich Ergashev. (2021). Procalcitonin as an Indicator of Antibacterial Therapy in Covid-19. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, Volume 25: Issue 3. 5220–5224.
8. Oblokulov A.R., Niyozov G.E. Clinical and epidemiological characteristics of patients with COVID-19. (2020). *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12 (4), pp. 3749-3752.
9. Varga Z., Flammer A.J., Steiger P., et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *The Lancet* 2020 May;395(10234):1417-8.
10. Levi M., Scully M. How I treat disseminated intravascular coagulation. *Blood* 2018 Feb;131(8):845-54.
11. Onder G., Rezza G., Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.4683.
12. Anesi G.L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Critical care and airway management issues. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-critical-care-and-airway-management-issues>.
13. Maves R.C., Downar J., Dichter J.R., et al. Triage of scarce critical care resources in COVID-19 an implementation guide for regional allocation: an expert panel report of the task force for mass critical care and the American college of chest physicians. *Chest*. 2020; S0012-3692(20)30691-7. doi: 0.1016/j.chest.2020.03.063.

Поступила 09.04.2021

ВЫБОР АЛГОРИТМА ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ У МУЖЧИН С ДЕФИЦИТОМ ТЕСТОСТЕРОНА

Осадший Ю.Ю., Фаустова А.Г., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И.,
Крючкова М.Н., Лубянко И.А., Сидоров А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Ростов-на-Дону, Россия
ФГБУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. Академика И.П. Павлова, Рязань, Россия

✓ Резюме

Цель. Оценка эффективности различных терапевтических подходов при депрессии у мужчин со сниженным уровнем тестостерона.

Материалы и методы. В основную группу было включено 37 мужчин с депрессивным эпизодом, возникшем на фоне снижения уровня тестостерона ($\leq 12,1$ нмоль/л). Депрессивный эпизод диагностировался на основании критериев депрессивного эпизода по МКБ-10 (F32). Пациенты были рандомизированы в 3 терапевтические группы в зависимости от получаемого лечения: 1) сертралин; 2) тестостерон-гель; 3) сертралин+тестостерон гель. Контрольную группу (КГ) составили мужчины ($n=40$) в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие депрессией в соответствии с критериями МКБ-10 (F32, F33) с нормальным уровнем тестостерона.

Результаты и заключение. При оценке эффективности различных терапевтических подходов в основной группе была обнаружена недостаточная эффективность монотерапии антидепрессантами в отношении сексуальной дисфункции, в то время как монотерапия тестостероном не дала статистически значимых улучшений показателей депрессии. Комбинированная терапия была наиболее эффективна в отношении основных симптомов и может рассматриваться как наиболее подходящий алгоритм терапии депрессий у мужчин на фоне сниженного уровня тестостерона.

Ключевые слова: депрессия, дефицит тестостерона, антидепрессант, комбинированная терапия

CHOICE OF ALGORITHM OF DEPRESSION THERAPY IN MEN WITH TESTOSTERONE DEFICIENCY

Osadshiy Yu.Yu., Faustova A.G., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I.,
Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.BUT.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia
FGBU VO Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlova, Ryazan, Russia

✓ Resume

Objective. Assessment of efficiency of different pharmacological approaches in the treatment of depression in men with testosterone deficiency.

Materials and methods. The main group included 37 men with a depressive episode that arose against the background of a decrease in testosterone levels (≤ 12.1 nmol / L). A depressive episode was diagnosed based on the ICD-10 criteria for a depressive episode (F32). Patients were randomized into 3 treatment groups, depending on the received treatment: 1) sertraline; 2) testosterone gel; 3) sertraline + testosterone gel. The control group (CG) consisted of men ($n = 40$) aged 18 to 65 years, suffering from depression in accordance with the ICD-10 criteria (F32, F33) with normal testosterone levels.

Results and conclusion. An insufficient effectiveness of antidepressant monotherapy in relation to sexual dysfunction was found in main group, while testosterone monotherapy did not give

statistically significant improvements in depression indicators. Combination therapy was most effective for the main symptoms and can be regarded as the most appropriate algorithm for the treatment of depression in men with low testosterone levels.

Key words: *depression, testosterone deficiency, antidepressant, combination therapy*

TESTOSTERON YETISHMOVCHILIGI BO'LGAN ERKAKLARDA DEPRESSIYA TERAPIYASI ALGORITINI TANLASH

*Osadshiy Yu.Yu., Faustova A.G., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Mrixin V.V., Kovalev A.I.,
Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.*

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal
davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi. Rostov-Don, Rossiya
Akademik I.P. Pavlovnomidagi FGBU VO Ryazan davlat tibbiyot universiteti. Ryazan, Rossiya

✓ Reyume

Maqsad. *Testosteron darajasi past bo'lgan erkaklarda depressiya uchun turli xil terapevtik usullarning samaradorligini baholash.*

Materiallar va uslublar. *Asosiy guruhga testosteron darajasining pasayishi (-12.1 nmol / L) fonida paydo bo'lgan depressiv epizodli 37 erkak kirgan. Depressiv epizod depressiv epizod uchun ICD-10 mezonlari (F32) asosida tashxis qo'yilgan. Bemorlar qabul qilingan davolanishga qarab 3 ta davolash guruhiga ajratilgan: 1) sertralin; 2) testosteronli gel; 3) sertralin + testosteronli gel. Boshqarish guruhi (CG) normal testosteron darajalariga ega bo'lgan ICD-10 mezonlariga (F32, F33) muvofiq depressiyadan aziyat chekadigan 18 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan erkaklardan ($n = 40$) iborat edi.*

Natijalar va xulosa. *Asosiy guruhdagi turli xil terapevtik yondashuvlarning samaradorligini baholashda antidepressant monoterapiyaning jinsiy funktsiya buzilishi bilan bog'liq samaradorligi etarli emasligi aniqlandi, testosteron monoterapiyasi esa depressiya ko'rsatkichlarida statistik jihatdan sezilarli yaxshilanishlarni bermadi. Kombinatsiyalangan terapiya asosiy simptomlar uchun eng samarali bo'lgan va testosteron darajasi past bo'lgan erkaklarda depressiyani davolash uchun eng mos algoritmi sifatida qaralishi mumkin.*

Kalit so'zlar: *depressiya, testosteron etishmovchiligi, antidepressant, kombinatsiyalangan davolash*

Актуальность

Наличие большого количества данных о взаимосвязи дефицита тестостерона и депрессивных расстройств приводит к необходимости исследования терапевтического потенциала в отношении депрессии, как самого тестостерона, так и существующей терапии антидепрессантами. Несмотря на 70-летнюю историю использования тестостерон-заместительной терапии (ТЗТ), ее влияние на депрессию остается неоднозначным [1,2]. Так же, как и возможная эффективность антидепрессантов, которые у данной категории больных показывают противоречивые результаты [3]. Следует отметить, что в большинстве исследований, у пациентов со сниженным уровнем тестостерона, депрессия не является основной или ведущей мишенью терапии, а рассматривается лишь как один из симптомов дефицита тестостерона. Данный факт снижает качество методологии исследования аффективной сферы и не всегда позволяет в

полной мере судить о клинических особенностях течения депрессий на фоне нормального и сниженного уровня тестостерона, а также об эффективности различных алгоритмов терапии у данной группы пациентов и их возможного влияния на уровень тестостерона и симптомы депрессии.

Цель. Оценка эффективности различных терапевтических подходов при депрессии у мужчин со сниженным уровнем тестостерона.

Материал и методы

В основную группу было включено 37 мужчин с депрессивным эпизодом, возникшем на фоне снижения уровня тестостерона ($\leq 12,1$ нмоль/л). Депрессивный эпизод диагностировался на основании критериев депрессивного эпизода по МКБ-10 (F32). Все участники имели заключение эндокринолога и/или уролога, подтверждающее снижение тестостерона в

результате возрастных и метаболических изменений, исключая другие формы гипогонадизма.

Исследование продолжалось 12 недель и включало 6 визитов. При первом визите проводился расширенный анализ, включающий физикальное обследование, оценку уровня тестостерона, показателей эректильной дисфункции по шкале Международный индекс эректильной функции (IIEF-5) и оценку по шкале векторной половой конституции. Далее оценивались клинико-психопатологические особенности депрессивных проявлений, а также психометрические показатели (шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Гамильтона, готландская шкала мужских депрессий, шкала алекситимии TAS-26, тест последовательных соединений, заучивание 10 слов, а также шкала общего клинического впечатления). После обследования пациенты были рандомизированы при помощи таблицы случайных чисел в одну из терапевтических групп:

1. Группа ОГ-1 (n=13). Получала терапию антидепрессантом из группы СИОЗС (сертралин).

2. Группа ОГ-2 (n=10). Получала гормональную заместительную терапию, тестостерон-гель для наружного применения, 50 мг/сут.

3. Группа ОГ-3 (n=14). Получала комбинированную терапию, сертралин + тестостерон-гель.

На визитах 2,3,4,5,6 проводилась промежуточная оценка эффективности терапии с учетом показателей по шкале депрессии и тревоги Гамильтона, готландской шкале мужских депрессий, а также оценка улучшения по шкале общего клинического впечатления (CGI-I).

На визитах 4 и 6 дополнительно проводилось исследование по шкале алекситимии TAS-26, тесту последовательных соединений и заучиванию 10 слов. Основным критерием эффективности являлось изменение общего балла по шкале депрессии Гамильтона, шкале тревоги Гамильтона. Критерием эффективности в отношении показателей эректильной дисфункции был опросник IIEF-5. Дополнительно эффективность терапии оценивалась при помощи шкалы CGI-I, а улучшение когнитивных функций по изменению показателей методики заучивания 10 слов и теста последовательных соединений

Контрольную группу (КГ) составили мужчины (n=40) в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие депрессией в соответствии с критериями МКБ-10 (F32, F33) с нормальным уровнем тестостерона. Контрольная группа проходила такое же количество исследований и визитов, получая терапию антидепрессантом из группы СИОЗС (сертралин).

Для математико-статистической обработки бинарных данных использовался многофункциональный ϕ -критерий Фишера. Для сравнения количественных показателей, измеряемых в разные посещения в основной и контрольной группах, был использован непараметрический критерий χ^2 Фридмана. Поиск различий относительно уровня выраженности признака, количественно измеренного дважды в разных условиях в одной и той же выборке респондентов, был произведен с помощью непараметрического Т-критерия Вилкоксона, а статистическое сравнение количественных показателей – психологических параметров, измеренных в основной и контрольной выборках, проводилось с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Оценка значимости различий между основной и контрольной группами респондентов посредством характеристик, измеренных шкалой отношений и имеющих по умолчанию нормальное распределение, проводилось с применением параметрического Т-критерия Стьюдента.

Для оценки различий уровня выраженности исследуемого признака, измеренного в условиях 3 и более независимых выборок, применялся непараметрический H-критерий Краскала-Уоллеса.

Исследование одобрено Локальным независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Результат и обсуждение

В исследовании приняли участие 77 мужчин (37 основная группа и 40 контрольная), средний возраст которых составил 50,1 и 42,3 года соответственно ($p=0,000896$).

К концу исследования в основной группе (ОГ-1, ОГ-2, ОГ-3) статистически значимые улучшения были достигнуты практически по всем основным исследуемым параметрам (см. таб. 1). В то же время, в контрольной группе не было достигнуто статистически значимых

улучшений по показателям эректильной дисфункции и алекситимии. Более того, в контрольной группе показатели эректильной дисфункции несколько ухудшились с 21,4 до 19,7 баллов по шкале IIEF-5, что можно связать с побочными действиями сертралина. В основной группе первоначальное снижение

уровня эректильной функции было вызвано не депрессией, а снижением уровня тестостерона, который повышался в группах, получающих заместительную терапию, тем самым улучшая показатели эректильной функции.

Таб. 1. Динамика количественных показателей в основной группе (ОГ-1, ОГ-2, ОГ-3). *- статистически значимые различия

№	Наименование переменной	Базовые показатели	6 недель терапии	12 недель терапии	χ^2 эмпирическое
1	Готландская шкала	25,000	22,419	20,387	26,482 P=0,00000*
2	Шкала Гамильтона	16,645	15,903	14,645	8,830 P=0,01209*
3	HADS-A	20,387	18,580	17,129	22,839 P=0,00001*
4	Алекситимия	67,064	65,225	63,677	8,780 P=0,01240*
5	Эректильная дисфункция	15,129	15,741	17,419	9,380 P=0,00919*
6	Память	7,645	7,838	8,258	12,366 P=0,00206*
7	TMT	37,645	35,967	35,161	6,716 P=0,03479
8	FAB	17,354	17,451	17,612	8,857 P=0,01193
9	Тестостерон (нмоль/л)	7,422	N/A	10,967	20,500, P=0,00002

Однако, подобная положительная динамика в основной группе была характерна лишь для группы в целом, но различалась в зависимости от терапевтического алгоритма.

Так, пациенты из группы ОГ-1 (монотерапия сертралином), получавшие терапию только антидепрессантами, и пациенты из группы ОГ-3 (комбинированная терапия сертралин+тестостерон гель), получавшие комбинированную терапию, продемонстрировали статистически значимое снижение количества баллов по шкале депрессии Гамильтона. Пациенты же из группы ОГ-2 (монотерапия тестостерон-гель), использующие только гормон заместительную терапию тестостероном, не показали значимых изменений по этой шкале (см. таб. 2), что может говорить о недостаточной эффективности монотерапии тестостероном при депрессии на фоне его дефицита. Подобные данные подтверждаются и рядом других исследований, в которых не было продемонстрировано, что заместительная терапия тестостероном была эффективна лишь при субпороговых и

легких формах депрессии на фоне сниженного тестостерона в то время, как более выраженные проявления депрессии требовали комбинированной терапии [4,5].

Несмотря на то, что не удалось выявить влияние монотерапии Т на показатели депрессии в группе ОГ-2, удалось добиться статистически значимых улучшений показателей по шкале тревоги Гамильтона во всех исследуемых группах. Более выраженное влияние тестостерона на тревожные проявления, чем на симптомы депрессии, можно объяснить его механизмом действия, а именно тем фактом, что тестостерон обладает анксиолитическим воздействием через систему гамма-амино-масляной кислоты (ГАМК) [6]. Назначение антагонистов ГАМК-А блокирует анксиолитический эффект тестостерона, указывая на его схожее с бензодиазепинами влияние на эту систему [7]. Кроме этого, антидепрессивный и противотревожный эффект тестостерона и его активного метаболита эстрадиола объясняется их действием на область зубчатой извилины и изменением экспрессии генов и синаптической

пластичности в гиппокампальной области, которая демонстрирует одно из ключевых значений при тревоге и стресс-индуцированных расстройствах [7].

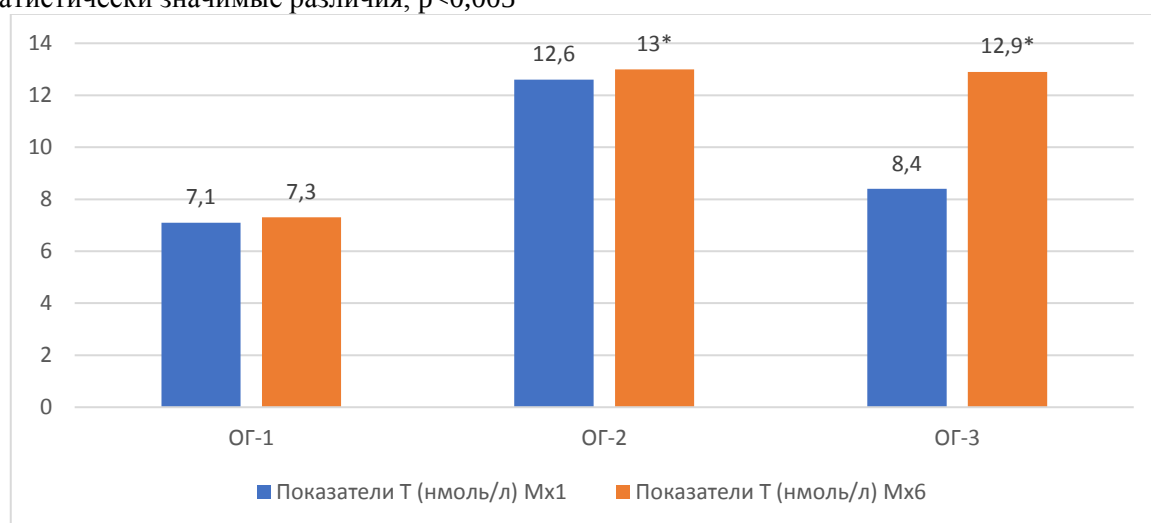
Табл. 2. Динамика основных показателей в различных терапевтических подгруппах. *- статистически достоверные различия

№	Наименование переменной	Mx1	Mx2	Mx3	Mx4	Mx5	Mx6	χ^2 эмпирическое
ОГ-1								
1	Готландская шкала	24,000	23,727	23,363	23,363	21,636	20,636	19,585, p=0,00149*
2	НАМ-D	16,909	16,818	16,363	16,363	15,090	14,454	13,051 p=0,02290*
3	НАМ-A	19,727	18,636	17,545	17,545	17,727	17,454	13,184 p=0,02171*
ОГ-2								
1	Готландская шкала	24,777	23,666	21,777	21,777	22,555	21,111	12,470 p=0,02888*
2	НАМ-D	16,111	15,111	16,333	16,333	16,666	16,111	10,263 p=0,06812
3	НАМ-A	21,555	20,666	19,888	19,888	18,222	17,333	14,545 p=0,01249*
ОГ-3								
1	Готландская шкала	26,181	25,000	22,000	22,000	19,727	19,545	39,308 p=0,00000*
2	НАМ-D	16,818	16,363	15,090	15,090	14,181	13,636	15,478 p=0,00850*
3	НАМ-A	20,090	19,545	18,545	18,545	17,636	16,636	22,215 p=0,00050*

Показатели уровня тестостерона улучшились в группе ОГ-2 и ОГ-3 достигнув нормативных показателей (13,0 и 12,95 нмоль/л соответственно), в то время, как в группе ОГ-1 показатели тестостерона не претерпели значительных изменений и

остались практически на том же уровне 7,3 нмоль/л. Такая же динамика отмечалась и в показателях эректильной дисфункции, которые улучшились в группах ОГ-2 и ОГ-3, получающих тестостерон, а в группе ОГ-1 этот показатель не изменился (см. рис. 1)

Рис. 1. Изменение показателей тестостерона в различных терапевтических группах. *- статистически значимые различия, $p < 0,005$



Положительное влияние заместительной терапии тестостероном на его показатели в крови и эректильную функцию были ожидаемы и подтверждены множеством исследований [8]. Однако, следует остановиться на том, что нам не удалось выявить отрицательной динамики в показателях тестостерона в группе пациентов, получающих монотерапию антидепрессантами. Дело в том, что ряд исследователей указывал на возможное негативное влияние терапии антидепрессантами из группы СИОЗС на показатели тестостерона [9,10]. Этот факт имеет важное практическое значение для терапии депрессии, протекающей на фоне сниженного уровня тестостерона т.к. назначение антидепрессантов могло бы ухудшить симптомы этого дефицита. Отсутствие подобных изменений возможно объяснить несколькими фактами. Во-первых: использованием в качестве СИОЗС сертралина, который до этого показал наименьшее влияние на уровень тестостерона [11], во-вторых механизмом влияния СИОЗС на сексуальную функцию, которое происходит не за счет снижения уровня тестостерона, а в большей степени за счет связывания серотонина с серотониновыми рецепторами головного мозга (5-HT₂), что напрямую снижает либидо [12], а также тем, что повышение серотонина на периферии ингибирует уровень оксида азота [13].

Акцентирование внимания лишь на сексуальной дисфункции и возможных побочных эффектов от антидепрессантов может увеличивать риск негативных последствий нелеченой депрессии у мужчин. Следует учитывать влияние этой группы препаратов на мужское здоровье, но не пренебрегать рисками самой депрессии, которые зачастую могут иметь больше последствий.

Для сравнения терапевтических подгрупп основной группы по количественно измеренным признакам был использован непараметрический Н-критерий Краскала-Уоллеса (см таб. 3). Проведенный анализ продемонстрировал статистически значимые межгрупповые различия лишь для показателей уровня тестостерона и эректильной дисфункции, а также внимания, которое исследовалось с использованием теста последовательных соединений. Несмотря на небольшую выборку, требующую дальнейших исследований можно сделать вывод о большей эффективности комбинированной терапии и необходимости добавления тестостерон заместительной терапии в схему лечения депрессий на фоне сниженного уровня тестостерона, но именно с целью коррекции сексуальных нарушений, а не с целью влияния на депрессивную симптоматику.

Таб. 3 Сравнение подгрупп основной группы по количественно измеренным признакам. *- статистически значимые различия, $p < 0,005$

№	Наименование переменной	Mx1 (N=11)	Mx2 (N=9)	Mx3 (N=11)	H эмпирическое, уровень значимости
1	Шкала Гамильтона	14,454	16,111	13,636	2,684, $p=0,2612$
2	HADS	17,454	17,333	16,636	0,800, $p=0,6702$
3	Готландская шкала	20,636	21,111	19,545	0,399, $p=0,8190$
4	Алекситимия	62,909	65,555	62,909	0,095, $p=0,9534$
5	Эректильная дисфункция	15,272	18,666	18,545	13,512, $p=0,0012^*$
6	Память	8,090	8,000	8,636	2,019, $p=0,3644$
7	TMT	42,363	29,444	32,636	6,068, $p=0,0481^*$
8	FAB	17,454	17,777	17,636	0,802, $p=0,6694$
9	Тестостерон	7,300	12,955	13,009	17,741, $p=0,0001^*$

Выводы

Наиболее эффективным методом психофармакотерапии ТДД является комбинированная терапия антидепрессант+тестостерон за счет достаточного влияния и на аффективную

симптоматику, и на нарушения сексуальной сферы. Монотерапия антидепрессантом показала достаточную эффективность в отношении симптомов депрессии, в то время как не обнаружила достаточного положительного влияния на сексуальную

функцию. Монотерапия тестостероном же наоборот, продемонстрировала достаточную эффективность в отношении нарушений сексуальных функций и тревоги, но не была достаточно эффективна в отношении симптомов депрессии.

Учитывая незначительную выборку данного исследования, требуется дополнительные данные о возможном влиянии тестостерон заместительной терапии и назначении антидепрессантов эффективность ТДД у мужчин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Zarrouf, F.A., Artz, S., Griffith, J., Sirbu, C., Komor, M., 2009. Testosterone and depression: systematic review and meta-analysis. //J. Psychiatr. Pract. 15, 289–305
2. Wang, C., Alexander, G., Berman, N., Salehian, B., Davidson, T., McDonald, V., Steiner, B., Hull, L., Callegari, C., Swerdloff, R.S., 1996. Testosterone replacement therapy improves mood in hypogonadal men – a clinical research center study. //J. Clin. Endocrinol. Metab. 81, 3578–3583
3. Осадший Ю.Ю., Солдаткин В.А., Крючкова М.Н. и др. Тестостерон и его роль при депрессии. //Обзор литературы. Психиатрия и психофармакотерапия. 2020; 22 (1): 28–35.
4. Amanatkar HR, Chibnall JT, Seo BW, Manepalli JN, Grossberg GT. Impact of exogenous testosterone on mood: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. //Ann Clin Psychiatry. 2014 Feb;26(1):19-32.
5. Seidman SN, Rabkin JG. Testosterone replacement therapy for hypogonadal men with SSRI-refractory depression. //J Affect Disord. 1998 Mar;48(2-3):157-61.
6. Roohbakhsh A, Moghaddam AH, Delfan KM. Anxiolytic-like Effect of Testosterone in Male Rats: GABAC Receptors Are Not Involved. Iran //J Basic Med Sci. 2011;14(4):376- 382.
7. McHenry J, Carrier N, Hull E, Kabbaj M. Sex Differences in Anxiety and Depression: Role of Testosterone. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2014;35(1):42-57. doi:10.1016/j.yfrne.2013.09.001
8. Elliott J, Kelly SE, Millar AC, et al. Testosterone therapy in hypogonadal men: a systematic review and network meta-analysis. //BMJ Open. 2017;7(11):e015284. Published 2017 Nov 16. doi:10.1136/bmjopen-2016-015284
9. Hansen C.H., Larsen L.W., Sørensen A.M., Halling-Sørensen B., Styrisshave B. The six most widely used selective serotonin reuptake inhibitors decrease androgens and increase estrogens in the H295R cell line. //Toxicol In Vitro. 2017 Jun;41:1-11. doi: 10.1016/j.tiv.2017.02.001.
10. Bataineh H.N., Daradka T. (2007) Effects of long-term use of fluoxetine on fertility parameters in adult male rats. //Neuro Endocrinol Lett 28, 321–325.
11. Jacobsen N.W., Hansen C.H., Nellemann C., Styrisshave B., Halling-Sørensen B. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors on three sex steroids in two versions of the aromatase enzyme inhibition assay and in the H295R cell assay. //Toxicol In Vitro. 2015 Oct;29(7):1729-35. doi: 10.1016/j.tiv.2015.07.005. Epub 2015 Jul 7
12. Clayton A.H., Croft H.A., & Handiwala, L. (2014). Antidepressants and Sexual Dysfunction: Mechanisms and Clinical Implications. //Postgraduate Medicine, 126(2), 91–99. doi:10.3810/pgm.2014.03.2744
13. Kennedy S.H., Eisfeld B.S., Dickens S.E., Bacchiochi J.R., Bagby R.M. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. //J Clin Psychiatry. 2000 Apr;61(4):276-81.

Поступила 09.04.2021

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ У МУЖЧИН С ДЕФИЦИТОМ ТЕСТОСТЕРОНА

Фаустова А.Г., Осадиший Ю.Ю., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И.,
Крючкова М.Н., Лубянко И.А., Сидоров А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации. Ростов-на-Дону, Россия
ФГБУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. Академика И.П. Павлова,
Рязань, Россия

✓ Резюме

Введение. Появление все большего количества научных данных вынуждают нас признать, что мужское здоровье, тестостерон и депрессия тесно связаны между собой. Депрессии на фоне сниженного уровня тестостерона являются одним из следствий этой связи, что создает необходимость исследования клинических особенностей депрессий у мужчин на фоне сниженного тестостерона.

Материалы и методы. В основную группу было включено 37 мужчин с депрессивным эпизодом, возникшем на фоне снижения уровня тестостерона ($\leq 12,1$ нмоль/л). Депрессивный эпизод диагностировался на основании критериев депрессивного эпизода по МКБ-10 (F32). Проводилась оценка физических и психометрических показателей. Контрольную группу (КГ) составили мужчины ($n=40$) в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие депрессией в соответствии с критериями МКБ-10 (F32, F33) с нормальным уровнем тестостерона.

Результаты и обсуждения. Депрессия на фоне сниженного уровня тестостерона протекала более легко, с меньшим функциональным снижением. Отмечались различия в клинической картине, как на уровне отдельных симптомов, так и на уровне депрессивного синдрома. Для основной группы было характерно течение в виде моноэпизода, манифестирующего в более позднем возрасте, в отличие от депрессий на фоне нормального уровня тестостерона, для которых характерно рекуррентное течение с большим количеством обострений и более ранней манифестацией.

Выводы. Депрессия на фоне сниженного уровня тестостерона имеет ряд различий, которые необходимо учитывать и при диагностике.

Ключевые слова: депрессивный эпизод, тестостерон, моноэпизод.

CLINICAL FEATURES OF DEPRESSION IN MEN WITH TESTOSTERONE DEFICIENCY

Faustova A.G., Osadshiy Yu.Yu., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I.,
Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia
FGBU VO Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

✓ Resume

There are a lot of information about low testosterone level and depression in men. But this information doesn't include clinical features of this type of depression. The objective of our investigation was clinical assessment of depression in men with testosterone deficiency to improve the efficiency of differential diagnosis of this type of depression.

Materials and methods. Thirty-seven men (mean age $50,1 \pm 9,08$ years) with depressive episode and testosterone level $\leq 12,1$ nmol/l were included in the main group. Depressive episode was diagnosed based on criteria ICD-10 (F-32). Additional assessment of physical and psychometrics parameters was evaluated. Forty men (mean age $42,3 \pm 10,53$ years) with depression based on ICD-10 criteria (F32, F33) and testosterone level $> 12,1$ nmol/l were included in control group.

Results and conclusion. Symptoms of depression in men with testosterone deficiency were less severe and led to less functional disturbance. There were some clinical differences in symptoms and syndromes which should be estimated in a larger sample. For the main group was more typical mono-episode with manifestation at a later age while for the control group recurrent episodes manifesting at an earlier age were more typical. Thus depression in men with testosterone deficiency has a number of differences that must be taken into account when diagnosing.

Key words: depressive episode, testosterone, monoepisode.

TESTOSTERON YETISHMOVCHILIGI BO'LGAN ERKAKLARDA DEPRESSIYA KLINIK XUSUSIYATLARI

Faustova A.G., Osadshiy Yu.Yu., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Mrixin V.V., Kovalev A.I.,
Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi. Rostov-Don, Rossiya
Akademik I.P. Pavlov nomidagi FGBU VO Ryazan davlat tibbiyot universiteti. Ryazan, Rossiya

✓ Rezyume

O'sib borayotgan ilmiy dalillar bizni erkaklar sog'lig'i, testosteron va depressiya bir-biri bilan chambarchas bog'liqligini tan olishga majbur qiladi. Testosteron darajasining pastligi fonida tushkunlik bu bog'liqlikning oqibatlaridan biridir, bu esa past testosteron fonida erkaklarda depressiyaning klinik xususiyatlarini o'rganish zarurligini keltirib chiqaradi.

Materiallar va uslublar. Asosiy guruhga testosteron darajasining pasayishi (-12.1 nmol / L) fonida paydo bo'lgan depressiv epizodli 37 erkak kirgan. Depressiv epizod depressiv epizod uchun ICD-10 mezonlari (F32) asosida tashxis qo'yilgan. Jismoniy va psixometrik ko'rsatkichlar baholandi. Boshqarish guruhi (CG) normal testosteron darajalariga ega bo'lgan ICD-10 mezonlariga (F32, F33) muvofiq depressiyadan aziyat chekadigan 18 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan erkaklardan ($n = 40$) iborat edi.

Natijalar va munozaralar. Testosteron darajasining pasayishi fonida tushkunlik osonroq, kamroq funktsional pasayish bilan kechdi. Klinik ko'rinishda ham individual alomatlar darajasida, ham depressiv sindrom darajasida farqlar mavjud edi. Asosiy guruhga testosteronning normal darajadagi fonida tushkunlikdan farqli o'laroq, yoshi kattaroq davrda namoyon bo'lgan monoepizod shaklidagi kurs xarakterli bo'lib, ular ko'plab alevlenmeler va oldingi namoyishlar bilan takrorlanadigan oqim bilan tavsiflanadi.

Xulosa. Testosteron darajasining pastligi bilan bog'liq bo'lgan depressiya bir qator farqlarga ega, ular tashxis qo'yish paytida e'tiborga olinishi kerak.

Kalit so'zlar: depressiv epizod, testosteron, monoepizod.

Актуальность

Мужское здоровье и депрессия - понятия, которые чаще всего не ассоциируются друг с другом и воспринимаются как исключение. На ряду с этим, мужское здоровье и тестостерон, в последнее время, стали практически синонимами [1,2]. Однако, появление все большего количества научных данных вынуждают нас признать, что мужское здоровье, тестостерон и депрессия тесно связаны между собой [3].

Так, Shores MM с соавт. проанализировали 278 мужчин старше 45 лет без случаев диагностированной депрессии. Наблюдение в течение 2 лет показало, что у мужчин, уровень тестостерона которых ниже 280 нг/дл , количество эпизодов депрессии было выше по сравнению с теми, у кого уровень тестостерона

превышал это значение. Риск развития депрессии зависел от уровня тестостерона, и, чем ниже были его показатели, тем выше был риск развития депрессии. Так, при показателях тестостерона менее 150 нг/дл риск депрессии составлял 30%. Эти данные сохранялись при поправке на рак предстательной железы и другие медицинские состояния, национальность и уровень сексуальной дисфункции [4,5].

В 2016 Ford A.H. с соавт. опубликовали большое проспективное исследование, целью которого также было изучение связи уровня тестостерона и депрессии. Исследование включало только пациентов с впервые выявленным депрессивным эпизодом. По результатам 9-летних наблюдений, риск

развития депрессии у мужчин со сниженным уровнем тестостерона был почти в 2 раза выше, чем у пациентов с нормальными показателями. Эти показатели также не изменились при поправке на образ жизни, возраст и медицинскую коморбидность [6].

Цель исследования: исследования клинических особенностей депрессий у мужчин на фоне сниженного тестостерона.

Материал и методы

В основную группу было включено 37 мужчин с депрессивным эпизодом, возникшем на фоне снижения уровня тестостерона ($\leq 12,1$ нмоль/л). Депрессивный эпизод диагностировался на основании критериев депрессивного эпизода по МКБ-10 (F32). Все участники имели заключение эндокринолога и/или уролога, подтверждающее снижение тестостерона в результате возрастных и метаболических изменений, исключая другие формы гипогонадизма.

Критериями исключения являлись возраст старше 65 лет, наличие тяжелых соматических заболеваний в стадии обострения, рак предстательной железы, выраженная психотическая продукция и наличие других психических заболеваний, в том числе: биполярное аффективное расстройство, депрессивные реакции, обусловленные расстройством адаптации, рекуррентное депрессивное расстройство и другие нозологические формы, сопровождающиеся аффективными нарушениями.

Исследование продолжалось 12 недель и включало 6 визитов. При первом визите проводился расширенный анализ, включающий физикальное обследование, оценку уровня тестостерона, показателей эректильной дисфункции по шкале Международный индекс эректильной функции (IIEF-5) и оценку по шкале векторной половой конституции. Далее оценивались клинико-психопатологические особенности депрессивных проявлений, а также психометрические показатели (шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Гамильтона, готландская шкала мужских депрессий, шкала алекситимии TAS-26, тест последовательных соединений, заучивание 10 слов, а также шкала общего клинического впечатления).

Для математико-статистической обработки бинарных данных использовался многофункциональный ϕ -критерий Фишера. Для сравнения количественных показателей, измеряемых в разные посещения в основной и контрольной группах, был использован

непараметрический критерий χ^2 Фридмана. Поиск различий относительно уровня выраженности признака, количественно измеренного дважды в разных условиях в одной и той же выборке респондентов, был произведен с помощью непараметрического T-критерия Вилкоксона, а статистическое сравнение количественных показателей – психологических параметров, измеренных в основной и контрольной выборках, проводилось с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Оценка значимости различий между основной и контрольной группами респондентов посредством характеристик, измеренных шкалой отношений и имеющих по умолчанию нормальное распределение, проводилось с применением параметрического T-критерия Стьюдента.

Для оценки различий уровня выраженности исследуемого признака, измеренного в условиях 3 и более независимых выборок, применялся непараметрический H-критерий Краскалла-Уоллеса.

Исследование одобрено Локальным независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Результат и обсуждение

В исследовании приняли участие 77 мужчин (37 основная группа и 40 контрольная), средний возраст которых составил 50,1 и 42,3 года соответственно ($p=0,000896$).

Полученные нами данные демонстрируют, что более выраженные симптомы депрессии по шкале Гамильтона 19,77 баллов были обнаружены у пациентов с нормальными показателями тестостерона по сравнению с депрессией на фоне его дефицита, где средняя оценка составила 16,97 баллов ($p=0,000017$), что также было продемонстрировано шкалой общего клинического впечатления (CGI-S). По этой шкале легкое течение депрессии отмечалось в 27% случаев в основной группе и лишь в 7,5% в группе контроля (2,358 ($p<0,01$)). В то время, как показатели умеренно-выраженной и выраженной депрессии не имели статистически значимых различий.

Следует отметить, что депрессия на фоне сниженного уровня тестостерона отличалась меньшим количеством депрессивных эпизодов с преобладанием единственного эпизода (64,8%), в то время, как у пациентов контрольной группы единственный эпизод отмечался лишь у 1/3 больных, а преобладали 2 и более (2,884 ($p<0,01$)). Таким образом, можно предположить, что депрессия при дефиците

тестостерона является одним из проявлений этого дефицита, а не обострением имеющегося хронического депрессивного расстройства, и впервые манифестирует наряду с другими симптомами дефицита тестостерона.

Тяжесть эпизода была более выражена у пациентов КГ, то продолжительность текущего эпизода была выше в основной группе и соответствовала 27,8 неделям в то время, как в КГ длительность текущего эпизода составляла 18,8 недель (1,550, $p=0,125116$). В этих различиях не было обнаружено статистической значимости, однако, эти показатели могут говорить о тенденции к более позднему обращению пациентов с депрессией на фоне снижения уровня тестостерона к врачам психиатрам. Возможной причиной может быть, как более легкое течение депрессии у данной категории пациентов, так и недооценка симптомов нарушения эмоциональной сферы пациентом и врачами интернистами и больший акцент на нормализации сексуальной дисфункции.

На менее тяжелый характер течения депрессии у пациентов на фоне сниженного уровня тестостерона указывает и тот факт, что они реже имели функциональное снижение и выраженные нарушения в работоспособности в связи с депрессивной симптоматикой (8,1% случаев), в то время, как в контрольной группе более 1/3 пациентов (35%) обнаруживали функциональное снижение (3,020 ($p<0,01$)). Под функциональным снижением подразумевается снижение повседневной активности (работы, прогулок, походов к друзьям и т.д.). Данный показатель может отражать не только особенности депрессии в зависимости от уровня тестостерона, но и ее более тяжелые проявления в группе пациентов с нормальными показателями тестостерона.

Нами были проанализированы клинические характеристики депрессивного синдрома у ОГ и КГ. Было обнаружено преобладание астено-депрессивного варианта депрессивного синдрома в рамках течения депрессии на фоне сниженного уровня тестостерона, который отмечался в 40,5%, что было почти в 2 раза больше, чем в группе пациентов с депрессией на фоне нормальных показателей тестостерона, в которой астено-депрессивный вариант депрессии встречался в 22,5% (1,718 ($p<0,05$)) и преобладала меланхолическая депрессия 32,5%. Повышенная утомляемость, снижение концентрации внимания, раздражительность являются неспецифическими симптомами дефицита тестостерона, что может придавать астено-депрессивную окраску депрессивному

синдрому у пациентов основной группы [7]. В то время, как у пациентов контрольной группы на первый план выступают более классические симптомы депрессии и характеристики депрессивного синдрома. Это подтверждается и большей эндогенностью депрессивной симптоматики у пациентов КГ, у которых чаще встречались суточные колебания настроения с преобладанием более тяжелого состояния в утренние часы и большей витальностью переживаний и тоски.

Одним из наиболее важных клинических отличий представляется большая представленность т.н. «признаков эндогенности» у пациентов КГ – у которых отмечалась отчетливая тенденция к суточным колебаниям настроения с преобладанием более тяжелого состояния в утренние часы и более явным витальным оттенком тоски 16,2% в ОГ и 40% в КГ (2,371, $p<0,01$).

У пациентов КГ также отмечалась тенденция к более выраженному снижению мотивации, которое встречалось у 32,5%, а в ОГ лишь у 18,9%, но различия не достигали статистически значимых показателей, что может быть достигнуто при увеличении выборки.

Другой характерный симптом эндогенной депрессии, а именно чувство вины, чаще обнаруживался в ОГ - 56,7%, чем в КГ - 35% (1,924, $p<0,05$). Подобный факт не совсем укладывается в картину меньшей эндогенности ОГ и требует дальнейшего исследования. Возможно предположить несколько объяснений, например, преобладание первого депрессивного эпизода в ОГ, что будет описано ниже и может приводить к большей реакции дезадаптации на факт наличия депрессии. Большая угроза социальному статусу в группе ТДД за счет выраженных сексуальных расстройств. Снижение протективной функции тестостерона, как гормона обеспечивающего чувства контроля, независимости и поддержанию гендерных установок [6].

Пациенты из ОГ реже имели функциональное снижение и выраженные нарушения в работоспособности в связи с депрессивной симптоматикой (8,1% случаев), в то время, как в контрольной группе более 1/3 пациентов (35%) обнаруживали функциональное снижение (3,020, $p<0,01$)). Под функциональным снижением подразумевается снижение повседневной активности (работы, прогулок, походов к друзьям и т.д.). Это можно объяснить более выраженной тяжестью симптомов депрессии в КГ, в то время, как в ОГ социальная активность оставалась

возможной стратегией преодоления возникшей угрозы социальному статусу мужчины, что менее достижимо в контексте тяжелой депрессии [8]

Другими клиническими особенностями основной группы была ипохондричность и фиксированность на своем физическом самочувствии, которая проявлялась в большом количестве жалоб, не связанных с эмоциональным состоянием и попытках получить дополнительные консультации о соматических симптомах на приеме у психиатра. Пациенты часто фиксировались на жалобах на сексуальную дисфункцию, постоянно возвращаясь к этим симптомам, как к «основной проблеме». Этого следовало ожидать, учитывая, что средние показатели по шкале эректильной дисфункции IIEF-5 существенно различались в ОГ и КГ. Они составили 14,4 балла для основной группы и 21,1 для контрольной ($p=0,000000$), при нормативных показателях в 21 балл и выше. Именно эректильная дисфункция и снижение либидо являются одними из специфических симптомов дефицита тестостерона и зачастую именно они приводят пациента за помощью к врачу и рассматривается мужчинами, как симптом, наиболее угрожающий их маскулинности и снижающий качество жизни. В то же время снижение настроения при дефиците тестостерона является неспецифическим симптомом, а значит имеет менее выраженные проявления и реже сообщается врачу без прямого уточнения в виде жалоб [1].

Статистически значимые различия присутствовали в показателях некоторых физикальных данных. Так, средний вес пациентов в основной группе составил 103,3 кг, а окружность талии 106,2 см. В контрольной группе средний вес был значительно меньше и составил 87,9 кг ($p=0,000003$), а окружность талии 97,7 см ($p=0,005420$). Это соответствует одному из патофизиологических путей развития дефицита тестостерона [1]. Однако, здесь мы сталкиваемся с трудностью разделения причинно-следственных связей, а именно того факта, что лишний вес является одним из показателей, увеличивающих риск развития депрессии вне зависимости от уровня тестостерона [9] и тогда остается открытым вопрос является ли дефицит тестостерона основным фактором развития депрессии или одним из факторов, которые способствуют появлению депрессивного синдрома.

Выводы

Полученные предварительные результаты указывают на имеющиеся различия в особенностях депрессий, протекающих на фоне дефицита тестостерона, а именно:

1. На семиотическом уровне отличия депрессий на фоне сниженного уровня тестостерона у мужчин состоят в значимом преобладании нарушений сна, кошмарных сновидений, астении. Другими клиническими особенностями являлись ипохондричность и фиксированность на своем физическом самочувствии, которая проявлялась в большом количестве жалоб, не связанных с эмоциональным состоянием и попытках получить дополнительные консультации о соматических симптомах на приеме у психиатра. Является ли ипохондричность клиническими особенностями именно депрессии на фоне снижения уровня тестостерона или следствием эректильной дисфункции требует дальнейшего анализа.

Важным симптомом тестостерон дефицитарных депрессий (ТДД), который часто являлся одним из основных поводов для обращения к врачу, была эректильная дисфункция.

2. На синдромальном уровне ТДД характеризовалась преобладанием астено-депрессивного варианта депрессивного синдрома. Повышенная утомляемость, снижение концентрации внимания, раздражительность являются неспецифическими симптомами дефицита тестостерона, что может придавать астено-депрессивную окраску депрессивному синдрому у пациентов основной группы. В то время, как у пациентов контрольной группы на первый план выступали более классические симптомы депрессии и характеристики депрессивного синдрома.

3. Для ТДД характерно манифестация депрессивных симптомов в более позднем возрасте, что косвенно свидетельствует о связи депрессивной симптоматики скорее с патогенетическим фактором - дефицитом тестостерона, чем с эндогенностью.

4. Пациенты с ТДД имели менее выраженные симптомы депрессии и показатели тяжести общего клинического впечатления, что приводило к меньшему функциональному снижению и нарушениям работоспособности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коган М.И. Возрастной андрогенный дефицит. Этиология, диагностика, лечение: учебно-метод пособие / М.И. Коган, Х.С.

- Ибишев, О.Н. Васильев. – Ростов н/Д, 2010. – 34 с.
2. Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты //Вестник урологии. 2017. Т 5. № 1 С. 52-63
 3. Reddy D.S. Neurosteroids: endogenous role in the human brain and therapeutic potentials. Prog Brain Res 2010;186:113-137
 4. Shores, M.M., Sloan, K.L., Matsumoto, A.M., Moceri, V.M., Felker, B., Kivlahan D.R., 2004. Increased incidence of diagnosed depressive illness in hypogonadal older men. //Arch. Gen. Psychiatry 61, 162–167.
 5. Zarrouf, F.A., Artz, S., Griffith, J., Sirbu, C., Kommor, M., 2009. Testosterone and depression: systematic review and meta-analysis. //J. Psychiatr. Pract. 15, 289– 305
 6. Ford A.H., Yeap B.B., Flicker L., Hankey G.J., Chubb S.A., Handelsman D.J., Golledge J., Almeida O.P., Prospective Longitudinal Study of Testosterone and Incident Depression in Older Men: The Health In Men Study. //Psych neuroendocrinology <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.11.012>
 7. Осадший Ю.Ю., Солдаткин В.А., Крючкова М.Н. и др. Тестостерон и его роль при депрессии. Обзор литературы. //Психиатрия и психофармакотерапия. 2020; 22 (1): 28–35.
 8. Wang, C., Alexander, G., Berman, N., Salehian, B., Davidson, T., McDonald, V., Steiner, B., Hull, L., Callegari, C., Swerdloff, R.S., 1996. Testosterone replacement therapy improves mood in hypogonadal men – a clinical research center study. //J. Clin. Endocrinol. Metab. 81, 3578–3583.
 9. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы / под общ. ред. Э. Нишлага, Г.М. Бере. – М., 2005. – 554 с

Поступила 09.04.2021

ЗАВИСИМОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ОТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

Очилова ДюА., Рахмонкулова Н. Г.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ **Резюме**

Под нашим наблюдением находились 40 кормящих женщин, перенесших физиологические роды. Восстановление менструальной функции после нормальных родов у кормящих матерей через 1,5- 5 месяцев происходит в 60% случаев. Лактационная аменорея в течение 6-12 месяцев и более после нормальных родов встречается у 27,5% женщин. Высокая частота (27,5%) наступления непланируемой беременности у кормящих матерей в течение первого года после нормальных родов свидетельствует о необходимости использования контрацептивных средств сразу после родов.

Ключевые слова: репродуктивное восстановление, кормящие матери, лактационный период.

CHARACTERISTICS OF THE RESTORATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN NURSING MOTHERS

Ochilova D. A., Rakhmonkulova N. G.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ **Resume**

We observed 40 lactating women who had undergone physiological childbirth. Restoration of menstrual function after normal childbirth in nursing mothers after 1.5-5 months occurs in 60% of cases. Lactational amenorrhea for 6-12 months or more after normal delivery occurs in 27.5% of women. The high incidence (27.5%) of unplanned pregnancies in nursing mothers during the first year after normal childbirth indicates the need to use contraceptives immediately after childbirth.

Key words: Reproductive recovery, nursing mothers, lactation period

SEMIZIKLI AYOLLARDA REPRODUKTIV FAOLYATNI TIKLANISHINI PSIXOEMOTSIONAL OMILLARGA BOG'LIQLIGI

Ochilova D.A., Raxmonqulova N. G.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Fiziologik tug'ruqdan keyingi 40 ta emizikli ayolni kuzatdik. 1,5-5 oydan keyin emizikli onalarda normal tug'ruqdan keyin hayz ko'rish funksiyasini tiklash 60% hollarda bo'ladi. Oddiy tug'ilgandan keyin 6-12 oy yoki undan ko'proq vaqt davomida laktatsion amenoreya ayollarning 27,5 foizida uchraydi. Oddiy tug'ilgandan keyingi birinchi yil davomida emizikli onalarda rejasiz homiladorlikning yuqori darajasi (27,5%) tug'ruqdan keyin darhol kontratseptiv vositalardan foydalanish zarurligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: Reproductive tiklanish, emizikli onalar, laktatsiya davri

Актуальность

В акушерско - гинекологической практике представляет большой научный и социально-экономический интерес вопрос восстановления менструальной и детородной функции после родов. В связи с повсеместным внедрением в родовспомогательные учреждения Республики

Узбекистан принципов доброжелательного отношения к ребенку и грудного вскармливания, данная проблема приобретает актуальное значение. Грудное вскармливание имеет жизненно важное значение не только для новорожденного, и для самой матери. В послеродовом пери-

оде в организме женщины происходят большие изменения: быстрыми темпами идёт инволюция матки, происходит перестройка гемодинамики, функций лёгких, печени, почек, эндокринной и иммунной системы, начинает функционировать лактация.[1] Являясь качественно новым этапом по окончании беременности, она оказывает положительное влияние на материнский организм, улучшая ряд функций в послеродовом периоде: благоприятно влияет на сокращение матки, тем самым уменьшает вероятность послеродовых кровотечений и ускоряет инволюцию матки, благодаря опосредованному окситоцином усилению контрактильной активности миометрия во время сосания груди [2,4]. В то же время, лактация и кормление грудью представляют собой уникальное состояние женского организма, являющееся составной частью репродуктивного здоровья. Лактация (кормление грудью ребёнка) издавна в народе считается одним из надёжных методов предохранения от нежелательной беременности. На этом основаны рекомендации кормить ребёнка грудью до 2-2,5 лет. Физиологически при лактации в организме матери превалирует выработка гипофизом пролактина с торможением синтеза и экскреции ФСГ и ЛГ. Яичники и матка в этот период инертны, находятся в состоянии покоя. В связи с этим возникает физиологическая лактационная аменорея. Однако, такой механизм характерен не для всех родивших женщин, о чем свидетельствуют факты раннего восстановления менструальной функции уже через 30, 45, 60 дней после родов при регулярном кормлении грудью новорожденного [3]. Доля их среди изучаемой категории до сих пор не установлена. Многие авторы относят лактацию к естественному методу контрацепции, но данная проблема не нашла должного отражения в литературе, недостаточно сведений о восстановлении фертильности в первый год после родов при грудном вскармливании младенца. С другой стороны восстановление репродуктивной функции на фоне лактации является причиной нежелательной беременности, короткого интергенетического интервала, аборт у лактирующих женщин, развития их отрицательных последствий.

Не установлена частота и длительность лактационной аменореи после физиологических родов. Отсутствуют сведения о сроках восстановления менструальной функции у лактирующих женщин после нормальных родов, о частоте и сроках наступления беременности у кормящих женщин, не пользовавшихся средствами контрацепции.

Определение сроков восстановления нормального функционирования репродуктивной функции могло бы целенаправленно проводить меры по регуляции детородной функции в первые два года после родов.

Цель исследования: изучить частоту и длительность лактационной аменореи, сроки восстановления менструальной и детородной функции у лактирующих женщин, перенесших нормальные роды.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 40 кормящих женщин, перенесших физиологические роды. Сбор анамнеза производился по специально составленной опросной карте в акушерском комплексе № 9 г. Ташкента.

Результат и обсуждение

35 женщин из 40 были преимущественно в возрасте от 20 до 35 лет, что составило 87,5 %. Железодефицитная анемия диагностирована у 72,5 %, (29) пациенток, в основном легкой (27,5%) и средней тяжести (40%).

Роды протекали через естественные родовые пути. Из вмешательств имелись указания на ручное обследование полости матки по поводу дефекта последа у 10% (4), ушивание разрывов шейки матки – у 7,5 % (3) и эпизиотомия – у 10% (4) матерей. Масса тела новорожденных была в пределах от 2500 г до 4000 г у 90 % (36) и свыше 4000г – лишь у 10% (4).

Все обследованные женщины регулярно кормили детей грудью, из них прикорм стали давать с 2-3 мес – 17,5% (7), с 4-5 мес- 10% (4) и с 6 мес – 72,5% (29).

Первая менструация после родов пришла через 40 дней у 30% (12) кормящих матерей, через 2 мес – у 7,5% (3), через 3 мес- у 17,5% (7), через 5 мес – у 5% (2), через 6 мес – у 12,5% (5), 7-8 мес – у 25% (10) и через 12 мес – у 2,5% (1).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что после физиологических родов восстановление менструальной функции происходит рано в первые 40 дней послеродового периода у 1/3 женщин, и в течение первых 3 месяцев – у 55,0%, в течение 6 месяцев после нормальных родов- у 72,5% (29) кормящих матерей. Эти данные свидетельствуют о недостаточном подавлении пролактином выработки ФСГ и ЛГ при кормлении грудью, что способствует восстановлению менструального цикла. Лактационная аменорея от 6 до 12 мес наблюдалась у 27,5% (11) кормящих матерей. Высокая частота восстановления менструальной функции в первые 6 месяцев после физиологи-

ческих родов является высоким риском наступления беременности в лактационный период. Для снижения интергенетического интервала и абортов рекомендуется использование контрацептивных средств сразу после родов.

Средства контрацепции использовали 60% женщин: ВМС-55% (22) и эксклютон - 5% (2). В течение 1 года после родов беременность наступила у 27,5% (11) кормящих матерей, через 2-3 года – у 25% (10), через 4 года и более – у 20% (8). Наступившая беременность закончилась родами у 42,5% (17), искусственным абортom – у 17,5% (7), самопроизвольным абортom – у 7,5% (3) и неразвивающейся беременностью – у 5% (2). Из полученных данных следует, что для решения данной проблемы необходимо использовать в лактационный период методы определения возможной овуляции и дифференцированный подход к необходимости назначения контрацептивных средств.

Выводы

1. Восстановление менструальной функции после нормальных родов у кормящих матерей через 1,5- 5 месяцев происходит в 60% случаев. 2. Лактационная аменорея в течение 6-12 месяцев и более после нормальных родов встречается у 27,5% женщин.
2. Высокая частота (27,5%) наступления непланируемой беременности у кормящих матерей в течение первого года после нормальных родов свидетельствует о необходимости использования контрацептивных средств сразу после родов.
3. Взаимосвязь репродуктивной активности кормящих женщин с эмоциональным состоянием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство. Национальное руководство. Под. Ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой - /М., «ГЭОТАР-Медиа». -2007.-1197 с.
2. Болтаева Н.В. Особенности восстановления репродуктивной системы после родов у женщин с зобом. /Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук М. 2008.
3. Менструальный цикл после родов Автор: <http://ztema.ru> 12 Апреля 2011.
4. Самедова Н. С., Репродуктивная функция женщин посл операции кесарево сечение: /Дис. на соиск. учен.степ. канд. мед. наук.– Смоленск 2006.-ЦНМБ; Шифр Д2006-1767; ЗД; Инв.номер Д181762; Баркод 00148808; - 146 с.

Поступила 09.04.2021

Перехов А.Я., Солдаткин В.А., Мрыхин В.В., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Лубянко И.А.,
Сидоров А.А., Мрыхина В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации. Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

В статье представлены правовые, этические, в том числе религиозные взгляды на эвтаназию. Отношение к эвтаназии в либеральных странах Европы значительно отличается от РФ, где эвтаназия запрещена законодательно. В последние годы в отдельных странах разрешением для проведения эвтаназии становится не только факт смертельного заболевания, но и отдельные субъективно тяжелые психические заболевания. Приводятся факты явно преждевременного и ошибочного разрешения эвтаназии при психических заболеваниях. Указывается, что большинству активных самоубийц и запрашивающих эвтаназию необходима психологическая, психотерапевтическая и психиатрическая помощь. Основные споры возникают вокруг не «пассивной», а «активной» эвтаназии. Основные аргументы противников эвтаназии – соображения нравственные и религиозные, сторонников – либеральные взгляды на право человека не только на достойную жизнь, но и достойную смерть. ВПА, практически все ведущие национальные психиатрические ассоциации, включая российские (РОП и НПА) считают, что законодательное закрепление эвтаназии принесет больше вреда, чем пользы. В статье приводятся основные религиозные постулаты неприемлемости эвтаназии как смешанного убийства и самоубийства. Более подробно рассматриваются отношения к эвтаназии православной церкви. Несмотря на различные этические основания на настоящем этапе социальной жизни взгляды клинической психиатрии и религии на широкое распространение эвтаназии совпадают.

Ключевые слова: эвтаназия, «пассивная» и «активная» эвтаназия, религия.

EUTHANASIA - PROS AND CONS IN PSYCHIATRY AND RELIGION

Perekhov A.Ya., Soldatkin V.A., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Mrykhina V.V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

The article presents legal and ethical, including religious, views upon euthanasia. In recent years, select countries have come to accept not only a terminal illness, but also certain subjectively severe mental disorders as a ground for permitting euthanasia. There are case reports of evidently premature and erroneous decisions to permit euthanasia based on mental diseases. It is suggested that most active persons contemplating suicide and/or asking for a euthanasia require psychological, psychotherapeutic and psychiatric assistance. It is the so-called 'active' euthanasia, and not its 'passive' variety, that is at the center of most debates. The arguments of euthanasia opponents tend to be chiefly based on moral and religious considerations, whereas the arguments of euthanasia proponents tend to stem from liberal views on the human rights not just to good life, but also to good death. All leading national psychiatric associations, including those based in Russia (the Russian Psychiatric Society and the Independent Psychiatric Association), believe that the legislative recognition of euthanasia would harm more than it would heal. The article lists some of the main religious postulates arguing the unacceptability of euthanasia as a form of mixed murder-suicide. The views of the Orthodox Church on euthanasia are given the most consideration. Despite their different ethical foundations, the views of clinical psychiatry and religion on the prospects of euthanasia becoming commonplace seem to agree at this stage of social life.

Key words: euthanasia, "passive" and "active" euthanasia, religion.

EVTHANASIA - PSIXIATRIYA VA DINDAGI TARG'IBOTCHILAR

Perekhov A.Ya., Soldatkin V.A., Mrixin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Mrixin V.V.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi. Rostov-Don, Rossiya

✓ Rezyume

Maqolada evtanaziya oid huquqiy, axloqiy, shu jumladan diniy qarashlar keltirilgan. Evropaning liberal mamlakatlarida evtanaziya bo'lgan munosabat evtanaziya qonun bilan taqiqlangan Rossiya Federatsiyasidan sezilarli darajada farq qiladi. So'nggi yillarda ba'zi mamlakatlarda nafaqat o'limga olib keladigan kasallik evtanaziya uchun ruxsatnoma, balki ba'zi sub'ektiv ravishda og'ir ruhiy kasalliklarga ham aylandi. Ruhiy kasalliklarda evtanaziyani aniq muddatidan oldin va noto'g'ri echish faktlari keltirilgan. Ko'rsatilganidek, faol o'z joniga qasd qilish va evtanaziya talab qilayotganlarning aksariyati psixologik, psixoterapevtik va psixiatriya yordamiga muhtoj. Asosiy tortishuvlar "passiv" emas, balki "faol" evtanaziya atrofida paydo bo'ladi. Evtanaziya muxoliflarining asosiy dalillari axloqiy va diniy mulohazalar, tarafdorlari - insonning nafaqat munosib hayotga, balki munosib o'limga bo'lgan huquqiga nisbatan liberal qarashlardir. WPA, deyarli barcha etakchi milliy psixiatriya assotsiatsiyalari, shu jumladan Rossiya (ROP va NPA), evtanaziyaning qonunchilik muassasi foydadan ko'ra ko'proq zarar etkazishiga ishonadi. Maqolada evtanaziyaning qabul qilinmasligi, aralash qotillik va o'z joniga qasd qilish kabi asosiy diniy postulatlari keltirilgan. Pravoslav cherkovining evtanaziyasi bilan munosabatlar batafsilroq ko'rib chiqiladi. Ijtimoiy hayotning hozirgi bosqichida turli xil axloqiy asoslarga qaramay, evtanaziyani keng qo'llash bo'yicha klinik psixiatriya va dinning qarashlari bir-biriga to'g'ri keladi.

Kalit so'zlar: evtanaziya, "passiv" va "faol" evtanaziya, din.

Актуальность

Минимум шесть стран и пять штатов США узаконили эвтаназию в той или иной форме. За последние годы еще несколько стран, в том числе Германия и Канада, приняли государственные законы по эвтаназии, последняя в 2021 году – Испания (несмотря на несогласие весьма влиятельной именно в Испании католической церкви). В России эвтаназия законодательно запрещена статьей 45 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая определяет эвтаназию как ускорение смерти пациента по его просьбе: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». С точки зрения УК РФ эвтаназия является преступлением и карается статьей 105. В 2007 году Совет Федерации РФ предпринял попытку либерализации эвтаназии, подготовив законопроект, легализующий в России эвтаназию, но он сразу вызвал волну критики со стороны общественности, как светской, так и религиозной. Отечественные профессиональные медицинские ассоциации, в

том числе РОП и НПА, обсуждают проблему только в порядке научных дискуссий. Страны БЕНИЛЮКСА (Бельгия, Нидерланды и Люксембург), а также Швейцария сделали еще один шаг в этом вопросе, отказавшись считать обязательным наличие смертельного заболевания, тем самым позволяя лицам с психическими расстройствами воспользоваться помощью специалиста для прекращения своей жизни. Сторонники эвтаназии при психических расстройствах утверждают, что отказ в доступе к облегчению страданий лицам с такими состояниями является дискриминационным, демонстрируя отказ признать реальность боли, связанной с депрессией, хроническими психотическими расстройствами и другими душевными заболеваниями. Создаются клиники для упрощения доступа к эвтаназии, и частота применения данной процедуры увеличивается. В Нидерландах с 2015 г. примерно 4,5% всех смертей связаны с использованием эвтаназии, при этом психические расстройства составляют 3% от общего количества. [7] В 2018 г. 1,1 % всех эвтаназий были проведены для прекращения страданий психически больных людей (67 человек). Большинство таких пациентов – женщины старше 50 со сложной

комбинацией психических расстройств и длительной историей лечения. Примерно половина из них страдали от депрессии или расстройства личности. [9]. На фоне расширения практики эвтаназии при субъективно тяжелых психических заболеваний растет и количество верифицированных клинических случаев, где явно преждевременно и ошибочно были даны такие разрешения. Среди диагнозов преобладали депрессии, ОКР, пограничное расстройство личности и расстройства шизофренического спектра. Приводятся и многочисленные примеры, что при коррекции лечения, использовании интенсивных методов психотерапии и реабилитации в подавляющем большинстве случаев удавалось улучшить душевное и психосоматическое состояние пациентов с последующим отказом от суицидальных намерений и эвтаназии [8]. Для психиатра и клинического психолога этика работы со склонными к самоубийству основывается на моральной оправданности и допустимых границах вмешательства. Существует асимметрия между двумя сторонами дилеммы о вмешательстве, поскольку как суицид, так и решение о невмешательстве носят необратимый характер. Ведущим этическим положением в работе с самоубийцами является следующее: лучше допустить ошибку, спасая жизнь, чем позволить ей уйти. Эвтаназия, как новый способ медицинского решения проблемы смерти входит в практику современного здравоохранения под влиянием двух основных факторов: прогресса медицины, работающей в режиме управления умиранием; и смены ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея "прав человека". В настоящее время против так называемой пассивной эвтаназии (отказа от поддерживающего жизнь лечения, когда она либо прекращается, либо вообще не начинается) категорических возражений нет. Пассивная эвтаназия (выписка из больницы безнадежно больного пациента) довольно часто встречается в медицинской практике. Битва идет за право больного на активную эвтаназию, то есть на самоубийство с использованием профессиональной медицинской помощи. Активная эвтаназия — это преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента, например путем инъекции средства, вызывающего смерть. Различают такие формы активной эвтаназии, как 1) убийство (умерщвление) из сострадания (когда жизнь, являющаяся мучением для больного, прерывается другим человеком, например врачом, даже без согласия пациента), 2) добровольная активная эвтаназия и 3) самоубийство при помощи врача. Первый вариант чреват этическими и правовыми проблемами, так как возможны не только

ошибки, но и прямые злоупотребления. Во втором и третьем случаях определяющим является согласие (или даже требование) самого больного. При добровольной активной эвтаназии сам врач по просьбе больного делает ему летальную инъекцию, в третьем же врач передает в руки больного средство, позволяющее последнему покончить с собой [1]. Имеются сторонники позиции, идеологически рассматривающие долг врача как обеспечение максимального комфорта (качества) человеческого существования. Главные аргументы противников эвтаназии — соображения нравственные и религиозные. Один из активных постулатов: только Бог решает, сколько человеку жить, когда умирать и сильно ли мучиться перед смертью. Другой веский аргумент «contra» был в свое время высказан Г.К.Честертоном: «В настоящее время предлагают убивать только тех, кто самому себе в тягость, но скоро так же станут поступать с теми, кто в тягость другим». Это предупреждение оказалось пророческим, и именно по этому принципу оно реализовалась в период нацистской практики в Германии в период с 1939 по 1945 гг. На X конгрессе ВПА в Мадриде (1996) было принято специальное постановление по вопросам эвтаназии: первейшей обязанностью врача является улучшение здоровья, облегчение страданий, защита жизни. Речь идет о совершенно бесспорных случаях, когда медицина бессильна, смерть неизбежна, страдания неимоверны. Однако, кто даст гарантию, что уже завтра не будет изобретено новое совершенное обезболивающее средство, не будет найден способ восстановления нервной ткани, не найдено лечение против рака и т.д. и т.п.? Подавляющему числу и активных самоубийц и пассивных «эвтаназиков» необходима в этот момент квалифицированная психологическая, психотерапевтическая, реже - психиатрическая помощь. Хорошо известно, что душевная боль, особенно на фоне тяжелых депрессий, субъективно многими людьми воспринимается как более тяжкая, чем боль физическая. Исследуя явление самоубийства в древних культурах, Э.Дюркгейм приходит к выводу о его чрезвычайной распространенности, при этом на первом месте среди всех возможных мотивов самоубийства стоит самоубийство по причине преклонного возраста и болезней [3]. Однако, большую роль играют также культурально-идеологические и даже политические факторы. Так самоубийство в буддийской культуре является видом религиозного обряда, ибо высшее блаженство и желанная цель жизни находится вне этой жизни - в "небытии". Атеизм - еще одна мировоззренческая система, правомерность самоубийства которой основана на ее исходных принципах: человек - самодержец собственного

тела. Современное атеистическое мировоззрение определяет себя как прогрессивное. Но в случае с "правом на достойную смерть" явно меняет свое направление, возвращаясь к языческим, варварским принципам "достоинства". Рекомендации и разработки Совета по этике и судебным делам Американской Медицинской Ассоциации можно рассматривать как пример либеральной позиции по проблеме эвтаназии. При этом точка зрения Американской Психиатрической Ассоциации другая: имеются достаточные основания сделать вывод о том, что принятие эвтаназии в психиатрии с большей вероятностью принесет больше вреда, чем пользы, что отражено в основном постулате: «Психиатр не должен назначать или применять какие-либо методы по отношению к не неизлечимо больному человеку с целью причинения ему смерти». Психиатры и другие специалисты могут воспринимать законы об эвтаназии как «разрешение» на отказ от лечения сложных случаев, например при «резистентных депрессиях». Лишь небольшая часть пациентов испробует все возможные фармакологические, психотерапевтические и другие способы лечения (например, электросудорожную терапию), и всегда трудно судить о том, сможет ли помочь какой-то еще не испробованный ими метод лечения. Тем не менее, законы об эвтаназии в основном предусматривают, что для определения эффективности лечения пациентов, запрашивающих ее, следует рассматривать те методы лечения, на которые сами пациенты дали согласие. Таким образом, неизлечимость болезни также становится субъективной оценкой, сделанной запрашивающим эвтаназию человеком, который – возможно, в состоянии депрессивной безнадежности – может легко прийти к выводу, что ему ничто не поможет и, таким образом, ни один из неиспробованных способов не приемлем. [5]. Эвтаназия становится практически работающим принципом, если собственные ценности личности совпадают с такой ценностью современной цивилизации, как право на предельную самодетерминацию личности. С либеральных позиций, на которых стоит современная практическая медицина, эвтаназия основана на фундаментальном человеческом праве - праве умереть. Позиция, допускающая эвтаназию, имеет в своем арсенале еще ряд аргументов. Во-первых, предложение врачом смерти как медицинского лечения становится одним из аргументов медицинского уровня. Следующий аргумент, "альтруистический"-желание тяжело больного человека не обременять собою близких ему людей. «Демографический аспект» - допустимость эвтаназии связывается с ростом числа инвалидов преклонного возраста, содержание, уход и лечение которых влечет ряд экономических и

социальных проблем. Использование понятий "милосердие" и "справедливость" для оправдания принудительной эвтаназии - это путь к возможному социальному беспределу, более того - один из знаков подлинного антихристианства как формы духовного самозванства, когда святыни и ценности христианства присваивают "себе такие силы в человечестве, которые на деле и по существу чужды и прямо враждебны Христу и Духу Его" [4]. Аргументы медиков, противников эвтаназии, основываются на врачебной практике. Во-первых, практика военных врачей свидетельствует о способности человека приспособляться к жизни, несмотря на инвалидность, когда адаптация и новое качество жизни приводили большинство из них к негативной оценке своих прежних просьб к врачам об ускорении их смерти. Во-вторых, принятие смерти как "вида" медицинского лечения может оказаться мощным препятствием на пути развития самого медицинского знания, постоянно стимулируемого "борьбой со смертью". Выход самоубийства с уровня более или менее часто повторяющихся индивидуальных случаев на уровень морально допустимой социальной практики в рамках социального института здравоохранения может принять эпидемические параметры, особенно, если принять во внимание известную всем культурам "заразительность" идеи самоубийства. Православный богослов В.И. Несмелов писал: "Ведь физическая смерть человека является не переходом в новую жизнь, а последним моментом действительной жизни". Социальное предназначение медицины есть борьба за действительную человеческую жизнь. В борьбе со смертью заключается нравственная сверхзадача медицинской науки и врачевания. Не чреват ли отказ от последовательного исполнения принципа сохранения и поддержания жизни изменением моральных основ врачевания? Либеральные идеологи пытаются уйти от использования слова "убийство". Тем не менее, в языке, по крайней мере, в русском, нет слова, обозначающего такое действие - убийство остается убийством, со всей тяжестью преступления заповеди "не убий". А эвтаназия, какие бы благовидные маски она ни принимала, была и остается превращенной формой убийства и самоубийства одновременно. Но консерваторы со своей стороны не хотят признавать, что не назначение безнадежно больным с тяжким болевым синдромом самых мощных обезболивающих препаратов (диацилморфина – героина) в максимальных дозировках - фактически тоже завуалированное убийство, оправдывая это мифическими страхами тяжелой наркотической зависимости, нежеланием даже самых цивилизованных государств разрешить производство и применение самых мощных

опиатных анальгетиков. При этом нельзя не учитывать ту динамику, с которой возрастает число самоубийств в современном прогрессивном обществе. Э.Дюркгейм [3], анализируя статистику самоубийств, приходит к выводу, что общепринятые предполагаемые мотивы самоубийств (нищета, семейное горе, физические страдания, психические расстройства и т.п.), которым приписывается самоубийство, "в действительности не являются его настоящими причинами". К настоящим причинам Дюркгейм относит вполне определенные черты общества, а именно: состояние морального распада, дезорганизации, ослабление социальных связей человека, разрушение коллективного состояния сознания, т.е. религиозности. Христианское вероисповедание, а также иудаизм и ислам дают меньший во всех отношениях процент самоубийств. При этом среди самих христианских вероисповеданий характерны такие числа: "Католические кантоны независимо от национальности их населения дают в 4 или в 5 раз меньше самоубийств, чем протестантские». Следовательно, влияние религии так велико, что превышает всякое другое. При этом Дюркгейм устанавливает определяющими два фактора: интенсивность организации церковной коллективной жизни и принцип автономии и личной свободы. В 1925 году А.К. Горский и Н.А. Сетницкий [2] пришли к выводу, что "вообще же в вопросе о жизни и смерти возможно или совместное с жизнью наступление на смерть, или индифферентное отступление от жизни". Степень и мера отступления - различны в разные времена и в разных странах. Постепенный отказ от общего дела человечества по борьбе со слепыми силами распада приводит к "окончательной стадии отступления", коей является "принципиально провозглашаемое индивидуальное или коллективное самоубийство как отказ от жизни". Религиозные активисты предполагают, что современная либеральная борьба за социальное и юридическое признание эвтаназии будет если не формой "коллективного самоубийства", то, по крайней мере, формой влияния на человеческую волю, внушая человеку, что жить надо возможно меньше. Они предполагают, что современное религиозное возрождение (правда признавая, что оно часто достаточно формальное – протоиерей Андрей Кураев) православия в России может если не остановить, то, по крайней мере, сдержать натиск надвигающейся "духовной эпидемии" "рационально-гуманно-милосердных" форм (приемов)

оправдания "права на достойную смерть" и спасти по крайней мере своих чад. История помогает нам понять происходящую в современной культуре подмену смысла "мирной и непостыдной" смерти "правом на достойную смерть". Как же отличить «подлинное религиозное» милосердие от либерального милосердия с правом управлять своей жизнью свободного человека? Подлинное милосердие и сострадание - всегда "по слову Твоему", либеральное - всегда по "праву на предельную самодетерминацию личности". Эвтаназия является широко распространенной, часто латентной практикой в современном мире, оно иногда реализуется медицинскими работниками и только по отношению к самым близким родственникам. В вопросе непризнания эвтаназии как разрешенной законом расширенной практики на настоящем этапе социальной жизни взгляды психиатрии и религии совпадают, несмотря на различные этические основания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева А.А., Приходько В.В. Проблема эвтаназии в современном обществе // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol. 2, Issue 11, 2012, pp. 861-863.
2. Горский А.К. Сетницкий Н.А. Смертобожество. - «Путь», 1992.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. М. 1994.
4. Харакас С. Православие и биоэтика. - "Человек", № 2, 1994.
5. American Psychiatric Association. Position statement on medical euthanasia. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/policy-finder? Page=3>.
6. Appelbaum P. S. World Psychiatry 2018;17(2):145-146
7. Van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. N Engl J Med 2017;377:492-4.
8. Last-Minute Recovery of a Psychiatric Patient Requesting Physician-Assisted Death. S. M. P. van Veen et al. Psychiatric Services, published online 11.02.2020
9. Miller FG, Appelbaum PS. N Engl J Med 2018; 378: 883-5.

Поступила 09.04.2021

КЎП ҲОМИЛАЛИКДА ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ПЕРИНАТАЛ ДАВРИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Г.Т. Раббимова, Б.Б.Негмаджанов, М.А.Абдиева, Насимова Н.Р.

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

✓ **Резюме**

Ҳозирги вақтда ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш, она ёшининг 35 ёшдан юқорилиги, 4- тузруқдан кейин, овуляцияни стимуляция қилувчи препаратлар қўлланилиши натижасида кўп ҳомилаликни учраш частотаси йилдан-йилга ошмоқда. Кўп ҳомилаликда яқка ҳомиладорликка нисбатан оналар ўлими 3-7 марта юқори бўлиб, ёндош касалликларнинг асоратлари ва соматик касалликларнинг кўзиши юқори бўлади. Кўп ҳомилаликда ҳомиланинг антенатал, перинатал касаллини кўрсаткичи юқори бўлиб, ҳомиланинг ривожланиш нуқсони, муддатдан олдинги тузруқ хавфи, муддатдан олдинги тузруқ хавфи, ҳомила дистресс синдроми кўп учраши билан характерланади. Она организмига юклама кўп тушганлиги сабабли ҳомиланинг турли хил касалликларнинг учраш частотаси ҳам ошади.

Калит сўзлар: кўп ҳомилалик, дихориал эгизаклар, плацентар етишимовчилик.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДИЕМ

Г.Т. Раббимова, Б.Б.Негмаджанов, М.А.Абдиева, Насимова Н.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

✓ **Резюме**

В настоящее время частота многоплодных беременностей увеличивается из года в год в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, увеличения возраста матери более 35 лет, после 4 - х родов, применения препаратов, стимулирующих овуляцию. При многоплодной беременности материнская смертность в 3-7 раз выше, чем при одноплодной, а частота осложнений сопутствующих заболеваний и соматических заболеваний выше. При многоплодной беременности высок антенатальный, перинатальный уровень заболеваемости плода, характеризующийся пороками развития плода, повышенным риском преждевременных родов, синдромом дистресса плода. Из-за большой нагрузки на организм матери увеличивается и частота возникновения различных заболеваний плода

Ключевые слова: многоплодная беременность, монохориальные близнецы, плацентарная недостаточность.

FEATURES OF THE RET OF THE PREGNANCY AND PERINATAL PERIOD, BASED ON THE CHORIAL TYPE OF THE PLACENTA IN MOST CASES

G.T. Rabbimova, B.B.Negmajanov, M.A.Abdieva, Nasimova N.R.

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

✓ **Resume**

Currently, the frequency of multiple pregnancies increases from year to year as a result of the use of assisted reproductive technologies, increasing the age of the mother more than 35 years, after 4 births, the use of drugs that stimulate ovulation. In multiple pregnancies, maternal mortality is 3-7 times higher than in single pregnancies, and the incidence of complications of comorbidities and somatic diseases is higher. In multiple pregnancies, the antenatal, perinatal level of fetal morbidity is high, characterized by fetal malformations, an increased risk of premature birth, and fetal

distress syndrome. Due to the heavy load on the mother's body, the frequency of various fetal diseases also increases.

Keywords: *multiple pregnancy, monochorial twins, placental insufficiency.*

Долзарблиги

Кўп ҳомилалик - ҳомиладор аёл организмида икки ва ундан кўп ҳомиланинг ривожланишига айтилади [5,7,9,14]. Кўп ҳомилалиликда бир ҳомиланинг ўлими 3,7 – 6,8 % ни ташкил қилади [2.]. 37 ҳафтагача бўлган муддатларда уч ҳомилаликнинг туғилиши 80 %, икки ҳомилаликнинг туғилиши 43 % , бир ҳомилаликда – 9 % ни ташкил қилади [4,13]. Кўп ҳомилали ҳомиладорларда гипертензия ва шиш қон-томир системаси ҳажмининг ошиши коптокчалар филтрациясини ошиши протеинурия кам миқдорда ёки йўқ, динамикада гематокрит пасайиши ҳисобига плазма ҳажмининг ошиши рўй беради. Томир ичи ҳажмининг ошиши ҳисобига энг асосий асоратлардан бири анемия 50-100% ни ташкил қилади. Бу плазма ҳажмининг ошиши, гематокрит ва гемоглобин миқдорини пасайиши, эритропоэтиннинг ошиши ҳисобига темир танқислик анемия сезиларли даражада учрайди [8,13]. Ҳомиладорлик даври ҳомила ўсиши чегараланиши бир ҳомилаликка нисбатан 10 баробар кўп учраб, монохориалда 34% ва бихориалда 23% учрайди [16]. Плацентация типига кўра ҳомила ўсиши чегараланиши монохориалда 7,5%, бихориалда 1,7% иккала ҳомилада ҳам кузатилади. Агар монохориал эгизакларда ҳомилалар массаси орасидаги фарқ 25% дан юқори бўлса, кам массали ҳомиланинг ҳомила ичи ўлими юқори даражада бўлади [5].

Кўп ҳомилалик учраш даражаси Ўрта Осиёда 0,6% , Европада 1 – 2 % , Африкада 4 % ни ташкил қилади [7]. Перинатал ўлим эгиз ҳомилада одатий ҳомилага нисбатан 5 марта, ҳомила ичи ўлими – 4 марта, неонатал ўлим – 6 марта юқорилиги билан характерланади [3,6].

Классификацияси.

-О.30 Кўп ҳомилалик:

*О.30.0- эгиз ҳомила

*О.30.1- уч ҳомила

*О.30.2- тўрт ҳомила.

-О.31 кўп ҳомиладорликка характерли асоратлар:

*О.31.0- бужмайган ҳомила

*О.31.1- бир абортдан кейин давом этувчи ҳомиладорлик.

*О.31.2- бир ёки кўп ҳомила ўлиmidан кейин давом этувчи ҳомиладорлик.

-О.43 Йўлдошдаги ўзгаришлар:

*О.43.0- эгизакларда плацентар трансфузион синдром.

-О.84 Кўп ҳомилали туғруқ:

*О.84.0- кўп ҳомилали туғруқ, бутунлай табиий.

*О.84.1- кўп ҳомилали туғруқ, барчасида акушерлик қисқичлари ва вакум-экстракторлар қўлланилган.

*О.84.2- кўп ҳомилали туғруқ, бутунлай кесарча кесиш орқали олиб борилган.

*О.84.8- кўп ҳомилаликда бошқача туғруқни яқунлаш.

Кўп ҳомилалини туғруқ натижаси:

Икки ҳомилали иккаласи ҳам тирик туғилган.

*Z37.3 Икки ҳомилали биттаси тирик,бошқалари ўлик.

*Z.37.4 Икки ҳомилали, иккаласи ҳам ўлик.

*Z.37.5 Бошқа кўп ҳомилали туғруқ, барчаси тирик.

1. Ҳомиланинг миқдорида кўра:

- эгиз ҳомилалик

- уч ҳомилалик

- тўрт ҳомилалик

2. Зиготага кўра:

- икки тухумли (дизиготали)

- бир тухумли [1,10,14].

Аёл организми эволюцияси битта ҳомила ривожланишига мослашган бўлиб, кўп ҳомилалик фетоплацентар етишмовчиликни классик кўриниши ҳисобланади [2,8]. Ёрдамчи репродуктив технологиялар ёрдамида ҳомиладорлик кўпинча кўп ҳомилали бўлиб, 35 % ни ташкил қилади [12].

Олиб келувчи факторлар [4,7,15]:

- Онанинг ёши 30-35 дан юқори бўлиши

- Наслий фактор (она томонидан)

- кўп туғруқ

- бачадон ривожланиш аномалияси

- орал контрацептив дори воситалар қабул қилгандан сўнг дарров

ҳомиладор бўлиши

- овуляцияни стимуляция қилувчи препаратлар

- Экстракорпорал уруғлантириш.

Хеллин формуласига кўра эгизакларнинг туғилиш даражаси ёрдамчи репродуктив технологияларсиз икки ҳомилалик 1:80 туғруқка, уч ҳомилаликда 1:80² (1:6400), тўрт ҳомилаликда 1:80³ (1:512000) ни ташкил

қилади [1,5,8]. Дунё бўйича бир тухумли эгизаклар ўртача 0,2-0,4 % ни ташкил қилади. Бир тухумли ва икки тухумли эгизаклар мос равишда 30 ва 70% ни ташкил қилади [9]. Охирги ўн йилларда эгизакларни туғилиши кўрсаткичи юқори бўлиб, бу репродуктив технологиялар, ҳомиладор аёл ёшини 35 ёшдан юқорилиги яни тухумдонларнинг гормонал стимуляцияси юқорилиги сабабли келиб чиқмоқда [11,16].

Икки тухумли эгизаклар – бир овулятор цикл давомида иккала тухумдонда бир вақтда иккита тухум хужайра уруғланади. Буларнинг хусусий йўлдоши амнион ва хориал қобиғи бўлиб, ҳомила орасидаги тўсиқ тўрт қаватдан иборат бўлади. Бу икки тухумли эгизаклар бихориал биомнионик дейилиб, умумий эгизакларнинг 70% ни ташкил қилади [1,12].

Бир тухумли эгизакларда бир тухум хужайра уруғланади. Йўлдош мембрана муносабатига кўра уруғланган тухум хужайрани бўлиниш муддатига боғлиқ ҳисобланади. Агар бўлиниш уруғланишни биринчи уч кун морула босқичига бўлса, иккитадан эмбрион, амнион, хорион ва йўлдош умумий бўлиши мумкин. Ҳомила орасидаги тўсиқ тўрт қаватдан иборат бўлиб, бихориал, биамнионик дейилади [12,13].

Монозиготали эгизакларни бир тухумдан ривожланиши бир хил жинсли, генотиплари ва кон гуруҳлари бир хил бўлиб, бир-бирига ўхшайди [6]. Дизиготали эгизаклар алоҳида тухум хужайралардан ривожланиб, алоҳида сперматозоидлар томонидан уруғланиб, генетик ҳар хил бўлиб, ака ва сингилларга ўхшаб ҳар хил бўлади [8].

Наслий фактор энг муҳим аҳамиятга эга бўлиб, 4-7 марта кўп учрайди. Бу бир тухумли эгизакларда икки тухумли эгизакларга нисбатан кўп учрайди [2,9].

Табиий ҳолатда кўп ҳомила бир нечта ооцитлар (гетерозиготали ҳомиладорлар 2/3 ҳолларда) ёки ооцит ҳомиладорликнинг эрта босқичларида (1/3 монозиготали ҳомиладорларга) бўлиниши натижасида пайдо бўлади. Гомозиготали эгизаклар бўлиниш кунда аниқланиб “4 кун қонуни” га амал қилиб, уруғланишнинг 4 кунда, тухум хужайранинг морула босқичи рўй бериб дихориал диамнионик эгизаклар пайдо бўлади. Бўлинишининг биринчи 4 чи кунда бластоциста даврида рўй бериши монохориал диамнионик эгизаклар пайдо бўлади [15].

Кўп ҳомилаликда ҳомилани умумий ҳолатини баҳолашнинг умумий функционал диагностика методлари кардиотокография она-йўлдош-ҳомилани томирларининг

доплерометрик текширув монохориал типли плацентацияда ўрта мия артериясида максимал қон оқими аниқланади. Бу аёлларда ҳомиладорлик даври юрак қон томир, ўпка, жигар, буйраклар ва бошқа органлар кучли зўриқиш билан ишлайди [11,15].

Клиник кўриниши [14]:

- 2-3 триместрда ҳомила муддатига қараганда бачадон ҳажмини катталашishi.

- Кечки муддатларни ташқи акушерлик текширувида икки ва ундан ортиқ ҳомила қисмлари пайпасланади.

- Икки нуктада ҳомила юрак уришини эшитиш мумкин.

- УТТ бўйича иккала эгизаклар физиологик ривожланиши дискордант ҳомила ривожланиши (тана массаси 20% фарқ қилиши) иккала ҳомила ўсиши чегараланиши аниқланади [2,7,13].

Фетометриясига кўра йўлдош структураси ва етилиш даражаси, ҳомила олди сувлари миқдори, киндик чиқиш жойи, киндик бириқиши аниқланади. Перинатал ўлим кўрсаткичи монозиготали эгизакларда дизиготали эгизакларга нисбатан 2,5 баробар кўп учрайди [2,6]. Ҳозирги вақтда УТТ текширувидан ташқари эхография текширув методи юқори диагностик аҳамиятга эга. Бу ёрдамида эрта диагностика қилишдан ташқари, ҳомиланинг ривожланиш кўрсаткичларининг биометрик кўрсаткичлари ҳам аниқланади [7].

Жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари яқка ҳомиладорликка нисбатан бошқа норматив кўрсаткичлари ёрдамида баҳоланиб, бунда ҳомила массаси, бош айланиши ва кўкрак айланаси ҳисобга олинади. Бу усул ёрдамида 36 ҳафтадан кейин фетоплацентар етишмовчилик 25,5%, ривожланишдан орқада қолиш 20,5% га ошганлиги аниқланади [1,13].

Ҳомиладорликни олиб бориш учун 1-триместрида хориал турига асосан (йўлдош сони) тўғри олиб бориш усули танланади [4]. Айнан хориал турига кўра (зиготалигига эмас) ҳомиладорликни кечиши, натижалари, перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини аниқлаш мумкин. Кўп ҳомилаликда энг кўп учрайдиган асоратлардан бири муддатдан олдинги туғруқ бўлиб, бачадоннинг кенгайиши ҳисобига содир бўлиб, ҳомилаларнинг сони қанча кўп бўлса муддатдан олдинги туғруқ шунча эрта содир бўлади [3,5].

Темир етишмовчилиги анемияси кўп ҳомилаликда 36,2% ни ташкил қилиб, анемия натижасида ҳомила ўсиши чегараланиши синдроми 2 марта, муддатдан олдинги туғруқ

60%, ҳомила ичи ўлими, гестозлар, 3 марта кўпроқ кузатилади [2].

Кўп ҳомилали ҳомиладорлар аёллар маслаҳатхонасига бир ҳомилали ҳомиладорларга нисбатан 28 ҳафтасигача ойига икки марта кўп учраши, 28 ҳафтадан кейин ҳар 7-10 кунда кўриниши зарур. Терапевт кўриги ҳомиладорлик давомида 3 марта бўлиб, балансланган озиқ- овқат (оқсил, минерал, витаминлар) га бой бўлиши керак. Ҳомиладорлар умумий тана вазни 18-20 кгга ошган бўлиб, ҳомиладорликнинг биринчи ярмида 10 кг дан кам бўлмаслиги керак [8].

Муддатдан олдинги туғруқ хавфини билиш учун 19-20 ҳафталигидан трансвагинал цервикография ёрдамида бачадон бўйнининг узунлиги ва ички бўғиз ҳолатига баҳо берилади [2,15].

Бачадон бўйнининг узунлиги 22-24 ҳафталикдан 36 ҳафтасигача 34 мм бўлса юқори хавф бўлиб, 32-35 ҳафталикда 27 мм гача муддатдан олдинги туғруқ кўрсаткичи, 32 ҳафтада 19 мм гача бўлса эрта муддатдан олдинги туғруқ белгиси ҳисобланади. 19-20 ҳафталикда трансвагинал цервикографияда бачадон бўйнининг узунлиги ва ички бўғиз ҳолатига баҳо берилади [1,3,5].

Кўп ҳомилаликда аёлларга 16-20 ҳафталигидан бошлаб темир танқислик анемия профилактикаси (темир 60-100 мг сутка ва фолат кислота 1 мг/сутка) мақсадида препаратлар буюрилади [2,17].

Кўп ҳомиладорликда гипертензив ҳолатлар профилактикаси учун ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан 75 мг аспирин буюрилади [16].

Аспирин терапияга кўрсатмалар қуйдагича [11,15]:

- биринчи ҳомиладорлик
- ҳомиладор аёлнинг ёши 40 ва ундан юқори бўлиши
- ҳомиладорлик даври орасидаги муддат 10 йил ва ундан юқори бўлса
- тана масса индекси 35кг/м^2 ва ундан юқори бўлса
- оилавий анамнезда преэклампсия учраган бўлса.

Кўп ҳомиладорлик кўпинча анемия фонида кечганлиги сабабли темир препаратлари ёрдамида профилактика қилиниши керак. Муддатдан олдинги туғруқ профилактикасида ётоқ режими билан биргаликда, бачадон бўйнига чок қўйилади. Мушак орасига ёки вагинал прогестерон, орал токолитиклар қўлланилади [11].

Кўп ҳомилали аёллар юқори перинатал хавфли гуруҳга кириб, туғруқдан икки ҳафта олдин ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш

учун госпитализация қилинади. Ҳомиладорлик даврида муддатидан олдинги туғруқ хавфини камайтириш мақсадида бачадон бўйнига чок қўйилиб, токолитиклар қўлланилади [11,12]. Муддатдан олдинги туғруқ ва ҳомила сувларининг муддатидан олдин кетиши 70% аёлларда кузатилиб, ҳомиладорлик асоратлари, соматик ёндош касалликлар, ҳомиладаги турли ўзгаришлар туфайли туғруқ кўпинча оператив усулда олиб борилади. Туғруқни олиб бориш кўпинча ҳомиланинг ҳолати ва олдинда келган қисми, ҳомидаларнинг аҳволи ҳисобга олинади [15].

Ҳеч қандай асоратларсиз кечганда режали оператив туғруқ қўлланилади. Табиий туғруқ йўллари орқали биринчи ҳомила боши билан, иккинчи ҳомила чаноғи билан келганда қилинади. Идеал туғруқни якунлаш муддати икки ҳомилаликда - 36-37 ҳафтада, уч ҳомилаликда 34-35 ҳафтада энг маъқул ҳисобланади [4,13].

Хулоса

Хулоса қилиб айтганда ҳозирги вақтда ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланиш, она ёшининг 35 ёшдан юқорилиги, 4- туғруқдан кейин, овуляцияни стимуляция қилувчи препаратлар қўлланилиши натижасида кўп ҳомилаликни учраш частотаси йилдан- йилга ошмоқда.

Кўп ҳомилаликда яққа ҳомиладорликка нисбатан оналар ўлими 3-7 марта юқори бўлиб, ёндош касалликларнинг асоратлари ва соматик касалликларнинг қўзиши юқори бўлади. Кўп ҳомилаликда ҳомиланинг антенатал, перинатал касалланиш кўрсаткичи юқори бўлиб, ҳомиланинг ривожланиш нуқсонлари, муддатдан олдинги туғруқ хавфи, муддатдан олдинги туғруқ хавфи, ҳомила дистресс синдроми кўп учраши билан характерланади. Она организмига юклама кўп тушганлиги сабабли турли хил касалликларнинг учраш частотаси ҳам ошади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Aquino C., Baião A.E. R., de Carvalho P. R. N. Perinatal Outcome of Selective Intrauterine Growth Restriction in Monochorionic Twins: Evaluation of a Retrospective Cohort in a Developing Country //Twin Research and Human Genetics. – 2021. – С. 1-5.
2. Aziz S., Soomro N. Twin births and their complications in women of low socioeconomic profile //J Pak Med Assoc. – 2012. – Т. 62. – №. 11. – С. 1204-8.

3. Blickstein I., Barak O. Multiple pregnancies and births // Evidence-based Obstetrics and Gynecology. – 2019. – С. 467-477.
4. Brubaker S. G., Gyamfi C. Prediction and prevention of spontaneous preterm birth in twin gestations // Seminars in perinatology. – WB Saunders, 2012. – Т. 36. – №. 3. – С. 190-194.
5. Chasen S. T., Chervenak F. A. Twin pregnancy: Prenatal issues // UpToDate, Waltham, MA (Accessed on Aug. 18, 2016). – 2017.
6. Dimassi K. et al. Ultrasound monitoring of cervical length in twin Pregnancies // La Tunisie medicale. – 2017. – Т. 95. – №. 3. – С. 192-195.
7. Egorova A. T. et al. Integrated assessment of social status and reproductive and somatic histories in pregnant women with induced multiple pregnancy // Rossiiskii vestnik akushera- ginekologa. – 2014. – Т. 14. – №. 4.
8. Fox N. S. et al. Blood pressure changes across gestation in patients with twin pregnancies // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2014. – Т. 27. – №. 9. – С. 898-903.
9. Hirsch L. et al. Patterns of discordant growth and adverse neonatal outcomes in twins // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2021.
10. Iwama N. et al. Blood pressure changes during twin pregnancies: the Japan Environment and Children's Study // Journal of hypertension. – 2019. – Т. 37. – №. 1. – С. 206-215.
11. Kostyukov K. V., Gladkova K. A., Ionov O. V. Assessing an impact on perinatal outcome in monochorionic and dichorionic twin pregnancy complicated with discordant fetal growth // Obstetrics, Gynecology and Reproduction. – 2021. – Т. 15. – №. 1. – С. 51-60.
12. Krasnopol'sky V. I. et al. Management of pregnancy and delivery in multiple pregnancy // Almanac of clinical medicine. – 2015. – Т. 37. – С. 32-40.
13. Melnik O. V. Трехплодная беременность в современном акушерстве // Здоровье женщины. – 2016. – №. 5 (111). – С. 37-40.
14. Nair A., Radhakrishnan S., Iyer K. S. Twin pregnancy in a Fontan-palliated patient // Cardiology in the Young. – 2016. – Т. 26. – №. 6. – С. 1221.
15. Ochsenbein-Kölble N. Twin pregnancies // Ultraschall in der Medizin-European Journal of Ultrasound. – 2021.
16. Rehal A. et al. Early vaginal progesterone versus placebo in twin pregnancies for the prevention of spontaneous preterm birth: a randomized, double-blind trial // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2021. – Т. 224. – №. 1. – С. 86. e1-86. e19.

Келиб тушган вақти 09.04.2021

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Рустамова Саодат Абдуллаевна

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ Резюме

В настоящее время отмечается рост заболеваемости туберкулезом и эпидемическая обстановка по туберкулезу. Несмотря на все принимаемые меры в мире, особенно в странах Восточной Европы, в том числе Узбекистане продолжает оставаться напряженной. Рост заболеваемости обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением бациллярных больных, рассеивающих туберкулезную инфекцию. Исходя из выше указанных анализировано особенности течения туберкулёза легких у лиц с психическими заболеваниями. Основную группу составляли 20 больных туберкулёзом легких с психическими заболеваниями. Контрольная группа – 50 больных туберкулёзом легких без психической патологии. По результатам у больных с психическими заболеваниями туберкулёз легких встречается часто. Для выявления туберкулёза основная роль играет профилактические осмотры, точнее флюорографические исследования.

Ключевые слова: туберкулез, психические заболевания, медико-социальный портрет, течение.

MEDICAL AND SOCIAL PORTRAIT AND FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN PERSONS WITH MENTAL DISEASES

Rustamova Saodat Abdullaevna

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ Resume

Currently, there is an increase in the incidence of tuberculosis and the epidemic situation for tuberculosis, despite all the measures taken, in the world, especially in the countries of Eastern Europe, including Uzbekistan, continues to remain tense. The increase in morbidity is due to a large reservoir of infection, untimely detection of bacillary patients who disperse tuberculosis infection. Based on the above, we analyzed the features of the course of pulmonary tuberculosis in persons with mental illness. The main group consisted of 20 patients with pulmonary tuberculosis with mental illness. Control group - 50 patients, pulmonary tuberculosis without mental pathology. According to the results, pulmonary tuberculosis is common in patients with mental illness. For the detection of tuberculosis, the main role is played by preventive examinations, more precisely, fluorographic examination.

Key words: tuberculosis, mental illness, medical and social portrait, course.

РУҲИЙ КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ ВА ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ҲОЛАТИ

Рустамова Саодат Абдуллаевна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

✓ Резюме

Ҳозирги кунда туберкулёз билан касалланиш ва эпидемиологик ҳолат ер юзида, айниқса шарқий европа мамлакатларида шу қаторда Ўзбекистонда ҳам олиб борилаётган

чораларга қарамай ўсиб бормоқда. Касалланиш кўрсаткичи ортиши туберкулёз инфекциясини тарқатувчиларнинг ва манбаининг кўпайиши ҳамда бацилляр беморларни эрта аниқланмаганлиги туфайлидир. Юқоридагилардан келиб чиқиб руҳий касаллиги бор беморларда туберкулёз жараёни ўзига хос кечиши ўрганилди. Асосий гуруҳ 20 та руҳий касаллиги бор ўпка туберкулёзи билан касалланган бемор бўлса, назорат гуруҳи 50 та руҳий касалликсиз ўпка туберкулёзи билан оғриган беморлар. Натижаларга кўра, руҳий касаллиги бор беморларда ўпка туберкулёзи нисбатан кўпроқ учрайди, таъхислаида профилактик куриклар яъни флюорографик усул асосий ўрин тутди.

Калит сўзлар: туберкулёз, руҳий касаллик, тиббий-ижтимоий ҳолат, касаллик кечиши.

Актуальность

В настоящее время отмечается рост заболеваемости туберкулезом и эпидемическая обстановка по туберкулезу. Несмотря на все принимаемые меры в мире, особенно в странах Восточной Европы, в том числе Узбекистане продолжает оставаться напряженной [1,5].

Рост заболеваемости обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением бациллярных больных, рассеивающих туберкулезную инфекцию [2].

Большое значение имеет также эндогенная реактивация, особенно в группах риска. Психические расстройства и расстройства поведения, а также туберкулез включены в перечень социально значимых заболеваний. Ведущими задачами современной психиатрии являются профилактические меры, направленные на предупреждение возникновения и развития психических расстройств [3,5].

В свою очередь изучение групп населения с повышенным риском заболевания туберкулезом - одна из актуальных проблем современной фтизиатрии [4,6].

Цель исследования: изучить социальный статус и особенности клинического течения туберкулеза легких у лиц с психическими заболеваниями.

Материал и методы

1 группа 20 человек - больные с психическими заболеваниями и туберкулезом легких в период с 2015 по 2020 годы и 2 группа - 50 больных туберкулезом легких без психических изменений, которые лечились на стационарном лечении в центре фтизиатрии и пульмонологии Бухарской области в 2020 г. Всем больным проведены клинико-лабораторные, рентгенологические, флюорографические, бактериоскопическое и бактериологические методы исследования.

Анализ половозрастного состава обследованных больных: 1ой группе больные от 30 до 50 лет были 13 (65%), от 50 до 70 лет было - 7 (35%) пациентов; мужчин было 15

(75%), женщин - 5 (25%). Среди детей и подростков с психическими заболеваниями не регистрировались случаи активного туберкулеза.

Вторая группа - больные до 20 лет было 2 (4%), от 20 до 40 лет - 28 (56%), от 41 до 60 лет - 13 (26%), 61 лет и выше - 7 (14%) пациентов; мужчин было 36 (72%), женщин - 14 (28%).

Результат и обсуждения

В первой группе у 6 (30%) больных выявлен инфильтративный туберкулез, у 13 (65%) - очаговый и у одного больного обнаружена туберкулема. Среди больных 2 группы 35 (70%) случаев выявлено инфильтративный туберкулез, у 11 (22%) - очаговый, по одному случаю диссеминированного и кавернозного туберкулеза легких и туберкулема в 2 (4%) случаях.

В контрольной группе у 11 (22%) больных в анамнезе установлен контакт с больными туберкулезом, из них у 6 (54,5%) имело место семейный контакт, а 2 (18,3%) больных ранее находились в местах лишения свободы. Вредные привычки имели 32 (64%) больных. Из них наиболее часто встречается злоупотребление алкоголем 12 (37,5%) и курение - 23 (71,9%). В 3 (9,4%) случаях имело место употребление инъекционных наркотиков. Не имели постоянного места работы 31 (62%) больных, неудовлетворительные материально-бытовые условия установлены у 18 (36%) больных.

У лиц с психическими патологиями не смогли уточнить контакт с больными туберкулёзом легких. Большая часть (70%) из них жили в доме милосердия, остальная часть 30% в собственных домах.

Состояние при поступлении во 2-группе у 40 (80%) больных было относительно удовлетворительное, 5 (10%) - поступили в состоянии средней тяжести и 2 (4%) - в тяжелом состоянии. Всего 3 (6%) больных

выявлены при профилактическом осмотре и поступили в удовлетворительном состоянии.

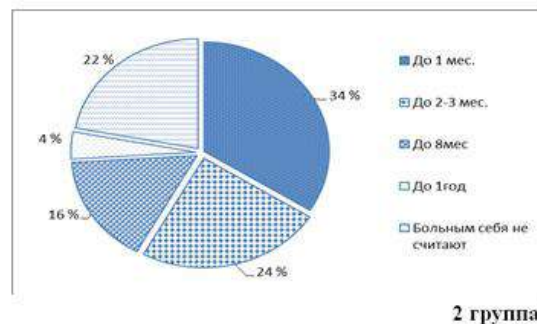
Первой группе почти у всех больных отмечались только кашель с выделением мокроты. А во второй группе клинические проявления заболевания характеризовались

Давность заболевания приведена в рисунке №1:



следующим образом: общие симптомы интоксикации и кашель с мокротой отмечались почти у всех больных, а другие бронхолегочные симптомы такие как, боль в грудной клетке и одышка наблюдалась больше чем у 1/5 части больных.

Рисунок 1



Астенический синдром, предвзяя всю другую симптоматику, может служить диагностическим признаком. Наряду с астенией у больных туберкулезом довольно часто наблюдается эйфория - немотивированно хорошее настроение, не соответствующее тяжелому общему состоянию человека. Больные становятся благодушными, чрезвычайно общительными, многоречивыми, подвижными, строят нереальные планы. Им свойственна переоценка своей личности, своих способностей и возможностей, отсутствие критического отношения к собственному болезненному состоянию. Поэтому состояние при поступлении у 11 (55%) больных было удовлетворительное, 9 (45%) - поступили в состоянии средней тяжести. Все больные выявлены при профилактическом осмотре.

Физикальное обследование в обе группе чаще выявляло укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, сочетание сухих и влажных хрипов.

У лиц с психическими расстройствами специфический процесс рентгенологическим методом проявлялся таким образом: у 15 (75%) больных односторонний, у 5 (25%) двухсторонний процесс, распад в легких определили у 4 (20%) случаев. Рентгенологические проявления специфического процесса были следующие: у большинства больных - 36 (72%) туберкулезный процесс был односторонний, у 14 (28%) - двухсторонний, распад в легких определялся у 42 (84%) больных.

Бактериологические исследования включали в себя самые современные бактериологические методы, такие как MGIT, Hain test (Genotype INA и Genotype RMP),

Gene Xpert/RIF, позволяющие в короткие сроки обнаружить МБТ и установить их чувствительность. Из обследованных пациентов обнаружены МБТ 1 группе и 2 группе, соответственно у 12 (60%) и у 28 (56%) больных. При этом культуральное исследование по Левенштейну Йенсену (Л.Й), а также методы MGIT, Hain test (Genotype INA и Genotype RMP), Gene Xpert/RIF в качестве экспресс метода и определения генотипов МБТ были проведены у всех больных.

Закключение

Медико-социальный портрет у больных с туберкулезом легких и психическими изменениями, поступивших на стационарное лечение представлено следующее: наиболее часто болеют больные старшего возраста, и живущие в доме милосердия, это свидетельствует, что у них профилактические осмотры ведётся регулярно 1 раз в год. В основном они были представлены социально-неадаптированными лицами, которые не имели постоянного места жительства и с неудовлетворительными материально-бытовыми условиями. Своевременное выявление туберкулеза у психически больных затруднено из-за отсутствия адекватных жалоб, трудности сбора анамнеза, стертых клинических симптомов вследствие понижения реактивности организма. Некоторые симптомы туберкулеза могут маскироваться за счёт психическими заболеваниями.

Бацилловыделение у психиатрических пациентов представляет большую опасность, поскольку такие пациенты не соблюдают правил гигиены. Раннее выявления

туберкулеза у психически больных должно опираться на жалобы и профилактический осмотр, которое включает в себя клиническую и рентгенологическую обследования не реже 2 раза в год, во фтизиатрических центрах. Это диктует необходимость усиления мероприятий по выявлению туберкулеза легких среди контингентов группа риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Nargiza Parpieva, Mirzagalib Tillashaikhov, Outcomes with a shorter multidrug-resistant tuberculosis regimen from Karakalpakstan, Uzbekistan 2021 y.
2. Шилова М.В. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации // Справочник фельдшера и акушерки. 2015. № 9. С.10-18.
3. Мирзоева Ф.О., Бобоходжаев О.И. Сравнительный анализ эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в разных регионах мира //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016 г. № 3. С. 76–81.
4. Ерохин В.В., Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Пунга В.В. Туберкулез в Российской Федерации //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2009. № 3. С. 4–11
5. Isomiddin Kh. Usmonov, Bahodir R. Muazzamov, Muhtor F. Jumaev, Features of diagnostics and treatment of drug-resistant forms of pulmonary tuberculosis. //IJPR 07.10.2020y
6. Рустамова С.А. Парпиева Н.Н., Мухамедов К.С., Джурабаева М.Х. Факторы риска и прогнозирование рецидивирующих форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных 2014, //Инфекция, иммунитет и фармакология, стр157-165.
7. Khalilova D., introduction of the subject of pulmonology into the teaching process of 3rd year students of the medical institute, //European journal of pharmaceutical and medical research, 2020, стр 59-62

Поступила 09.04.2021

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Негматуллаева М.Н., Саркисова Л.В.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино Кафедра
«Акушерства и гинекологии»

✓ Резюме

В статье представлены результаты применения пренатального прогнозирования неврологических исходов при преждевременных родах с использованием ультразвукового и доплерометрического исследования. В настоящее время очевидна необходимость не только обследования недоношенных новорожденных, но и разработка алгоритмов антенатальной оценки состояния головного мозга плода для прогнозирования неблагоприятных неврологических исходов. Наиболее показательными стали изменения вентрикуло-краниального индекса, ширины передних рогов боковых желудочков головного мозга, таламо-окципитального размера, СДО сосудов вертебрально-базилярного бассейна головного мозга. Подобная детальная перинатальная диагностика способствует неинвазивному прогнозированию степени неврологического поражения ЦНС недоношенных детей.

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенный ребенок, УЗИ головного мозга плода, доплерометрия кровотока в мозговых сосудах, гипоксически-ишемические поражения ЦНС.

STATE OF THE FETOPLACENTAL SYSTEM IN PREMATURE LABOR

Negmatullaeva M.N., Sarkisova L.V.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino Department of Obstetrics and Gynecology

✓ Resume

Abstract presents the result of the use of prenatal articles for predicting neurological outcomes in preterm labor using ultrasound Doppler studies. Currently, it is obvious that not only the development of examination of premature infants, but also algorithms for antenatal assessment of the state of the fetal brain to predict unfavorable neurological outcomes is evident. The most indicative were changes in the Ventriculo-cranial index, the width of the anterior horns of the lateral ventricles of the brain, thalamo-occipital size, SD of the vessels of the vertebrobasilar basin of the brain. Similar detailed perinatal diagnostics contributes to non-invasive prediction of the degree of neurological damage to the central nervous system of premature infants.

Keywords: premature birth, premature baby, USE of the fetal brain, Doppler blood flow in the cerebral vessels, hypoxic-ischemic lesions of the central nervous system.

MUDDATIDAN OLDINGI TUG'RUQDA FETOPLASENTAL TIZIMNING HOLATI

Negmatullaeva M.N., Sarkisova L.V.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrası

✓ Rezyume

Maqolada tug'ruqdan oldin ultratovush tekshiruvda prenatal nevrologik natijalarni bashorat qilishning qo'llash natijalari keltirilgan. Hozirgi vaqtda nafaqat erta tug'ilgan chaqaloqlarni doppler tekshiruvdan foydalanishga, balki homila miyasining holatini antenatal baholashning

nevrologik natijalarini yaxshilanmasligini bashorat qilish algoritmlarini ishlab chiqishga ham aniq ehtiyoj mavjud. Ushbu prenatal diagnostika muddatga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda MNS dagi zararlanish darajalarini bashoratlash hisoblanadi.

Kalit so'zlar: erta tug'ilish, erta tug'ilgan chaqaloq, homila miyasining UTT, miya tomirlarida qon oqimi doppleri, markaziy asab tizimining gipoksik-ishemik shikastlanishi.

Актуальность

Преждевременные роды (ПР) — основная проблема перинатологии в мире. [1,6,7] Преждевременные роды являются не только медицинской, но и социальной проблемой, что в первую очередь связано с их последствиями для детей - перинатальная заболеваемость и смертность у недоношенных новорожденных в 35-40 раз выше, чем у доношенных [2,3,4,5]. Расстройства церебрального кровообращения-ведущий механизм формирования поражения головного мозга в перинатальном периоде, развивающиеся у 50-60% недоношенных новорожденных. Инвалидизация детей вследствие перинатальных поражений нервной системы составляет 35-40% [11,12,13]. При этом снижение перинатальной смертности в категории недоношенных детей способствовали росту перинатальной и детской заболеваемости. При несвоевременном выявлении позднем начале лечебно-реабилитационных мероприятий существует высокая вероятность развития нарушений становления высших психических функций [8,9,10].

Цель работы: изучить состояние фетоплацентарной системы при преждевременных родах в зависимости от срока гестации с целью профилактики перинатальных потерь.

Материал и методы

С целью изучения состояния фетоплацентарной системы проведено обследование 150 беременных. Все обследованные беременные были разделены на следующие группы: 1 группа-30 женщин с очень ранними преждевременными родами в сроке 22-27 недель; 2 группа-35 женщин с ранними преждевременными родами в сроке 28-33 недель; 3 группа-35 женщин с преждевременными родами в сроке 34-37 недель; 4 группа 50 женщин с физиологическими родами в сроке 38-40 недель; Проведенные ультразвуковые исследования показали, что плацентарные нарушения (истончение, утолщение, уменьшение или увеличение размеров плацент во всех исследуемых группах встречались в 2,5-3 раза чаще, чем в группе контроля ($p<0,05$). Выявлена зависимость срока преждевременных родов и частоты плацентарной недостаточности: при уменьшении срока гестации увеличивается частота плацентарных нарушений ($p<0,005$). Низкая плацентация и предлежание плаценты

чаще встречались при преждевременных родах, что совпадает с литературными данными[1]. Нами изучены темпы роста плода по результатам УЗИ в скрининговые сроки у 150 беременных. Соответствие параметрам физиологического развития плода по результатам УЗИ выявлено у большинства беременных 1 и 4 групп, в 2 и 3 группах соответствие параметрам физиологического развития плода наблюдалось реже статистически значимо ($p<0,05$). Во 2 группе синдром задержки развития плода (СЗРП) I ст. был выявлен по УЗИ у каждой пятой женщины (21,4%), в 2 раза чаще, чем в 1, 3 и 4 группах (7,7%, 11,2% и 9,7%), получены статистически значимые различия по z-критерию ($p<0,05$) и критерию χ^2 ($p<0,005$). Выявление СЗРП I ст. до 33 недель по результатам УЗИ может служить прогностическим признаком ранних преждевременных родов ($p<0,05$). При оценке количества околоплодных вод маловодие диагностировано у каждой третьей беременной 2-й группы (33,9%), это в 3 раза чаще, чем в группе контроля (12,7%) и в 2 раза чаще, чем в 1 группе (18,3%), различия подтверждены z-критерием ($p<0,05$).

Результат и обсуждение

Таким образом, при ранних преждевременных родах у беременных имелись ультразвуковые маркёры плацентарной недостаточности, проявляющиеся изменениями структуры плаценты (истончением и уменьшением площади — 11,6%), определением II степени зрелости плаценты до 33 недель (27,9%), изменением количества околоплодных вод в сторону маловодия (24,0%), гипотрофией плода (32,5%) также увеличением индекса резистентности в маточных артериях и в артериях пуповины (20,4%). Нормальные показатели фетоплацентарного кровотока наблюдались у большинства беременных 1 группы и группы контроля, составляя 93,3%, в отличие от 2 группы, где нормальные показатели встречались статистически значимо реже (79,6%), различия подтверждены z-критерием ($p<0,05$) и критерием χ^2 ($p<0,005$). Частота нормальных показателей доплерометрии в 1 и 4 группах коррелирует с частотой нормальных фетометрических показателей в этих группах. Во 2 группе нарушение фетоплацентарного кровотока

(НК) было выявлено у каждой пятой беременной (20,4%), из них у половины беременных (10,7%) выявлено НК 3 ст., потребовавшее родоразрешения. В 1 группе НК 3 ст. выявлено в 6,7% случаях. В 3 группе чаще встречалось НК 2 ст. — у 6% беременных, в контрольной группе чаще наблюдалось нарушение кровотока в маточных артериях (НК 1 ст.) — в 6,0% случаев. Таким образом, выявлены морфологические различия плаценты по срокам преждевременных родов: для очень ранних преждевременных родов характерны воспалительные изменения плаценты (83,7%). Инволютивно-дистрофические изменения, характерные для хронической плацентарной недостаточности статистически значимо чаще наблюдались в группе ранних преждевременных родов (65,5%) и при преждевременных родах в 34-37 недель (69,8%). При ранних преждевременных родах выявлены ультразвуковые маркёры плацентарной недостаточности: изменения структуры плаценты (истончением и уменьшением площади-12,6%), определение II степени зрелости плаценты до 33 недель (37,9%), маловодие (37,9%), гипотрофия плода (32,0%), нарушение фетоплацентарного кровотока (20,4%)

Выводы

1. Факторами риска перинатальной патологии ЦНС у недоношенных новорожденных является сочетанная соматическая и гинекологическая патология, табакокурение.
2. Тяжесть степени поражения ЦНС у недоношенных детей зависит от срока гестации при рождении, нарушениями гемодинамики в сосудах вертебрально-базиллярного бассейна, происходящими на фоне угрожающих преждевременных родов.
3. При наличии угрозы преждевременных родов наблюдается снижение скоростей кровотоков в артериальных сосудах ЦНС плода, снижение оттока крови в венозных сосудах.
4. Ведущими синдромами поражения ЦНС были синдром угнетения ЦНС- в 83(56.08%), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости- в 39(26.35%), судорожный синдром- в 4(2.7%), вегето-висцеральный синдром — в 8(10.81%), синдром мышечной дисфункции — в 6(4.05%) случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гаврилова А.А. Сверхранные и ранние преждевременные роды: спорные вопросы // Здоровье и образование в XXI веке. — 2018. — № 1. — С. 24-28..

2. Каюмова Г.М. Саркисова Л.В. Особенности клинического течения преждевременных родов и перинатальные исходы //Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи. -2019. —С. 262-263.
3. Пулатова Р.А., Ихтиярова Г.А., Саркисова Л.В. Оценка полового и физического развития у девочек и девушек // Педиатрия, 2003. № 2. С. 46-48.
4. Саркисова Л. В. Морфологические особенности плацент при преждевременных родах //Проблемы биологии и медицины. — 2012. — Т. 1. — С. 166.
5. Саркисова Л.В., Туксанова Д.И., Аваков В.Е., Негматуллаева М.Н. Современные аспекты лечения беременных с гестозом, основанные на изменении показателей центральной гемодинамики // Российский вестник акушера-гинеколога. -2003. —С. 56.
6. Avasti S., Pandey M., Sundaram V., Dixit P. Association of TNF- α and IL-1 β gene polymorphisms with preterm labor - replication research and meta-analysis. Int J Sci Res (IJSR). 2015; 4: 1679-85.
7. Malyshkina AI, Nazarova AO, Kulida LV, Kozyrina AA, Nazarov SB, Zholobov Yu.N. Pathomorphological features of the placenta in women with threatening preterm labor depending on the outcome of pregnancy // Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. - 2016. - Т. 16, No. 5. - S. 4-8.
8. Pandey M., Avasti S. Prognostic role of interleukin-1 α and β gene polymorphisms in preterm labor. Gene Rep. 2016; 4: 112-7.
9. Sarkisova L.V., Yuldasheva R.U., Kurbanova Z.Sh. & Aslonova M.J. (2020). The Role of Indicators of Ferrokinetic and Endogenous Erythropoietin in Anemia of Pregnant Women. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 10(4), 262-265
10. Sarkisova LV, Yuldasheva RU, Kurbanova Z. Sh., Aslonova MJ, (2020). The Role of Indicators of Ferrokinetics and Endogenous Erythropoietin in Anemia of Pregnant Women, //American Journal of Medicine and Medical Sciences, Vol. 10 No. 4, pp. 262-265. doi: 10.5923 / j.ajmms.20201004.19.
11. Shikshe E., Pap D., Lippai R. et al. Mediators of inflammation associated with fibrosis: the role of the IL-10 cytokine family. Mediat Inflamm. 2015; 2015: 764641.
12. Sarkisova LV Morphological features of the placenta in preterm labor // Problems of biology and medicine. - 2012 . - P. 166.
13. Ashurova N.G., Navruzova N.O. Preclinical diagnosis of cervical diseases // News of dermatovenerology and reproductive health. 2017. N. 3 4 (I). P. 29 - 30.

Поступила 09.04.2021

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ: РОЛЬ СЕМЬИ

Сидоров А.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И., Крючкова М.Н.,
Лубянко И.А., Мрыхина В.В., Симак О.Я.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ Резюме

Статья посвящена рассмотрению роли семьи с позиций различных особенностей, которые дополняют картину предиспозиционного фона для развития интернет-зависимости. Внимание уделяется анализу взаимовлияния и факторов, организующих внутрисемейные отношения, а также особенностям, наблюдаемым в семьях, для которых использование компьютера и интернета становится проблемным. Рассмотрены взгляды зарубежных и российских авторов на устройство современной семьи, межличностных отношений, которые могут являться предикторами развития интернет-зависимости.

Ключевые слова: интернет-зависимость, предиктор, внутрисемейные отношения.

INTERNET DEPENDENCE: THE ROLE OF THE FAMILY

Sidorov A.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N.,
Lubyanko I.A., Mrykhina V.V., Simak O .I.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation.
Rostov-on-Don, Russia

✓ Resume

The article is devoted to the consideration of the role of the family from the standpoint of various features that complement the picture of the pre-dispositional background for the development of Internet addiction. Attention is paid to the analysis of the mutual influence and factors organizing intra-family relations, as well as the peculiarities observed in families, for which the use of a computer and the Internet becomes problematic. The views of foreign and Russian authors on the structure of the modern family, interpersonal relations, which can be predictors of the development of Internet addiction, are considered.

Key words: Internet addiction, predictor, intrafamily relationships.

INTERNET- BOG`LIQLIK: OILANING ROLI

Sidorov A.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Mrixin V.V., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N.,
Lubyanko I.A., Mrixina V.V., Simak O.

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat bydjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-na-Donu, Rossiya

✓ Rezyume

Maqola oilaning rolini Internetga qaramlikni rivojlantirish uchun dispozitsiyadan oldingi fon rasmini to'ldiruvchi turli xil xususiyatlar nuqtai nazaridan ko'rib chiqishga bag'ishlangan. Oilalararo munosabatlarni tashkil etuvchi o'zaro ta'sir va omillarni, shuningdek, kompyuterlarda va Internetdan foydalanish muammoli bo'lib qoladigan oilalarda kuzatiladigan o'ziga xos xususiyatlarni tahlil qilishga e'tibor qaratiladi. Xorijiy va rus mualliflarining zamonaviy oilaning tuzilishi, Internetdagi gijohvandlikning rivojlanishini bashorat qilishi mumkin bo'lgan shaxslararo munosabatlar haqidagi qarashlari ko'rib chiqiladi.

Актуальность

Цифровая среда во всем своем многообразии удивляет не только степенью своего «эволюционирования» за последние пару лет, но также и стремительным темпом распространения и проникновения, в том числе и в самые удаленные места на планете, что в свою очередь несет не только прогресс и развитие, но и определенные риски, одним из которых является активно обсуждаемая проблема Интернет-зависимости. В чем суть данного феномена? Чем объяснить привлекательность виртуального мира для большого количества разновозрастной аудитории пользователей? Не спроста внимание исследователей и ученых приковано не только к технологическим прорывам и прогрессивному развитию сферы IT-технологий, но также и к последствиям, которые следуют за ним. Социальная среда, в которой человек развивается и с которой взаимодействует на протяжении всей жизни, имеет важное значение для понимания механизмов, согласно которым он организует свою жизнедеятельность. Такой социальной средой, со своими коммуникативными механизмами и разнообразными, взаимовлияющими факторами, является семья, семейная система. Исходя из особенностей ее уклада и организации межличностного, внутреннего взаимодействия всех элементов (членов семьи) складывается значительная часть механизмов регулирования и организации индивидуального поведения, рассмотрение которых позволит более точно и тщательно изучить различные стороны происходящих в современном мире явлений, одним из которых является актуальнейшая проблема Интернет-зависимости.

Распространенность сети Интернет в Море

Показатели распространения сети Интернет, а также степень проникновения различных направлений цифровой среды в современном обществе, позволяют оценить влиянии digital-технологий на жизнь человека 21 века. Серия ежегодных глобальных отчетов об уровне развития цифровой среды в мире представленных компаниями «We are the social» и «Hootsuite» раскрывают особенности прогрессивного роста и развития цифровой сферы в мировом сообществе. Так, «Digital 2020» [16; 17] - отчет на начало 2020 года, демонстрирует следующие цифры: 4,5

миллиарда человек являются пользователями сети Интернет, из них 3,8 миллиарда - аудитория социальных сетей (уровень проникновения 59 и 49%, соответственно). Сравнивая данные с показателями 2019 г., отмечается прирост, составляющий 7% (+298 миллион новых пользователей). Представленный отчет содержит сведения и об объеме трафика, который приходится на мобильные устройства (смартфоны, планшеты и т.п.), составляющего 50,1%. На сегодняшний день насчитывается 4,20 миллиарда пользователей социальных сетей. За последний год эта цифра выросла на 490 миллионов [18], что в годовом исчислении составляет рост более чем на 13 %. 53,6 % мирового населения – пользователи социальных сетей (данные января 2021 года). Количество пользователей социальных сетей за последний год увеличилось более чем на 13 %. В январе 2021 года интернетом пользуются 4,66 миллиарда человек во всём мире, что на 316 миллионов (7,3 %) больше, чем в прошлом году. Уровень проникновения интернета составляет 59,5 %.

Вышеприведенные цифры, свидетельствуют о широком и продолжающей набирать обороты распространении цифровых технологий, которое имеет ряд позитивных и негативных следствий. К позитивным по праву можно отнести опосредующее влияние на социализацию, обширные и расширяющиеся возможности онлайн-обучения, поиск и изучение широкого диапазона информационных ресурсов, феноменальная скорость обработки огромных массивов цифровой информации и ряд других. Стоит отметить и обратную сторону данного прогрессивного процесса – злоупотребление и дальнейший переход у предрасположенных групп пользователей в зависимость [1, 2, 6, 7].

Исследуя различный спектр особенностей лиц с интернет-зависимостью, авторами анализируются многосторонние факторы, в совокупности которых лежит понимание не только структуры, но и относительного прогноза развития расстройства. Изучение каждого из таких predispositional факторов способно сложить целостную картину структурного многообразия проблемы, в которой интернет и компьютер являются способами, средствами реализации аддиктивного потенциала.

Помимо, несомненно, важных и определяющих психологические и личностные особенности (большинство из которых возможно для изучения благодаря наличию широкого разнообразия валидизированных психометрических шкал и тестов) методов, значительная доля внимания уделяется также социальной среде, в которой происходит формирование человека, его развитие и постижение тех или иных форм взаимодействия с окружающей реальностью (адаптивными или мало-, неадаптивными, дезадаптивными способами).

Рассматривая влияние социальной среды на формирование стратегий поведения стоит отметить определяющее воздействие внутрисемейных факторов (внутренние функциональные особенности семейного уклада), через изучение и понимание которых возможна разработка наиболее действенных и комплексно направленных мер профилактики. Smilkstein G. определяет семейную функциональность, как содействие физическому и психологическому росту и созреванию всех членов семьи, через ряд основных компонентов, таких, как: адаптация, партнерство, рост, привязанность и решимость [20]. Рассогласованность вышеперечисленных компонентов отражается на качестве отношений между членами семьи, а также на способах адаптации к различным условиям меняющейся жизни. Пристрастие к интернету (социальные сети, онлайн-игры и др.) влияет на членов семьи, в частности на детей и подростков с различных сторон, к которым относятся: физическое здоровье, психосоциальное развитие, успеваемость и семейные отношения [15, 22]. Последние, в свою очередь способны стать либо предрасполагающими к интернет-зависимому поведению, либо иметь позитивное влияние. Функции семейной системы разнообразны, помимо репродуктивной и хозяйственно-экономической, базовые принципы закладываются в модель взаимодействия с окружающей реальностью через воспитательную, духовно-эмоциональную, обучающую функции, а также через первичный социальный контроль, в котором родитель выступает гарантом безопасности своего ребенка [5]. Ермилова А.В. и Арнаутова Т.А., рассматривая социокультурную и когнитивную функцию семьи отмечали, что «исполнение семейных функций, в частности социокультурной и когнитивной, определяется потенциалом семьи и ее ресурсностью», приводя в пример

существующий потенциал семьи в каждой из областей. Так, реализация психологической функции, зависит от психологического потенциала и психологического равновесия, а социокультурная требует наличия и коммуникативно-информационных, и адаптационных, и материальных, и психологических ресурсов [4]. Факторами риска выступают более низкий уровень сплоченности семьи, более высокий уровень семейных конфликтов и более плохие семейные отношения [12].

К другим особенностям современной семьи авторы относят следующие:

1. Нестабильность брака, неустойчивость семьи, неполные семьи;
2. Разрыв возрастных, а также интеллектуальных и других уровней в семье, разрушение семейных традиций;
3. Дефицит мужского влияния в воспитании и, с другой стороны, высокая занятость женщин на производстве;
4. Педагогическая и психологическая малограмотность семьи;
5. Дестабилизирующее влияние пьянства, стяжательства, цинизма, бездуховности на устойчивость брака;
6. Резкое сокращение межсемейных, межличностных и даже внутрисемейных контактов, по существу атрофия контактности, способности к коммуникации;
7. Проблема семейного досуга, его чрезвычайно низкий уровень [3].

Янак А.Л. (2021), выделяет следующие «угрозы развитию детско-родительских отношений»:

- гаджет- и интернет-аддикция родителей/детей;
- нарушение вертикали (инфантилизация родителей и парентизация детей), психоэмоционального климата внутрисемейного взаимодействия и межпоколенной интеракции (само-эксклюзия);
- трансформация системы воспитательных практик;
- новое конфликтное поле между (пра)родителями и детьми;
- снижение или изменение родительского контроля, авторитета традиционных социализационных субъектов и институтов (родителей, прародителей, учителей);
- негативный информационный фон [11].

Существующие особенности внутрисемейных отношений оказывают

значительное влияние на формирование моделей поведения, социальных установок, способов взаимодействия с окружающей действительностью, в первую очередь для детей, но отражаются и на семейной системе в целом.

Юрданова М.Э. (2011), изучая семью в фокусе современных социальных проблем, отмечала, что «суть изменений семьи в общем контексте современного цивилизационного развития заключается в том, что триада соподчиненности «общество-семья-индивид» трансформируется в конструкцию «индивид-семья-общество», в результате чего происходит трансформация сознания от «традиционных коллективистских ценностей семьи к ценностям индивидуально направленным» [10]. Bulanik Koc E., Karacetin Ozer G., et al. (2020) изучая отношение родителей к подросткам с интернет-игровым расстройством, с целью определения защитных механизмов и факторов риска, оценивали структуру семьи, внутрисемейные отношения и психиатрическую коморбидность у 50 подростков в возрасте от 12 – до 18 лет, отвечающих критериям DSM-5 для IGD (Internet gaming disorder) в сравнении с контрольной группой, установили, что подростки с IGD воспринимают своих родителей "меньше заботящимися о них" и "меньше заботящимися об их автономии" по сравнению с контрольной группой. Исследование показало, что родительское отношение может быть одним из факторов риска развития IGD [14]. Wartberg L. et al. (2017) исследовав 1095 семейных диад (подросток в возрасте 12-14 лет и один из родителей) доказали, что интернет-игровое расстройство связано с механизмами интернализации и экстернализации проблем у подростков, отмечая при этом связь между IGD и состоянием психического здоровья родителей и их детей [25]. Также, Wartberg L. и соавторы (2017) отмечали, что качество жизни и другие социальные аспекты являются важными факторами, имеющими потенциал для изучения у подростков с интернет-игровым расстройством, что может быть положено в основу программ профилактики [24]. О роли терапевтических вмешательств во внутрисемейную систему, в которой происходит формирование подростка и закрепление тех или иных форм взаимодействия с окружающей действительностью, и выработка моделей адаптации к ней, говорили Bonnaire C. et al. (2019), давая обоснование системной

концептуализации проблемы IGD и терапевтического подхода, нацеленного как на индивида (подростка с интернет-игровым расстройством), так и на семейную систему (многомерный семейный терапевтический подход, MDFT) [13].

Интерес представляет исследование Xu J. et al. (2014), проведенное в Шанхае, в рамках которого было обследовано 5122 подростка с использованием анонимных и само отчётных анкет, направленных на изучение связи между семейными факторами и подростковой интернет-зависимостью (ИЗ). Авторы установили связь между внутрисемейными отношениями и ИЗ, отметив, что качество родительно-подростковых отношений/общения было тесно связано с развитием ИЗ, причем материнские факторы (проблемы взаимоотношений) были более значимыми, чем отцовские. Социально-экономический статус семьи «сдерживал» уровень использования Интернета подростками, но не влиял на развитие ИЗ [26]. Помимо этого, ИЗ приводит к ухудшению показателей успеваемости подростков, «психологического благополучия» и приводит не только к проблемам в межличностном взаимодействии, но и к возникновению психосоматических симптомов [21, 28], что в свою очередь взаимосвязано с индуцированными структурными изменениями в областях мозга, включая переднюю поясную кору, орбитофронтальную кору и дорсолатеральную префронтальную кору, или с исполнительными дисфункциями, такими как повышенная импульсивность и нарушение когнитивного контроля [27, 29].

Влияние детско-родительских отношений, в частности проблемы в общении между детьми и родителями, по мнению Wallenius M., Punamäki R.-L. [23], может служить одним из факторов в развитии подростка, который способствует усилению негативных последствий насилия в цифровых играх, при этом, авторы уточняют, что и в случае отсутствия проблем во взаимоотношениях детей и родителей, подросток не обязательно будет защищен от последствий насильственных видеоигр в долгосрочной перспективе. Так, Радионова М.С., Есаулова К.С., Фоменко А.Ю., Шленская Н.М. [8], изучая семейные факторы, определяющие чрезмерную вовлеченность старших подростков в видеоигровую деятельность, проанализировав данные исследования, в котором приняло участие 130 девушек и юношей, обнаружили взаимосвязь между

склонностью к видеоигровой деятельностью и характером взаимоотношений между подростками и их родителями, зафиксировав положительную связь характеристик «непоследовательность отца», «автономность отца», «директивность отца», «враждебность матери» и обратная корреляция с характеристикой «позитивный интерес матери». Авторами была обнаружена обратная корреляционная связь с показателем позитивного отношения со стороны матери, прямая корреляционная связь с показателем директивности со стороны отца. Все приведенные элементы стиля воспитания в семье продемонстрировали способность оказывать влияние на склонность к игре. Авторитарность и директивность в семье оказались максимально характерными для подростков, увлеченных видеоиграми, а оценка родительского стиля как непоследовательного и не позитивного оказывает значимое влияние на уровень вовлеченности.

Смирнова Е.А. (2013), изучая особенности семейного воспитания подростков с интернет-зависимостью, отметила следующее: «стиль воспитания родителей интернет-зависимого подростка (или склонного к формированию данного типа поведения) будет характеризоваться большим количеством дисгармоничных черт - у каждого родителя это будут свои черты, но в подавляющем большинстве они будут приобретать характер чрезмерных, а также их будет усиливать неуверенность родителя в выбранной им стратегии воспитания и непоследовательность в системе наказаний: то их чрезмерность, то недостаточность» [9]. Park S.K., et al. (2008), отмечали связь родительских установок, семейного общения, сплоченность семьи и воздействию насилия в семье (например, супружеское насилие и насилие между родителями и детьми) с интернет-зависимостью, подтверждая роль изучения внутрисемейных взаимоотношений для разработки целевых программ профилактики [19].

Заключение

Таким образом, семья, являясь одной из социальных систем, в которой человек проходит основные этапы психофизиологического развития, нарабатывает навыки межличностного взаимодействия и многие другие компоненты, характеризующие его биопсихосоциальную структуру, оказывает значительное влияние

на процесс организации собственной жизни влияя на психологическое, личностное и социально-культурное развитие. Изучение внутрисемейных особенностей необходимо как для понимания predispositional факторов различных явлений, актуальным из которых является интернет-зависимость, так и для разработки и реализации профилактических мер, имеющих точную направленность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батайкина И.А. Онлайн - образование: новые возможности //Инновационная наука. – 2019. - №11. – с.18-19.
2. Громов Д. В. «Моральная паника» как механизм развития ряда молодежных сообществ Советского Союза и России // Историческая психология и социология истории. - 2012; - №5(1). – с.164–178.
3. Гуров Д.В., Гурова Е.В., Гоцкая Н.Р. Воспитательная функция семьи // МНКО. - 2016. - №2 (57). – с.191-193.
4. Ермилова А.В., Арнаутова Т.А. Социокультурная и когнитивная функции семьи // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. - 2015. - №3 (39). – с. 159-164.
5. Ильясов Т.З. Семья как первичный социальный институт. Ее воспитательная функция // Вестник Башкирск. ун-та. - 2017. - №3. – с. 904-907.
6. Маркеева А.В. Социальные последствия развития Интернета вещей (IoT) // Современные информационные технологии и ИТ-образование. – 2016. -№2. – с.236-239.
7. Плешаков В.А., Угольников Н.В. Интернет как фактор социализации старших школьников // Философские проблемы информационных технологий и киберпространства. – 2012. - №2(4). – с.48-54.
8. Радионова М.С., Есаулова К.С., Фоменко А.Ю., Шленская Н.М. Семейные факторы, определяющие чрезмерную вовлеченность старших подростков в видеоигровую деятельность // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. – 2020. - №1. – с.134-149. - DOI: 10.18384/2310-7235-2020-1-134-149
9. Смирнова Е.А. Особенности семейного воспитания интернет-зависимых подростков // Ярославский педагогический вестник. - 2013. - №1. – с.246-252.
10. Юрданова М.Э. Семья в фокусе современных социальных проблем общества // NOMOTHETIKA: Философия.

- Социология. Право. - 2011. - №2 (97). - с. 344-347.
11. Янак А.Л. Дети и родители в информационном пространстве: взаимодействие, риски и стратегии обеспечения безопасности // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. - 2021. - Т. 21, вып. 1. - С. 64-71. - doi:10.18500/1818-9601-2021-21-1-64-71
 12. Bonnaire C, Phan O. Relationships between parental attitudes, family functioning and internet gaming disorder in adolescents attending school // *Psychiatry Res.* - 2017. - №255. - p. 104-110.
 13. Bonnaire C., Liddle H.A., Har A., Nielsen P., Phan O. Why and how to include parents in the treatment of adolescents presenting Internet gaming disorder? // *J Behav Addict.* - 2019. - №8(2). - p.201-212. doi: 10.1556/2006.8.2019.27.
 14. Bulanik Koc E., Karacetin Ozer G., Mutlu C., Onal B.S., Ciftci A., Ercan O. Assessment of attitude of parents towards adolescents with Internet gaming disorder // *Pediatr Int.* - 2020. - №62(7). - p. 848-856. - doi: 10.1111/ped.14238
 15. Clark D.J., Frith K.H., Demi A.S. The physical, behavioral, and psychosocial consequences of internet use in college students. - 2004. - №22. - p.153-161.
 16. Digital 2019 Global Overview Report [электронный ресурс] - <https://wearesocial.com/blog/2019/01/digital-2019-global-internet-use-accelerates> - (дата обращения 17.04.2021).
 17. Digital 2020 Global Overview Report [электронный ресурс] - <https://wearesocial.com/blog/2020/01/digital-2020-3-8-billion-people-use-social-media> - (дата обращения 17.04.2021).
 18. Digital 2021 Global Overview Report [электронный ресурс] - <https://wearesocial.com/digital-2021-> (дата обращения 17.04.2021).
 19. Park S.K., Kim J.Y., Cho C.B. Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents // *Adolescence.* - 2008. - №43(172). - p. 895-909.
 20. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family functioning test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978; 6:1231-9.
 21. Thomée S., Härenstam A., Hagberg M. Computer use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults—a prospective cohort study // *BMC Psychiatry.* - 2012. - №12. - p.176-210.
 22. Tsitsika A., Critselis E., Louizou A., Janikian M., Freskou A., Marangou E., et al. Determinants of internet addiction among adolescents: A case-control Study // *ScientificWorldJournal.* - 2011. - №11. - p.866-874.
 23. Wallenius M., Punamäki R.-L. Digital game violence and direct aggression in adolescence: A longitudinal study of the roles of sex, age, and parent-child communication // *Journal of Applied Developmental Psychology.* - 2008. - №29(4). - p.286-294. - DOI: 10.1016/j.appdev.2008.04.010
 24. Wartberg L., Kriston L., Kammerl R. Associations of Social Support, Friends Only Known Through the Internet, and Health-Related Quality of Life with Internet Gaming Disorder in Adolescence // *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* - 2017. - №20(7). - p.436-441. doi: 10.1089/cyber.2016.0535.
 25. Wartberg L., Kriston L., Kramer M., Schwedler A., Lincoln T.M., Kammerl R. Internet gaming disorder in early adolescence: Associations with parental and adolescent mental health // *Eur Psychiatry.* - 2017. - №43. - p.14-18. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.12.013.
 26. Xu J., Shen Lx., Yan Ch. et al. Parent-adolescent interaction and risk of adolescent internet addiction: a population-based study in Shanghai // *BMC Psychiatry.* - 2014. - №14(112). - p.1-11. - doi:10.1186/1471-244X-14-112
 27. Yen J.Y., Cheng-Fang Y., Chen C.S., Chang Y.H., Yeh Y.C., Ko C.H. The bidirectional interactions between addiction, behaviour approach and behaviour inhibition systems among adolescents in a prospective study // *Psychiatry Res.* - 2012. - №200. - p.588-592. - doi:10.1016/j.psychres.2012.03.015.
 28. Yen J.Y., Ko C.H., Yen C.F., Chen S.H., Chung W.L., Chen C.C. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use // *Psychiatry Clin Neurosci.* - 2008. - №62. - p.9-16. - doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01770.x.
 29. Yuan K., Qin W., Wang G., et al. Microstructure Abnormalities in Adolescents with Internet Addiction Disorder // *PLoS ONE.* - 2011. - №6. - p.e20708-10. - doi:1371/journal.pone.0020708.

Поступила 09.04.2021

ФЕНОМЕН ВОПЛОЩЕННОГО ПРИСУТСТВИЯ КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Солдаткин В.А., Крысенко П.Б., Солдаткина С.В., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И.,
Крючкова М.Н., Лубянко И.А., Сидоров А.А.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Ростов-на-Дону, Россия

✓ Резюме

Статья посвящена малоизученному проявлению – феномену воплощенного присутствия. Целью исследования является клиничко-психопатологическое изучение феномена воплощенного присутствия при различных психических расстройствах с оценкой его как предиктора тяжести психопатологии. Обследовано 750 человек. Установлено, что феномен воплощенного присутствия не является казуистически редким и нозологически специфичным психопатологическим образованием. Повторяемость феномена воплощенного присутствия, выраженность галлюцинаторной составляющей, увеличение экспозиции феномена, отражая сравнительно большее напряжение систем адаптации, свидетельствуют о риске психотической дезинтеграции.

Ключевые слова: феномен воплощенного присутствия, предиктор, психические расстройства.

THE PHENOMENON OF EMBODIED PRESENCE AS A PREDICTOR OF MENTAL DISORDERS

*Soldatkin V.A., Krysenko P.B., Soldatkina S.V., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Kovalev A.I.,
Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A .BUT.*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation.
Rostov-on-Don, Russia

✓ Resume

The article is devoted to a little-studied manifestation – the phenomenon of embodied presence. Aim: clinical and psychopathological study of the Phenomenon of embodied presence in various mental disorders with its assessment as a predictor of the severity of psychopathology. Results. 750 people were examined. It was established that the Syndrome of embodied presence is not a casuistically rare and nosologically specific psychopathological phenomenon. The recurrence of this phenomenon, the severity of the hallucinatory component, an increase in the exposure of the phenomenon, reflecting in an increase of tension of adaptation systems, indicate the risk of psychotic disintegration.

Key words: phenomenon of embodied presence, predictor, mental disorders.

GAVDALANTIRILGAN MAVJUDLIK FENOMENI RUHIY BUZILISHLARNING BASHORATCHISI SIFATIDA

*Soldatkin V.A., Krysenko P.B., Soldatkina S.V., Perekhov A.Ya., Mrixin V.V., Kovalev A.I.,
Kryuchkova M.N., Lubyanko I.A., Sidorov A .BUT.*

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-na-Donu, Rossiya

✓ Rezyume

Maqola kam o'rganilgan masala - gavalantirilgan mavjudlik fenomeniga bag'ishlangan. Tadqiqotning maqsadi - turli xil ruhiy kasalliklarda gavalanish mavjudligini fenomenini klinik va psixopatologik o'rganish, uni psixopatologiyaning zo'ravonligini bashorat qiluvchi omil sifatida baholash. 750 kishi tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Mujassam mavjudlik hodisasi kasuistik jihatdan kam uchraydigan va nozologik o'ziga xos psixopatologik shakllanish emasligi aniqlandi. Gavalantirilgan mavjudlik fenomenining takrorlanishi, gallyutsinatsion komponentning og'irligi, adaptatsiya tizimlarining nisbatan keskinligini aks ettiruvchi hodisa ta'sirining ortishi psixotik parchalanish xavfini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: gavalantirilgan mavjudlik hodisasi, bashorat qiluvchi, ruhiy kasalliklar.

Актуальность

Психиатрия относится к той отрасли клинической медицины, где, несмотря на огромный арсенал новых методов исследования, ведущим в диагностическом процессе остается клинко-психопатологический метод, основой которого является качественная описательная характеристика психопатологической симптоматики [1]. Изучение «редких», сравнительно малоизученных психопатологических феноменов, к которым относится феномен воплощенного присутствия (ФВП), в этом контексте представляется актуальным, имеющим потенциал совершенствования ранней диагностики психических расстройств [2].

Феномен воплощенного присутствия характеризуется ошибочным ощущением присутствия постороннего существа в непосредственной близости от больного, при ясном сознании. При этом присутствие не воспринимается ни с помощью слуха, ни с помощью зрения [3]. По результатам работ Калинина В.В. (2002) [2] известно, что в структуре ФВП могут присутствовать элементарные зрительные и гаптические галлюцинации; основной характеристикой всех трех компонентов ФВП является рудиментарность и незавершенность переживаний. Автором высказывалось мнение, что ФВП имеет тропность к шизофрении и чаще развивается перед развернутыми галлюцинаторно-параноидными психозами; однако надежной доказательной базы это утверждение не имеет.

В целом, понимание феномена воплощенного присутствия далеко от полного: нуждаются в уточнении как клинические характеристики ФВП, отличающие его от сходных состояний, так и вопросы нозологической специфичности ФВП; разрешение указанных выше вопросов представляется актуальным.

Цель исследования

Клинко-психопатологическое изучение феномена воплощенного присутствия при различных психических расстройствах с оценкой его как предиктора тяжести психопатологии.

Задачи исследования

1. Выявить частоту возникновения феномена воплощенного присутствия у здоровых людей (группа здоровых — ГЗ) и у больных, страдающих:

- психическими расстройствами и расстройствами поведения, вызванными употреблением алкоголя (F1);
- шизофренией (F2);
- расстройствами настроения (F3);
- невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (F4).

2. Изучить клинко-динамическую картину феномена воплощенного присутствия в группах сравнения.

3. Оценить роль феномена воплощенного присутствия в качестве предиктора тяжести психопатологии.

Результат и обсуждения

Исследование одобрено на заседании локального независимого этического комитета ФГБОУ ВО «Ростовского государственного медицинского университета» Минздрава России от 11.12.14 № 19/14.

В исследовании приняли участие пациенты, находившиеся на лечении в Аксайском филиале ГБУ РО «Психоневрологический диспансер», в психотерапевтическом отделении клиники РостГМУ и в отделении № 10 Новочеркасского филиала ГУЗ «ПНД» в период времени с 2014 по 2020 гг. Отбор кандидатов в исследование происходил среди всех пациентов, находящихся в стационарах, случайным образом. Главным критерием включения было соответствие клинической картины заболевания диагностическим

рубрикам F1, F2, F3 и F4 (по МКБ-10). Отбор в группу здоровых лиц (ГЗ) носил случайный характер, были отобраны мужчины и женщины, которые в прошлом не обращались за медицинской помощью по поводу заболеваний психической сферы и считали себя на момент обследования психически и физически здоровыми. В результате было сформировано пять равных по численности (n=150) групп.

На первом этапе все пациенты, выразившие добровольное согласие на участие в исследовании, были включены в этап скрининга исследования (верификация диагноза, проведение экспресс-анкетирования на предмет наличия опыта ФВП). В каждой группе (F1, F2, F3, F4, ГЗ) была сформирована основная группа (ОГ), куда были включены все участники, имеющие опыт ФВП, и контрольная группа (КГ), куда вошли участники, не имевшие опыта ФВП.

Обследование проводилось после получения согласия от больного. Основным

методом исследования был клинический. Он представлен клиническим интервьюированием пациента с заполнением разработанной «Исследовательской карты», а также работой с медицинской документацией. После завершения всех обследований и набора фактического материала производилась обработка полученных результатов, с использованием непараметрических методов. Для этого в работе использовались следующие статистические инструменты: критерий χ^2 (критерий согласия Пирсона), точный двусторонний критерий Фишера, U-критерий (Манна-Уитни), корреляционный анализ Спирмена. Использовались общепринятые уровни значимости: различия между выборками считали статистически значимыми при $p < 0,05$. При проведении множественных парных сравнений пороговый уровень значимости изменялся с учетом поправки Бонферрони.

Общий дизайн исследовательской работы представлен в таблице 1.

Таблица 1

Структура исследования			
Этап	Действия	Больные	
Скрининг	Получение добровольного информированного согласия. Верификация диагноза, проведение экспресс-анкетирования на предмет наличия опыта ФВП	F1	150 (100%)
		F2	150 (100%)
		F3	150 (100%)
		F4	150 (100%)
		Здоровые	
		ГЗ	150 (100%)
Клиническое обследование Психологи-ческий метод обследования Анализ полученных результатов	Работа с «Исследовательскими картами». Определение ФАМ. Анализ имеющихся психологических заключений. Использование инструментария клинической статистики	F1	ОГF1 48 (32,0%)
			КГF1 102 (68,0 %)
		F2	ОГF2 59 (39,3%)
			КГF2 91 (60,6%)
		F3	ОГF3 41 (27,3%)
			КГF3 109 (72,6%)
		F4	ОГF4 40 (26,6%)
			КГF4 110 (73,3%)
		ГЗ	ОГЗ 45 (30,0%)
			КГЗ 105 (70,0%)

Общая характеристика материала исследования

Распределение в группах по полу, возрасту, уровню образования, трудоустройству и семейному положению представлено в таблицах 2–5.

Таблица 2

Сравнительная характеристика групп. Возраст

Группы	Возраст, лет			
	Медиана (Me)	Интерквартильный размах (Q1; Q3)	Минимум	Максимум
F1	40	34; 47	18	66
F2	37	30; 49	18	70
F3	40	30; 52	18	70
F4	42	35; 54	18	65
ГЗ	43	29; 67	22	69

Таблица 3

Сравнительная характеристика групп. Гендерное соотношение

Группы	Мужчины	Женщины	Всего
F1	150 (100,0%)	0 (0,0%)	150 (100%)
F2	111 (74,0)	39 (26,0)	150 (100%)
F3	62 (41,3)	88 (58,7)	150 (100%)
F4	13 (8,7)	137 (91,3)	150 (100%)
ГЗ	35 (23,3)	115 (76,7)	150 (100%)

Таблица 4

Сравнительная характеристика групп. Образование

Группы	Образование						Всего
	Высшее	Среднее	Техникум	СПТУ	Неполное высшее	Неполное среднее	
F1	5 (3,3%)	14 (9,3%)	7 (4,7%)	116 (77,3%)	5 (3,3%)	3 (2,0%)	150 (100%)
F2	38 (25,3%)	49 (26,7%)	19 (12,7%)	43 (28,7%)	4 (2,7%)	6 (4,0%)	150 (100%)
F3	69 (46,0%)	37 (24,7%)	7 (4,7%)	16 (10,7%)	10 (6,7%)	11 (7,3%)	150 (100%)
F4	64 (42,7%)	29 (19,3%)	12 (8,0%)	40 (26,7%)	5 (3,3%)	0 (0,0%)	150 (100%)
ГЗ	150 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	150 (100%)

Таблица 5

Сравнительная характеристика групп. Социальное положение

Группы	Работает	Не работает	Инвалидность	Пенсионер	Всего
F1	8 (5,3%)	142 (94,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	150 (100%)
F2	24 (16,0%)	46 (30,7%)	80 (53,3%)	0 (0,0%)	150 (100%)
F3	57 (38,0%)	74 (49,3%)	4 (2,7%)	15 (10,0%)	150 (100%)
F4	74 (49,3%)	41 (27,3%)	3 (2,0%)	32 (21,3%)	150 (100%)
ГЗ	150 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	150 (100%)

Обнаружены некоторые статистически незначимые различия между группами сравнения (в сферах образования, семейного статуса, пола), что, вероятно, обусловлено

влиянием изучаемых заболеваний на социальный, профессиональный и семейный статусы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика групп сравнения

1. Больные алкогольной зависимостью, перенесшие делирии (F1)
ФВП в группе больных алкоголизмом

выявлен в 32,0% случаев.

ФВП при алкоголизме характеризуется:

а) ощущением присутствия рядом с собой незнакомого человека (54,1%, $p < 0,001$);

б) чувством страха и дискомфорта (85,4 %, $p < 0,001$);

в) частым сочетанием с элементарными галлюцинациями - (72,9%, $p < 0,001$);

г) вариабельной продолжительностью: от нескольких секунд (50,0%) или минут (39,6%) до нескольких часов (10,4%);

д) суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное время (89,6%, $p < 0,001$);

е) возникновением в одиночестве (95,2%, $p < 0,001$) и в замкнутом пространстве (87,8%, $p < 0,001$);

ж) повторяющимся течением по типу «клише» (45,8%). Доля пациентов с однократным проявлением — 54,2%.

ФВП и алкогольный делирий имеют следующие клинико-динамические связи:

1) У большей части (52,1%) больных проявления ФВП без «светлого» промежутка перешли в алкогольный психоз, причем в структуре развернутого делирия клиники ФВП уже не отмечалось.

2) Ни у одного из пациентов ОГФ1 ФВП не возникал на фоне текущего алкогольного делирия.

3) У всех пациентов (100,0%) ОГФ1 отсутствовали клинические проявления ФВП после купирования алкогольного делирия.

2. Больные шизофренией (F2)

ФВП в группе выявлен в 39,3% случаев.

ФВП при шизофрении характеризуется:

а) ощущением присутствия рядом с собой незнакомого человека — 21 (35,6%);

б) чувством страха и дискомфорта — 43 (72,9%, $p < 0,001$);

в) преобладанием элементарных галлюцинаций — 43 (72,9 %, $p < 0,001$);

г) вариабельной продолжительностью: от нескольких секунд — 20 (33,9 %) или минут — 29 (49,1%) до 1 суток — 2 (3,4%);

д) суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное время — 53 (89,8%, $p < 0,001$);

е) преобладанием возникновения в одиночестве (86,5%, $p < 0,001$) и замкнутом пространстве (78,0%, $p < 0,001$);

ж) преобладанием ФВП с повторяющимся течением по типу «клише» — 35 больных (59,3%, $p = 0,0428$).

ФВП и шизофрения имеют следующие клинико-динамические связи:

а) у 39 (66,1%, $p < 0,001$) пациентов клиника ФВП появилась незадолго до манифестного психоза (менее 1 месяца);

б) у всех 59 (100,0%) пациентов ОГФ2 отсутствовали клинические проявления ФВП после выхода из психоза.

3. Больные с аффективными расстройствами (F3)

ФВП в группе выявлен в 27,3% случаев.

ФВП при аффективных расстройствах характеризуется:

а) ощущением присутствия рядом с собой «энергетической сущности, духа, сгустка энергии» — 19 (46,3 %);

б) чувством страха и дискомфорта — 34 (83,0%, $p < 0,001$);

в) преобладанием элементарных галлюцинаций — 25 (60,9%, $p = 0,077$);

г) вариабельной продолжительностью: от нескольких секунд — 23 (56,0 %) или минут — 16 (39,0%) до 1 часа — 2 (5,0%);

д) суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное время — 37 (90,2%, $p < 0,001$);

е) возникновением в одиночестве — 39 (95,5%, $p < 0,001$) и замкнутом пространстве — 35 (85,4%, $p < 0,001$);

з) у 32 (78,1%, $p < 0,001$) человек проявления ФВП отмечались задолго (от 1 месяца до 5 лет) до аффективного расстройства.

4. Больные с невротическими расстройствами (F4)

ФВП в группе выявлен в 26,6 % случаев.

ФВП при невротических расстройствах характеризуется:

а) ощущением присутствия рядом с собой «энергетической сущности, духа, сгустка энергии» — 13 (32,5%);

б) чувством страха и дискомфорта — 22 (55,0%); реже равнодушием — 13 пациентов (32,5%);

в) преобладанием ощущения присутствия без элементарных галлюцинаций — 25 (62,5%, $p = 0,043$);

г) продолжительностью в несколько секунд — 25 (62,5%, $p < 0,001$);

д) суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное время — 33 (82,5%, $p < 0,001$);

е) возникновением чаще в одиночестве (95,0%, $p < 0,001$) и замкнутом пространстве (90,0%, $p < 0,001$);

ж) повторяющимся течением по типу «клише» — 25 больных (62,5%, $p = 0,043$).

ФВП и невротические расстройства имеют следующие клинико-динамические связи:

1) У 32 (80,0%, $p < 0,001$) пациентов клиника ФВП отмечалась задолго до возникновения невротического расстройства и в дальнейшем больше не проявлялась.

2) Ни у кого из пациентов ОГФ4 ФВП не дебютировал на фоне текущего невротического расстройства.

3) У всех пациентов ОГФ4 отсутствовали клинические проявления ФВП после выхода из невротического расстройства.

5. Группа здоровых (ГЗ)

ФВП в группе здоровых выявлен в 40,7% случаев.

ФВП у здоровых лиц характеризуется следующим:

1) У всех (100%) участников опыт ФВП проявлялся в виде мимолетного ощущения чувства присутствия рядом с собой кого-то незримого, которого они не видели и не слышали, но у всех было чувство, что они «не одни».

2) Галлюцинаторная составляющая ОГЗ представлена следующим образом: ощущение присутствия + экстракампинные галлюцинации — 20 (32,8%); ощущение присутствия + гаптические галлюцинации — 8 (16,4%).

3) ФВП у всех (100%) участников был однократным.

4) ФВП появлялся не только в

одиночестве, но и в присутствии других лиц.

5) ФВП появлялся преимущественно в замкнутом пространстве, но мог иметь место на улице.

6) У всех (100%) участников ОГЗ, по их отчету, появление ФВП не вызывало никаких эмоций.

7) По продолжительности ФВП у здоровых преимущественно длился менее минуты.

8) Появление ФВП не было связано с засыпанием или пробуждением; не зависело от времени суток.

9) Появление ФВП не связано с перенесенным стрессом или конфликтом.

10) У всех участников основной группы после ФВП, насколько известно, не возникло никаких расстройств (на момент завершения исследования).

Сопоставление полученных данных

Во всех изученных группах феномен воплощенного присутствия возникал преимущественно в вечерне - ночной период (92,7%), в одиночестве (94,4%), в замкнутом пространстве (88,4%), сопровождался чувством страха и дискомфорта (56,2%), в большинстве случаев (58,6%) ощущение присутствия сопровождалось элементарными галлюцинациями. Феномен воплощенного присутствия всегда возникал на доманифестном этапе заболевания, никогда — на этапе выздоровления (табл. 6).

Таблица 6

Характеристики ФВП

ОГ	Возникновение в одиночестве	Возникновение в замкнутом пространстве	Возникновение в вечерне-ночной период	Страх и дискомфорт	Наличие галлюцинаторной составляющей
F1 (n=48)	46 (95,2%)	42 (87,8%)	43 (89,6%)	41(85,4%)	35 (73,0%)
F2 (n=59)	51 (86,5%)	46 (78,0%)	53 (89,8%)	43 (73,0%)	43 (73,0%)
F3 (n=41)	37 (90,2%)	35 (85,4%)	37 (90,2%)	34 (83,0%)	25 (61,0%)
F4 (n=40)	33 (82,5%)	36 (90,0%)	33 (82,5%)	22 (55,0%)	15 (37,5%)
ГЗ (n=61)	52 (86,2%)	49 (80,3%)	51 (83,6%)	безразличие 61 (100%)	23 (37,7%)
Общий результат	219 (88,0%)	208 (83,5%)	217 (87,1%)	140 (56,2%)	139 (58,6%)
p	0,25	0,44	0,66	<0,001	<0,001

Примечания: p – значимость различий по частоте наличия показателя между 5 группами (F1 – F3) (критерий хи-квадрат.)

Галлюцинаторная составляющая статистически значимо ($p < 0,05$) чаще имела место в группе больных шизофренией и алкогольной зависимостью с перенесенным делирием. В этих же группах имели место значимо большая продолжительность ощущения присутствия и близость во времени между проявлениями воплощенного присутствия и психоза.

Статистически значимое ($p < 0,05$) отличие ФВП в группе здоровых лиц состоит в отсутствии эмоциональной реакции, по контрасту с группами F1–F4.

Обобщив полученные данные, можно утверждать, что ФВП можно отнести к тем феноменам, которые традиционно обозначаются как «предшественники» [4], «зарницы» [5, 6], форпост-синдромы [7, 8], ранние и сверхранние «предшественники» [9].

Согласно концепции Александровского Ю.А. [1] о функциональном барьере психической адаптации, каждый человек «...обладает функционально-динамическим образованием — так называемым адаптационным барьером, который вбирает в себя все особенности психического склада и возможности реагирования...». Барьер психической адаптации, по мнению Александровского Ю.А., «...сосредоточивает все потенциальные возможности адекватной и целенаправленной психической деятельности» и представляет собой динамическое образование, в котором «функционируют» три составляющие: наследственность, личностные особенности и «...актуальные в определенном временном отрезке физическое и психологическое состояния человека».

Длительное и (или) резкое напряжение функциональной активности, согласно концепции Александровского Ю.А., «...приводит к перенапряжению барьера...» и «...проявляется предболезненными состояниями с отдельными и незначительными нарушениями, которые не являются в формальном выражении болезненными расстройствами, но сопровождаются временно возникающими неспецифическими, несформировавшимися в симптомы и синдромы расстройствами невротического уровня». Если будет происходить «...затягивание, хронификация и усложнение психопатологической структуры, то эти расстройства будут классифицироваться в соответствующих разделах основных психических заболеваний».

ФВП в свете концепции об индивидуальном барьере психической адаптации представляет собой предболезненное состояние, которое оценивается вне рамок какого-либо психического заболевания. ФВП можно рассматривать в виде реакции, сигнализирующей о напряжении функциональной активности индивидуального барьера психической адаптации. Однако, в ряде случаев, произошедший «надрыв» барьера психической адаптации представит собой в дальнейшем «...базу для формирования достаточно специфических с клинической точки зрения...» психотических расстройств, «...характерных для отдельных видов болезненных нарушений (в том числе и нозологических форм)».

Выводы

1. Феномен воплощенного присутствия не является казуистически редким и нозологически специфичным психопатологическим образованием. Анамнестически он выявляется у 40,7% здоровых лиц; 32,0% больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя с перенесенным делирием; 39,3% пациентов, больных шизофренией; 27,3% больных, страдающих аффективными расстройствами; и 26,6% пациентов, страдающих невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами.
2. Во всех изученных группах феномен воплощенного присутствия возникает преимущественно в вечерне - ночной период (92,7%), в одиночестве (94,4%), в замкнутом пространстве (88,4%), сопровождается чувством страха и дискомфорта (56,2%), в большинстве случаев (58,6%) ощущение присутствия сопровождается элементарными галлюцинациями — статистически значимо ($p < 0,05$) чаще это имело место в группе больных шизофренией и алкогольной зависимостью с перенесенным делирием; в этих же группах имели место значимо большая продолжительность ощущения присутствия и близость во времени между проявлениями воплощенного присутствия и психоза. Повторяемость феномена воплощенного присутствия, выраженность галлюцинаторной составляющей, увеличение экспозиции феномена, отражая сравнительно большее напряжение систем адаптации, свидетельствуют о риске психотической дезинтеграции. У здоровых лиц ФВП не

сопровождается яркой эмоциональной реакцией.

3. Феномен воплощенного присутствия можно отнести к неспецифическим предболезненным образованиям, «зарницам», отражающим напряжение барьера психической адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю.А., Бухановский А.О., Волель Б.А., Волкова Н.И., Дубатова И.В., Ибишев Х.С., Ковалев А.И., Коган М.И., Крылов В.И., Крючкова М.Н., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е., Менделевич В.Д., Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Поркшеян М.И., Солдаткин В.А., Турченко Н.М. Пограничная психиатрия и психосоматика. /Учебник для последипломного образования. Ростов-на-Дону, 2019. 624 с.
2. Калинин В. В. Симптоматика воплощенного присутствия как предвестник развернутых психозов у больных шизофренией. //Психиатрия и психофармакотерапия. 2002; 4(5): 188-190.
3. Jaspers K. Allgemeine psychopathologie. Aufl. Berlin: Springer; 1923.
4. Фридман Б.О. Основные вопросы построения мягкой формы шизофрении. //Современная невропатология, психиатрия и психогигиена. 1934; 3(5): 15-27.
5. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer GestaltAnalyse des Wahns. Stuttgart: /Thieme; 1971.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. /Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1979. 335 с.
7. Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. //Fortschr. Neur. Psychiat. 1966; 34: 409-426.
8. Gross G. Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. Schizophrenic und Zykllothymie. Hrsg. G. //Huber Stuttgart, 1969. S. 177-187.
9. Озерцовский Д. С. Клиника, патогенез и лечение нервно-психических заболеваний. /М.: Московский научно-исследовательский институт психиатрии министерства здравоохранения РСФСР; 1970:11-18.

Поступила 09.04.2021

СТРУКТУРА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Солиева Раънохон Баходир қизи

Андижанский Государственный Медицинский институт, Узбекистан

✓ **Резюме**

Частота патологических процессов шейки матки (ШМ) весьма высока и не имеет тенденции к снижению: занимают значительное место в структуре заболеваний органов репродуктивной системы, выявляются у 15-20% женщин репродуктивного и у 5-9% женщин менопаузального возраста. Целью исследования явилось изучение структуры предраковых заболеваний шейки матки по данным биопсийного материала КСБ РСНПМЦ АиГ МЗРУз за 2011-2020 гг.

Ключевые слова: биопсия шейки матки, рак шейки матки, дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки, CIN.

THE STRUCTURE OF PRECANCER DISEASES OF THE CERVIX

Solieva Ranokhon Bakhodir qizi

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

✓ **Resume**

The frequency of pathological processes of the cervix uteri is very high and does not tend to decrease: they occupy a significant place in the structure of diseases of the reproductive system organs, are detected in 15-20% of women of reproductive age and in 5-9% of women of menopausal age. The aim of the study was to study the structure of precancerous diseases of the cervix uteri according to the biopsy material of the for 2011-2020.

Key words: cervical biopsy, cervical cancer, dysplasia of stratified squamous epithelium of the cervix, CIN.

BACHADON BO'YNI RAK OLDI KASALLIKLARINING STRUKTURASI

Solieva Ranoxon Bahodir qizi

Andijon davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Bachadon bo'ynida kechadigan patologik jarayonlarning chastotasi juda yuqori va pasayish tendentsiyasiga ega emas. Bu kasallik reproduktiv tizim organlari kasalliklari tarkibida muhim o'rin tutadi, reproduktiv yoshdagi ayollarning 15-20 foizida kuzatiladi. va menopauza yoshidagi ayollarning 5-9 foizida. Tadqiqotning maqsadi olingan biopsiya materiallarini o'rganish va bachadon rak oldi kasalliklari yani bachadon bo'yni displaziya kasalliklarini tuzilishini tahlil qilish.

Kalit so'zlar: bachadon bo'yni biopsiyasi, bachadon bo'yni saratoni, bachadon bo'yni qatlamli skuamoz epiteliysi displaziyasi, CIN.

Актуальность

Актуальность проблемы предраковых заболеваний шейки матки объясняется доказанной связью этой патологии с риском развития рака шейки матки [1].

Внутри эпителиальное поражение высокой степени (HSIL) при отсутствии соответствующего лечения завершается развитием рака шейки матки в 30—50% всех

случаев. Дисплазией многослойного плоского эпителия шейки матки или цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) (Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)) - не инвазивное неопластическое изменение эпителия в зоне перехода однослойного цилиндрического эпителия шеечного канала в многослойный плоский неороговевающий

эпителий влагалищной части ШМ [2,3,4]. По статистике ВОЗ 2018 году выявлены 570000 новых случаев, которые составляют в структуре общей онкологической заболеваемости 3,8%, а среди женского слоя населения 6,6%. По данным статистики РСНПМЦОиР в Республике Узбекистан заболеваемость раком шейки матки составила за 2014 год 1375, за 2016 год 1465, а 2018 году 1653 случая в год.

В настоящее время степени дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки согласно классификации ВОЗ соответствуют классификации CIN и в современной морфологической классификации выделяют 3 степени дисплазии: легкую, умеренную и тяжелую. В соответствии с классификацией CIN - цервикальная интраэпителиальная неоплазия — легкой степени дисплазии соответствует CIN I, умеренной - CIN II, тяжелой дисплазии и раку *in situ* - CIN III. Установлено, что все эти состояния являются последовательными этапами развития одного злокачественного процесса [2,3,4,6,7].

Внутри эпителиальное поражение высокой степени (HSIL) при отсутствии соответствующего лечения завершается развитием РШМ в 30-50% всех случаев. Развитие РШМ не является стремительным процессом: по данным ВОЗ, переход легкой дисплазии в рак *in situ* в среднем занимает 3-8 лет, еще 10-15 лет проходит до развития микроинвазивного рака [5].

В 2012 г. консенсусом Коллегии американских патологов и американского общества кольпоскопии и цервикальной патологии рекомендована унифицированная гистопатологическая номенклатура с единым набором диагностических терминов преинвазивных поражений нижнего отдела генитального тракта [7,8].

Современные знания этиопатогенеза предрака и РШМ, влагалища и вульвы, базирующихся на различиях в тактике ведения больных и содействует взаимопониманию различных медицинских специалистов - цитологов, гистологов, акушеров-гинекологов, онкологов [7,9,10].

Целью исследования явилось изучение структуры предраковых заболеваний шейки матки по данным биопсийного материала КСБ РСНПМЦ АиГ МЗРУз за 2011-2020 гг.

Материал и методы

Учитывая относительную информативность кольпоскопического и

цитологического методов диагностики, диагноз у наших пациенток базировался на результатах гистологического исследования биоптатов шейки матки. До биопсии согласно протоколу ведения пациенток с предраковыми заболеваниями шейки матки проведен курс необходимой антибактериальной, противовирусной, противогрибковой терапии, с результатами анализов на RW, ВИЧ, HBs-Ag, HCV-Ag. Биопсия во всех случаях была прицельной (кольпоскопически ориентированный). Биопсию шейки матки проводили под местной анестезией строго соблюдая условия асептики и антисептики. Процедура биопсии шейки матки из нескольких участков выполнялась радиоволновой петлей на аппарате «Фотек E81M», на 5-9-й дни менструального цикла. Биоптат шейки матки фиксирован 10%-м нейтральным формалином. В лаборатории проведена дегидратация в спиртах с восходящей концентрацией и изготовлены парафиновые блоки. При помощи микротомы сделаны срезы толщиной 4-5 микрон, срезы помещены на стекла и окрашены гематоксилин и эозином.

Для гистологических заключений использовалась классификация дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки или цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки (CIN - Cervical Intraepithelial neoplasia) в зависимости от наличия аномальных клеток на поверхности эпителия:

- дисплазия слабой степени (CIN 1) - характеризуется невыраженными изменениями строения эпителия с умеренной пролиферацией клеток базального слоя. Поражение охватывают одну треть толщины эпителиального пласта, начиная от базальной мембраны.

- дисплазия умеренной степени (CIN 2) - имеет более выраженные морфологические изменения. При этом поражается половина толщины эпителиального слоя, начиная от базальной мембраны.

- дисплазия тяжелой степени (CIN 3) - характеризуется поражением более двух третей эпителиального пласта. Морфологические изменения весьма выражены. Для данной стадии характерно появление патологических митозов, а также наличие огромных гиперхромных ядер клеток[2].

Результат и обсуждение

Исследован биопсийный материал, полученный от 981 пациенток с дисплазией шейки матки различной степени тяжести.

Возраст женщин колеблется от 20 до 78 лет, наибольшее количество пациенток было в репродуктивном возрасте (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациенток с дисплазией многослойного плоского эпителия шейки матки

Возраст, лет	Гистологический диагноз						Всего ΣN=981 (100%)	
	Слабая дисплазия МПЭ шейки матки Σn ₁ =442 (45,1%)		Умеренная дисплазия МПЭ шейки матки Σn ₂ =513 (52,3%)		Тяжелая дисплазия МПЭ шейки матки Σn ₃ =26 (2.6%)			
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%	N	% среднее
15-34	173	39,2	200	39,0	11	42,3	384	39,1
35-49	223	50,4	260	50,7	13	50,1	496	50,6
50-52	14	3,2	16	3,1	-	-	30	3,1
53-55	15	3,4	17	3,3	1	3,8	33	3,4
>56	17	3,8	20	3,9	1	3,8	38	3,8
Всего	442	100	513	100	26	100	981	100

Из приведенных данных следует, что большинство пациенток 496 (50,6%) с предраковыми заболеваниями приходится на поздний репродуктивный возраст (36-49 лет). У пациенток активного репродуктивного возраста (15-34 лет) данный показатель

составил 384 (39,1%). Пациентки перименопаузального периода (50-52 лет) 30 (3,1%), в менопаузальном периоде (53-55 лет) 33 (3,4%), в постменопаузе (56 лет и старше) установлено в 38 (3,8%) случаях.

Таблица 2

Результаты морфологического исследования шейки матки

На основании анализа гистологических исследований биоптатов шейки матки (табл.2)

Сопутствующая патология	Степени тяжести дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки						Всего ΣN=981 (100%)	
	Слабая дисплазия МПЭ шейки матки Σn ₁ =442 (45,1%)		Умеренная дисплазия МПЭ шейки матки Σn ₂ =513 (52,3%)		Тяжелая дисплазия МПЭ шейки матки Σn ₃ =26 (2.6%)			
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%	N	%
Цервицит	354	80,1	462	90,1	26	100	842	85,8
Кондилома	145	32,8	111	21,6	8	30,8	264	26,9
Эндоцервикоз	162	36,6	121	23,6	5	19,2	288	29,4
Лейкоплакия	12	2,7	19	3,7	2	7,7	33	3,4
Железистый полип	30	6,8	9	1,8	0	0	39	4,0

верифицирована слабая дисплазия многослойного плоского эпителия у 442 (45,1%) пациенток, у 513 (52,3%) и 26 (2,6%) оценена как умеренная и тяжелая дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки соответственно. Наиболее часто встречалась слабая дисплазия в сочетании с цервицитом у 354 (80,1%) случаях, слабая дисплазия в сочетании с кондиломой у 145

(32,8%), с пролиферирующим эндоцервикозом – у 162 (36,6%), слабая дисплазия в сочетании с лейкоплакией у 12 (2,7%), железистым полипом 30 (6,8%). Умеренная дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки в сочетании с цервицитом у 462 (90,1%), с кондиломой шейки матки у 111 (21,6%), железистым полипом шейки матки 9 (1,8%), с

пролиферирующим эндоцервикозом – у 121 (23,6%). Тяжелая дисплазия в сочетании с цервицитом у 26 (100%) случаях, в сочетании с кондиломой у 8 (30,8%), с пролиферирующим эндоцервикозом – у 5 (19,2%), в сочетании с лейкоплакией у 2 (7,7%).

Относительно малочисленными были в наших наблюдениях и случаи существования слабовыраженной и умеренной дисплазии в сочетании с полипом шейки матки 39 (4,0%), лейкоплакией 33 (3,4%) .

Заключения

Таким образом, высокая доля доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки свидетельствует о необходимости активного наблюдения этих заболеваний, а уточнение морфологических критериев развития дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки и полноценное гистологическое заключение на основании биопсии шейки матки играет решающую роль в ведении, лечении и определении прогноза заболевания и в целях ранней диагностики и адекватного лечения рака шейки матки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ужегова Ж.А. Современные возможности диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки матки // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2007. – № 1. – С.28-34.
2. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии - СПб.: Фолиант, 2002. - 540 с.
3. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции) / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. - 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432с.
4. Кондриков Н.И. Патология матки: иллюстрир. рук-во / Н.И.Кондриков. – М.: Практ. мед., 2008. – 334 с.
5. Alieva D.A., Solieva R.B. Prevalence of HPV in patients with inflammatory genital diseases // Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 2, pp. 17-22
6. Cervical Cancer: Development of Targeted Therapies Beyond Molecular Pathogenesis / J. Knoff, B. Yang, C.F. Hung, T.C. Wu // Curr. Obstet. Gynecol. Rep. – 2014. – Vol. 3. – P. 18–32.
7. Darragh T.M., Colgan T.J., Cox J.T., et al. The LowerAnogenital Squamous Terminology Standardization Project for UPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology // Arch. Pathol. Lab. Med. 2012 Oct. Vol. 136, N 10. P. 1266 1297.
8. MicroRNA Expression Variability in Human Cervical Tissues / P.M. Pereira, J.P.C. Marques, A.R. Soares [et al.] // PloS One. – 2010. – Vol. 57.
9. Saslow D., Solomon D., Lawson H.W., et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer // Am J Clin. Pathol. 2012 Vol. 137 P 516-542.
10. Schmidt D. Modern biomarkers for precancerous lesions of the uterine cervix: histological-cytological correlation and use // Pathologie. 2016 Sep 15. [Epubaheadofprint].
11. А.Э. Протасова, Т.И. Дзюбий, Г.А. Раскин, Н.И. Тапильская, И.Е. Зазерская, Э.Д. Хаджиева Дисплазия шейки матки – этиопатогенез, диагностика, оптимальная тактика лечения /Учебное пособие Санкт-Петербург 2014. Стр.4.

Поступила 09.04.2021

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ
ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Солиева Н.К., Туксонова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан

✓ **Резюме**

Цель исследования. Путем проведения анкетированного опроса определить значимость психоэмоционального состояния женщин в развитии угрозы невынашивания беременности. **Материалы исследования.** В структуре причин невынашивания беременности по данным многих авторов важное значение имеют эмоционально – психологические факторы. В связи с этим, нами проведен и путем анкетирования опрос 100 беременных с клиническими проявлениями угрозы прерывания находившихся на стационарном лечении в Областном перинатальном центре г.Бухары.

Ключевые слова: невынашивания, стресс, катехоламин, эмоциональные факторы

**ҲОМИЛА ТУШИШИ ХАВФИ БЎЛГАН АЁЛЛАРНИНГ ПСИХОЭМОЦИОНАЛ
ҲОЛАТИ ВА СТРЕССГА ЧИДАМЛИЛИГИ**

Солиева Н.К., Туксонова Д.И.

Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Тадқиқот мақсади: Анкета йўли орқали ҳомила тушиши хавфи бўлган аёлларнинг ҳомила тушиши хавфи ривожланишидаги психо-эмоционал ҳолатининг аҳамиятини аниқлаш. **Материал ва тадқиқот усуллари:** Ҳомила тушишининг сабаблари ичида кўплаб муаллифларнинг фикрига кўра, ҳиссий ва психологик омиллар катта аҳамиятга эга. Шу муносабат билан биз Бухоро шаҳридаги вилоят перинатал марказида стационар даволашида ҳомила тушиши хавфи клиник кўринишидаги 100 та ҳомиладор аёл ўртасида сўровнома ўтказдик.

Калит сўзлар: Ҳомиладорликни кўтара олмаслик, стресс, катехоламин, эмоционал факторлар.

**PSYCHOEMOTIONAL STATE AND STRESS RESISTANCE OF WOMEN WITH THE
THREAT OF MISCARRIAGE**

Solieva N.K., Tuksonova.D.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan

✓ **Resume**

Puprose of stady: Determine the significance of the psycho-emotional state of women in the development of the threat of miscarriage by means of a questionnaire survey. **Matherials and research methods:** In the structure of the causes of miscarriage, according to many authors, emotional and psychological factors are of great importance. In this regard, we conducted a survey of 100 pregnant women with clinical manifestations of the threat of interruption who were in inpatient treatment at the Regional Perinatal Center in Bukhara through a questionnaire.

Keywords: miscarriages ,stress, catecholamine, emotional factors

Актуальность

В современной медицине одной из наиболее важных проблем, оказывающих отрицательное воздействие на репродуктивное здоровье женщины и обуславливающих высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности, является невынашивание беременности (3,4).

По данным многих авторов, частота данного осложнения беременности не имеет тенденции к снижению на протяжении последних лет. Составляя 2-5% от всех беременностей (1,2). Данная патология значима и для акушеров и гинекологов нашей страны – Республики Узбекистан, который по статистическим данным Минздрава составляет 20 % (5,6).

Основная трудность в определении непосредственной причины прерывания беременности связано с тем, что ПНБ является многофакторным процессом, в которые одни факторы могут иметь первостепенное значение, а другие будут являться фоном. На практике в конкретном клиническом случае разьединить их бывает достаточно сложно. В связи с чем, причин ПНБ необходимо рассматривать в свете причин неблагополучия репродуктивного здоровья в целом. На сегодняшний день не вынашивание беременности, оказывая влияние на уровень перинатальной и ранней детской смертности, имеет также влияние на психосоциальные аспекты, так как проблемы жизни детей, его болезнь или смерть становится тяжелой психической травмой, нередко проводящей к депрессивным состояниям матери (9,10).

Нынешнее время нарушения репродуктивного здоровья женщины рассматривается как основной государственной - общемедицинской и социальной проблемой и находится под контролем ведущих школ мира (5,6). Во многих научных работ ученых подчеркивается значение социальных и эмоциональных факторов в возникновении ПНБ (2,9). Чаще отмечается нарушение внутрисемейных отношений отсутствие межличностной, социальной поддержки у женщин с ПНБ, чем у пациенток с физиологическим течением беременности.

Все вышеуказанные, социальные проблемы негативно влияют на репродуктивную функцию и нормальному течению беременности и родов. Многими исследователями выявлено, что уровень депрессии у женщин с прервавшейся беременностью была, сопоставима с таковыми у пациенток с внематочной беременностью. Тогда как у женщин с вторичным ПНБ уровень депрессии значительно начинает, возрастать с увеличением количества привычных выкидышей (2,3).

В свою очередь эти возникшие психо-эмоциональные состояния являются одной из причин угрозы прерывания беременности и влияют на процессы материнской адаптации к гестации и в последующем способствуют нарушений иммунологической толерантности (1,3).

Многие исследователи связывают выкидыши со стрессовыми ситуациями, другие полагают,

что стресс прямо не связан со спонтанным выкидышем, так как природа стресса и реакции на стресс очень индивидуальны. Патофизиологические механизмы, которые могли быть ответственны за выкидыш, индуцированный стрессовыми реакциями, трудно обозначить. Стресс может быть с увеличением катехоламинов, что в результате может вызывать сосудосуживающий эффект и вести к нарушению питания и дыхания плода. возможна роль психо- цитокинового механизма потери беременности.

Цель исследования. Путем проведения анкетированного опроса определить значимость психоэмоционального состояния женщин в развитие угрозы невынашивания беременности.

Материал и методы

В структуре причин невынашивания беременности по данным многих авторов важное значение имеют эмоционально – психологические факторы. В связи с этим, нами проведен и путем анкетирования опрос 100 беременных с клиническими проявлениями угрозы прерывания находившихся на стационарном лечении в Областном перинатальном центре г.Бухары.

Результат и обсуждения

После тщательного анализа данных анкетирования было выявлено, что большинство (68%) пациенток в качестве причины ухудшения их состояния указали на такие психоэмоциональные факторы, как переутомление и перенапряжение (24,3), психологическую напряженность на работе (11,3%), бытовые стрессовые ситуации (9,9).

С целью выяснения психоэмоционального состояния беременных до родов и определения степени их стрессоустойчивости проведено тестирование 50 женщин за 2-3 недели до и после родов. Исследование проводилось по опроснику FPI. Были получены следующие результаты. До родов беременные с угрозой невынашивания (26 пациенток) отличались большей невротичностью (7 баллов по 9 бальной оценке); спонтанной агрессивностью (6 баллов), депрессивностью (6 баллов). Они были более застенчивы, эмоционально неустойчивыми и дали низкую оценку своей готовности к рождению ребенка, а также взаимоотношением с будущим отцом ребенка и в семье. После родов, то есть после сильного естественного стрессового воздействия, у всех родильниц показатели стрессоустойчивости в среднем усилились, но у женщин с угрозой невынашивания, особенно среды родильниц с привычным ее невынашивания - в большей степени: депрессивность, спонтанная агрессивность, раздражительность- на 2 балла,

эмоциональная лабильность, невротичность и реактивная агрессивность – 1 балл.

Выводы

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствовали о необходимости психосоматического подхода к оценке состояния беременной женщины на протяжении всего периода гестации и перед родами с целью профилактики нарушений психофизиологической адаптации. Угроза невынашивания – один из вариантов дезадаптационного синдрома при беременности, это проблема является не только медицинской, но и социальной. В комплекс профилактических мероприятий и лечения невынашивания после устранения причин дезадаптации должны быть включены консультация психолога, психотерапия и психофармтерапия и адаптогенные средства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Солиева Н.К., Туксанова Д.И. Коррекция привычного невынашивания беременности препаратами микронизированного прогестерона в сочетании β адреномиметиками при угрозе преждевременных родов//Новый день медицины. - 2020. - №2 (30/2). - С. 294-297.
2. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N, Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34.
3. Solieva N.K., Tuksonova D. I., Bobokulova S.B. The role of determining the study of D-Dimer parameters in predicting dic syndrome in women withantenatel fetal death// Academicsia an international multidisciplinary research journal. - 2020. - №7. - P. 582-584.
4. Солиева Нозима Каримовна . Современные аспекты предгравидарной подготовки при привычном невынашивания беременности // Проблемы биологии и медицины. - 2021 - №1.1 (126) . – С.272-274.
5. Солиева Н.К., Туксонова Д.И., Султонова Н. Роль патологии эндометрия при репродуктивных потерях в ранних сроках беременности//Новый день медицины.2020 . - 4 (34) .- С. 392-394.4.
6. Солиева Н., Туксонова Д.И. Особенности течения беременности и родов у юных женщин//Сборник материалов республиканской научно – практической конференции. Бухара 2015. - С. 112-114.
7. Солиева Н.К. Функциональное состояние почек и некоторые показатели гомеостаза у женщин с юных первородящих// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - №5-1. - С. 80-82.
8. Солиева Н.К. Особенности ведения беременности и родов у юных женщин// Новый день медицины. - 2016. - №4. - С. 69-71.
9. Туксонова Д.И., Солиева Н.К., Негматуллаева М.Н., Шамсиева Т.И. Значение им-мунного статуса при невынашивания беременности// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2020. - №1. - С. 52 -54.
10. Tuksanova Dilbar Ismatovna and Solieva Nozima Karimovna. The value of the immune status in miscarriage // Evropean Journal Of Pharmaceutical and Medical Research. - 2020. - №7 (6). - P. 117- 119.
11. Рахматуллаева М.М., Солиева Н.К. Бактериальный вагиноз: грани проблемы и перспективы коррекции// Проблемы медицины и биологии. - 2019. - №3(11). - С. 263-266.
12. Хатамова М.Т., Солиева Н.К. Актуальные особенности хронического пиелонефрита у женщин детородного возраста// Новый день медицины. - 2019. - №3(27). - С. 278-281.
13. Хаитова Д.Ш., Солиева Н.К. Ахоли орасида метаболик синдром компонентларининг таркалиш хусусиятлари// Тиббиётда янги кун. - 2018. - №4(24). - С. 108-111.
14. Mahfuza Mubinovna Rakhmatullaeva., Saodat Umarovna Gafarova., Nozima Karimovna Soliyeva. Correction of vaginal microbiocenosis in the earlystages of pregnancy// Journal of Biomedicini and Practiice. - 2018. - №4. – С .17-19.
15. Rakhmatullaeva Mahfuza Mubinovna., KHamdamova Mukhayo Tokhtasinova., Gafarova Saodat Umarovna., Soliyeva Nozima Karimovna. Correction of vaginal microbiocenosis in the earlystages of pregnancy // International Journal Of Research. - 2019. - №2 . - P. 600- 602.

Поступила 09.04.2021

КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНЫХ ОПЕРАЦИЙ
(Обзор литератур)

Эшонов О.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ **Резюме**

В обзоре литературы рассмотрена относительно новая проблема послеоперационных когнитивных расстройств, возникающих у хирургических пациентов после различных операций под общим обезболиванием. Представлены современные взгляды на этиологию, патогенетические механизмы, также способствующие и отягчающие факторы развития послеоперационных когнитивных расстройств, статистика по частоте встречаемости когнитивной дисфункции, рассмотрены основные тесты, используемые для выявления когнитивной дисфункции, приведены их особенности. Вопросы о когнитивные дисфункции после многократной операции остается не изученным и достаточно актуальным до настоящего времени.

Ключевые слова: когнитивная дисфункция, инструментальные методы диагностики, биохимические маркеры.

КЎП МАРТАЛИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ КОГНИТИВ ДИСФУНКЦИЯ
(Адабиётлар шарҳи)

Эшонов О.Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Адабиётлар шарҳида беморларда умумий анестезия шароитида турли операциялардан кейинги даврда когнитив дисфункция ҳолати таҳлил қилинган. Операциядан кейинги когнитив дисфункциянинг келиб чиқиш сабаблари, патогенези, оғирлаштирувчи омиллари, диагностик тестлари, турли операциялардан кейинги учраш статистикаси ва ўзига хос суусиятлари кўриб чиқилган. Шунингдек кўп марталик опрециялардан кейинги когнитив дисфункция масалаларини ўрганишга эътиборни қаратиш қайд этилган.

Калит сўзлар: когнитив дисфункция, инструментал текшириш усуллари, биохимик маркерлар.

COGNITIVE DYSFUNCTION AFTER MULTIPLE OPERATIONS

Eshonov O.Sh.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ **Resume**

A relatively new problem of postoperative cognitive impairment arising in surgical patients after various operations under general anesthesia is considered in a literature review. The review presents modern views on the etiology, pathogenetic mechanisms, which also contribute to and aggravate the development of postoperative cognitive disorders, statistics on the incidence of cognitive dysfunction, the main tests used to identify cognitive dysfunction are considered, their features. Questions about cognitive dysfunctions after repeated operations have not been studied and are still relevant to date.

Key words: cognitive dysfunction, cognitive tests, instrumental diagnostic methods, biochemical markers

Актуальность

Общая анестезия может быть причиной возникновения в послеоперационном периоде повреждений центральной нервной системы (ЦНС), среди которых особое место занимает послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД), которая может развиваться у больных различных возрастных групп и в случаях с неотягощенным психоневрологическим анамнезом. ПОКД ухудшает качество жизни больных, затрудняя выполнение ими своих профессиональных и социальных функций, что в последнее время является одной из актуальных проблем современной анестезиологии [3,39,50].

ПОКД (англ. Postoperative cognitive dysfunction), по определению L. S. Rasmussen [47] - это когнитивное расстройство, развивающееся в ранний и сохраняющееся в поздний послеоперационный периоды, клинически проявляющееся в виде нарушений памяти, трудности сосредоточения (концентрации) внимания и нарушений других высших корковых функций (мышления, речи и т.п.), подтвержденное данными нейропсихологического тестирования. При этом ПОКД возникает у больных и с неотягощенным психоневрологическим анамнезом [6,36]. Еще в 1955 году доктор Д. Бедфорд сообщил о случаях нарушения памяти у пожилых пациентов, перенесших операцию и наркоз. С тех пор прошло более 65 лет, однако проблема возникающих после наркоза когнитивных нарушений, так и осталась нерешенной.

Распространенность ПОКД варьирует от 7% при выявляемости, через неделю и через 3 мес., после операции при малых хирургических операциях, до 17% и 41% при больших вмешательствах через 3 мес., соответственно [1,35]. При кардиохирургических операциях ПОКД развивается значительно чаще: от 39% до 81% на 3-й месяц и через одну неделю после вмешательства [33]. Эпидемиологические данные о частоте ПОКД разноречивы. Частота ранней ПОКД в общехирургической практике достигает 30%, а стойкая ПОКД, сохраняющаяся более 3 месяцев, наблюдается в среднем у 10% пациентов [1]. В последнем обзоре литературы, охватившем 80 самостоятельных исследований, приведена частота ПОКД по данным разных авторов, которая в среднем составляет -36,8 %; после кардиохирургических операций — от 3 до 47%, при этом у 42% даже спустя 3–5 лет

после операции; после некардиохирургических операций — от 7 % до 26%, при этом у 9,9 % через 3 месяца и более, у 1% больных — свыше 2 лет [1,33]. ПОКД встречается у 30—65% пациентов на момент выписки из стационара или у 20—40%, через 2—3 мес после операции [47,48].

Международное мультицентровое проспективное рандомизированное исследование ISPOCD1 (1998) показало, что ни периоперационная гипотензия (снижение САД менее 60% в течение 30 мин), ни гипоксия (SpO_2 80 более двух минут) не вызывают ПОКД, в то же время была убедительно доказана ведущая этиологическая роль общей анестезии (ОА) в развитии стойкой ПОКД. В течение последних 10-15 лет отмечается оживление интереса к изучению функционального состояния ЦНС после операций в условиях общей анестезии [39,43].

Среди факторов риска развития ПОКД помимо типа анестезии выделяют: возраст пациентов, низкий образовательный (интеллектуальный) уровень и депрессивные нарушения у них в дооперационный период, а также отягощенный неврологический и соматический анамнез. Значение возраста как фактора риска ПОКД связано с существенными различиями как в возрастной физиологии, так и в фармакокинетике [39].

Механизмы возникновения и развития послеоперационных когнитивных нарушений остаются не выясненными. Основной мишенью препаратов, применяемых в анестезиологической практике, является головной мозг. При этом характер и степень влияния анестетиков на ЦНС традиционно связывают с глубиной и длительностью наркоза [21].

В патогенезе ПОКД принимают участие многие факторы ОА, в том числе метаболические, гемореологические, гипоксические, токсические, приводящие к повреждению стенок церебральных сосудов на уровне микроциркулярного русла, нарушению обмена внутриклеточного кальция, разобщению ассоциативных и межнейронных связей на уровне различных структур головного мозга. Считается, что механизм действия ОА реализуется в центральных структурах, преимущественно в ретикулярной формации, торможение которой приводит к снижению восходящего активирующего влияния на кору большого мозга, последнее усугубляется при

глубокой наркотической депрессии ЦНС во время длительного наркоза.

По современным представлениям анестетики в основном накапливаются в головном мозге, а скорость их выведения и метаболизма в организме находится в обратной зависимости от длительности ОА [6,50].

Kline R.P. и соавт., отмечают, что с использованием количественного ядерно-магнитного резонанса показано, что после операции в течение примерно полугода у пациентов пожилого возраста имеет место увеличение скорости атрофии серого вещества коры головного мозга, атрофии гиппокампа, увеличения объема боковых желудочков [37]. Авторы преследовали цель исследовать структуру головного мозга в сопоставлении с когнитивными функциями у пациентов пожилого возраста в периоперативном периоде для улучшения понимания риска развития когнитивных дисфункций после операции и пришли к заключению, что у пациентов пожилого возраста (в исследовании 55–90 лет) оперативное вмешательство ведет к ускорению атрофии головного мозга на протяжении 5–9 мес., после операции, что совпадает с интервалом времени формирования послеоперационных дисфункций головного мозга [38].

Для раннего выявления и оценки степени риска ПОКД рекомендованы «Краткая шкала исследования психического статуса» MMSE (Mini-Mental State Examination), тесты на запоминание и воспроизведение смысловых фрагментов, тесты на зрительную память, тест запоминания «5 слов», батареи нейропсихологических тестов, включающих исследование внимания, краткосрочной и долговременной памяти (слухоречевой и зрительной), зрительно-пространственной ориентации, языка (понимание синтаксиса, значения слов, скорость устной и письменной речи др. [8,10,23,57].

Такие инструментальные методы как компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография, позволяют выявить органические изменения в структурах головного мозга. Так, израильские ученые показали эффективность МРТ с контрастированием для выявления нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера, что сопровождается увеличением константы проницаемости, которое коррелирует с послеоперационной когнитивной дисфункцией. Также показано

преобладание негативного влияния увеличения проницаемости гематоэнцефалического барьера по сравнению с микроэмболизацией [22,30].

Опровергают лидирующее значение в развитии ПОКД микроэмболизации китайские ученые, указывая на преобладание факторов интраоперационной гипоперфузии и послеоперационной гиперперфузии [7,31,40].

Чтобы исключить влияние других факторов на когнитивные функции, D.J.Culley и соавт. (2003) исследовали долгосрочные эффекты двухчасовой ОА (1,2% изофлюрана/ 70% закиси азота/ 30% кислорода) без операции и выявили негативное влияние ОА на пространственное обучение и память у молодых и пожилых крыс. После ОА крысы отдыхали в течение 24 часов, а затем ежедневно исследовались их когнитивные функции в лабиринте в течение 4-8 недель. Исследование показало довольно серьезные повреждения мозговых клеток у всех крыс. При тестах интеллекта и памяти (с помощью лабиринта) крысы, подвергавшиеся ОА, показали заметно худшие результаты. Во всех других отношениях "леченые" крысы ничем не отличались от обыкновенных. Поскольку наркотические агенты в течение такого времени изучения когнитивных функций уже элиминировались из мозга испытуемых, авторы пришли к выводу, что ОА непосредственно повреждает ЦНС, изменяет нейрохимические каскады медиаторов памяти, и что этот негативный фармакологический след продолжается значительно дольше, чем предполагалось ранее. Таким образом, авторы пришли к выводу, ОА является одним из ведущих этиологических факторов развития ПОКД [36].

Многие авторы одной из главных причин нарушения когнитивных функций после операции считают нейротоксическое действие общих анестетиков и в этиологии ПОКД выделяют 3 группы факторов:

- остаточное действие компонентов общей анестезии и продуктов их деградации, активных в отношении ЦНС, действие пролонгированных седативных средств, неадекватная послеоперационная аналгезия;

- уровень достигаемой во время операции антиноцицептивной защиты мозговых структур, несостоятельность которой приводит к перевозбуждению и истощению энергетического баланса нейронов коры больших полушарий и подкорковых

образований, обеспечивающих достаточный уровень сознания;

- повреждающее действие гипоксии, как общей (гипоксемия, острая анемия, гиподциркуляция), так и локальной (изменение перфузии мозга, ВЧД) [7].

Пациенты с послеоперационной когнитивной дисфункцией предъявляют жалобы на нарушения цикла сон - бодрствование, быструю утомляемость при умственной нагрузке, снижение качества и темпов обычного ритма умственной и физической деятельности. Имеются сообщения о более грубых расстройствах высших корковых функций, в том числе у пациентов молодого возраста: нарушений сознания, амнестической афазии, аграфии, акалькулии, прозопагнозии и др. [6].

Когнитивные нарушения делятся на легкие, умеренные и тяжелые.

Под легкими когнитивными нарушениями подразумевают невыраженные затруднения в повседневной деятельности, связанные в основном с нарушением запоминания нового материала. Умеренные когнитивные нарушения характеризуются значительными затруднениями в повседневной деятельности с сохранением памяти лишь на хорошо заученную или личную информацию. Тяжелые когнитивные нарушения проявляются неспособностью запоминать новую информацию, а также воспроизводить уже имеющуюся [24].

Важно отметить, что нарушения когнитивных функций после общехирургических вмешательств, выполненных в условиях общей анестезии, наблюдались во всех возрастных группах больных [6,16,50].

Найдены публикации, свидетельствующие о том, что на частоту и тяжесть побочного влияния наркоза на ЦНС влияют доза анестетиков и длительность общей анестезии.

Примечательно, что все известные анестетики и наркотические анальгетики оказывают неблагоприятное влияние на когнитивные и психомоторные функции ЦНС даже в среднетерапевтических дозах, в том числе морфина, фентанила, амфетамина, галотана, оксибутирата, гексенала, кетамина, нембутала, пропофола (дипривана) [43,49].

Вместе с тем как отмечают Ю. С. Полушин с соавт. [18], «что серьезных оснований для использования термина послеоперационные когнитивные расстройства, связанные с анестезией сегодня недостаточно, но сам факт проявления или усугубления когнитивных

расстройств у прооперированных пациентов имеет место».

Головной мозг (его субарахноидальное пространство), так же как и другие жизненно важные органы (легкие и бронхи, печень, почки, кишечник), является местом хоминга иммунных клеток, которые участвуют в регуляции когнитивных функций, гомеостаза и нейрогенеза. Одновременно умеренное стрессорное воздействие стимулирует продукцию провоспалительных цитокинов. При этом повышенные уровни IL 1 β , 6 и TNF α могут быть обнаружены не только в кровотоке, но и в различных органах и тканях. Нейровоспалительная реакция является неотъемлемой частью нормального когнитивного процесса. Головной мозг отличается от других органов и тканей т.н. иммунопривилегированностью, которая обеспечивается наличием гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). ГЭБ выполняет функцию высокоселективного фильтра, защищающего нервную ткань от циркулирующих в крови микроорганизмов, токсинов, клеточных и гуморальных факторов иммунной системы. Неспецифическая иммунная защита головного мозга обеспечивается густой сетью микроглиальных клеток (фагоциты костномозгового происхождения), которые постоянно «сканируют» свое микроокружение и всегда готовы подать сигнал тревоги при обнаружении потенциально опасных факторов [26].

Кроме того, и нейроны, и глиальные клетки способны синтезировать как противо-, так и провоспалительные цитокины и их рецепторы для своих внутренних нужд без участия клеток иммунной системы. Стресс любого происхождения сопровождается увеличением концентрации цитокинов в сыворотке крови и повышением проницаемости ГЭБ. В результате циркулирующие в крови цитокины могут проникать в мозг, где начинают выполнять иные, неиммунологические, функции. Кроме того, ослабление барьерной функции ГЭБ и развивающаяся нейровоспалительная реакция способствуют массовой миграции дендритных клеток и лимфоцитов из периваскулярного пространства в паренхиму мозга. Повторные эпизоды стресса способствуют накоплению в головном мозге иммунных клеток, вызывают необратимое изменение проницаемости ГЭБ, нарушают нейрогенез взрослого возраста в зубчатой извилине гиппокампа. Иммунная система и

ЦНС взаимодействуют двусторонне. Защита организма от инфекций и восстановление после повреждения тканей подразумевают не только активацию иммунной системы, но и комплексный нейроэндокринный ответ, который координирует ЦНС, а несколько провоспалительных цитокинов функционируют как сигнальные молекулы в процессе взаимодействия иммунная система-мозг [25].

Интерлейкин-6 (IL-6) представляет собой цитокин с четко выраженными провоспалительными и противовоспалительными свойствами. Он регулирует иммунную систему, а также участвует в осуществлении когнитивной функции. В настоящее время установлено множество фактов, подтверждающих важную роль IL-6 и С-реактивного белка, определяемого высокочувствительным методом (вч-СРБ), в патогенезе ПОКД [9,53,58].

Данные о том, что полиморфизм гена IL-6 способствует развитию ПОКД, позволяют предположить, что механизмы активации воспалительного ответа могут являться важными факторами, способствующими развитию когнитивных расстройств после операций. Такое представление соответствует современным знаниям об IL-6 как о маркере, способствующем развитию и опосредующем активный воспалительный ответ (Heffner K.L. et al. 2011). Однонуклеотидная замена в регионе промотора гена IL-6 (174G/C) регулирует его экспрессию и, как следствие, опосредует усиление продукции IL-6 и запуск активного воспалительного ответа. Считается, что после операции полиморфизм гена IL-6 влияет на плазменные уровни и функциональную активность IL-6 и ассоциируется с другими периоперационными осложнениями воспалительного характера [54]. При этом ранее взаимосвязь полиморфизмов IL-6 и периоперационных неврологических исходов не была описана.

Существуют данные о том, что процесс субклинического воспаления — один из факторов неблагоприятного прогноза, способный инициировать нестабильность существующих гемодинамически незначимых нарушений мозгового кровообращения. Так, соответствующий предоперационный скрининг мог бы привести к разработке дополнительных периоперационных мер, способствующих снижению риска развития когнитивных расстройств. Выявление

специфических механизмов, при помощи которых реализуются эффекты иммуногенетического полиморфизма генотипа, будет важно для определения мишеней, воздействуя на которые можно модулировать периоперационный воспалительный ответ и улучшить прогноз и профилактику послеоперационных когнитивных расстройств [55].

Вследствие многофакторности ПОКД в последние годы отмечается тенденция к мультидисциплинарному подходу к решению данной проблемы с привлечением специалистов различных специальностей, включая, не только анестезиологов, но и неврологов, клинических нейрофизиологов, патофизиологов, иммунологов, медицинских психологов [12-16].

Новое исследование, проведенное сотрудниками Калифорнийского университета в Сан-Франциско, предполагает, что воспаление головного мозга и снижение когнитивной способности после операции инициируются иммунными клетками мозга — микроглиями. Пероральный препарат, который временно истощает микроглию перед операцией, влиял на результаты тестов памяти. Это открытие предлагает новый подход к предотвращению данного состояния у людей.

Основываясь на новых исследованиях, ученые считают, что микроглии мозга инициируют и организуют этот ответ, включая инфильтрацию периферических иммунных клеток и потерю памяти [29].

Однако неврологами не учитывается неблагоприятное влияние центральных анестетиков на ЦНС у пациентов молодого возраста после длительных оперативных вмешательств в общехирургической практике. Вследствие этого пациенты после выписки из стационара, как правило, наблюдаются у хирургов и выпадают из сферы динамического диспансерного неврологического наблюдения, однако у больных могут сохраняться послеоперационные когнитивные нарушения, нарушаются процессы трудовой и социально-бытовой адаптации, возрастает риск развития деменции [12,15,21]. Оптимизация неврологической помощи в периоперационном периоде позволяет провести комплекс мероприятий с целью профилактики, ранней диагностики и терапии ПОКД у пациентов молодого возраста, снизить риск развития стойкой ПОКД и

социально-бытовой дезадаптации у трудоспособного населения [17,24].

Особый интерес представляют возможности использования ноотропов у больных, подвергающихся оперативному вмешательству, особенно под общей анестезией (ОА), которая может вызывать различные повреждения центральной нервной системы (ЦНС) [20,49]. Интерес к вопросу нейропротекции не случаен. В ряде работ, проведенных исследователями, была доказана необходимость применения нейрометаболических препаратов с целью профилактики развития церебральных осложнений в интра- и послеоперационном периодах [24,39,43].

Несмотря на то, что наличие стойкой ПОКД было достоверно подтверждено психометрическими тестами во всех возрастных категориях пациентов, недостаточно изучены социальные и экономические последствия ПОКД. В то же время, анализируя данные литературы следует признать, что стойкая ПОКД после операций под ОА реальна и намного чаще встречается, чем это было принято считать ранее. [16,21].

Некоторые авторы рекомендуют провести своевременную, раннюю коррекцию когнитивных нарушений в послеоперационный период [17,24].

Единственный путь профилактики патологии ЦНС после оперативных вмешательств в условиях длительной общей анестезии - своевременная диагностика и патогенетически обоснованная терапия, направленная на укрепление нервно-психического здоровья населения для сохранения трудовых ресурсов [17,24].

Shen X. et al., в ходе экспериментальных исследований у животных (мыши) выявили, что на развитие когнитивных нарушений после операции с общим обезболиванием влияют ряд факторов, в частности – неоднократный наркоз с определенными анестетиками [56].

Вместе с тем какова частота ПОКД после многократных операций не известно. До настоящего времени практически отсутствуют бесспорные данные о частоте развития и тяжести ПОКД после многократных (более двух операций в течение одного года или нескольких лет) операций с применением различных видов анестезии, не определена структура и тяжесть когнитивных нарушений в зависимости от интервала между операциями, не существует единого алгоритма профилактики и коррекции послеоперационного когнитивного дефицита после многократных операций.

Заключение

Проведенный обзор литературы наглядно показывает высокую распространенность когнитивной дисфункции в анестезиологической практике, но мало изученным после многократных операций. Широкое внедрение в клиническую практику подходов к диагностике, профилактике и раннему лечению когнитивной дисфункции после многократных операций является актуальной медико социальной проблемой современной анестезиологии и неврологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеевич Г.Ю. Проблемы когнитивной дисфункции после аортокоронарного шунтирования. / Родиков М.В., Можейко Е. Ю., Петрова М.М., Еремина О.В., Алексеевич Г.В. // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. - №6. – С.30-36
2. Афонасьев М.Г. Сравнительная характеристика результатов применения изофлурана, сефолурана и пропофола в целевой концентрации при реконструктивных операциях на сонных артериях. / Кислухина Е.В., Макаревич А.В., Бондаренко А.Н., Михайлов И.П., Тимербаев В.Х. // Анестезиология и реаниматология. – 2014. - №4. – С. 14-19
3. Большедворов Р.В., Кичин В.В., Федоров С.А., Лихванцев В.В. Эпидемиология послеоперационных когнитивных расстройств // Анестезия и реанимация. — 2009. — № 3. — С. 20-23.
4. Голуб И. Е., Белобородов В. А., Сорокина Л. В., Курьянов А. А., Борисова В. М. Когнитивные расстройства в послеоперационном периоде в хирургии щитовидной железы. //Вестник хирургии» 2015 Том 174, № 4. стр 53-57.
5. Елькин И.О. Нарушения высших психических функций у детей, обусловленные общей анестезией и операционным стрессом. Пути их профилактики и коррекции: /автореф. дис... д-ра мед. наук И.О.Елькин. — Екатеринбург, 2010. — 36 с.
6. Ефимова, Н. Ю. Изменение мозгового кровотока и когнитивной функции у больных, перенесших операцию коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения / Н. Ю. Ефимова, В. И. Чернов, И. Ю. Ефимова, Ш. Д. Ахмедов, Ю. Б. Лишманов // Кардиология. – 2015. – Т. 55, № 6. – С. 40-46.
7. Женило В.М., Акименко Т.И., Здирук С.В., Сорочинский М.А. Проблема синдрома послеоперационной когнитивной дисфункции в анестезиологической и хирургической службе //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.
8. Иванец Н. Н., Царенко Д. М., Боброва М. А. и др. Применение модифицированной

- Адденбрукской когнитивной шкалы для оценки состояния больных в общей медицинской практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 1. – С. 52–57.
9. Овчинников Д.А., Амосов Д. Д., Воробьев Е. А., и др. Когнитивная дисфункция и содержание в крови маркеров воспалительного ответа у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(4): 5-10.
 10. Осипов Е.В., Гельпей М.А., Батюшин М.М. и др. Изучение выраженности когнитивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. –2015.–№8.–С.254–258.
 11. Ларионов М.В. Обоснование выбора анестетиков с целью защиты головного мозга и профилактики когнитивного снижения во время операции коронарного шунтирования. / Трубникова О.А., Плотников Г.П., Григорьев Е.В., Шукевич Д.Л. // Медицина в Кузбассе. – 2015. – Т14 №3. – С. 44 - 50
 12. Овезов А.М., Лобов М.А., Пантелеева М.В. , Луговой А.В., Мятчин П.С., Гуськов И.Е. Коррекция ранних когнитивных нарушений у детей школьного возраста, оперированных в условиях тотальной внутривенной анестезии // Анестезиология и реаниматология .№- 3.- 2012.- стр. 1-4.
 13. Овезов А.М., Лобов М.А., Надькина Е. Д., Мятчин П. С., Пантелеева М. В.,Князев А.В. Церебропротекция в профилактике ранней послеоперационной когнитивной дисфункции при тотальной внутривенной анестезии // Лечащий врач. № 3.-2013.-стр. 66-72.
 14. Овезов А.М. Нейротоксичность общих анестетиков: современный взгляд на проблему. / Пантелеева М.В., Князев А.В., Луговой А.В., Борисова М.Н. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. - №7(4). – С.78-84
 15. Овезов А.М., Пантелеева М.В., Князев А.В., Луговой А.В., Брагина С.В. Когнитивная дисфункция и общая анестезия: от патогенеза к профилактике и коррекции. //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(3):101-105.
 16. Овезов А.М. Когнитивная дисфункция и общая анестезия: от патогенеза к профилактике и коррекции. / Пантелеева М.В., Князев А.В., Луговой А.В., Брагина С.В. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. - №8(3). – С. 101-111.
 17. Петрова М.М., Прокопенко С.В., Еремина О.В., Можейко Е.Ю., Каскаева Д.С. Отдалённые результаты когнитивных нарушений после коронарного шунтирование // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-4. – С. 814-820;
 18. Полушин Ю.С., Полушин А.Ю., Юкина Г.Ю., Кожемякина М.В. Послеоперационная когнитивная дисфункция-что мы знаем и куда двигаться далее.Вестник Анестезиологии и реаниматологии №1 (16). 2019. 19-28.
 19. Усенко Л.В. Когнитивные нарушения после общей анестезии при экстракардиальных вмешательствах и эффект раннего введения Тиоцетама в послеоперационном периоде / Л. В. Усенко, И. С. Полинчук //Международ. неврол. журн. — 2011. — № 6 (44).
 20. Усенко Л.В., Криштафор А.А., Полинчук И.С. и др. Послеоперационные когнитивные расстройства как осложнение общей анестезии. Значение ранней фармакологической нейропротекции. //Медицина неотложных состояний, №2 (65) 2015 стр.24-30.
 21. Щелокова О.И., Недбайло И.Н., Астахов А.А. Сравнительный анализ частоты выявления ранней послеоперационной когнитивной дисфункции у пациентов, подвергшихся внутривенной анестезии пропофолом и кетаминном // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4.
 22. Abrahamov D., Levran O., Naparstek S. et al. Blood-Brain Barrier Disruption After Cardiopulmonary Bypass: Diagnosis and Correlation to Cognition // Ann Thorac Surg. - 2017. - P. 161-169.
 23. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Text Revision: DSM-IV-TR. Washington, /DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000.
 24. Burkhart C. S. et al. Can Postoperative Cognitive Dysfunction Be Avoided? // Hosp Pract (Minneap). 2012; 40 (1): 214–223.
 25. Wilson C.J., Finch C.E., Cohen H.J. Cytokines and cognition —the case for a head-to-toe inflammatory paradigm. //J Am Geriatr Soc 2002; 50: 2041—2056.
 26. Dhabhar F.S., Malarkey W.B., Neri E., McEwen B.S. Stress-induced redistribution of immune cells — from barracks to boulevards to battlefields: a tale of three hormones — Curt Richter Award winner.// Psych neuroendocrinology. 2012; 37: 1345–1368.
 27. Evered L., Scott D. A., Silbert B., Maruff P. Postoperative cognitive dysfunction is independent of type of surgery and anesthetic // Anesth Analg. 2011; 112 (5): 1179–1185.
 28. Evered L, Scott DA, Silbert B, Maruff P (2011) Послеоперационная когнитивная дисфункция не зависит от типа операции и анестезии. //Anesth Analg 112: 1179-1185.
 29. Feng X. et al. Microglia mediate postoperative hippocampal inflammation and cognitive decline in mice //JCI Insight. – 2017. – Т. 2. – №. 7.
 30. Fodale V., Santaria L.B., Schifilliti D., Mandel P.K. Anesthetics and postoperative cognitive dysfunction: a pathological mechanism mimicking Alzheimer’s disease // Anesthesia. — 2010. — Vol.65, № 4. — P.388-395.

31. Kline R.P., Pirraglia E., Cheng H., De Santi S., Li Y., Haile M., de Leon M.J., Bekker A. Surgery and brain atrophy in cognitively normal elderly subjects and subjects diagnosed with mild cognitive impairment // *Anesthesiology*. – 2012. – V. 116. – P. 603–612.
32. Lewis T.M., Schofield P.R. // *Exp. Physiol*. 2004. – Vol. 89, № 2. – P. 145–153.
33. Lobov M., Knyazev A., Ovezov A. et al. Perioperative prevention of early cognitive dysfunction in children. // *Intensive Care Med*. 2010; 36 (Suppl. 2): 276.
34. Paule M. G., Li M., Allen R. R., Liu F., Zou X., Hotchkiss C., Hanig J. P., Patterson T. A., Slikker W. Jr., Wang C. Ketamine anesthesia during the first week of life can cause long-lasting cognitive deficits in rhesus monkeys // *Neurotoxicol Teratol*. 2011; 33: 220–230.
35. Pearn M. L., Hu Y. B. S., Niesman I. R. et al. Propofol neurotoxicity is mediated by p75 neurotrophin receptor activation. *Anesthesiology* 2012; 116: 1–10.
36. Secades J. J. Citicoline: pharmacological and clinical review, 2010 update // *Rev Neurol*. 2011; 52, Suppl 2: S1-S62.
37. Slikker W.Jr., Zou X., Hotchkiss C. E., Divine R.L. et al. Ketamine induced neuronal cell death in the perinatal rhesus monkey // *Toxicol Sci*. 2007; 98: 145–158.
38. Stratmann G. Neurotoxicity of anesthetic drugs in the developing brain. *Anesth. Analg*. 2011; 113 (5): 1170–1179.
39. Thomas J., Crosby G., Drummond J. C., Todd M. Anesthetic neurotoxicity: A difficult dragon to slay. // *Anesth. Analg*. 2011; 113 (5): 969–971.
40. Zhang H.P., Ma X.D., Chen L.F. et al. Cognitive Function After Carotid Endarterectomy: Early Decline and Later Recovery // *Turk Neurosurg*. – 2016; 26 (6): 833–839.
41. Krenk L, Rasmussen LS, Kehlet H (2010) Новое понимание патофизиологии послеоперационной когнитивной дисфункции. *Acta // Anaesthesiol Scand* 54: 951–956.
42. Vacas S. et al. The neuroinflammatory response of postoperative cognitive decline // *British medical bulletin*. – 2013. – Vol. 106. – №. 1. – p. 161–178.
43. Xu T. et al. Risk factors for early postoperative cognitive dysfunction after non-coronary bypass surgery in Chinese population // *J Cardiothorac Surg*. – 2013. – Vol. 8. – p. 204–210
44. Tsai T.L. An update on postoperative cognitive dysfunction / Sands LP, Leung JL. // *Adv Anesth*. – 2010. – Vol. 28 – p. 269–284.
45. Tan A.M. Postoperative cognitive dysfunction after cardiac surgery. / Amoako D. // *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. – 2013. – Vol.13. – №6. – p. 218–222
46. Scharre D.W. Longitudinal changes in self-administered gerocognitive examination (SAGE) and mini-mental state exam (MMSE) scores for subjective cognitive impairment (SCI), mild cognitive impairment (MCI), dementia converters, and Alzheimer's disease (AD) patients. / Chang S.I., Kataki M., Nagaraja H.N., Wheeler N., Adeli A. // *The journal of the Alzheimer's association*. – 2015. – Vol. 5. – №7. – p. 570–578.
47. Rasmussen LS. Postoperative cognitive dysfunction: incidence and prevention. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2006;20:315–330. doi:10.1016/j.bpa.2005.10.011
48. Robinson TN, Eiseman B. Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management. *Clin Interv Aging*. 2008;3:351–355.
49. Rundshagen I. Postoperative cognitive dysfunction // *Deutsches Ärzteblatt International*. – 2014. – Vol. 111. – №. 8. – p. 119–125.
50. Grape S. et al. Postoperative cognitive dysfunction // *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. – 2012. – Vol. 2. – №. 3. – p. 98–103.
51. Bruggemans E. F. Cognitive dysfunction after cardiac surgery: Pathophysiological mechanisms and preventive strategies // *Netherlands Heart Journal*. – 2013. – Vol. 21. – №. 2. – p. 70–73.
52. Arora S. S. Postoperative cognitive dysfunction, Alzheimer's disease, and anesthesia / Gooch J. L., García P. S. // *International Journal of Neuroscience*. – 2014. – Vol. 124. – №. 4. – p. 236–242.
53. Mathew J.P., Podgoreanu M.V., Grocott H.P. et al. Genetic variants in P-selectin and C-reactive protein influence susceptibility to cognitive decline after cardiac surgery. *J Am Coll Cardiol* 2007;49: 19: 1934–1942.
54. Tzoulaki I., Murray G.D., Lee A.J. et al. C-Reactive protein, interleukin-6, and soluble adhesion molecules as predictors of progressive peripheral atherosclerosis in the general population: Edinburgh Artery Study. *Circulation* 2005; 112: 976–983.
55. Grocott H.P., White W.D., Morris R.W. et al. Genetic polymorphisms and the risk of stroke after cardiac surgery. *Stroke* 2005; 36: 1854–1858.
56. Shen X., Dong Y., Xu Z. et al. Selective anesthesia-induced neuroinflammation in developing mouse brain and cognitive impairment // *Anesthesiology*. – 2013. – V. 118. – P. 502–515.
57. Mioshi E., Dawson K., Mitchell J. et al. The Adden brooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, № 11. – P. 1078–1085.
58. Hwang J., Seo Y., Jo Y. et al. Aptamer-conjugated live human immune cell based biosensors for the accurate detection of C-reactive protein. *Scientific Reports*, 2016, vol. 6, pp. 73–78.

Поступила 09.04.2021

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ
(Обзор литератур)

Султанова Нафиса Сабировна

Ташкентская Медицинская Академия

✓ **Резюме**

Грудное вскармливание защищает от смерти и болезней, как в постнатальный период, так и в течение всего периода младенчества и детства. Защитный эффект особенно сильный против инфекционных болезней, которые предотвращаются как через прямую передачу антител и других антиинфекционных факторов и долговременной передачи иммунологической компетенции и памяти.

Ключевые слова: грудное вскармливание, младенчества, детства, неонатальной смертности

GO'DAKLAR KASALLIGI VA O'LIMINING MUAMMOLARI VA ECHIMLARI
(Adabiyotlar Sharhi)

Sultonova Nafisa Sobirovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi

✓ **Rezyume**

Ko'krak bilan emizish tug'ruqdan keyingi davrda ham, go'dak va bolalik davrida ham o'lim va kasalliklardan himoya qiladi. Himoya ta'siri yuqumli kasalliklarga qarshi kuchli bo'lib, ular antitellarni to'g'ridan-to'g'ri yuborish va boshqa yuqumli kasalliklarga qarshi omillar hamda immunologik kompetentsiya va xotirani uzoq muddat uzatish orqali oldini oladi.

Kalit so'zlar: emizish, go'daklik, bolalik, neonatal o'lim

PROBLEMS AND SOLUTIONS TO INFANT MORBIDITY AND MORTALITY
(Literature review)

Sultanova Nafisa Sabirovna

Tashkent Medical Academy

✓ **Resume**

Breastfeeding protects against death and disease, both postnatal and throughout infancy and childhood. The protective effect is particularly strong against infectious diseases, which are prevented both through direct transmission of antibodies and other anti-infectious factors and through long-term transmission of immunological competence and memory.

Key words: breastfeeding, infancy, childhood, neonatal mortality

Актуальность

В мире ежегодно умирает 4 млн. младенцев, не достигнув 4-недельного возраста. Подавляющее большинство этих смертей приходится уже на первые дни жизни. Ранняя смертность новорожденных составляет во многих странах значительную часть смертности в раннем детском возрасте, зачастую превышая 30%. Однако, такое соотношение бывает разным, в зависимости от уровня социально-экономического

развития страны и от доступности и качества здравоохранения. [2]

В большинстве стран половина случаев перинатальной смертности приходится на предродовой и интранатальные периоды; вторая половина приходится на первую неделю жизни, но существует тенденция к более быстрому снижению ранней неонатальной смертности и повышению уровня поздней смертности плода. Обычно

неонатальная и перинатальная смертность снижаются медленнее, чем младенческая смертность. Для этого есть две основные причины: первая состоит в том, что после неонатального периода младенческая смертность находится под влиянием общих социальных изменений и ее легче предотвратить с помощью соответствующих профилактических и лечебных мероприятий; вторая - состоит в том, во всем мире делается все больше усилий по снижению постнеонатальных компонентов младенческой смертности. Уровень перинатальной и неонатальной смертности обычно считается надежным показателем качества охраны здоровья. В целом, во всех странах неонатальная смертность в основном связана с незрелостью, асфиксией, инфекциями и врожденными аномалиями. Доля врожденных пороков, связанных с незрелостью и/или очень низким весом при рождении увеличивается по мере снижения уровня неонатальной смертности. В большинстве развитых стран неонатальная смертность среди новорожденных с весом более 1500 г, без серьезных врожденных аномалий крайне низка [5].

Недостаточное внимание к проблемам ухода за новорожденными, в пользу большего внимания других вмешательств по охране здоровья, является одной из основных причин высокой неонатальной смертности во многих странах. Существует несколько причин того, почему неонатальному здоровью не уделяется достаточного внимания; эти причины следует принимать во внимание при обсуждении стратегий снижения неонатальной заболеваемости и смертности на национальном и местном уровне.

Первая причина заключается в отсутствии полноты данных, приводящем к недооценке проблемы. Кроме того, из-за отсутствия полноты наблюдения за неврологическим развитием детей, недостаточное внимание уделяется отдаленным последствиям, неадекватному неонатальному здоровью тех новорожденных, которые выживают после какого-то серьезного заболевания в неонатальном периоде. И, наконец, еще один фактор, который способствует недостаточному вниманию вопросам ухода за новорожденными - это ошибочное представление о том, что для повышения качества ухода за новорожденными необходимы очень сложные и дорогостоящие технологии и высоко квалифицированные сотрудники [5].

Снижение перинатальной смертности, которое наблюдается в промышленно развитых странах, происходит параллельно с ростом технологии неонатального ухода, но не из-за него. Наоборот, многие, если не большинство состояний, приводящих к неонатальной смерти, можно либо предотвратить, либо вылечить, не прибегая к сложным и дорогостоящим технологиям, а просто путем более глубокого понимания риска, связанного с беременностью и родами, а также физиологических потребностей новорожденного сразу же после рождения и в течение первых дней жизни. Многие специалисты здравоохранения и ответственные работники считают, что снижение перинатальной и неонатальной смертности, происходящее в промышленно развитых странах, является прямым результатом применения очень сложных и дорогостоящих технологий. Это не так. Во-первых, улучшение санитарно-просветительской работы среди женщин и их социального положения привели к резкому снижению коэффициента фертильности и лучшему планированию беременности с последующим существенным снижением беременностей высокого риска, за долго до того, как были сделаны значительные вложения в специфические технологии и службы перинатального и неонатального ухода. Во-вторых, общедоступность родового ухода, регионализация перинатального ухода и более глубокое понимание патофизиологических основ перинатальной заболеваемости и смертности, наряду с совершенствованием ведения беременности и родов, во многих случаях способствовали значительному снижению уровня смертности без крупных затрат на оборудование и помещения. Наоборот, внедрение высоких технологий часто приводит к отрицательным результатам: отвлечение средств, предназначенных для оказания ухода за большинством новорожденных, накручивание расходов и дегуманизация родов и ухода за новорожденным [3].

Анализ причин перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности, знание патофизиологии аномалий плода, родовой асфиксии и физиологии терморегуляции, а также исследования по ведению родов, реанимации и контролю температуры у новорожденных привели к выделению нескольких основных принципов ухода [5,9]:

- идентификация женщин с риском акушерских осложнений или очень преждевременных родов и оказание необходимого ухода (направление матери в специализированное учреждение, когда это необходимо)

- активное наблюдение и ведение родов, раннее выявление осложнений процесса родов и патологии плода

- дружелюбная обстановка во время родов, содействие привязанности между матерью и новорожденным

- поддержание температуры тела

- инициация спонтанного дыхания

- начало грудного вскармливания как можно раньше после родов

- профилактика инфекций и их лечение

По каждому из этих принципов существуют соответствующие технологии, включая процедуры, инструменты, приспособления и организационные мероприятия; они должны быть воплощены в практику ухода как компоненты необходимого ухода за новорожденными, т.е. должны стать минимальным набором вмешательств, которые должны быть доступными при всех родах. Все эти технологии весьма эффективно снижают неонатальную смертность и заболеваемость, а также способны значительно уменьшить постнатальную заболеваемость и смертность. Все эти методы не требуют больших затрат и их можно успешно осуществить без значительных капиталовложений и текущих расходов на их поддержание. Они

представляют собою высоко рентабельные вмешательства, и им следует оказывать предпочтение в системе здравоохранения. Однако внедрение этих технологий и подходов в практику ухода требует повышения профессионального уровня, знаний и практических навыков специалистов-медиков, занимающихся уходом за новорожденными, включая акушеров, врачей, медсестер [4].

В развивающихся странах ежегодно погибает сорок тысяч детей до пяти лет (28 детей каждую минуту) в результате недоедания и частых заболеваний, обостряющихся из-за недоедания. Во многих развивающихся странах 25 процентов всех детей умирает, не доживая до пятилетнего возраста [2].

Основопологающим компонентом этой стратегии является грудное вскармливание. Кормление грудью необычайно важно для здоровья ребенка, его роста и развития в неонатальном периоде,

младенчестве и детстве. Пользы от грудного вскармливания больше, если мать начнет кормить ребенка в течение первого часа после родов, если ребенку дают грудь, когда он хочет, и если между кормлениями грудью ему никакого другого питания не дают. Многие проблемы неонатального периода можно избежать или уменьшить их тяжесть, если кормить грудью, следуя именно этим принципам. Такой подход поможет избежать таких проблем как гипотермия, неонатальная гипогликемия, инфекции и неонатальная желтуха. Грудное вскармливание защищает от смерти и болезней, как в постнатальный период, так и в течение всего периода младенчества и детства. Защитный эффект особенно сильный против инфекционных болезней, которые предотвращаются как через прямую передачу антител и других антиинфекционных факторов и долговременной передачи иммунологической компетенции и памяти. Риск болезней и госпитализации гораздо выше у детей, которые не получают грудного молока; такая ситуация сохраняется и в развитых странах, указывая на то, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, гораздо меньше шансов заболеть каким-либо тяжелым заболеванием [1,5].

К числу подходов, позволяющих наладить грудное вскармливание, относятся: прикладывание ребенка к груди как можно раньше после родов, содействие грудному вскармливанию по требованию в течение 24 ч в сутки, совместное пребывание матери и ребенка в одной палате в течение всех 24 ч в сутки, обеспечение матери информацией о преимуществах грудного вскармливания и опасностях искусственного вскармливания, избегать использования заменителей грудного молока и кормления из бутылочки и избегать такой больничной практики, которая мешает грудному вскармливанию [5].

Превосходно сбалансированное соотношение питательных веществ и ферментов, содержание иммунологических веществ, необходимых для защиты жизнедеятельности организма, и факторы эпидермического роста, содержащиеся в грудном молоке, а также естественное регулирование его состава для приспособления к изменяющимся запросам младенца уникальны. Младенцы, вскармливаемые только грудным молоком, в 2,5 раза меньше подвержены заболеваниям, и в 25 раз снижается вероятность их смертности от диареи в течении первых шести месяцев

жизни по сравнению с грудничками, вскармливаемыми заменителями. Частые физические контакты, вызываемые грудным кормлением, рожают у младенца чувство постоянной защиты и тепла, а объединяющее взаимодействие между матерью и младенцем во время грудного кормления способствует развитию эмоций и социализации ребенка [1].

Грудное кормление также развивает материнское чувство и способствует успешному переходу матери от состояния беременности к послеродовому состоянию. Послеродовое кровотечение сводится к минимуму; грудное кормление сопровождается обратным сокращением матки под влиянием вырабатываемого окситоцина. Отсутствие месячных в период образования грудного молока позволяет сохранять протеин, железосодержащие и другие питательные вещества, необходимые для матери в послеродовой период. Свойство инфертильности в период образования грудного молока может действовать до 18 или более месяцев. Поэтому у абсолютно зависимого грудного младенца есть время превратиться в более независимого ребенка, начинающего ходить, прежде чем матери придется переключить свое внимание на следующего новорожденного [6].

Снижение частоты и продолжительности грудного вскармливания концентрировано в городских и пригородных районах и вызвано сложным взаимодействием нескольких факторов: доступностью и агрессивным сбытом заменителей грудного молока; ошибочным убеждением в том, что использование заменителей более современно и полезно; широко распространенным и неверным предположением о том, что работа вне дома и грудное вскармливание всегда несовместимы; отсутствие широких семейных связей, которые могли бы поддержать новоиспеченных родителей во время их привыкания к родительской роли.

На снижение частоты и продолжительности грудного вскармливания так же влияет всё возрастающее использование современной системы пренатального, интранатального и постнатального здравоохранения. Медсёстры, врачи, администрация родовспомогательных учреждений, учреждения первичного звена и все остальные, кто занимается охраной здоровья матери и ребёнка, редко обладают необходимыми знаниями и навыками для того, чтобы помочь матери и новорожденному

в поддержании лактации и грудного вскармливания. Помимо этого, многие медицинские работники недостаточно информированы об огромной пользе грудного вскармливания и не уделяют ему должного внимания. Данный недостаток знаний у медицинских работников приводит к тому, что будущие и новоиспеченные матери сталкиваются с множеством барьеров, начиная и продолжая грудное кормление. Таким образом, успешная стратегия выживания ребенка должна включать образование по лактации для медицинских работников [5].

Экономическая и социальная польза поддержки грудного вскармливания заключается в том, что стоимость соответствующей диеты для кормящей матери ниже, чем стоимость искусственной смеси для кормления ребёнка, мать может использовать освободившиеся деньги на других членов семьи. Нет необходимости покупать смеси и оборудование для кормления, нет дополнительных затрат воды и топлива. Семья не тратит время на приготовление смесей и дополнительные медицинские осмотры. Расходы на медицинские консультации, лекарства, лабораторные исследования и госпитализацию снижаются. Мать и ребенок здоровее. Мать может регулировать промежутки между беременностями, используя метод лактационной аменореи, что улучшит её здоровье. В носящем всеобъемлющий характер исследовании из Индонезии было подсчитано, что стоимость производства достаточного количества грудного молока для кормления младенца составляет примерно 0,05 долл. США в день или около 1,62 долл. США за месяц. В 1988 г. стоимость достаточного количества детской молочной смеси (для младенцев), требующейся на один месяц, составляла от 16,87 долл. США до 56,25 долл. США в зависимости от выбранной марки. И, разумеется, грудное молоко является не только лучшим питанием для ребенка, но и обладает также преимуществом значительно большей дешевизны по сравнению с искусственными видами питания [8,11,12]. Однако, следует учитывать и такие другие виды затрат и расходов при искусственном вскармливании, как затрачиваемое матерями время, здравоохранительные издержки и аспекты различных методов кормления/питания; социальные и экономические издержки утраты контрацептивного эффекта грудного

вскармливания, связанного с обеспечением соответствующих временных интервалов между родами. При любых подсчетах грудное молоко и грудное вскармливание оказывается наиболее эффективным, с точки зрения расходов и издержек, методом кормления в раннем детском возрасте. Если мать является единственным кормильцем ребенка, то в этом случае для грудного вскармливания в основном требуется меньше времени, чем для покупки молочного порошка, стерилизации бутылочки для кормления и сосок (а в сельских местностях некоторых стран и время на поиски, например, дров, чтобы вскипятить воду), на приготовление пищи/корма и для самого кормления этой пищей ребенка. Стоимость издержек искусственного вскармливания с чисто экономической точки зрения является значительной. Если бы 25% матерей в Индонезии прекратили грудное вскармливание, то стоимость лечения последствий увеличившихся в результате этого случаев диареи составила, согласно проделанным расчетам, более 40 млн. долл. США или примерно 20% от суммарного годового бюджета на цели охраны здоровья. Даже в Нью-Йорке итоговая стоимость лечения в стационаре младенцев, вскармливавшихся искусственно в первые четыре месяца их жизни, превышает примерно в 15 раз стоимость лечения младенцев на грудном вскармливании [7,10]. В Индонезии эффект грудного вскармливания в плане контрацепции, согласно подсчетам, примерно соответствует эффекту деятельности по предотвращению беременности в рамках национальной программы планирования семьи. Без проведения грудного вскармливания пришлось бы затратить дополнительно 80 млн. долл. США для достижения такого же контрацептивного эффекта [8]. Являющаяся результатом искусственного вскармливания “болезнь младенца, вскармливаемого из бутылочки”, является болезнью, вызванной человеком, причиняющей ущерб здоровью и среде обитания путем разбазаривания уникального природного ресурса – грудного молока. Д-р Н. Nakajima, Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения, май 2019 г.

В области охраны материнства и детства произошли значительные перемены. Результаты многочисленных исследований, проведенных в различных странах мира, убедительно показывают, что многие технологии, применявшиеся в медицине,

оказались неэффективными, однако их применение еще имеет место. Одной из немаловажных причин заболеваемости и смертности детей является сложившийся поколениями стереотип необходимости тугого пеленания ребенка с нахождением ребенка в бешике, который способствует ограничению экскурсии диафрагмы, снижению вентиляции легких, снижению кровообращению, переохлаждению и в связи с этим склонность к частым респираторным заболеваниям, ограничение движений конечностями ограничивает развитие нервно-мышечной координации, тугое пеленание с головой затрудняет грудное вскармливание, так как ребенок не может двигать головой и открывать рот достаточно широко, чтобы правильно прикрепиться к груди, «пеленованные» дети больше спят и меньше просят грудь, что в ранние сроки лактации мешает ее успешному установлению. Тугое пеленание и нахождение ребенка в бешике связано с высоким риском синдрома внезапной детской смертности. (V.Crader, Medline 2013).

По данным исследований частое купание детей с использованием трав способствует улучшению микроциркуляции, релаксации нервной системы, что очень важно при заболеваниях нервной системы, снижению восприимчивости к инфекциям и снижению интоксикации при развитии респираторных заболеваний. При использовании мыла происходит нарушение нормального биоценоза кожи, сухость (WHO, UNICEF, Lancet 2016). Реклама памперсов в медицинских учреждениях способствовала их повсеместному использованию, однако по данным исследований регулярное использование детских памперсов приводит к совершенно определенным негативным последствиям, в первую очередь они мешают малышу ощущать процессы мочеиспускания и дефекации, а следовательно установке контроля над работой сфинктеров. Это приводит к нарушению ритмов мочеиспускания и развития мочеполовой системы (M. Shaffier, 2020).

Если уделить особое внимание первым годам жизни ребенка и выработать «политику» в области питания и ухода, можно предотвратить многие случаи смерти, избежать необратимого ущерба умственному развитию и сохранить ребенку его бесценный дар – интеллектуальные, эмоциональные и моральные качества.

Ранние случаи смерти и тяжелые последствия, которые могут развиваться у тех младенцев, которым удалось выжить, могут быть значительно сокращены с помощью соответствующих профилактических, диагностических или ранних терапевтических видов медицинского “вмешательства”. Для такого вмешательства не требуется сложная технология. Наоборот, неонатальная помощь является примером того, как кратковременные и простые мероприятия могут обеспечить выгоды и преимущества как в ближайшее время, так и в долгосрочном плане.

Заключения

Не смотря много численным исследованием все еще ощущается нехватка знаний по вопросам ухода за новорожденными и, особенно, о надлежащих мерах, которые могут быть приняты на первичном и вторичном уровнях помощи. Данная заключение даёт ещё глубже научно-обоснованного разработки решения данной проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедов Ф.К., Курбонова З.Ш. Мочевая кислота - маркер развития преэклампсия //Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. - 2017. - №3-4(II). - С. 27-29.
2. Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N., Features of the state of central hemodynamics and hemostasis in pregnant women with preeclampsia of varying severity//New Day in Medicine 1(29)2020 144-147
<https://newdaymedicine.com/?p=5599>
3. Akhmedov F.K. Peculiarities of cardiac hemodynamic in pregnant women with mild preeclampsia // European Science Review. – Austria, Vienna, 2015, № 4-5 – С. 56–58
4. Michaelsen K.F., Weaver L. «Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста», рекомендации ВОЗ, 2016.
5. Complementary feeding of young children in developin countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/NUT/98.1).
6. Department of health, United Kingdom. UK review of Welfare Food Scheme. London, Stationery Office, 2017 (in press).
7. ENGLE, P.L. ET AL. The Care Initiative. Assessment, analysis and action to improve care for **nutrition**. New York, United Nations Children’s Fund, 2017.
8. Essential Newborn Care & Breastfeeding – Annexes EUR/ICP/FMLY 2018/PK1R/Rev.
9. Heing, M.J.& Dewey, K.G. Health effects of breastfeeding for mothers: a critical review. Nutrition research reviews, 10:35-56/1997
10. IBFAN, ‘The Economic Value of Breastfeeding’, Breastfeeding Briefs, Jan 2008,p1.
11. Rhode, J.E., ‘Mother and the Indonesian Economy: A Major National Resource’, Journal of Tropical Pediatrics, 28 (4), 2018, pp 166-174.
12. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. Geneva, World Health Organization, 2019 (document ICN/19/3).

Поступила 09.04.2021

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Тиллоева Ш.Ш

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Целью исследования, было изучение сложности взаимосвязи между качеством жизни и психоэмоциональным статусом у пациентов с легочной гипертензией с использованием динамического подхода.

В результате исследования установили, что пациентов с хронической обструктивной болезни легких, осложненной легочной гипертензией, рекомендуется комбинированная терапия с антагонистами кальциевых каналов и бишофитом в сочетании с электрофорезом для улучшения эндотелиального слияния и коррекции качества жизни и психоэмоционального статуса.

Ключевые слова: хронической обструктивной болезни легких, легочная гипертензия, гипертрофия правого желудочка, качества жизни, психоэмоциональное состояние

**ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН, ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ
КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИ ВА
ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТ КЎРСАТКИЧЛАРИ**

Тиллоева Ш.Ш

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Тадқиқот мақсади, ўпка гипертензияси бўлган беморларда ҳаёт сифати ва психоэмоционал статус кўрсаткичлари ўртасидаги боғлиқликни комплекс давони динамикада қўллаш орқали ўрганишдан иборатдир. Натижаларга кўра, ўпка гипертензияси билан асоратланган, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги билан оғриган беморларда базисли даво билан биргаликда амлодипин ва бишофитни электрофорез билан биргаликда қўллаш эндотелий функциясининг яхшиланишига, ҳаёт сифати ва психоэмоционал статус кўрсаткичларини коррекция қилишга таъсир этилади.

Калит сўзлар: ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, ўпка гипертензияси, ўнг қоринча гипертрофияси, ҳаёт сифати, психоэмоционал ҳолат.

**QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH PULMONARY HYPERTENSION**

Tilloeva Sh.Sh

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

The aim of the study was to investigate the complexity of the relationship between quality of life and psycho-emotional status in patients with pulmonary hypertension, using a dynamic approach. Conclusion: In patients with chronic obstructive pulmonary disease complicated by pulmonary hypertension, combination therapy with amlodipin and bishofitis combined with electrophoresis is recommended to improve endothelial fusion and correction of quality of life and psycho-emotional status.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary hypertension, right ventricular hypertrophy, quality of life, psychoemotional state

Актуальность

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) как причина смертности занимает 4_е место в мире в возрастной группе старше 45 лет и является единственной болезнью, при которой смертность продолжает увеличиваться. В связи с широкой распространенностью ХОБЛ прямые медицинские и непрямые расходы, связанные с заболеваемостью и преждевременной смертностью, представляют серьезную экономическую и социальную проблему для общества в целом и органов здравоохранения в частности [1,6].

Очевидно, что только углубленное изучение всех аспектов этого заболевания поможет найти выход из сложившейся тупиковой ситуации. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает одно из ведущих мест среди заболеваний, приводящих к потере трудоспособности, и имеет тенденцию к неуклонному росту первичных случаев как в индустриально развитых, так и в развивающихся странах. [3]. Риск возникновения ХОБЛ варьируется от 1,85 до 2,88 на 1 тыс. населения. Согласно заключению Всемирной организации здравоохранения, в последнее 10_летие ХОБЛ среди причин смертности находится на 4_м месте, будучи причиной 4,9 % летальных исходов всех заболеваний. По прогнозам экспертов, к 2020_му году ХОБЛ выйдет на 3_е место в структуре общей смертности [6,8].

Наряду с курением, важным фактором риска развития ХОБЛ становятся производственные поллютанты: пыль, газы, дым, токсические аэрозоли, которые значительно увеличивают частоту и тяжесть заболевания [5]. Данные, приведенные в литературных источниках отечественными и зарубежными авторами, свидетельствуют о том, что около 15–20 % всех случаев ХОБЛ связаны с профессиональной деятельностью [3, 4].

Хроническая обструктивная болезнь легких по сути своей болезнь с чертами деструктивного процесса, в результате которого развивается поражение всей респираторной системы, включая бронхи вплоть до терминальных бронхиол, паренхиму и интерстиций [1,2]. Важной особенностью патологического процесса при ХОБЛ является его малообратимый характер [1]. Основным методом лечения таких больных с давних пор было применение бронхолитиков, начиная с белладонны.

Однако по мере получения новых знаний о сути патологии разрабатывались новые подходы к терапии [1,2,7]. В первую очередь стало ясно, что больные ХОБЛ неодинаковы. Они различаются по течению болезни, по симптоматике, по прогнозу, по ответу на ту или иную терапию, что определяется как фенотипы [2,6].

Цель исследования. Изучили взаимосвязь гипоксемии и эндотелиальной функции сосудов и диастолической дисфункцией правого желудочка (ПЖ) у больных ХОБЛ в динамике комплексной терапии.

Материал и методы

Обследовано 35 больных ХОБЛ и 20 здоровых лиц (ЗЛ). У больных по показателям доплерЭХОКГ определили ЛГ (уровень среднего легочного артериального давления ЛАДср >25 мм.рт.ст) и наличие ДПЖ без ЛГ (толщина передней стенки ПЖ по данным ЭхоКГ <5 мм, при передне-заднем размере ПЖ >2,5 см). Больные разделены на 2 группы и а, б подгруппы: 1а – гр. контрольная группа (КГ) 8 больных ХОБЛ с ЛГ; 1б – гр. 7 больных ХОБЛ с ДПЖ получали базисную терапию (БТ, GINA 2006), 2а - гр. 10 больных ХОБЛ с ЛГ; 2б – гр. 8 больных ХОБЛ с ДПЖ получали БТ и комбинацию антагониста кальция дигидропиридинового ряда амлодипин (А). Пациенты в течении 10 дней получали на фоне БТ комбинацию антагониста кальция дигидропиридинового ряда амлодипин (Ам) 2,5-5 мг/сут.

Оценку функции внешнего дыхания (ФВД) проводили методами спирографии, с оценкой жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV₁) и индекса Тиффно (FEV₁/FVC); исследование периферического кровотока-эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) проводили ультразвуковым аппаратом SonoScape SSI-8000 (Китай); насыщение крови кислородом (SaO₂) оценивали с помощью пульсоксиметрического метода «ОХУ» (Германия); оценка эхокардиографии на доплерэхокардиографии проводилась на ультразвуковом аппарате Vivid S60 (Швеция) и SonoScape SSI-8000 (Китай) в соответствии с рекомендациями Американского общества. Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием t - критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при p<0,05.

Результат и обсуждения

До лечения в условиях повышенной потребности миокарда в кислороде у больных наблюдалось нарушение параметров эндотелий зависимой вазодилатации: снижение максимальной скорости кровотока в плечевой артерии после реактивной пробы ($V_{\max}$) - на 18,9 (1 группа) против 28,4% (2я); повышение индекса циркуляторного сопротивления (ICR) - на 18,2 и 29,1% ($p < 0,001$ - по отношению к контрольной группе). Полученные данные соответствуют мнению Чучалина А.Г. [6] о том, что усиление воспалительных явлений приводит не только к местным изменениям, но и к значительным системным изменениям. Таким образом, нарушения периферических механизмов регуляции сосудистого тонуса раньше и значительнее развиваются у больных с ЛГ при ХОБЛ по сравнению ХОБЛ с ДПЖ ($p < 0,05$, по отношению с показателями ЗЛ).

По данным ФВД, наблюдалось снижение вентиляционного состояния бронхолегочной системы у всех больных с ЛГ и ДПЖ. Так, показатель FEV_1 у всех больных составлял - $46,1 \pm 1,6\%$, ($p < 0,005$), SaO_2 соответственно $89,6 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$), что характерно для нарастания обструкции бронхов. Полученные результаты выявили взаимосвязь между клиническим течением, повышением ЛАД ср. и вентиляционно-перфузионными нарушениями у больных ХОБЛ.

После проведенной терапии отмечается улучшение исследуемых показателей. Выявлены положительные корреляционные связи между SaO_2 : временем изоволюмического расслабления (ВИР, м/с) и ВЗ соответственно 0,40 и 0,35 ($p < 0,05$). После лечения во 2-гр. ЛГ и ДПЖ подгруппах, у больных показатели SaO_2 крови увеличивались до $89,8 \pm 0,7$ и $92,3 \pm 0,6\%$ соответственно на 1,10 и 1,16 раз стали ниже показателей ЗЛ ($p < 0,05$). В динамике комплексного лечения Ам Е\А показатели увеличивались соответственно на 7,9 и 4,0%, а среднее давления в легочной артерии (ЛАДср) на 1,20 и 1,16 раз ($p < 0,01$). Применение только БТ не оказывает существенного влияния на показатели лёгочной гемодинамики, обеспечивая лишь снижение ЛАДср.

Корреляционный анализ показал, что нарастание обструкции и гипоксемии тесно связаны с развитием диастолической дисфункции ПЖ. В то же время, выраженность повышения ЛАДср. имеет

достоверную зависимость от тяжести ХОБЛ. В нашем исследовании применение амлодипина 5-10 мг/сутки на фоне БТ у больных ХОБЛ с ЛГ приводило не только к снижению ЛАД ср., но и сопровождалось положительным сдвигом вентиляционно-перфузионной способности легких во 2 группе больных на 10,5 % ($p < 0,01$). ЛАД ср. после лечения во 2 группе уменьшилось на 15,7 % (достоверность различия с показателями до лечения $p < 0,05$). Следует заметить, что у больных ХОБЛ и ЛГ с повышением ЛАД ср. изменяется структура наполнения ПЖ в диастолу. Взаимное отягощение нарушений при сочетании кардиореспираторной патологии основано на общности некоторых звеньев патогенеза - нарушений легочной и сердечной микроциркуляции, развитием гипоксемии и легочной гипертензии. Установлено, что у больных ХОБЛ с ЛГ, получающих амлодипин на фоне БТ, наблюдается улучшение показателей легочной гемодинамики и вентиляционной способности легких.

Выводы

1. Нарушения периферических механизмов регуляции сосудистого тонуса раньше и значительнее развиваются при тяжелом клиническом течении ХОБЛ с повышением ЛАД ср. ($p < 0,05$).
2. Комплексное лечение больных ХОБЛ с легочной гипертензией, включающее амлодипин, уменьшает тонус легочных сосудов и параллельно улучшает эндотелийзависимую вазодилатацию периферических сосудов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т. Легочная гипертензия /Монография. - Ташкент, 2016. 89С.
2. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Тиллоева Ш.Ш., Назирова М.Х., Эшқораев А.Т. Юрак ўнг қоринча диастола дисфункцияси ривожланиши ва бронх-ўпка тизими вентилиция-перфузия функционал ўзгаришларнинг боғлиқ кечиши // Ўзбекистон терапия ахборотномаси.-Тошкент, 2019. -№1.- Б. 66-71.
3. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т. Легочная гипертензия /Монография. - Ташкент, 2016. 89С.

4. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш., Мўминов Д.К. Психологический статус больных с легочной гипертензией, и эффекты комплексной терапии // Ўзбекистон тиббиёт журнали. -Тошкент, 2019. -№ 4. - С. 37-40.
5. D.A.Rahimova, Sh.Sh.Tillaeva Disturbances of psychoemotional condition and quality of life in patients with bronchial asthma with pulmonary hypertension//New Day in Medicine 1(25)2019 152-154 <https://cutt.ly/BbFd9om>
6. Пульмонология. Национальное руководство / под ред. А.Г. Чучалина. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. С.518.
7. Убайдуллаев А.М., Аляви А.Л., Рахимова Д.А. Параметры психовегетативной регуляции деятельности сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких осложненной легочным сердцем // Терапевтический вестник Узбекистана, материалы конф. –Ташкент, 2014. -№ 4. – С. 148.
8. Чучалин А.Г. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. М., 2013
9. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Updated 2014. <http://www.goldcopd.org>
10. Koblizek V. et al.; Czech Pneumological and Phthysiological Society // Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech. Repub. 2013. V. 157. № 2. P. 189.

Поступила 09.04.2021

Каюмов Х.Н., Туксанова З. И.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Миллионы людей страдают заболеваниями суставов, вызывая боль и инвалидность и сильно влияя на образ жизни человека. Остеоартроз – самая распространенная патология суставов, занимающая второе место среди женщин, и четвертое среди мужчин. По данным Всемирной организации здравоохранения, 4 % населения мира страдает остеоартрозом, из которых 10% приводит к инвалидности. Клинические признаки заболевания наблюдаются более чем у 10-20% населения. Остеоартроз чаще встречается у пожилых людей.

Ключевые слова: остеоартроз, коленный сустав, реабилитация, коксартроз, гонартроз, синовиальная жидкость, субхондральная кость.

COMPLEX RESTORATIVE METHODS FOR TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS

Qayumov X.N., Tuksanova Z.I.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Millions of people suffer from joint diseases, causing pain and disability and greatly affecting the way people live. Osteoarthritis is the most common joint pathology, ranking second among women and fourth among men. According to the World Health Organization, 4% of the world's population suffers from osteoarthritis, of which 10% leads to disability. Clinical signs of the disease are observed in more than 10-20% of the population. Osteoarthritis is more common in older people.

Key words: osteoarthritis, knee joint, rehabilitation, coxarthrosis, gonarthrosis, synovial fluid, subchondral bone.

OSTEOARTROZNI DAVOLASH UCHUN KOMPLEKS QAYTA TIKLASH USULLARI

Qayumov X.N., Tuksanova Z.I.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ **Rezyume**

Millionlab odamlar og'riyotgan kasalliklarga duchor bo'lib, og'riq va nogironlikni keltirib chiqaradi va odamlarning turmush tarziga katta ta'sir ko'rsatadi. Osteoartrit eng keng tarqalgan bo'g'im patologiyasi bo'lib, ayollar orasida ikkinchi, erkaklar orasida to'rtinchi o'rinda turadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisining 4% artrozdan aziyat chekadi, shundan 10% nogironlikka olib keladi. Kasallikning klinik belgilari aholining 10-20% dan ko'prog'ida kuzatiladi. Artroz ko'pincha keksa odamlarda uchraydi.

Kalit so'zlar: artroz, tizza bo'g'imi, rehabilitatsiya, koksartroz, gonartroz, sinovial suyuqlik, subxondral suyak.

Актуальность

Согласно современным представлениям, остеоартроз - это группа гетерогенных заболеваний различной этиологии, характеризующихся хроническим течением биологических, морфологических и клинических изменений, причем патологический процесс затрагивает все компоненты сустава, в основном хряща,

субхондральной области кости, синовиальную оболочку, соединительные аппараты, суставная капсула, в сопровождении дегенеративно-дистрофических процессами в предварительно суставных мышцах. Кроме того, в результате хронического перенапряжения проявляются гемодинамические, нейротрофические и локомоторные изменения в опорно-двигательном аппарате.

Прогрессирующее течение остеоартроза определяется механическими, биохимическими и генетическими факторами, а также воспалительным процессом, проявляющимся в субхондральной кости, гиалиновой хряще, синовиальной оболочке и околосуставных мягких тканях.

Многие исследователи предполагают, что «Остеоартроз и его последующее развитие могут быть следствием атероматозного заболевания сосудов субхондральной кости».

Заболевания обмена веществ играют важную роль в развитии остеоартроза. Было обнаружено, что независимо от индекса массы тела метаболический синдром увеличивает риск развития тяжелого гонартроза, прямую корреляцию между адипокинами и риском развития остеоартроза рук.

Основную роль в развитии болевого синдрома при ОА играет хроническое воспаление в структуре суставов, проявляющееся развитием синовита, энтезита, остита, хондрита. Механизмы болевого синдрома у больных остеоартрозом обусловлены патологическими процессами, затрагивающими все структуры сустава, а также развитием внутрисуставной гипертензии, микротрещин, венозной гиперемии и стаза из-за повреждения субхондральной кости. Болевой синдром усугубляется спазмом близлежащих мышц и повреждением соединительной ткани.

Согласно данным литературы, комплексное лечение остеоартроза недостаточно эффективно, несмотря на комплексное лечение нестероидными противовоспалительными средствами, хондропротекторами. Поэтому в зависимости от патогенетического звена остеоартроза необходимо изучение комплексных восстановительных методов лечения.

Цель работы. Основная цель нашего исследования - изучить интенсивность болевого синдрома в динамике совместной активности по клиническим исследованиям и ВАШ интенсивности боли и индекса WOMAC для оценки эффективности применения комплексных физиотерапевтических методов лечения в зависимости от стадии и клинических особенностей артроза коленного сустава.

Материал и методы

Исследование проводилось в отделениях физиотерапии и травматологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра с клиническим, лабораторным (общий анализ крови и ревматоидный фактор),

инструментальным (МРТ, УЗИ, рентгенография) обследованием больных остеоартрозом коленного сустава. С согласия 92 пациентов основной группы и 24 пациентов группы сравнения комплексная реабилитация проводилась на основе дифференцированного подхода к пациентам в возрасте от 35 до 75 лет. Число женщин в исследуемой группе составило 56 (82,4%), мужчин - 12 (17,6%). В группе сравнения женщины составили 70,8%, мужчины - 29,2%. Видно, что в обеих группах больше больных женщин.

Результаты и обсуждение. По данным Kellgren-Lawrence рентгенологического исследования основной группы больных имели относительно больше изменений III степени, в группе сравнения дали больше всего признаков II степени. Ультразвуковое исследование показало высокую частоту тендинитов и синовитов в обеих группах пациентов. У большинства пациентов исследуемой группы из сопутствующих заболеваний преобладали гипертония и ожирение, у 87,8% женщин была диагностирована гипертония, у 67,2% - ожирение, а у 28,3% - другие заболевания. У больных мужского пола составляла ишемическая болезнь сердца (стенокардия) 63,2%, гипертония - 44,4%, ожирение - 34,7%, другие заболевания - 17,5%.

Длительность заболевания в основной группе пациентов составила: 27,7% в течение 1-5 лет, 38,4% в течение 5-10 лет, 33,9% в течение 10 лет и более, 31,3% для пациентов группы сравнения в течение 1-5 лет 5. 52,4% на 10 лет и 16,3% на 10 лет и более. Наблюдалась корреляция между рентгенологическими признаками заболевания и длительностью заболевания. Основными клиническими признаками у пациентов являлись боль и нарушение функции суставов, выраженность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), тяжесть функциональных нарушений остеоартроза определялась по суммарному индексу WOMAC.

Пациентам основной группы проводилась ударно-волновая терапия (акустический импульс 16-25 Гц) 1 раз в 3 дня, курс 6 сеансов, электрофорез препаратом карипаин током 10-20 мА, 20 минут, 12-15 сеансов. Пациентам с ожирением была рекомендована ЛФК. Пациентам группы сравнения проводилась магнитотерапия, электрофорез с лидокаином и лазеротерапия.

У пациентов контрольной группы средняя продолжительность лечения составляла 10-12 дней, положительный клинический результат -

наблюдался после 22–23 недель. В основной группе пациентов курс лечения аналогичным образом составлял в среднем 10–12 дней, клиническая эффективность наблюдалась в среднем через 18–20 недель.

Выводы

При электрофорезе с карипаином под кожей в области патологического процесса образуется депо фермента, и терапевтический эффект сохраняется в течение 2-3 недель после окончания лечения. Ударно-волновая терапия – это высокоэффективное лечение различных ортопедических заболеваний, которое приводит к сокращению продолжительности лечения за счет улучшения метаболизма в пораженной области, увеличения регенерации тканей и сосудов. Было показано, что комбинированное использование ударно-волновой терапии и электрофореза карипаина у пациентов с остеоартрозом коленного сустава является высокоэффективным и патогенетически обоснованным лечением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Верткин, А.Л., Остеоартроз в практике врача-терапевта // А.Л. Верткин, Л.И. Алексеева, А.В. Наумов [и др.]//Русский медицинский журнал. – 2008. – Т.16, №7 – С. 476-480.
2. Клинические рекомендации. Остеоартрит: Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. / Под ред. О.М. Лесняк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 176 с.
3. Насонов, Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. 2-е изд., испр. и доп. / под ред. Е.Л. Насонова. // ГЭОТАР-медиа, 2010. - 752 с.
4. Nurboyev F.E., Tuksanova Z.I., Distribution reasons, deelopment mechanizm, features of the course of osteoarthosis//New Day in Medicine 2(30)2020 480-483 <https://cutt.ly/UvIC8uw>
5. Tuksanova D.I., The role of infection of the lower genita tract in the outcome of pregnancy and childbirth//New Day in Medicine 4(32)2020 589-590 <https://cutt.ly/6z5pwSF>
6. Шостак Н.А. Остеоартроз: актуальные вопросы дагностики и лечения / Н.А. Шостак // Русский медицинский журнал. – 2014. – Т. 22, № 4. – С. 278-281.
7. Nurboyev F.E., Tuksanova Z.I. Distribution reasons, deelopment mechanizm, features of the course of osteoarthosis// International Engineering Journal for Research and development. - 2020. - Vol.5. Iss.4. - P. 488-492..
8. Z.I.Tuksanova F.E.Nurboyev, M.Yu.Ismoilova, M.B.Djabborova Development of differentiated approaches to the complex treatment of osteoarthritis// Psychology and Education. - 2021. - 58 (2). – P. 5002-5005.

Поступила 09.04.2021

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**
(литературный обзор)

Турдиева М.Э., Магзумова Ш.Ш., Шадманова Л.Ш., Разжапов М.Н., Разжапбаев И.Ш.

Ташкентская Медицинская Академия

✓ **Резюме**

Наиболее частыми ПР у больных хроническими соматическими заболеваниями являются тревожные и депрессивные расстройства, объединяемые в единый тревожно-депрессивный спектр (РТДС) в связи с частой перекрываемостью симптомов и общими патогенетическими механизмами. [1]. Частота РТДС у больных хроническими соматическими заболеваниями превышает таковую в общей популяции в 4–5 раз

Ключевые слова: ревматические заболевания; депрессивные расстройства; тревожные расстройства; психоз; делирий; стрессовые факторы; воспаление; диагностика; лечение.

**MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES: DIAGNOSTICS
AND TREATMENT**
(literature review)

Turdieva M.E., Magzumova Sh.Sh., Shadmanova L.Sh., Razhapov M.N., Razhapbaev I.Sh.

Tashkent Medical Academy

✓ **Resume**

The most frequent PRs in patients with chronic somatic diseases are anxiety and depressive disorders, combined into a single anxiety-depressive spectrum (RTDS) due to the frequent overlap of symptoms and common pathogenetic mechanisms. [one]. The frequency of RTDS in patients with chronic somatic diseases exceeds that in the general population by 4-5 times

Key words: rheumatic diseases; depressive disorders; anxiety disorders; psychosis; delirium; stress factors; inflammation; diagnosis; treatment.

**REVMATIK KASALLIKLARGA CHALINGAN BEMORLARDA RUHIY BUZILISHLAR:
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH**
(Adabiyotlar sharhi)

Turdieva M.E., Magzumova Sh.Sh., Shadmanova L.Sh., Razhapov M.N., Razhapbaev I.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

✓ **Rezyume**

Surunkali somatik kasalliklarga chalingan bemorlarda tez-tez uchraydigan PRLar simptomlar va umumiy patogenetik mexanizmlarning tez-tez bir-biri bilan qoplanishi tufayli yagona tashvish-depressiv spektrga (RTDS) birlashtirilgan anksiyete va depressiv kasalliklardir. [bitta]. Surunkali somatik kasalliklarga chalingan bemorlarda RTDS chastotasi umumiy populyatsiyada 4-5 marta oshadi

Kalit so'zlar: revmatik kasalliklar; depressiv kasalliklar; tashvishlanish buzilishi; psixoz; delirium; stress omillari; yallig'lanish; diagnostika; davolash.

Актуальность

Известно, что наиболее частыми ПР у больных хроническими соматическими заболеваниями являются тревожные и депрессивные расстройства, объединяемые в единый тревожно-депрессивный спектр

(РТДС) в связи с частой перекрываемостью симптомов и общими патогенетическими механизмами. [1]. Частота РТДС у больных хроническими соматическими заболеваниями превышает таковую в общей популяции в 4–5

раз, а среди пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (РЗ) – в 7–15 раз. РТДС встречаются: при ревматоидном артрите (РА) в 30–89% случаев, системной красной волчанке (СКВ) – в 50–83%, системной склеродермии (ССД) – в 36–81%; болезни Шегрена (БШ) – в 20–50% и ювенильном артрите (ЮА) – до 50% [2–6].

Особенностью РТДС при РЗ является преобладание хронических вариантов – дистимии и рекуррентного депрессивного расстройства [7, 8]. Важно то, что развитие хронических вариантов депрессивных расстройств, как правило, на несколько лет опережает дебют РЗ или совпадает с ним [3, 8].

Согласно современным представлениям депрессия больше не рассматривается лишь в качестве последствия тяжелых соматических (в данном случае – ревматических) заболеваний, а является самостоятельным расстройством, развивающимся параллельно РЗ и имеющим сходные с ними провоцирующие факторы и патогенетические механизмы.

Факторы риска развития психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями РТДС, как и РЗ, в последние годы считаются системными многофакторными расстройствами, в развитии которых участвуют психосоциальные, нейроиммунные и нейроэндокринные факторы [9].

Исследователи отмечают провоцирующее влияние факторов окружающей среды, действующих на иммунную и нейроэндокринную системы организма. К таким факторам относят, прежде всего, хронический стресс умеренной выраженности, который в 83–86% случаев предшествует развитию или обострению как РЗ, так и депрессии [8, 10–12].

Помимо хронических стрессовых факторов, провоцирующих РЗ и РТДС, особое внимание в последние годы уделяется изучению роли ранних детских психических травм, в частности – родительской депривации, связанной, прежде всего, со смертью одного из родителей, длительной разлукой с матерью в раннем детстве, воспитанием дальними родственниками или в детском доме.

Установлено, что родительская депривация влияет на формирование предрасположения к развитию хронических соматических (в частности, аутоиммунных) заболеваний во взрослом возрасте. В ряде работ продемонстрировано увеличение риска развития аутоиммунных заболеваний у взрослых, перенесших в детстве два и более психотравмирующих события, на 100% [13–15]. Доказано также влияние ранних детских психических травм на формирование предрасположенности к стрессовому

реагированию с развитием депрессивных расстройств [13]. Именно родительская депривация, особенно в возрасте до 3 лет, является мощнейшим стрессовым фактором, в условиях которого под влиянием стрессовых гормонов и медиаторов воспаления происходит нарушение формирования отдельных структур мозга (в частности, гиппокампа), ответственных за реакцию на стрессовые факторы, регуляцию функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГТНС) и адаптацию в целом [16, 17].

Таким образом, пациенты, перенесшие депривацию, более восприимчивы к стрессовым факторам и подвержены развитию хронических РТДС и соматических, в том числе иммуновоспалительных, РЗ, что подтверждается результатами ряда исследований [17–19].

Факторами риска развития острого психоза и делирия, характерных, в основном, для пациентов с СКВ, а также умеренных и выраженных когнитивных нарушений (КН) являются: высокая воспалительная активность, степень необратимого повреждения систем и органов (особенно актуально для выраженных КН), наличие нейропсихических расстройств в анамнезе, высокий и умеренный уровень антифосфолипидных антител (аФЛ: антител к кардиолипинам, β 2-гликопротеинам IgG/IgM, волчаночного антикоагулянта).

Особое значение аФЛ имеют при умеренных и выраженных КН. Однако не существует доказательств, подтверждающих наличие определенных серологических или инструментальных (нейровизуализационных) маркеров большой депрессии при СКВ [20]. Необходимость применения иммуносупрессивных препаратов при лечении РЗ связана с риском развития вторичной инфекции с вовлечением центральной нервной системы (ЦНС) и/или септического состояния, и связанными с этим ПР.

Кроме того, ПР при РЗ могут быть обусловлены уремией, гипертензионной энцефалопатией, а также приемом ряда медикаментов: глюкокортикоидов (ГК), метотрексата, циклофосфамида, азатиоприна, лефлуномида и мофетила микофенолата. Наиболее часто на фоне терапии данными препаратами развиваются депрессия, мания и смешанные дисфорические эпизоды, реже – психоз и делирий.

Считается, что ГК индуцированные ПР, в том числе психозы, встречаются у 1% пациентов, получающих 80 мг/сут. ПР обычно (в 90% случаев) развиваются в течение первых 6 нед приема ГК [20]. Патогенез психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями. Высокая

частота РТДС при РЗ, а также общность провоцирующих стрессовых факторов предполагают наличие сходных патогенетических звеньев.

В последние годы депрессия признана хроническим воспалительным заболеванием с системными проявлениями [21]. Большое количество работ подтверждает патогенетическую связь депрессивных расстройств с дисфункцией ГГНС, нарушением регуляции стрессового и иммунного ответа и хроническим аутоиммунным воспалением с гиперпродукцией провоспалительных цитокинов и общей симптоматикой в виде хронической боли, усталости и нарушений сна, объединяющей РТДС с РЗ [22–25].

Скрининг тревожных и депрессивных расстройств является желательным для всех пациентов с РЗ, учитывая их высокую распространенность и существенное негативное влияние этой патологии [20]. Скрининг РТДС у больных РЗ проводится медицинской сестрой или врачом-ревматологом при первичной консультации или при поступлении больного в стационар. При положительных результатах скрининга проводится психопатологическая диагностика врачом психиатром [16, 17].

В качестве скрининга ПР при РЗ используют методики, эффективность которых доказана при различных соматических заболеваниях (см. приложение 1). Среди них Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [18], Скрининговая карта для первичной медицинской практики [19], а также Шкала благополучия ВОЗ (WBI-5) [10].

Данные исследований, направленных на определение распространенности и/или частоты РТДС при РЗ, показывают сильную положительную связь между результатами методик и частотой подтвержденной аффективной патологии, что отражает высокую чувствительность и специфичность данных скрининговых методик [21].

В случае выявления у пациентов с РЗ симптомов, позволяющих заподозрить ПР, необходимо провести обследование, сходное с тем, которое используется у пациентов с подобными симптомами, не страдающих РЗ [20, 27]. Необходимо исключить также вторичные причины ПР у больных РЗ – инфекционные осложнения (сепсис), метаболические и эндокринные расстройства, нежелательные явления приема лекарственных средств.

Исследования показывают, что у больных РЗ, как правило, выявляют следующие РТДС: депрессивные эпизоды (единичные и рекуррентные) различной выраженности с сопутствующей тревогой; дистимию (хроническую депрессию умеренной выраженности); генерализованное тревожное расстройство (ГТР), а также расстройства адаптации с тревожной и депрессивной симптоматикой.

Характерным для РЗ является доминирование длительных расстройств, таких как дистимия и рекуррентные депрессивные эпизоды умеренной выраженности. Не менее значимы расстройства адаптации и ГТР. Необходимо помнить, что в 93% случаев РТДС предшествуют развитию острого психоза при СКВ [20].

Клинико-психологическое обследование с диагностикой типа аффективности как предрасположения, характеризующегося способом восприятия и реагирования, позволяет точнее определить структурные особенности РТДС, что способствует дифференцированному подходу к терапевтической тактике.

В соответствии с исследованиями в области психопатологии и патопсихологии депрессии выделено три ядерных аффекта, или типа аффективности, – тревожный, тоскливый и апатический [12, 23]. Клинико-психологический анализ РТДС у больных РЗ проводится с использованием блока патопсихологических и проективных методик. Комплексное обследование показывает, что психопатологическая структура РТДС при РЗ зависит от типа аффективности: для тревожного типа аффективности характерен тревожный вариант, для тоскливого – тревожно-тоскливый и тоскливый, для апатического – тревожно-апатический и дисфорно-апатический. Имеющиеся связи психопатологических и клинико-психологических результатов позволяют объединить выделенные варианты в тревожный, тоскливый и апатический диапазоны РТДС [11, 24].

Клинико-психологический анализ проективных методик позволяет выявить наиболее значимые для пациента и, нередко, не упоминаемые в беседе с врачом психотравмирующие факторы, что позволяет определить основные направления психотерапевтической тактики.

В основе современного рассмотрения патогенеза депрессии лежит диатез-стрессовая

модель, акцентирующая роль провоцирующих стрессовых факторов в развитии различных вариантов депрессии в зависимости от характера предрасположения.

Психотравмирующие факторы, предшествующие развитию РТДС и имеющие различные содержание и индивидуальную значимость, присутствуют у подавляющего большинства больных РЗ. При провокации РТДС у больных РЗ существенно доминируют факторы, оказывающие хроническое воздействие. Значимость психотравмирующих факторов, содержательно не связанных с РЗ, преобладает над значимостью факторов, связанных с болезнью [24].

Острый психоз или делирий, связанные с высокой активностью СКВ, требуют назначения высоких доз ГК отдельно или в сочетании с цитотоксическими препаратами (циклофосамид или азатиоприн). При рефрактерности к стандартной иммуносупрессивной терапии показаны плазмаферез, человеческий иммуноглобулин для внутривенного введения и ритуксимаб (анти-CD-20 моноклональные антитела) [20].

При возникновении острого психоза в ревматологическом отделении требуется неотложное назначение бензодиазепиновых транквилизаторов или седативных антипсихотических препаратов, прежде всего галоперидола (2,5–5,0 мг внутримышечно). Лечение больных с делирием во многом зависит от природы последнего, поэтому перед назначением фармакотерапии необходимо неотложное тщательное обследование.

При выраженном психомоторном возбуждении могут потребоваться седативные нейролептики (прежде всего, галоперидол 0,5–2,5 мг внутримышечно), как правило, в небольших дозах, которые, в отличие от бензодиазепинов, в случае делирия более безопасны [24]. Фармакотерапия РТДС с применением современных антидепрессантов и нейролептиков с антидепрессивными и анксиолитическими свойствами является необходимым дополнением к традиционным медикаментозным вмешательствам в комплексном лечении РЗ.

При адекватном персонифицированном назначении, помимо антидепрессивного действия, сопровождающегося улучшением когнитивных функций, эти препараты положительно влияют на астенический синдром при РТДС. Учитывая наличие общих патогенетических механизмов, проведение неадекватной терапии сопряжено с повышенным риском обострения РЗ. В то же время селективно и количественно (суточная доза) адекватная терапия антидепрессантами проявляется не только в собственно

антидепрессивном, но и, возможно, противовоспалительном эффекте.

Не менее значимым является улучшение комплаентности больных в связи с улучшением психического состояния: пациенты намного чаще соблюдают режим приема препаратов, не отмечено отказов от лечения, характерных для РЗ в целом. Назначение антидепрессантов и нейролептиков пациентам с РЗ и контроль их эффективности должны осуществляться психиатром.

На фоне терапии психотропными препаратами необходимо проведение регулярных еженедельных консультаций психиатра или врача-ревматолога, прошедшего специализированную подготовку по выявлению и лечению РТДС у больных РЗ; при отсутствии возможности контроля динамики психотропные препараты не назначают.

При неэффективности лечения показана своевременная коррекция – повышение суточной дозы, смена антидепрессанта на препарат другой группы с проведением дополнительной диагностики и анализом различных факторов. Показана длительная (≥ 6 мес) поддерживающая терапия после улучшения психического состояния с постепенным снижением даже небольшой суточной дозы антидепрессантов [27].

Выделение диапазонов РТДС на основании комплексной психопатологической и клинико-психологической диагностики структуры расстройства и типа аффективности больных, страдающих РЗ, позволяет определить дифференцированные подходы к фармакотерапии этих состояний. На примере СКВ и РА показана эффективность монотерапии препаратами с антидепрессивным эффектом, назначаемыми в небольших суточных дозах, в зависимости от результатов комплексной диагностики диапазонов РТДС [24]: миансерином 7,5–30 мг/сут – в тоскливом диапазоне и антидепрессантами из группы СИОЗС (сертралином 12,5–50 мг/сут) – в апатическом.

Терапия флупентиксолом 1–2 мг/сут эффективна при РТДС апатического диапазона с наличием КН. При РТДС тревожного диапазона рекомендуется назначение антидепрессантов с норадренергическим действием в небольших суточных дозах, прежде всего амитриптилина 12–25 мг/сут, а также нейролептиков с анксиолитическим эффектом (сульпирид, алимемазин) в небольших суточных дозах.

Установлено быстрое наступление терапевтического эффекта, при отсутствии признаков несовместимости психофармакотерапии с препаратами, применяемыми для лечения РЗ. Своевременное выявление и коррекция (медикаментозная и

психологическая) КН (память, внимание, логическое мышление) и факторов, способствующих их развитию (в том числе РТДС и сердечно-сосудистых заболеваний), приводит к снижению их выраженности и предотвращению прогрессирования [20].

Не показано назначение нескольких психотропных препаратов одновременно, что особенно важно в начале лечебного курса. Больные, страдающие РЗ, как правило, получают большое количество противовоспалительных и иммуносупрессивных препаратов, поэтому необходима минимизация числа назначений для соблюдения комплаентности и профилактики нежелательных реакций (НР) [17, 24].

Выбор психофармакологического препарата должен осуществляться с учетом возможных НР (кардиотоксичность [15], антихолинергический, гипотензивный эффекты) и клинических проявлений РЗ. Необходима оценка риска применения психотропных препаратов при почечной недостаточности. При высоком риске препараты не назначают, при умеренном – назначают малые дозы психотропных препаратов (30–50% от средней суточной дозы) [25].

При болезни и синдроме Шегрена избегают назначения антидепрессантов с антихолинергическим действием, усиливающим сухость слизистых оболочек (амитриптилин, имипрамин). Необходимо с осторожностью назначать антидепрессанты из группы СИОЗС пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные препараты, поскольку те повышают риск желудочно-кишечных кровотечений. В случае невозможности замены антидепрессанта назначают ингибиторы протонного насоса (омепразол) [27].

При назначении психофармакологических препаратов одновременно с варфарином необходимо учитывать их влияние на систему цитохрома р450 для предотвращения лекарственных взаимодействий: флуоксетин, флувоксамин (замедление метаболизма и повышение эффекта варфарина) и карбамазепин (снижение антикоагулянтного эффекта варфарина) – выраженный эффект; пароксетин – умеренный эффект (повышение эффекта варфарина); циталопрам, сертралин – наиболее безопасные антидепрессанты при назначении варфарина, отмечено редкое и не значимое повышение протромбинового времени и международного нормализованного отношения (МНО); литий, сульпирид и амисульпирид – безопасная комбинация с варфарином, в связи с отсутствием влияния на изоэнзимы системы цитохрома Р450.

При назначении психотропных препаратов, влияющих на метаболизм варфарина, показан

мониторинг протромбинового времени и МНО [27]. Необходимы ограничения в назначении бензодиазепиновых транквилизаторов и гипнотиков для предотвращения развития зависимости с назначением на срок не более 2 нед, преимущественно при острых стрессовых реакциях, а также на начальном этапе лечения антидепрессантами. Необходимо избегать назначения бензодиазепинов у пациентов с риском падений и нарушением координации движений.

Следует учитывать, что при редукции РТДС происходит уменьшение выраженности тревоги и улучшение ночного сна, поэтому, как правило, не возникает необходимости в продолжении назначения как бензодиазепиновых, так и небензодиазепиновых транквилизаторов и гипнотиков [27].

Неоднородность депрессий, проявляющаяся как на психопатологическом, так и на патогенетическом уровне, не позволяет ограничиться просто введением антидепрессантов и нейрорептиков в «комплексную терапию» РТДС при РЗ. Это связано с тем, что характер депрессии во многом определяется предрасположением (структурой аффективности) и действием стрессовых факторов. РЗ не является фактором, определяющим характер депрессии, а лишь заставляет максимально дифференцированно проводить терапевтические мероприятия.

В связи с этим для пациентов с РЗ актуальны индивидуальные психотерапевтические методики, основанные на диагностике аффективных личностных характеристик. Данный подход позволяет выделить наиболее уязвимые личностные черты для определенных вариантов психотравмирующих факторов, разработать стратегию преодоления, наиболее приемлемую для данной аффективной структуры.

Влияние психических расстройств на прогноз ревматических заболеваний ПР, в случае их нераспознанности и при отсутствии адекватной психофармакотерапии и психотерапии, существенно негативно влияют на прогноз РЗ. Помимо того что при наличии РТДС больные РЗ испытывают более выраженную боль, усталость, чаще имеют нарушения сна, выраженную функциональную недостаточность и низкое качество жизни, они менее привержены проводимой противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии, что также определяет прогноз.

Известно, что депрессия является независимым фактором риска смертельного исхода при РА [25]. В частности, депрессия в 3 раза повышает риск суицида среди больных РА [18] и в 2–4 раза увеличивает риск развития

сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от сердечно-сосудистых осложнений [19, 20].

Заключение

Таким образом, понимание важности ПР при РЗ, их своевременная диагностика и адекватная терапия в условиях тесного сотрудничества ревматологов, психиатров и медицинских психологов позволят улучшить течение и прогноз РЗ, а также разработать подходы к их профилактике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамова Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. – М. : Кафедра-М, 1998. – 272 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М. : Эксмо, 2002. – 352 с.
3. Арина Г.А. Особенности развития эмоционально-ценностного отношения к ребенку у женщин с отягощенной беременностью / Г.А. Арина, Е.Б. Айвазян, М.В. Маклакова // Дефектология. – 2003. – № 1. – С. 59–66.
4. Бороздина, Л.В. Триада риска у пациентов с дуоденальной язвой / Л.В. Бороздина, Н.Д. Былкина-Михеева // Психологический журнал. – 2002. – № 2. – С. 65–78.
5. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 301 с.
6. Васильева О.С. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект / О.С. Васильева, Е.В. Могилевская // Психологический журнал. – 2001. – Том 22. – № 1. – С. 82–89.
7. Емельянова, Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. – СПб. : Речь, 2004. – 368 с.
8. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. – М. : Изд-во МГУ, 1980. – 169 с.
9. Змановская, О.В. Девиантология : (Психология отклоняющегося поведения) / О.В. Змановская. – М. : Академия, 2004. – 288 с.
10. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2006. – 960 с.
11. Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. – 11-е изд. – СПб. : Питер, 2004. – 1167 с.
12. Клиническая психология / М. Перре [и др.] ; под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – 1312 с.
13. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.
14. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика : Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
15. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
16. Москаленко, В.Д. Зависимость : семейная болезнь / В.Д. Москаленко. – М. : ПЕРСЭ, 2004. – 336 с.
17. Непомнящая, Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний / Н.И. Непомнящая // Психологический журнал. – 1998. – № 4. – С. 132–144.
18. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 168 с.
19. Саймонто, К. Исцели себя сам. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни / К. Саймонто, С. Саймонто. – СПб. : Питер, 1996. – 288 с.
20. Сандомирский, М. Психосоматика и телесная психотерапия : практ. руководство / М. Сандомирский. – М. : Класс, 2005. – 592 с.
21. Сидоров П.И. Введение в клиническую психологию : в 2-х т. / П.И. Сидоров А.В. Парняков. – М. : Академ. Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 2002. – 381 с.
22. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1989. – 216 с.
23. Филиппова Г.Г. Психология материнства : учеб. пособие / Г.Г. Филиппова. – М. : Изд-во Ин-та психиатрии, 2002. – 240 с.
24. Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья : учеб. пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск, 2000. – 124 с.
25. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди ; пер. с венг. – 5-е изд., перераб. и доп. – Будапешт : Изд-во АН Венгрии, 1988. – 338 с.
26. Шорохова, О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. – СПб. : Речь, 2002. – 136 с.
27. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – 336 с.

Поступила 09.04.2021

Худойдодова С.Г., Фарманова М.А.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Цель: изучение клиническое течение новой коронавирусной инфекции при оказании специализированной медицинской помощи детям в стационаре. **Результаты:** У всех пациентов была лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2 (результат от – ПЦР в реальном времени, специфичный для SARS-CoV-2, был положительным). Пациенты были разделены на тяжелых больных, в том числе 2 (4,6%) пациентов с тяжелыми случаями при поступлении и 32 (74,4%) пациента со среднетяжелыми случаями, госпитализация в отделение интенсивной терапии не была, остальные случаи 9 (21%) заболевания протекали в легкое течение. Все больные дети COVID-19 были выписаны с выздоровлением. У наблюдавшихся детей течения COVID-19 повышения температуры тела отмечалось 88%, рвота 58%, диарея 68%, кашель 77%, одышка 7%. У каждого пятого пациента выявлена пневмония как единственный симптом заболевания. В этом случае для установления диагноза и своевременного назначения терапии необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной полости. У детей преимущественно встречаются легкие и среднетяжелые формы болезни, а также выявляется возможность рентгенологической верификации пневмонии у пациента с хорошим самочувствием. Другой яркой характеристикой COVID-19 является то, что он поражает несколько жизненно важных органов (например, легкие, пищеварительный тракт и нервной системы), о чем свидетельствует клиническое течение болезни.

Ключевые слова: COVID-19, дети, клинические проявления.

BOLALARDA COVID-19NING KLINIK KO'RINISHI

Xudoydodova S.G., Farmanova M.A.

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ Rezyume

Maqsad: yangi koronavirusli infektsiya (COVID-19) bilan kasallangan bolalarda kasallikning stasionarda maxsus tibbiy yordam ko'rsatishda klinik kechishini o'rganish. **Natija.** Barcha bemorlar SARS-CoV-2 infektsiyasi laborator (PZR real vaqtdagi natijasi, maxsus SARS-CoV-2 uchun musbat) tasdiqlangan. Bemorlar kasallik kechimi bo'yicha og'ir 2 (4,6%) va o'rta og'ir 32 (74,4%), qolgan bemorlarda 9 (21%) yengil kechimda kuzatildi. Hamma bolalar kasalxonadan sog'ayish bilan chiqarilgan. O'rganilgan 43 nafar (COVID-19) bolalarda tana haroratining ko'tarilishi 88%, qusish 58%, ich ketishi 68%, shuningdek yo'tal 77% va nafas qisishi 7% hollarda kuzatildi. Tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, har bir beshinchi bemorda pnevmoniya kuzatilib va bu bemorlarda umumiy ahvoli og'irlashmagan. Bu holatlarda tashxisni asoslash va vaqtli adekvat terapiya o'tkazilishi uchun ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkazish zarur. COVID-19 bemorbolalarda bir necha hayotiy zarur organlarni zaralaydi (masalan o'pka, hazm trakti va nerv tizimi) bu belgilar kasallik klinik kechimini tavsiflaydi.

Kalit so'zlar: COVID-19, bolalar, klinik belgilari

CLINICAL MANIFESTATIONS OF COVID-19 IN CHILDREN

Xudoydodova S.G., Farmanova M.A.

Bukhara state Medical Institute

✓ Resume

Purpose: to study the clinical course of a new coronavirus infection in the provision of specialized medical care to children in a hospital. **Results:** All patients had laboratory-confirmed infection with SARS-CoV-2 (the result of real-time PCR, specific for SARS-CoV-2, was positive). The patients were divided into severe patients, including 2 (4.6%) patients with severe cases on admission and 32 (74.4%) patients with moderate cases, hospitalization in the intensive care unit was not, the remaining cases 9 (21%) the disease was mild. All sick children of COVID-19 were discharged with recovery. In the observed children of the course of COVID-19, an increase in body temperature was noted 88%, vomiting 58%, diarrhea 68%, cough 77%, shortness of breath 7%. Every fifth patient has pneumonia as the only symptom of the disease. In this case, in order to establish a diagnosis and timely prescribe therapy, it is necessary to conduct an X-ray examination of the chest cavity organs. In children, mild and moderate forms of the disease are predominantly found, and the possibility of radiological verification of pneumonia in a patient with good health is also revealed. Another striking characteristic of COVID-19 is that it affects several vital organs (for example, the lungs, the digestive tract and the nervous system), as evidenced by the clinical course of the disease.

Key words: COVID-19, children, clinical manifestations.

Актуальность

Инфекция SARS-CoV-2 является 7-м известным коронавирусом, поражающим человека. Коронавирусы (CoVs) составляют большое семейство оболочечных одноцепочечных РНК-вирусов, принадлежащих к семейству Coronaviridae, порядку Nidovirales [1,7]. Настоящая пандемия COVID-19 вызвана вирусом SARS-CoV-2, который относится к роду β -коронавирусов. Инфицирование человека могут вызывать только альфа- и бетта-подтипы коронавируса. С каждым днём появляется все больше новой информации о группах риска, течении, лечении новой коронавирусной инфекции. Так, в результате крупномасштабного исследования, проведённого в Южной Корее, обнаружили, что дети младше 10 лет передают вирус другим людям намного реже, чем взрослые, хотя риск не равен нулю. Большинство клинически значимых коронавирусных инфекций выявляется у детей в возрасте до 2 лет, но у детей старшего возраста коронавирусная инфекция может возникнуть на более поздней стадии [8]. Но казалось, что дети старшего возраста и подростки в возрасте от 10 до 19 лет так же заразны, как и взрослые [6].

Первые исследования, опубликованные в феврале-марте 2020 г., показали, что у детей возможность заразиться инфекцией SARS-CoV-2 столь же высока, как и у взрослых людей, но вероятность развития тяжелых клинических форм меньше, однако важность участия детей в передаче вируса еще не определена. Дети и молодые взрослые, которые не имеют основных заболеваний,

таких как нарушение функции легких или иммуносупрессия, имеют гораздо более низкий риск развития тяжелых форм COVID-19, чем другие возрастные группы [9, 10].

Получено мало данных о клинической картине COVID-19 в отдельных группах населения, таких как дети и беременные женщины. Инфицироваться COVID-19 могут дети любого возраста. У детей намного чаще, чем у взрослых отмечаются желудочно-кишечные проявления инфекции, с рвотой, диареей, болями в животе. Но, и классические симптомы COVID-19 (лихорадка, насморк, кашель, боли в мышцах) встречаются достаточно часто. Большинство детей выздоравливают в течение одной-двух недель [6].

К настоящему моменту большинство авторов сходятся во мнении, что COVID-19 у детей протекает легче и зачастую бессимптомно (от 1/5 до 1/3 случаев) [5]. Несмотря на то, что дети заболевают COVID-19 достаточно редко, некоторым из них необходима госпитализация. У детей в целом клинические проявления COVID-19 обычно более мягкие по сравнению со взрослыми [4]. Зарегистрировано относительно небольшое число подтвержденных случаев COVID-19 среди детей грудного возраста, и у них также заболевание протекало в легкой форме [5]. Однако в последнее время была описана острая картина заболевания с синдромом гиперреактивного воспаления, приводящим к полиорганной недостаточности и шоку. Этот вариант клинического течения в настоящее время обозначается как мультисистемный воспалительный синдром,

временно ассоциированный с COVID-19 у детей и подростков [3].

Цель: изучение клинического течения новой коронавирусной инфекции при оказании специализированной медицинской помощи детям в стационаре.

Материал и методы

В данной работе было использовано ретроспективным когортным исследованием. Было включено 43 случая госпитализации пациентов от 1 года до 17 лет включительно, с подтвержденным COVID-19 в период пандемии в инфекционный стационар г.Бухары. Клинические данные были получены из электронных медицинских карт, включая демографические данные, историю воздействия, признаки и симптомы, а также лабораторные данные при поступлении.

Всем пациентам с COVID-19, включенным в это исследование, был поставлен диагноз в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению больных детей, вызванной инфекцией нового коронавируса. Диагностика SARS-CoV-2 в мазках из верхних дыхательных путей проводилась методом ПЦР (набор реагентов для выявления РНК коронавируса 2019- nCoV методом ПЦР). У всех пациентов была лабораторно подтверждена инфекция SARS-CoV-2 (результат от – ПЦР в реальном времени, специфичный для SARS-CoV-2, был положительным). Проведен анализ тяжести течения заболевания, основных клинических проявлений и их взаимосвязи с развитием пневмонии, а также возрастных особенностей COVID-19 у детей. Описана продолжительность стационарного лечения, исходы и потребность в интенсивной терапии.

Клинические данные были получены с помощью форм сбора данных из электронных медицинских карт. Собранные информация включала демографические данные, возраст, признаки, симптомы COVID-19 и лабораторные данные, а также рентгенографию грудной клетки.

Результат и обсуждения

Пациенты были разделены на тяжелых больных, в том числе 2 (4,6%) пациентов с тяжелыми случаями при поступлении и 32(74,4%) пациента со среднетяжелыми случаями, госпитализация в отделение интенсивной терапии не была, остальные случаи 9 (21%) заболевания протекали в

легкое течение. Все больные дети COVID-19 были выписаны с выздоровлением.

У наблюдавшихся детей течения COVID-19 проанализировано в зависимости от возраста у детей до 1 года (n-6); повышения температуры тела отмечалось в пределах 37-38,0°C в течение 1-2 дня (67%), диарея (100%), вздутие живота (67%), потеря аппетита (83%), отмечалось капризность и беспокойства (83%), вялость (17%). У детей до 3 лет (n-9); болезнь обычно проявлялась как недомогание, лихорадка, кашель, одышка, которая проходило через 2-3 дня, но потеря аппетита, капризность сохранялась. В этой группы детей на рентгенографии грудной клетки выявилось (66,6%) картина бронхита. Дети дошкольного возраста (n-13); болели около недели и выздоравливали без осложнений. У них развился фебрильная повышение температуры тела, боль в эпигастрии и мезогастррии, рвота, диарея, а также осиплость голоса и легкая заложенность носа, нарушения обоняния, кашель сухой, редкие чихание и беспокойстве. В этой группы детей на рентгенографии грудной клетки выявилось (38,5%) картина бронхита и бронхопневмония.

У детей от 7 до 17 лет (n-15); наблюдалось незначительное повышение температуры тела и легкое недомогание, сухие редкие кашли, нарушения обоняния и/или нарушения вкуса, головная боль, головокружение, раздражительность, тревожность, нарушения сна. В этой группы детей в рентгенографии грудной клетки выявилось (27%) картина нижнедолевой пневмония.

Выводы

Таким образом, у каждого пятого пациента выявлена пневмония как единственный симптом заболевания. В этом случае для установления диагноза и своевременного назначения терапии необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной полости. У детей преимущественно встречаются легкие и среднетяжелые формы болезни, а также выявляется возможность рентгенологической верификации пневмонии у пациента с хорошим самочувствием. Другой яркой характеристикой COVID-19 является то, что он поражает несколько жизненно важных органов, например, легкие, пищеварительный тракт, и нервной системы, о чем свидетельствует клиническое течение болезни. Дети раннего возраста не охарактеризуют о беспокойстве. Заболевший

ребёнок может капризничать, быть более активным или наоборот, заторможенным. Мышечная боль может вызвать громкий плач, проблемы со сном или капризность у маленьких детей

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. *Pediatr Infect Dis J.* 2020; March 12, Volume Online First – Issue. DOI: 10.1097/INF.0000000000002660
2. Niyazov G.E., Oblokulov A.R., Pondina A.I., Badieva B.M., Shadieva N.Sh., CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COVID-19 PATIENTS//New Day in Medicine 4(32)2020 678-681 <https://cutt.ly/jz5Y0Ew>
3. Zhang Y.P. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Chin J Epidemiol.* 2020. P.145–151.
4. World Health Organization. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. //Published May 15. - 2020. <https://www.who.int/publicationsdetail>
5. Cao Q., Chen Y.C., Chen C.L.SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. //J.Formos Med Assoc. 2020. №119 (3). P. 670–673.
6. Мелехина Е.В. и др. Клинические особенности течения COVID-19 у детей различных возрастных групп. //Вопросы практической педиатрии. 2020.(2). С. 7-20.
7. Николаева С.В., Зверева З.А., Каннер Е.В., Яцышина С.Б., Горелов А.В. Коронавирусная инфекция у детей: клинико-лабораторные особенности. //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2017, (6) С.5.
8. Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Рахматуллаева Ш.Б. Муминова М.Т., Эралиев У.Э., Мирхошимов М.Б. Частота инфекции COVID-19 у детей. «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИИ В СВЯЗИ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19» //Материалы Международной научно-практической конференции. 2021, С.110.
9. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. //Acta Paediatr. 2020 Mar 23. DOI: 10.1111/apa.15270
10. Brodin P. Why is COVID-19 so mild in children? //Acta Paediatr. 2020 Mar 25. DOI: 10.1111/apa.15271

Поступила 09.04.2021

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНОМ ДИАБЕТОМ

Машарипова Ш.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

✓ Резюме

Артерии 1-го и 3-го уровня относятся к мышечно-эластическому типу, артерии 4-6-го уровня - к артериям мышечного типа. Для более тщательного исследования артерии были разделены на три группы: артерии малого, среднего и большого калибра. Результаты наших исследований показывают, что на артерий 3 и 4 степени развивается спиральный гладкомышечный слой. Этот слой в поперечных сечениях выглядит как отдельный подушкообразное утолщение. Располагается близко к наружной эластической мембране со стороны адвентиции.

Ключевые слова: внутрилегочные артерии, артерии, постнатальный онтогенез.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ARTERIES OF THE LITTLE CIRCULAR CIRCULATION IN PATIENTS WITH DIABETES

Masharipova Sh.S.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ Resume

Arteries of the 1st and 3rd level belong to the muscular-elastic type, arteries of the 4th-6th level - to the arteries of the muscular type. For a more thorough examination, the arteries were divided into three groups: arteries of small, medium and large caliber. The results of our research show that a spiral smooth muscle layer develops on grade 3 and 4 arteries. This layer appears in cross-section as a separate pillow-like bulge. It is located close to the outer elastic membrane on the side of the adventitia.

Key words: intrapulmonary arteries, arteries, postnatal ontogenesis.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КИЧИК ЦИРКУЛЯЦИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Машарипова Ш.С.

Тошкент тиббиёт академиясининг Урганч филиали, Ўзбекистон

✓ Резюме

1 ва 3- даражадаги артериялар мускул-эластик типга, 4- 6 даражадаги артериялар - мушак типдаги артерияларга тегишли. Аниқроқ текшириш учун томирлар уч гуруҳга бўлинган: кичик, ўрта ва катта калибмли артериялар. Бизнинг тадқиқотларимиз натижалари шуни кўрсатадики, спирал силлиқ мушак қатлами 3 ва 4-даражали артерияларда ривожланади. Ушбу қатлам кесмада алоҳида ёстиқсимон бўртма шаклида кўринади. У адвентициянинг ён томонидаги ташиқ эластик мембранага яқин жойлашган.

Калит сўзлар: ўпка ичи артериялари, артериялар, туғруқдан кейинги онтогенез.

Актуальность

Сахарный диабет — это хроническая болезнь, развивающаяся в тех случаях, когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточно инсулина или когда организм не может эффективно использовать вырабатываемый им инсулин. Инсулин — это

гормон, регулирующий уровень содержания сахара в крови. Общим результатом неконтролируемого диабета является гипергликемия, или повышенный уровень содержания сахара в крови, что со временем приводит к серьезному повреждению многих

систем организма, особенно нервов и кровеносных сосудов.

В 2014 г. заболеваемость диабетом среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше составляла 8,5%. В 2016 г. 1,6 миллиона смертельных случаев произошло по причине диабета, а в 2012 г. — 2,2 миллиона случаев смерти по причине высокого содержания сахара в крови [1,5].

Преждевременная смертность от диабета возросла на 5% за период с 2000 по 2016 г. В странах с высоким уровнем дохода в период с 2000 по 2010 г. было отмечено снижение преждевременной смертности от диабета, однако в 2010–2016 гг. этот показатель вновь возрос. В странах с уровнем дохода ниже среднего прирост преждевременной смертности от диабета имел место в оба этих периода.

В то же время в глобальном масштабе вероятность наступления смерти в возрасте от 30 до 70 лет по причине неинфекционных заболеваний, принадлежащих к одной из четырех основных групп (сердечно-сосудистые, онкологические, хронические заболевания органов дыхания или диабет) снизилась на 18% за период с 2000 по 2016 г. [2,3].

Сахарный диабет (СД) - это системное метаболическое заболевание, которое переросло в пандемию, что побудило Организацию Объединенных Наций (ООН) в декабре 2006 года принять резолюцию, призывающую «создать национальные программы по профилактике, лечению и профилактике диабета и его осложнений, включая их в составе государственных программ здравоохранения». За последние 30 лет по темпам роста заболеваемости диабетом он опередил такие инфекционные заболевания, как туберкулез и ВИЧ. Число больных диабетом в мире за эти годы увеличилось более чем вдвое и к 2011 году достигло 366 миллионов человек. Закон структурно-функционального становления кровеносных сосудов в организме человека в разном возрасте - одна из актуальных задач современной морфологии и патоморфологии [1,2]. Развитие различных патологических процессов в легких может сопровождаться поражением органов дыхания, сосудов, альвеол, интерстиция, плевры. Поражение легочных артерий, изменения сосудов тонкой системы кровообращения являются патологическими при многих сопутствующих заболеваниях. Еще больший интерес сегодня приобрело раннее выявление нарушений гемодинамики в малой кровеносной системе. Известно, что в легких есть система,

обеспечивающая процесс газообмена. В этой системе основную роль играют наружные артерии легких и внутриорганные артерии. Роль структурных изменений артерий в патологиях, возникающих в малой кровеносной системе, описана в литературе [3,7,8]. В современной литературе распространены изменения эндотелиального слоя легочных артерий при различных патологиях [1,6]. Патологические процессы развиваются в результате изменений коллагена, эластических волокон и других волокон соединительной ткани этих артерий [4]. Кроме того, развиваются возрастные изменения сосудов. В связи с вышеизложенным мы поставили перед собой цель изучить морфологическое строение внутрилегочных артерий.

Цель исследования: изучить морфологическое строение внутрилегочных артерий.

Материал и методы

Для эксперимента использовали 60 белых лабораторных крыс, массой 220–280 г, взрослых самцов 4–5 месяцев. Мы провели эксперимент в научной лаборатории кафедры анатомии, клинической анатомии Ташкентской медицинской академии. Для изучения морфологического строения артерий малой системы кровообращения крыс изолировали вместе с органами грудной полости вокруг легких после анестезии и зафиксировали на 48 часов в 10% растворе формалина. Затем его промывали в проточной воде в течение 12 ч и после обезвоживания в растущем спирте затвердевали в парафиновые блоки. Готовили гистологические препараты размером 10-12 мм и окрашивали гематоксилин-эозином, методами Ван-Гизона и Вейгерта. При визуализации гистологических препаратов под микроскопом на компьютере и с помощью программы Compass-3D V8 были измерены следующие размеры артерий: поперечная поверхность - длина внутренней и внешней эластической мембраны; это поперечная поверхность среднего слоя между эластичными мембранами; поверхность поперечного сечения адвентиции. По полученным данным был рассчитан индекс Керногана. В артериях индекс Керногана показывает степень кровоснабжения органа [5]. Для определения этого показателя отношение толщины среднего слоя сосуда к диаметру сосуда умножается на 100. Для сравнения морфологического строения внутрилегочных артерий мы изучили их на 6 уровнях.

Результат и обсуждения

Внутриорганные артерии легкого - это мышечно-эластические артерии и артерии мышечного типа. При описании внутриорганных артерий мы ссылаемся на Есипову И.К., Кауфман О.Я. (1968) и E.K. Weir, Dj.T. Мы опирались на данные Ривза (1995). Согласно указанным выше авторам, артерии малой системы кровообращения разветвлены согласно разветвлению бронхов. Сеть каждой легочной артерии должна соответствовать каждому бронху. Для сравнения морфологических признаков мы исследовали артерии на 6 уровнях. Артерии 1-го и 3-го уровней относятся к мышечно-эластичному типу, артерии 4-6-го уровня относятся к внутрилегочным артериям мышечного типа. Для более тщательного исследования артерии были разделены на три группы: малые, средние и большие артерии. Артериальные артерии - это артерии мышечно-эластического типа. Когда я смотрю на эти артерии под микроскопом, я вижу, что внутренний слой - это эндотелий и тонкий эндотелиальный слой. В среднем слое расположены три эластичные мембраны, между которыми расположены гладкие миоциты, расположенные по изогнутой продольной оси. В среднем слое можно увидеть волокна коллагена. Было отмечено, что внутренний и внешний эластичный мембранный слой с четкой границей хорошо развит. По мере уменьшения диаметра сосуда эластичная мембрана среднего слоя истончалась и сливалась с внешней эластичной мембраной. Внешний придаточный слой артерий состоит из соединительных волокон, в основном коллагеновых и эластических волокон.

Основа внутрилегочных артерий мышечного типа - хорошо развитая гладкоклеточная мышца среднего слоя. Видно, что мышечные волокна в среднем слое состоят из взаимно внутренней и внешней эластичной мембраны. Помимо гладких мышечных волокон в среднем слое обнаруживаются тонкие эластичные волокна. Внутренний слой таких артерий состоит из многослойных эндотелиальных клеток, непосредственно соприкасающихся с внутренней эластической мембраной. В нашем исследовании субэндотелиальный слой в артериях этого типа обнаружен не был. Видно, что внешний слой легочных артерий мышечного типа не имеет четкой границы и слит с тонкими волокнистыми соединительнотканными волокнами, расположенными во внешнем слое бронхов.

Результаты нашего исследования показывают, что в артериях 3-й и 4-й степени развивается дополнительный спиральный гладкомышечный слой. Этот слой в поперечных сечениях выглядит как отдельный рельефный валик. Видно, что выпуклость расположена близко к наружной эластической мембране со стороны адвентиции. Гладкие мышечные волокна, образующие его основу, имеют изогнутую окружность и очень плотно упакованы вместе. Эти прокладки играют особую роль в обмене мышечно-эластичных артерий в легких на тип мышечных артерий и играют важную роль в кровообращении в мелких кровеносных сосудах.

При ветвлении сосудов изменялась не только структура сосудистой стенки, но и ее морфометрические размеры. Размер внутреннего и внешнего диаметров легочных артерий постепенно уменьшался. Отмечено, что средний слой артерий мышечно-эластического типа имеет большие размеры. Было замечено, что средний слой артерий среднего и мелкомышечного типа имел небольшие размеры. Анализ наших исследований показал, что индекс Керногана во внутрилегочных артериях значительно отличается друг от друга. Было отмечено, что этот показатель больше в больших и малых мышечных артериях, где средний слой относительно толстый. Однако в крупных артериях мышечно-эластического типа с большим диаметром этот показатель оказался меньше. Как видно из приведенной таблицы, видно, что площадь поперечного сечения среднего слоя артерий постепенно уменьшается от 1 градуса в сторону мелких артерий мышечного типа. Изменения, характерные для этих изменений, также можно увидеть в адвентиции. Наибольший размер адвентиции обнаружен в артериях большого мышечно-эластического типа, наименьший - на артериях мелкомышечного типа.

При сравнении соотношения размеров адвентиций и среднего слоя крупных и средних мышечных артерий эластического типа было отмечено, что соотношение с преобладанием размеров адвентиций составило 1: 1,3 и 1: 1,2. Напротив, в артериях мышечного эластического и мышечного типа небольшого размера, а также в артериях крупномышечного типа толщина среднего слоя была больше, чем адвентиция, и соотношение составляло 1: 0,8 и 1: 0,7. В легочных артериях среднего калибра мышечного типа это соотношение изменялось в соотношении 1: 1,3 с преобладанием придаточной толщины.

Анализ полученных таким образом данных показал, что внутрилегочные артерии могут быть записаны как мышечно-эластические и мышечные артерии. Поскольку эластическая мембрана среднего слоя, полностью сформировавшаяся во внутрилегочных артериях, представляет собой внутреннюю и тонкую внешнюю эластичную мембрану, их уместно рассматривать как артерии мышечно-эластического типа. Было обнаружено, что адвентивное образование дополнительного мышечного слоя за счет расширения мышечно-эластических артерий до мышечных артерий. Этот мышечный слой окружает стенку артерии как отдельные спиральные волокна. В результате размер среднего слоя артерии утолщается. В результате изменится индекс Кернога.

Заключение

Анализ полученных таким образом данных показал, что внутрилегочные артерии можно записать как мышечно-эластические и мышечные артерии. Поскольку эластическая мембрана среднего слоя, полностью сформировавшаяся во внутрилегочных артериях, представляет собой внутреннюю и тонкую внешнюю эластическую мембрану, их уместно рассматривать как артерии мышечно-эластического типа. Установлено, что адвентивное образование дополнительного мышечного слоя за счет расширения мышечно-эластических артерий к мышечным артериям. Этот мышечный слой окружает стенку артерии в виде отдельных спиральных волокон. В результате размер среднего слоя артерии утолщается. В результате изменится индекс Кернога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бродская Т.А., Невзорова В.А., Гельцер Б.И. и др. Дисфункция эндотелия и болезни органов дыхания // Тер.архив. - 2007. - Т. 79, №3. - С. 76-84.

2. Внутриутробное развитие человека: Руководство для врачей. Под ред. А. П. Милованова и С. В. Савельева. М., изд. МДВ, 2006.
3. Лещенко И.В., Овчаренко С.И., Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: практ. Руквод. для врачей [под ред. А.Г. Чучалина]. - М., 2004. - 62 с.
4. Сравнительная морфофункциональная характеристика легочных артерий при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких / Л.М. Михалева, А.Л. Черняев, М.В. Самсонова, А.В. Быкалова // Морфология, 2004. - № 4. - С.
5. Скворцова НВ, Коптев ВД, Поспелова ТИ. Морфофункциональные изменения периферических артерий у больных лимфомой Ходжкина на различных этапах развития заболевания. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2011;79(3):109–113.
6. Трушель Н. А., Пивченко П. Г. и Мельников И. А. Особенности строения стенки сосудов артериального русла большого мозга в области бифуркаций у людей различного возраста. Морфология, 2012, т. 142, вып. 5, с. 39–43.
7. Pospelova TI. Morphofunctional changes of peripheral arteries in patients with Hodgkin's lymphoma at different stages. *Bulletin VSSC of the RAMS*. 2011;79(3):109–113.
8. Rossi M. et al. Blunted post-ischemic increase of the endothelial skin blood flow motion component as early sign of endothelial dysfunction in chronic kidney disease patients // *Microvasc. Res.* - 2008. - Vol. 75, №3. - P. 315-322.

Поступила 09.04.2021

*Шуркова И.Н., Мрыхин В.В., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н.,
Лубянко И.А., Мрыхина В.В., Сидоров А.А.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации. Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

Эпилептические пароксизмальные и непароксизмальные расстройства отличаются значительным клиническим разнообразием, зачастую сложны в диагностике и не всегда эта патология находит однозначное параклиническое подтверждение. В то же время конверсионные расстройства в некоторых случаях могут иметь близкие к эпилептическим припадкам клинические проявления, что приводит к диагностическим и терапевтическим ошибкам. В данной статье описан случай длительного наблюдения пациентки с частыми и тяжелыми приступами, дифференциальная диагностика и терапия которых, даже при длительном клиническом наблюдении, представляла значительные трудности.

Ключевые слова: эпилепсия, пароксизмы, истерия, диагностика, терапия.

EPILEPSY AND HYSTERIA - CHALLENGES OF DIFDIAGNOSIS AND THERAPY

*Shurkova I.N., Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N.,
Lubyanko I.A., Mrykhina V.V., Sidorov A .BUT.*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

Epileptic paroxysmal and non-paroxysmal disorders are clinically diverse to a considerable extent, often difficult to diagnose, and not always supported by paraclinical evidence. At the same time, conversion disorders can sometimes exhibit clinical manifestations close to those of epileptic seizures, which leads to diagnostic and therapeutic errors. The article describes a case of long-term study of a patient diagnosed with frequent and severe seizures, the differential diagnosis and treatment of which presented considerable difficulties.

Key words: epilepsy, paroxysms, hysteria, diagnostics, therapy.

EPILEPSIYA VA ISTERIYA - DIFDIAGNOZ VA TERAPIYA MUAMMOLARI

*Shurkova I.N., Mrixin V.V., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko
I.A., Mrixina V.V., Sidorov A .Ammo.*

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal
davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi.
Rostov-Don, Rossiya

✓ **Rezyume**

Epileptik paroksizmal va paroksizmal bo'lmagan kasalliklar sezilarli klinik xilma-xilligi bilan ajralib turadi, ko'pincha ularni aniqlash qiyin va bu patologiya har doim ham aniq paraklinik tasdiqni topa olmaydi. Shu bilan birga, konversiyaning buzilishi ba'zi hollarda epileptik tutilishlarga yaqin klinik ko'rinishga ega bo'lishi mumkin, bu esa diagnostika va terapevtik xatolarga olib keladi. Ushbu maqolada tez-tez va og'ir tutqanoqli bemorni uzoq muddatli kuzatish holati tasvirlangan, uning differentsial diagnostikasi va terapiyasi, hattoki uzoq muddatli klinik kuzatuvda ham sezilarli qiyinchiliklarga duch kelgan.

Kalit so'zlar: epilepsiya, paroksizmalar, isteriya, diagnostika, terapiya.

Актуальность

Известно, что истерические расстройства не только отличаются значительным клиническим разнообразием, но во многих случаях требуют непростой дифференциальной диагностики с эпилептической болезнью [1, 2]. Мы курировали пациентку, у которой постановка диагноза и терапия сопровождались значительными трудностями.

Анастасия, родилась 04.10.1988 г. в Ростове-на-Дону. Мать работает медсестрой в психоневрологическом отделении, отец - водитель.

История жизни: Наследственность – дедушки, по материнской и отцовской линиям злоупотребляли алкоголем, умерли в возрасте 50-60 лет. Родилась вторым ребенком в семье (есть сестра, старше на 8 лет), в возрасте матери 28 лет. Беременность протекала с токсикозом первой половины. Родилась с весом 3300 г., ростом 51 см. Со слов матери пациентки, воды отошли дома, начались схватки, муж повез ее в роддом и ребенок родился в палате роддома. Находилась на грудном вскармливании до 10 месяцев. В раннем развитии от сверстников не отставала – голову начала держать с 2 мес., ходить с 10 месяцев, разговорная речь с 1 года. Детский сад посещала без желания, говорит, что: «дети со мной хотели общаться, но я их не подпускала»; общалась со сверстниками, живущими по соседству. Отношения с сестрой были «отвратительные» - Ирина была намного старше, не было общих интересов, часто ссорились. В последние годы отношения наладились. В школу пошла с 8 лет, т. к. была «маленькой». С 1 по 5 класс училась на «отлично», затем без троек. В коллективе сверстников дружила в основном с мальчиками и с несколькими девочками из параллельного класса (приятельские отношения сохранились, но как говорит Настя: «мне кажется, что у меня нет подруг, чтобы довериться, рассказать, кроме матери и сестры»). Больше нравилось играть в подвижные игры. С 5 до 7 лет занималась спортивной гимнастикой, с 7 до 15 лет активно занималась спортивными танцами, участвовала в соревнованиях, занимала призовые места. Танцы нравились, хотя сильно уставала на тренировках. В школьные годы нравилось заниматься рукоделием. Родители относились по отношению к Анастасии тактично, строго не наказывали, чувствовала себя с ними комфортно. Менструации с 12 лет, болезненный цикл установился сразу. Заметных характерологических изменений в этот период не отмечалось. Примерно за неделю до наступления месячных появлялась

раздражительность, повышался аппетит. С наступлением месячных состояние возвращалось к обычному.

После окончания школы поступила в педагогический институт, т. к. всегда «любила детей», училась успешно. Получила специальность «логопед», работала после окончания вуза в детском саду воспитателем. Работа нравилась, легко находила общий язык с детьми, однако через год вынуждена была уволиться по состоянию здоровья из-за частых приступов.

С 7 класса завязались романтические отношения со сверстником, который учился с Настей в одной школе. Отношения продолжались на протяжении шести лет, строили планы совместной жизни, в 18 лет получила с Максимом первый сексуальный опыт, но сексуального удовлетворения не испытала. Отношения прекратились по инициативе Анастасии, т. к. Максим был «пассивным», а Эдик - хороший знакомый Максима, стал ухаживать более активно и настойчиво. Сексуальные отношения с Эдуардом приносили удовлетворение. Вскоре забеременела. Семья, особенно мама и сестра, восприняли известие о беременности Насти негативно, настаивали на ее прерывании. После конфликта с близкими, ушла на несколько дней из дома, жила вместе с Эдиком у его родителей, после чего отношение родных стало более толерантным, и она вернулась домой. Вскоре стали жить отдельно (сняли квартиру), а когда Настя находилась на пятом месяце беременности, поженились.

Беременность первая, протекала с токсикозом первого триместра, сохранялась, на сроке 25 недель отмечался повышенный тонус матки. Значительно набрала во время беременности вес (20 кг). 18.09.2008 г. в срок родился здоровый мальчик. Роды проводились путем кесарева сечения, от грудного вскармливания врачами было рекомендовано воздержаться, т. к. Настя получала по поводу «эпилепсии» лекарства (депакин и ламиктал). После родов быстро похудела на 23 кг.

Отношения с мужем начали портиться с момента начала совместной жизни – он стал ревновать Настю, ограничил круг ее общения только близкими родственниками, избивал ее, неоднократно Настя уходила на какое-то время пожить к маме. В декабре 2009 года переехала от мужа к родителям, подала на развод. После этого муж со свекровью «пытался отобрать ребенка; несколько раз приходили сотрудники органов опеки, проверять, в каких условиях

живет ребенок», состоялось несколько судов. Летом 2010 года ситуация стабилизировалась, а в течение последних месяцев отношения наладились. У бывшего мужа появилась девушка и с Настей они встречаются только эпизодически, когда Эдик приезжает за сыном, чтобы отвезти его на выходные к своим родителям. После развода с Эдиком возникли и продолжают по сей день «вялотекущие» отношения с бывшим одноклассником.

Сейчас Настя проживает вместе с родителями и сыном. Отношения в семье добрые, родители помогают Насте в уходе за ребенком, обеспечивают ее материально.

История болезни: Когда Насте было 3 года, мать обратила внимание на то, что ночью дочь спит «в позе эмбриона». По этому поводу была проконсультирована неврологом, был назначен фенobarбитал, который принимался в течение длительного времени, а затем финлепсин, который Анастасия принимала до 16 лет. Данные полученные при анализе медицинской документации: В феврале и августе 1995 г. (7 лет) находилась на лечении в психоневрологическом отделении областной детской больницы (ОДБ) с диагнозом: «Эписиндром (пароксизмы сна). Церебральный арахноидит». Получала фенobarбитал 100 мг/сутки, далее он был рекомендован для постоянного приема.

Запись в амбулаторной карте от 02.08.1996 г. (8 лет) – Консультация невролога: Ребенок наблюдается неврологом ОДБ. Приступов нет в течение года. Получает финлепсин 200 мг по ½ т. 2 раза в день. Головные боли умеренные. Диагноз: Хронический церебральный арахноидит с эписиндромом.

Запись в амбулаторной карте от 05.11.1997 г. (9 лет) – Консультация невролога: Жалобы на чувство покалывания в дистальных отделах ножек по ночам в течение 1,5 лет. ЧМН – легкая слабость правой носогубной складки. Диагноз: Хронический церебральный арахноидит с пароксизмальными состояниями.

Запись в амбулаторной карте от 26.10.1998 г. (10 лет) – Консультация невролога: Жалобы: Приступы отключения с тоническим напряжением и пароксизмами глаз, лицевой мускулатуры в ночное время. Объективно: симптомов очагового поражения ЦНС нет. Диагноз: Эписиндром, как следствие нейроинфекции. Рекомендовано: Финлепсин 200 мг по 1 т 2 раза в день постоянно.

Запись в амбулаторной карте от 26.07.1999 г. (11 лет) – Консультация невролога: Жалобы на головные боли, головокружения, периодический звон в ушах. Диагноз: Височная

(Джексоновская) эпилепсия. Назначено: Финлепсин 200 мг по ½ т. 3 раза в день.

Запись в амбулаторной карте от 21.11.2001 г. (13 лет) – Консультация невролога: Жалобы на периодические головные боли, слабость, вялость, утомляемость. Последний пароксизм 1,5 года тому назад. Диагноз: Височная эпилепсия. Назначено: Финлепсин-ретард 200 мг по ¾ т. 2 раза в день.

С 20.02.2006 г. по 13.03.2006 г. (17 лет) находилась на лечении в детском отделении Ростовского горпсихдиспансера. Диагноз: Раннее органическое поражение ЦНС. Эпилепсия симптоматическая височная с частыми сложными парциальными приступами. В отделении: периодические головные боли, сложные парциальные приступы участились до двух в сутки, колебания фона настроения. Назначено и рекомендовано для длительного приема: Финлепсин-ретард 200 мг по 1,5 т. 2 раза в день, Ламиктал 100 мг по 1 т. утром.

Запись в амбулаторной карте от 13.04.2006 г. (17 лет) – Консультация невролога: Жалобы на приступы судорог 5-6 апреля 2006 г. с аурой (слышит «голоса»), парестезиями (онемением правой половины тела), затем миоклонии длительностью до нескольких минут, затем после приступный сон. Диагноз: Раннее органическое поражение ЦНС. Эпилепсия симптоматическая височная с частыми сложными парциальными приступами. Назначено: Карбамазепин 200 мг по 1,5 т. 2 раза в день, Ламиктал 100 мг по 1 т. утром.

Сама Анастасия помнит приступы, которые стали возникать с 16 лет – покалывания в левой половине тела, преимущественно в руке и ноге, возникающие с частотой 1 раз в 1-2 дня. Проходила по этому поводу лечение в детской больнице № 4, после чего в течение года эти приступы не возникали. С 17 лет приступы возобновились, к покалываниям присоединились судороги в левой ноге продолжительностью несколько секунд, возникавшие ежедневно. С 21 года с частотой примерно 1 раз в неделю стали возникать приступы с выключением сознания. Первый приступ возник дома – упала на кухне, в это время дома была подруга, которая увидела Настю лежащей. Подружке сказала, что поскользнулась. На протяжении 2-3 месяцев скрывала от родителей наличие приступов. Начинаются такие приступы с покраснения кожи лица, склер, неприятных ощущений в левой руке и ноге, неприятных ощущений в голове («как будто голову трясут, как будто слышен какой-то гул»), потом возникает скованность в левой половине тела,

«замирание». Если в это время кто-то дотрагивается, то это вызывает неприятные ощущения. Голоса людей в это время воспринимаются как «отдаленные». Затем происходит выключение сознания продолжительностью несколько секунд с падением. Присесть или каким-то иным способом предупредить падение и травматизацию обычно не успевает. После восстановления сознания, иногда, несмотря на то, что правильно узнает окружающую обстановку, возникает страх, переживания, что «кто-то ее куда-то забрал», что «вокруг незнакомые люди», тошнота, боли в желудке. Но достаточно быстро «приходит в себя». Иногда приступ бывает абортным и выключение сознания не возникает. В некоторых случаях можно остановить развитие приступа, потянув руками за левую ногу или начав глубоко дышать. Падает всегда назад, находясь в состоянии повышенного мышечного тонуса. Приступы бывают как днем, так и ночью. Почти всегда приступ возникает, когда Анастасия ложится спать и закрывает глаза. Приступ может быть спровоцирован изменением эмоционального состояния – радостью, удивлением, испугом, волнением. Один раз приступ возник в кинотеатре, где она была с молодым человеком – сразу после окончания сеанса Настя встала с кресла и упала.

Однажды Анастасия шла в гости к подруге, живущей в одном подъезде, поднималась по лестнице, упала назад, разбила голову, вместе с мамой на такси приехала в БСМП № 2, где выбили голову, наложили 4 шва. Через неделю упала еще раз, ударилась примерно тем же местом, снимали швы, удаляли гематому.

Наблюдалась у эпилептолога в ОКДЦ, принимала противосудорожную терапию без выраженного клинического эффекта. Осенью 2011 года проконсультирована неврологом в г. Москве, была отменена вся терапия. На количестве приступов отмена лечения заметно не отразилась. В декабре 2011 года, после консультации эпилептолога, был назначен финлепсин, который испытуемая перестала принимать самостоятельно, примерно через 1 месяц, так как он «не давал эффекта. Короткое время принимала вальдоксан, в результате чего улучшился сон, однако отмечалась сильная слабость. Также самостоятельно прекратила прием препарата. В течение нескольких месяцев лекарств не принимала. За это время приступы, со слов больной, несколько участились.

Психический статус на момент обследования: Симптомов психотического уровня нет. Настроение ровное, устойчивое. На шутку реагирует улыбкой. Держится свободно. На вопросы отвечает по существу, достаточно полно. Предъявляет жалобы на слабость, нервозность, нарушения сна (ночные пробуждения), эпизодические подъемы артериального давления (120/80 при рабочем 90/60), возникающие чаще всего по утрам и сопровождающиеся учащенным сердцебиением (пульс 100), жаром в теле, потливостью, тревогой; «приступы», возникающие с частотой примерно 1 раз в неделю, сопровождающиеся покраснением лица, напряжением в теле, длящиеся несколько секунд, и затем либо заканчивающиеся, либо продолжающиеся сильным шумом в ушах с последующей потерей сознания. Патологии чувственного познания выявить не удастся. Мышление в обычном темпе, без структурных нарушений. Когнитивно сохранна.

При наружном осмотре обнаружены многочисленные ссадины, шрамы и следы от ожогов (спина, колени, локти, кисти), свежий шрам на затылке.

ЭЭГ от 26.10.1998 г. (10 лет): Доминируют умеренные общемозговые изменения пароксизмального характера связанные с раздражением ствола на мезодизэнцефальном уровне и судорожной готовностью мозга. После нагрузки гипервентиляцией регистрируется диффузная эпиактивность по типу субклинического приступа *petit mal*.

11.08.2010 г. (21 год) Дневной видеомониторинг ЭЭГ в состоянии активного и пассивного бодрствования, с проведением провокационных проб с фотостимуляцией и гипервентиляцией, в состоянии сна (с депривацией): В видеочасти исследования компонентов нарушения сознания и судорожного синдрома не зарегистрировано. Заключение: Умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга регуляторного характера с ирритативным компонентом, преимущественно выраженным в левой гемисфере. Эпилептиформная активность не зарегистрирована.

29.09.2011 г. (22 года) ЭЭГ-видеомониторинг: При длительном видео-ЭЭГ мониторингировании выявлены:

- умеренные общие изменения ЭЭГ, признаки дисфункции дизэнцефально-стволовых структур мозга;
- во время сна в правой лобной области зарегистрированы острые волны, амплитудой до 40 мкВ;

- типичная эпилептическая активность не зарегистрирована;
- в 21.14, 22.36, 23.41, 02.07 во время бодрствования зарегистрированы стереотипные пароксизмы: у пациентки возникало напряжение и выгибание левой руки, в это время пациентка находилась в сознании, но на вопросы ответить не могла. В дальнейшем о произошедшем помнила. Учитывая отсутствие типичной эпилептической активности в момент пароксизма, отсутствие изменений ЧСС, эпилептический генез пароксизмов представляется сомнительным.
- 15.11.2011 г. (23 года) Дневной 12 часовой видеомониторинг ЭЭГ в состоянии активного и пассивного бодрствования, с проведением провокационных проб с фотостимуляцией и гипервентиляцией, в состоянии сна. Заключение: Умеренные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга регуляторного характера. Типичная эпилептическая активность не зарегистрирована.

ЭЭГ от 28.11.2011 г. (23 года): Умеренные изменения регуляторного характера. Признаки ирритации стволовых структур. Регистрируются короткие дистантно синхронизированные всплески заостренных волн Альфа-диапазона в ответ на пробу с гипервентиляцией.

04.06.2005 г. (17 лет) МРТ: признаков патологических изменений структур и артериальной системы головного мозга не выявлено.

05.04.2010 г. (22 года) МРТ: Начальные признаки наружной заместительной гидроцефалии. Ликворная киста в правой височной доле. Расширение периваскулярных пространств.

07.07.2011 г. (22 года) МРТ: Данных за наличие гемодинамически значимых стенозов, аневризм или артерио-венозных мальформаций интракраниальных артерий не получено.

01.07.2011 г. (23 года) Спиральная компьютерная томография: картина начальной наружной заместительной гидроцефалии. Небольшая ликворная киста правой височной доли.

16.11.2011 г. (23 года) МРТ: Данных за очаговое поражение вещества головного мозга не получено. Кистозная трансформация шишковидной железы. Косвенные признаки внутричерепной гипертензии.

Заключение по результатам экспериментально-психологического исследования 20.06.2012 года: В результате

проведенного исследования на первый план выступают особенности аффективно-личностной сферы в виде высокого уровня тревоги и внутреннего напряжения у личности с мозаичным заострением шизо-истеро-эпилептоидных черт, не достигающим уровня акцентуации. Нарушений структуры мышления нет. Отмечаются незначительные нарушения познавательной деятельности по органическому типу (лабильность внимания, легкое снижение мнестической функции).

Консультации специалистов:

30.09.2011 г. Центр диагностики и лечения эпилепсии, г. Москва, д. м. н. Генералов Василий Олегович. Заключение: В настоящее время данных за наличие эпилептического заболевания не выявлено. С учетом отсутствия эффекта от приема различных противоэпилептических препаратов, эпилептический генез данных пароксизмов также сомнителен. Дальнейший прием противоэпилептических препаратов не целесообразен. Рекомендовано: Консультация психотерапевта.

01.11.2011 г. Консультация д. м. н., руководителя клиники института детской неврологии и эпилепсии имени Святителя Луки в г. Москве, Мухина Константина Юрьевича. Заключение: На сегодняшний день создается убеждение в конверсионном характере приступов и отсутствии эпилепсии.

07.12.2011 г. Консультация областного невролога-эпилептолога Коваленко В.С. г. Ростов-на-Дону. Заключение: Эпилепсия симптоматическая (киста правой височной области). Полиморфные приступы: фокальные сенсорные, атипичные абсансы, астатические приступы.

Невролог-эпилептолог высшей квалификационной категории Ямин Максим Анатольевич (регулярно наблюдал пациентку с 2008 г.):

02.02.2008 г.: Предположительно симптоматическая фокальная височная эпилепсия.

11.09.2009 г.: Предположительно симптоматическая фокальная височная эпилепсия в виде парциальных (психосенсорные, афатические) приступов.

18.08.2010 г.: Следует дифференцировать между эпилептическими височными приступами в рамках криптогенной эпилепсии и псевдоэпилептическими приступами в рамках диссоциативно-конверсионного расстройства, возможен вариант сочетания обоих типов пароксизмов.

07.02.2011 г.: Криптогенная
(предположительно симптоматическая
фокальная) височная эпилепсия в виде
парциальных приступов.

В последующих консультациях:
Истерическое расстройство.

Данный клинический случай неоднократно
разбирался на консилиумах и клинических
конференциях, но окончательный диагноз так и
не был установлен. В дальнейшем
катamnестическое наблюдение за больной было
прервано.

Выводы: В психиатрии, не смотря на
значительные современные возможности
параклинического и инструментального
обследования и возможность длительного

клинического наблюдения, сохраняются крайне
сложные для диагностики случаи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю.А., Бухановский А.О.,
Волель Б.А., Волкова Н.И., Дубатова И.В.,
Ибишев Х.С., Ковалев А.И., Коган М.И.,
Крылов В.И., Крючкова М.Н., Кутявин
Ю.А., Литвак М.Е., Менделевич В.Д.,
Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Поркшеян
М.И., Солдаткин В.А., Турченко Н.М.
Пограничная психиатрия и психосоматика.
/Учебник для последипломного
образования. Ростов-на-Дону, 2019.- 328 с.
2. Дубатова И.В., Ефремов В.В. — Ростов
н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 115 с.

Поступила 09.04.2021

Эргашева Ю.Ю., Жураев К.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

От тяжелой депрессии во время беременности страдают до 13,6% беременных и связаны с тяжелой перинатальной заболеваемостью, в том числе с самоповреждением матери, нарушением роста плода, преждевременными родами или младенцами с низкой массой тела при рождении, нарушением жизнедеятельности матери, неадекватная связь между матерью и ребенком и неблагоприятное влияние на дальнейшее развитие детей.

Ключевые слова: депрессии, депрессия факторы риска, репродуктивного возраста.

PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Ergasheva Yu. Yu., Zhuraev K. Zh.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Severe depression during pregnancy affects up to 13.6% of pregnant women and is associated with severe perinatal morbidity, including self-harm to the mother, impaired fetal growth, premature birth or infants with low birth weight, impaired maternal functioning, inadequate communication between mother and child, and adverse effects on the further development of children.

Key words: depression, depression risk factors, reproductive age

REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLAR ORASIDA DEPRESSIYANING TARQALISHI

Ergasheva Yu.Yu., Juraev Sh.J.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ Rezyume

Homiladorlik davrida og'ir depressiya homilador ayollarning 13,6% gacha ta'sir qiladi va onaning o'z-o'zidan zararlanishi, xomilalik o'sish, tug'ilishning kamligi, tug'ilishning kam vazniga ega bo'lgan chaqaloqlar yoki chaqaloqlarning og'ir perinatal kasallik bilan bog'liq, onaning faoliyati buzilgan, ona va bola o'rtasidagi kam muloqot va bolalarni yanada rivojlantirish uchun salbiy ta'sirlar.

Kalit so'zlar: depressiya, depressiya xavf omillari, reproduktiv yosh.

Актуальность

Учитывая, что 22% женщин с депрессией до беременности страдают депрессией во время беременности и что 42% беременностей являются незапланированными, лучшая диагностика и лечение небеременных женщин с депрессией могут снизить бремя перинатальных психических заболеваний. Эпидемиологические исследования необходимы для планирования

тактики ведения женщин с большой депрессией до беременности. Однако мало исследований изучали распространенность большой депрессии среди женщин детородного возраста [6,10,13]. Кроме того, в этих исследованиях женщин в послеродовом периоде четко не дифференцировали от небеременных женщин, которым не было беременности. Поэтому нашей основной целью было описать распространенность

большой депрессии среди небеременных женщин детородного возраста с использованием данных. Вторичные цели заключались в описании распространенности малой депрессии, изучении показателей использования антидепрессантов среди женщин с большой и малой депрессией и проведении исследовательского анализа для определения потенциальных предикторов большой и малой депрессии.

Цель: описать распространенность большой депрессии среди небеременных женщин детородного возраста и описании распространенности малой депрессии, изучении показателей использования антидепрессантов среди женщин с большой и малой депрессией и проведении исследовательского анализа для определения потенциальных предикторов большой и малой депрессии.

Материал и методы

Мы объединили данные из циклов сбора данных 2020–2021 гг. Чтобы ограничить вероятность ошибочной классификации женщин с перинатальной или послеродовой депрессией, мы исключили беременных и послеродовых женщин (до 12 месяцев после родов). Анкета здоровья пациента PHQ-9 (опросник здоровья пациента-9) была проведена в рамках обследования для выявления большой и малой депрессии. Мы использовали показатели PHQ-9 для выявления женщин с большой и малой депрессией. PHQ-9 - это вопросник о депрессии из 9 пунктов, используемый для оценки депрессивной симптоматики. Это хорошо зарекомендовавший себя скрининговый инструмент для выявления пациентов с риском депрессии в ряде клинических условий с хорошими доказательствами надежности и достоверности.¹⁷ На каждый вопрос участники выбирают ответ на основе шкалы типа Лайкерта, включая следующие ответы: совсем нет (0); несколько дней (1); более половины суток (2); и почти каждый день (3). Диагноз большой депрессии PHQ-9 основан на диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 4-издание (DSM-IV) критериев и требует, чтобы субъекты имели пять или более из девяти депрессивных симптомов в течение как минимум «более половины дней» за последние 2 недели, при этом, по крайней мере, одним из симптомов было подавленное настроение или ангедония. Один симптом

«мысли о том, что тебе лучше умереть или причинить себе вред» считается, если он вообще присутствует. Потенциальные факторы риска большой депрессии были извлечены из набора данных. К ним относятся: возраст, семейное положение, образование, отношение ежемесячного дохода к бедности (классифицируется как низкий, средний или высокий в зависимости от тертилей их распределения), индекс массы тела (ИМТ), физическая активность, употребление алкоголя за последний год и наличие в анамнезе астмы, гипертонии или диабета.

Диагноз малой депрессии PHQ-9 был основан на критериях DSM-IV, которые классифицировались по наличию двух, трех или четырех депрессивных симптомов в течение как минимум «более половины дней» за последние 2 недели, с одним симптомом подавленного настроения или ангедонии. Использование антидепрессантов было определено с помощью анкеты по рецептурным лекарствам. В анкете спрашивали о приеме прописанных лекарств за последние 30 дней.

Была рассчитана распространенность большой и малой депрессии, а также употребления антидепрессантов в зависимости от типа депрессии. Одномерные и многомерные связи между большой депрессией и малой депрессией с потенциальными факторами риска оценивались с помощью полиномиальной логистической регрессии. Результаты представлены в виде отношения относительного риска с 83% доверительным интервалом (ДИ). Мы определили переменные, независимо связанные с большой и малой депрессией, где значение P было меньше 0,05. Для учета множественных сравнений был применен критерий вероятности ложного обнаружения <5%.

Результат и обсуждение

В период с 2020 по 2021 год мы выявили 48 небеременных женщин детородного возраста. Характеристики женщин с заявленными баллами PHQ-9 и отсутствующими баллами PHQ-9. По сравнению с этими недостающими данными, женщины имели высшее образование, имели высокое отношение дохода к бедности, ИМТ > 0,5, сообщали о потреблении алкоголя, курили в анамнезе, имели астму и т. д. быть застрахованным, делать умеренные упражнения и сообщать о хорошем общем

состоянии здоровья. Общая распространенность большой и малой депрессии составляла 4,3% (85% ДИ = 3,9–4,9%) и 4,1% (88% ДИ = 3,2–5,0%), соответственно.

Распространенность использования любого антидепрессанта среди женщин с большой депрессией и малой депрессией составляла 30,1% (85% ДИ: 21,3–39,4%) и 20,0% (85% ДИ: 12,1–27,7%) . Среди женщин с большой депрессией наиболее часто используемыми антидепрессантами были селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (22,3%), фенилпиперазины (8,1%) и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (6,2%). Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина были наиболее распространенным антидепрессантом, используемым среди женщин с небольшой депрессией (8,5%).

В многопараметрическом анализе, курение, гипертония были независимо связаны с большой депрессией. Факторами, наиболее тесно связанными с большой депрессией, были гипертония (ARR = 2,0; 85% ДИ = 1,2–3,3), тогда как для легкой депрессии это были: образование меньше, чем средняя школа (aRR = 4,30; 95% CI = 2,05–9,00) и среднее образование (aRR = 2,72; 85% CI = 1,34–3,31).

Выводы

Наши результаты показывают, что 1 из 37 небеременных женщин детородного возраста испытывает большую депрессию, при этом примерно каждая третья женщина с большой депрессией сообщила об использовании антидепрессантов. Учитывая эти результаты и ограниченное руководство по ведению женщин с тяжелой депрессией до беременности, существует неудовлетворенная потребность для заинтересованных сторон в акушерстве, первичной медико-санитарной помощи и психиатрии в координации подходов к оптимизации ухода и консультирования перед беременностью для женщин с большой депрессией.

Мы наблюдали схожую распространенность малой и большой депрессии (4,2% против 4,6% соответственно). Это имеет значение для общественного здравоохранения, поскольку среди подростков с субклинической депрессией зарегистрированы высокие показатели коморбидных психических расстройств. Дополнительную озабоченность

вызывает то, что до 17% взрослых с малой депрессией развивают более тяжелые формы, включая большую депрессию или дистимию. Необходимы продольные исследования для изучения перинатальных исходов у женщин с небольшой депрессией. Уровень использования антидепрессантов варьировался в зависимости от тяжести депрессии, с более высоким показателем среди женщин с большой депрессией (31,4%) по сравнению с женщинами с небольшой депрессией (22%). Для женщин с легкой депрессией эффективность использования антидепрессантов неясна. что может объяснить более низкий коэффициент использования в этой группе.

Лекарства изучаемых классов могут использоваться при тревоге, обсессивно-компульсивном расстройстве, переедании, стабилизации настроения при биполярных расстройствах, бессоннице, различных болевых состояниях и недержании мочи. Кроме того, немедикаментозные методы лечения депрессии, такие как когнитивно-поведенческая терапия, не были описаны в наборе данных. Наши результаты представляют собой перекрестную оценку распространенности большой и малой депрессии у небеременных женщин детородного возраста. Эти данные также свидетельствуют о том, что значительная часть женщин с тяжелой депрессией не лечится или получает недостаточное лечение. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить, может ли улучшенный скрининг и лечение тяжелой депрессии у небеременных женщин детородного возраста вторично снизить распространенность перинатальной и послеродовой депрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гейнс Б.Н., Гэвин Н., Мельцер-Броди С., Лор К.Н., Суинсон Т., Гартленер Г. *Перинатальная депрессия: распространенность, скрининг, точность и результаты скрининга*. Роквилл, Мэриленд: Агентство медицинских исследований и качества; 2005.
2. Оутс М. Самоубийство: основная причина материнской смерти. *Br J Psychiatry*. 2003; 183 : 279–81.
3. Гроуте Н.К., Бридж Д.А., Гэвин А.Р., Мелвилл Дж.Л., Айенгар С., Катон В.Дж. Метаанализ депрессии во время беременности и риска преждевременных

- родов, низкой массы тела при рождении и ограничения внутриутробного развития. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67 :
4. МакЛири К.Т., Минковиц С.С., Стробино Д.М., Маркс Э., Хоу В. Симптомы материнской депрессии через 2–4 месяца после родов и методы раннего воспитания. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006; 160 : 279–84.
 5. Ригетти-Велтема М., Конн-Перреард Э., Буске А., Манзано Дж. Послеродовая депрессия и отношения матери и ребенка в возрасте 3 месяцев. *J влияют на Disord*. 2002; 70 : 291–306.
 6. Фюрер I, МакМахон, Калифорния, Тейлор А.Дж. Влияние послеродовой и сопутствующей материнской депрессии на поведение ребенка в первые школьные годы. *J влияют на Disord*. 2009; 119 : 116–23.
 7. Хэй Д.Ф., Поулби С., Ангольд А., Гарольд Г.Т., Шарп Д. Пути к насилию у детей матерей, у которых была послеродовая депрессия. *Dev Psychol*. 2003; 39 : 1083–94.
 8. Кендиг С., Китс Дж. П., Хоффман М. С., Кей Л. Б., Миллер Е. С., Мур Симас Т. А. и др. Пакет консенсуса по материнскому психическому здоровью: перинатальная депрессия и тревога. *Obstet Gynecol*. 2017; 129 : 422–30.
 9. Сиу А.Л., Биббинс-Доминго К., Гроссман Д.К., Бауманн Л.С., Дэвидсон К.В., Эбелл М. и др. Скрининг депрессии у взрослых: Рекомендация рабочей группы США по профилактическим услугам. *ДЖАМА*. 2016; 315 : 380–7.
 10. Дитц П.М., Уильямс С.Б., Каллаган В.М., Бахман Д.Д., Уитлок Е.П., Хорнбрук М.С. Клинически выявленная материнская депрессия до, во время и после беременностей, закончившихся живорождением. *Am J Psychiatry*. 2007;
 11. Скрининг перинатальной депрессии. Мнение Комитета № 630. Американский колледж акушеров и гинекологов. *Obstet Gynecol*. 2015; 125 : 1268–71.
 12. Finer LB, Zolna MR. Незапланированная беременность в США: частота и различия, 2006. *Контрацепция*. 2011; 84 :
 13. Ко Дж. Ю., Фарр С. Л., Дитц П. М., Роббинс К. Л. Депрессия и лечение среди беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста в США, 2005–2009 гг. *J Womens Health (Larchmt)* 2012; 21 : 830–6.
 14. Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Распространенность и корреляты большого депрессивного эпизода у беременных и женщин в послеродовом периоде в США. *J влияют на Disord*. 2011; 135 : 128–38.

Поступила 09.04.2021

Эргашева Ю.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Инвалидность имеет долгосрочные практические и социальные последствия и связана с возникновением психических расстройств, в частности депрессивных расстройств. В этой статье мы исследуем влияние, которое наличие инвалидности может иметь на начало суицидального поведения. Больные с ограниченными возможностями чаще принимают суицидальное поведение пропорционально практическим трудностям, с которыми они сталкиваются. Влияние инвалидности на суицидное поведение также может быть связано со степенью депрессивного расстройства

Ключевые слова: инвалидность, суицид, депрессия, попытка самоубийства

НОГИРОНЛИКНИНГ ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ УРИНИШЛАРИГА ТАЪСИРИ

Эргашева Ю. Ю.

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

✓ Резюме

Ногиронлик узоқ муддатли амалий ва ижтимоий оқибатларга олиб келади ва руҳий касалликлар, хусусан, депрессив касалликларнинг келиб чиқиши билан боғлиқ бўлади. Ногирон беморлар дуч келадиган амалий қийинчиликларга мутаносиб равишда суицидал хатти-ҳаракатларни қилишларининг эҳтимоли кўпроқдир. Ногиронликнинг суицидал хулқ-атворга таъсири депрессиянинг даражасига боғлиқ бўлиши мумкин.

Калит сўзлар: ногиронлик, ўз жонига қасд қилиш, депрессия, ўз жонига қасд қилишга уриниш

THE IMPACT OF DISABILITY ON SUICIDE ATTEMPTS

Ergasheva Yu.Yu.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Disability has long-term practical and social consequences and is associated with the occurrence of mental disorders, in particular depressive disorders. In this article, we explore the impact that having a disability can have on the onset of suicidal behavior. Patients with disabilities are more likely to adopt suicidal behavior in proportion to the practical difficulties they face. The impact of disability on suicidal behavior may also be related to the degree of depressive disorder

Key words: disability, suicide, depression, suicide attempt

Актуальность

Самоубийства и суицидальное поведение являются областями, вызывающими серьезную озабоченность общественного здравоохранения, и понимание факторов риска помогает в стратегиях профилактики. Программа обследования психиатрической заболеваемости является полезным источником данных для изучения факторов риска суицидальных мыслей и суицидального поведения [1,2]. Социально-демографические и социально-экономические факторы риска суицидального поведения широко изучались в национальных опросах [2,3]. Напротив, инвалидность, определяемая

как ограничение активности, редко исследовалась в связи с суицидальным поведением. Прокомментируйте, что, хотя значение плохого соматического здоровья для риска самоубийства хорошо установлено, потенциальной значимости соматической инвалидности, в отличие от болезней и травм, которые приводят к инвалидности, уделяется мало внимания. Далее они описывают возможные причины этой нехватки информации: степень сложности повседневной деятельности не обязательно соответствует степени стресса, который она создает,

множеству других социальных, психиатрических факторов и факторов образа жизни, которые могут затруднить выполнение повседневных задач, проблема, трудности в стратегиях совладения-степень, в которой люди с соматическими недостатками считают себя постоянным бременем для других, а также практическая и теоретическая важность выявления потенциально изменяемых факторов, которые усиливают или смягчают риск, связанный с суицидальным поведением.

Цель исследования: Установить влияние инвалидности, ее общей степени тяжести и конкретных типов инвалидности на вероятность попытки самоубийства.

Материал и методы

SPSS (версия 16.0) использовался для анализа данных обследования, поскольку он позволяет использовать кластерные данные, присущие сложным планам обследований. Как одномерный, так и многомерный логистический регрессионный анализ проводился для изучения связи между социально-демографическими и социально-экономическими переменными и попытками самоубийства в прошлом году. Затем значимые корреляты были перенесены в качестве потенциальных факторов, влияющих на дальнейшее моделирование многомерной логистической регрессии для исследования взаимосвязи между различными индексами инвалидности (наличие, тип и количество) и попытками самоубийства. Чтобы понять процесс того, как инвалидность может привести к увеличению вероятности попыток самоубийства, был проведен анализ посредничества с использованием теста Собеда.

Вопрос, используемый для оценки попыток самоубийства звучал так: «Вы когда-нибудь пытались покончить с собой, приняв передозировку таблеток или таблеток? каким-то другим способом?». За положительным ответом последовал вопрос о том, произошло ли это в последний раз: на прошлой неделе, в прошлом году или дольше.

Диагноз общих психических расстройств, включая депрессию, был установлен на основе ответов на пересмотренный график клинических интервью. К данным были применены диагностические алгоритмы для выявления шести категорий общих психических расстройств: генерализованное тревожное расстройство, депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство, фобия, паническое расстройство и смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Была собрана информация о поле, возрасте и семейном положении больных, а также о социально-экономических обстоятельствах больных инвалидов, уровень образования и

статус занятости респондента, владение и статус долга.

Результат и обсуждение

Совершил попытку самоубийства женщины чаще, чем мужчины, сообщали о попытках самоубийства за последние двенадцать месяцев. Распространенность попыток самоубийства среди мужчин была самой высокой в возрастной группе 32–50 лет и самой высокой среди женщин в группе 16–44 лет за которой следовала возрастная группа 30–53 лет. Ни мужчины, ни женщины инвалидов возрасте 72–76 лет и старше не сообщали о случаях заболевания.

На основе одномерного логистического регрессионного анализа было установлено, что несколько социально-демографических, социально-экономических факторов и факторов здоровья увеличивают вероятность суицидных попыток: молодежь, женский пол, одиночество или вдовство, разведенный или разлученный, соматической нездоровье.

Наибольшее отношение шансов среди независимых значимых коррелятов было безработным (OR = 4,49, 95% CI 1,97 - 14,80, $p = 0,002$) или экономически неактивным (OR = 8,82, 95% CI 1,44 - 9,94, $p = 0,001$) и наличием проблемы с соматическим здоровьем (OR = 4,23, 95% ДИ 1,44–11,86, $p < 0,008$).

Депрессию в качестве промежуточной переменной между инвалидностью (любые трудности в ADL / IADL) в качестве независимой переменной и попытками самоубийства в течение последних 12 месяцев в качестве исхода или зависимой переменной.

Было показано, что инвалидность оказывает прямое влияние на вероятность попыток самоубийства, существует также сильное косвенное влияние через депрессию. Как поперечные, так и продольные исследования ясно показали, что соматические заболевания и соматическая инвалидность тесно связаны с депрессией. Несмотря на наличие значительных доказательств того, что соматическая инвалидность увеличивает вероятность депрессии, депрессивные симптомы сами по себе могут независимо оказывать прямое влияние на развитие инвалидности. Инвалидность и психические симптомы связаны между собой, поскольку они имеют общие факторы в своем происхождении, но также существуют этиологические различия.

Есть много других потенциальных опосредующих факторов, которые могут связывать инвалидность с депрессией и суицидальными попытками. Ключевую роль может сыграть стигма - не только стигма инвалидности, но и стигма депрессии. Больной

с самооценкой психиатрической инвалидности и коморбидным физическим недугом по самооценке сталкивались с более общей воспринимаемой дискриминацией и стигмой, чем больной с психической инвалидностью.

Наш вывод о том, что когнитивные задачи, такие как управление деньгами и работа с документами, были единственными пунктами IADL попытками самоубийства, предполагает повышенную склонность больных с ограниченными интеллектуальными возможностями к попыткам самоубийства, хотя трудности с организационными навыками не обязательно указывают на когнитивный дефицит. Тем не менее, в предыдущем исследовании того же набора данных опроса, посвященного взаимосвязи между пограничным интеллектуальным функционированием и суицидальным поведением, было обнаружено, что люди с пограничным интеллектуальным функционированием с большей вероятностью сообщают о попытках самоубийства, чем остальная часть выборки с нормальным интеллектом. Хотя эта взаимосвязь частично объяснялась смешивающим влиянием возраста и дохода, это не относилось к взаимосвязи между трудностями в выполнении финансовых и организационных вопросов и попытками суицида на протяжении всей жизни. У депрессивных пациентов с предыдущими попытками самоубийства сообщалось об ухудшении исполнительных функций, что обычно наблюдается при большой депрессии, а интеллектуальное функционирование было указано как фактор риска суицидного поведения среди инвалидов. При анализе данных обследования использовался логистический регрессионный анализ, чтобы определить, например, влияние инвалидности, а также различных социально-демографических переменных на распространенность попыток самоубийства за последние 12 месяцев. В отличие от перекрестных таблиц, множественная логистическая регрессия оценивает влияние инвалидности с поправкой на смешанные эффекты других переменных в анализе.

Логистическая регрессия дает оценку вероятности возникновения события, когда человек находится в определенной категории по сравнению с эталонной категорией. Этот эффект измеряется с точки зрения вероятности. Например, наличие трудностей в любом ADL/IADL увеличивает шансы человека, сообщившего о попытке самоубийства за последние 12 месяцев, по сравнению с эталонной категорией «никаких трудностей с какой-либо деятельностью ADL / IADL». Величина, на которую фактически увеличивается вероятность попытки

самоубийства, показана цифрой в столбце нескорректированного отношения шансов (OR). В этом случае OR составляет 4,38, что указывает на то, что наличие инвалидности увеличивает вероятность сообщения о попытке самоубийства почти в пять раз. Однако исследования показало, что несколько других факторов могут повлиять на вероятность попытки самоубийства.

Заключение

Таким образом, скорректированное отношение шансов показывает, что пятикратное увеличение вероятности совершения попытки самоубийства уменьшается до четырехкратного увеличения, если учитывать возможные смешивающие эффекты возраста, семейного положения, статуса занятости, соматического состояния и болезнь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. А. Бахм, К. Форчук. Взаимосвязанные угнетения: влияние сопутствующей физической инвалидности на воспринимаемую стигму и дискриминацию среди потребителей психического здоровья в Канаде. //Здравоохранение и социальная помощь в сообществе, 7 (1) (2009) , стр. 63 – 70
2. Hawton K , Sutton L , Xay C , Sinclair J , Харрисс Л. Суицид и попытки суицида при биполярном расстройстве: систематический обзор факторов риска . //J Clin Psychiatry 2005; 66 : 693 - 704 .
3. Schaffer A, Isometsä E.T., Tondo L., Moreno D., Turecki G., Reis C., et al. Целевая группа Международного общества биполярных расстройств по самоубийству: мета-анализ и мета-регрессия коррелятов суицидных попыток и самоубийственных смертей при биполярном расстройстве . //Биполярное расстройство 2015; 17: 1 - 16.
4. Tondo L., Baldessarini R.J. Самоубийство при биполярном расстройстве. /В биполярной книге: история, нейробиологии и лечению (ред Йылдыз, А., Nemeroff C., Ruiz P.) : 509 -8. /Издательство Оксфордского университета , 2015 .
5. Тондо L., Pompili M., Форте, Baldessarini R.J. П попытки суицида при биполярных расстройствах: всесторонний обзор 101 отчета. //Acta Psychiatr Scand 2016; 133: 174 - 86.
6. Анохина И.П., Бельтюкова Т.А. Некоторые биологические факторы предрасположенности к развитию депрессивных состояний. — /В кн.: Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Т. 1. Рига, 1985, с. 63—66.

Поступила 09.04.2021

**ОЦЕНКА РИСКА САМОУБИЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЕ
ТОКСИКОЛОГИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**
(Обзор литературы)

Рузиева А.Дж., Эргашева Ю.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт Бухарской областной
психоневрологический диспансер

✓ **Резюме**

Пациентами отделения неотложной помощи токсикологии с суицидальными мыслями и поведением является сложной задачей. Пациенты с неотложной помощи, независимо от основной жалобы, имели суицидальные мысли или поведение, но многие не раскрывают, если их не спросят. По этой причине требуется проведения скрининга на суицид и оценки пациентов с первичными эмоциональными или поведенческими расстройствами или с симптомами. Это может быть выполнен с помощью целевого скрининга пациентов с жалобами на психическое расстройствами.

Ключевые слова: неотложной помощи, суицидальными мыслями и поведением, оценка риска

ASSESSING THE RISK OF SUICIDE IN PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Ruzieva A.Dj., Ergasheva Yu.Y.,

Bukhara State Medical Institute Bukhara Regional Psych neurological Dispensary
(Literature Review)

✓ **Resume**

Emergency room patients with suicidal thoughts and behavior are challenging. Emergency patients, regardless of the underlying complaint, have recently had suicidal thoughts or behavior, but many do not disclose unless asked. For this reason, suicide screening and evaluation of patients with primary emotional or behavioral disorders or symptoms is required. This can be accomplished through targeted screening of patients with mental health complaints.

Key words: emergency care, suicidal thoughts and behavior, risk assessment

**SHOSNILINCH TEZ TIBBIY YORDAM TOKSIKOLOGIYA BO'LIMIDA BEMORLARGA
O'Z JONIGA QASD QILISH XAVFINI BAHOLASH**

Ruzieva A.Dj., Ergasheva Yu.Y.,

Buxoro davlat tibbiyot instuti Buxoro viloyat psixonevrologik dispanseri
(Adabiyotlar Sharxi)

✓ **Rezyume**

O'z joniga qasd qilish fikri va xulq-atvori bo'lgan bemorlari bo'r shoshilinch tibbiy yordam bo'limi oldida qiyin vazifa turadi. Bemorlarning aksariyati asosiy shikoyatlaridan qat'iy nazar, yaqinda o'z joniga qasd qilish fikri yoki xatti-harakatlarini so'ralmasa, buni oshkor qilmaydilar. Shu sababli, o'z joniga qasd qilish skriningi va asosiy emotsional yoki xulq-atvor kasalliklari yoki alomatlar bo'lgan bemorlarni baholash talab etiladi. Buni o'z joniga qasd qilish fikri va xulq-atvori bo'lgan bemorlarni maqsadli tekshirish orqali amalga oshirish mumkin.

Kalit so'zlar: shoshilinch yordam, o'z joniga qasd qilish fikri va xulq-atvori, xavfni baholash

Актуальность

Суицидальные пациенты испытывают острую эмоциональную боль и, как пациенты, страдающие от физической боли, заслуживают

чуткого и ориентированного на пациента ухода. Небольшие усилия, такие как объяснение того, чего ожидать и обеспечение

основных удобств, могут улучшить впечатления пациента [1-2]. Установление взаимопонимания посредством сочувственного, но прямого подхода может улучшить общение с пациентом и, следовательно, повысить качество оценки [2].

Важно отметить, что расспросы пациента о суицидальных мыслях или планах не провоцируют и не поощряют суицидальное поведение и врачи должны задавать конкретные вопросы о природе и содержании суицидальных мыслей, как описано ниже более подробно.

Информация из соответствующих «побочных» источников особенно важна для суицидальных пациентов; к соответствующим источникам относятся сотрудники догоспитальных учреждений или милиция, родственники или друзья пациента или медицинский персонал амбулаторных услуг [2-7]. Спрашивание разрешения у пациента усиливает взаимопонимание, но медицинский персонал может устанавливать эти контакты без согласия пациента, когда это необходимо, чтобы защитить человека или общество от неминуемой и серьезной угрозы безопасности. Предварительные данные показывают, скрининг выявлять людей со скрытыми суицидальными идеями без отрицательного воздействия на течение неотложной помощи.

В этой обзорной статье мы сосредоточены на ведении пациентов с суицидальной неотложной помощи, независимо от того, как они идентифицированы.

Пациентам, оцениваемым на предмет суицидальных мыслей или поведения, не следует позволять покидать отделение токсикологии до тех пор, пока оценка не будет завершена и их следует защищать от членовредительства во время нахождения в отделении неотложной помощи. Обычно это включает помещение пациента в отдельную комнату без доступа к потенциально опасным предметам (например, лекарства, ремням, шнуркам или острым медицинским инструментам). Механические или химические ограничения могут травмировать пациента, поэтому врачам-специалистам по неотложной помощи следует сначала попытаться устно снизить возбужденных пациентов (например, попросив дополнительных сотрудников скрыться из поля зрения и вступив в совместную уважительную беседу).

«Целенаправленная медицинская оценка» - термин, который эксперты предпочитают «медицинскому

освидетельствованию» который подразумевает отсутствие медицинских проблем, - направлен на выявление медицинских проблем, требующих неотложной или неотложной помощи [4]. Целенаправленная медицинская оценка в первую очередь основана на анамнезе и физическом осмотре, включая оценку когнитивного и эмоционального статуса пациента и выявление приема наркотиков, травм или других заболеваний, которые могут повлиять на психическое состояние пациента. Регулярное диагностическое тестирование, в том числе нецелевого лабораторных или рентгенологических исследований, не продемонстрировали клиническую пользу и не рекомендуется [3-6]. Однако консультанты по психическому здоровью часто запрашивают тесты, например, токсикологические.

Суицидные пациенты часто находятся в режиме длительного пребывания в неотложной помощи в ожидании обследования или госпитализации в психиатрическую больницу. Кратковременные вмешательства при токсикологии могут быть как терапевтическими, так и полезными для предотвращения вредительства в будущем, и они могут быть особенно важны для пациентов, выписываемых домой. В то время как вмешательства могут быть наиболее эффективными, когда они осуществляются в комплексе, местные методы должны быть адаптированы как к потребностям, так и к выполнимости. Обучение пациентов и совместное планирование безопасности в отделении токсикологии должны включать индивидуальные планы с предупреждающими знаками, последующими действиями и контактами в экстренных случаях [2-7]. Планирование безопасности использует пошаговый подход, чтобы помочь пациентам определить механизмы выживания и обращения за помощью во время кризиса.

Выписанные суицидные пациенты нуждаются в быстром направлении к специалистам для последующего амбулаторного лечения, поскольку дни сразу после выписки из отделения неотложной помощи токсикологии относятся к периоду высокого риска. Назначение конкретного визита до того, как человек покинет отделение неотложной помощи, и обращение за помощью к семье или друзьям могут помочь обеспечить последующее наблюдение.

Консультации по поводу ограничения домашнего доступа к смертоносным средствам (например, токсичным лекарствам)

является важным аспектом оказания неотложной помощи суицидным пациентам. Обоснование ограничения средств состоит в том, что суицидальные действия часто носят импульсивный характер и происходят во время кратковременных кризисов и что выживание зависит от летальности выбранного метода. Повесить и лекарства имеют самую высокие самоубийства летальность (более 40%), медицинские работники по оказанию неотложной помощи должны посоветовать всем суицидным пациентам и их семьям хранить лекарства за пределами территории (например, в аптеках) во время кризиса; шкафы для лекарств или замки дома могут быть разумной альтернативой, если у пациента нет доступа.

Для пациентов в остром кризисе с умеренным или высоким риском суицида госпитализация в психиатрическую больницу остается типичным направлением. В таких случаях добровольная госпитализация предпочтительнее, когда это возможно, в соответствии с целями совместной, ориентированной на пациента помощи.

Заключение

Пациенты, чей риск неминуемого суицида считается приемлемо низким, часто могут лечиться амбулаторно, такие пациенты должны быть выписаны в поддерживающую стабильную среду без доступа смертельным лекарствам. Короткие контакты по телефону, электронной почте или почте после выписки, по-видимому, уменьшают количество попыток самоубийства и смертность. Всем пациентам должен быть предоставлен номер национальной горячей линии по предотвращению самоубийств, общенационального бесплатного телефона и онлайн-чата с инструкциями по кризисным ситуациям. Краткосрочные вмешательства в неотложной помощи отделение токсикологии, в том числе консультации о токсичным лекарствам, могут быть как выполнимыми, так и эффективными, в зависимости от среды и ресурсов неотложной помощи. Самоубийство остается основной причиной смерти, но медицинский персонал неотложной помощи отделение токсикологии есть возможность облегчить эмоциональную боль и спасти жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ильген М.А., Уолтон М.А., Каннингем Р.М. и др. Недавние суицидальные мысли среди пациентов в отделении неотложной помощи в центре города. Поведение, угрожающее жизни суицидом. 2009; 39: 508–517.
2. Клаассен К.А., Ларкин Г.Л. Окультное суицидальное поведение среди населения отделения неотложной помощи. Вг J Psychiatry. 2005; 186: 352–353.
3. Бец М.Э., Ариас С.А., Миллер М. и др. Изменение убеждений и практик сотрудников отделений неотложной помощи после использования новых протоколов для суицидальных пациентов. Psychiat Serv. 2015; 66: 625–631.
4. Суд Т.Р., Макстей К.М. Оценка психиатрического пациента. Emerg Med Clin North Am. 2009; 27: 669–683.
5. Гуд Б., Уолш Р.М., Александр Г. и др. Оценка острого психиатрического пациента в отделении неотложной помощи: судебные дела и предостережения. West J Emerg Med. 2014; 15: 312–317.

Поступила 09.04.2021

**СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИНВАЛИДНОСТИ И СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**
(Обзор литературы)

Жураев Ш.Ж., Эргашева Ю.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Соматические заболевания и функциональная инвалидность распространены в пожилом возрасте и могут привести к потере автономии, изоляции, боли, увеличению нагрузки на социальные сети и развитию депрессии. Пожилые люди, умершие в результате самоубийства, часто консультируются со своими врачами в течение нескольких недель после смерти. В центре внимания этих посещений часто бывают физические недуги, а психические расстройства и суицидальные чувства часто остаются без внимания.

Ключевые слова: соматических заболеваний, суицидальный мысли, суицидальный поведения, пожилых люди

PHYSICAL ILLNESS, DISABILITY AND SUICIDAL BEHAVIOR AMONG THE ELDERLY
(Literature Review)

Juraev Sh.J., Ergasheva Yu.Yu.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Physical illness and functional disability are common in old age and can lead to loss of autonomy, isolation, pain, increased stress on social networks, and the development of depression. Seniors who die by suicide often consult their doctors for several weeks after death. Physical ailments are often the focus of these visits, and mental disorders and suicidal feelings are often overlooked

Key words: somatic illness, suicidal thoughts, suicidal behavior, the elderly

**KEKSALAR ORASIDA SOMATIK KASALLIK, NOGIRONLIK VA O'Z JONIGA QASD
QILISH HARAKATI**
(Adabiyotlar Sharx)

Juraev Sh.Z., Ergasheva Yu.Yu.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ **Rezyume**

Somatik kasallik va funktsional nogironlik qarilik davrida keng tarqalgan bo'lib, izolyatsiya, og'riq, ijtimoiy tarmoqlarda stressni kuchayishi va depressiyani rivojlanishiga olib kelishi mumkin. O'z joniga qasd qilishdan vafot etgan qariyalar, o'limidan oldin bir necha hafta davomida ko'pincha shifokorlari bilan maslahatlashadi. Somatik kasalliklar ko'pincha ushbu tashriflarning markazida bo'ladi, ruhiy kasalliklar va o'z joniga qasd qilish hissiyotlari ko'pincha e'tibordan chetda qoladi.

Kalit so'zlar: somatik kasallik, o'z joniga qasd qilish fikri, o'z joniga qasd qilish harakati, qariyalar

Актуальность

Предыдущих обзорах рассматривалась роль соматического заболеваний и функциональной инвалидности, ни в одном систематическом обзоре это явно не изучалось у пожилых людей. Мы стремились систематически анализировать доказательства связи между соматическим заболеванием и функциональной

инвалидностью и [1] желанием смерти, [2] суицидальными идеями, [3] несмертельным суицидным поведением и [4] суицидом у пожилых людей (возраст 60 лет и старше). Были рассмотрены следующие вопросы:

Какие соматические состояния связаны с желанием смерти, суицидальными идеями,

суицидальным поведением и / или самоубийством у пожилых людей?

1. Каковы последствия для предотвращения суицидального поведения у пожилых людей?

2. Какие области нуждаются в исследованиях?

Методы

Критерии отбора включали рецензируемую публикацию на английском языке, ориентированную на лиц старше 64 лет, изучение желания смерти, суицидальных мыслей, несмертельного суицидального поведения самоубийства и показатель соматического здоровья. Исследования, посвященные когнитивным расстройствам, включая деменцию, были исключены, поскольку они считались психическими расстройствами в соответствии с диагностическими системами DSM IV / ICD 10. Количественные исследования, в которых не было соответствующих групп сравнения, также были исключены.

Сердечно-сосудистые заболевания.

Существенная связь между сердечными заболеваниями и суицидными идеями отмечена в одном популяционном исследовании [3]. В другом исследовании не было обнаружено связи с прошлогодним желанием умереть [4]. Одно регистровое исследование не сообщило об отсутствии связи между сердечно-сосудистыми заболеваниями и самоубийствами после поправки на другие прогнозируемые заболевания на основе одномерного анализа [5-6]. Другое исследование не обнаружило связи между сердечным заболеванием и суицидом после поправки на сопутствующие соматические и психические заболевания [6]. Нулевые результаты были обнаружены в другом исследовании регистров, которое было сосредоточено конкретно на реципиентах медицинских услуг [5-6]. Инфаркт миокарда в анамнезе был связан с суицидными чувствами в репрезентативной выборке населения 75 лет [1-4] и с самоубийством в исследовании больничного регистра [5]. Инфаркт миокарда был связан с желанием умереть у пациентов первичной медико-санитарной помощи в США, также в многомерных моделях, включающих большое количество факторов [3-4].

Серьезные сердечные заболевания наблюдались в аналогичной пропорции (10%) в случаях самоубийств и среди лиц, сравниваемых с соответствующими группами населения [1-4].

Легочные заболевания. В одном популяционном исследовании респираторная

проблема была связана с желанием умереть [7-8], но эта связь не сохранилась в скорректированной модели, которая включала депрессию. В другом популяционном исследовании астма была связана с суицидальными идеями [8]. Небольшое увеличение шансов на самоубийство наблюдалось у лиц с хроническими заболеваниями легких в одном исследовании регистров [8-9]. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) была связана с самоубийством в трех других исследованиях [9].

Желудочно-кишечные и почечные расстройства. Проблемы с пищеварением, о которых сообщали сами пациенты, были связаны с желанием смерти, но не в многофакторном анализе [9-10]. Язвенная болезнь ассоциировалась с трехкратным увеличением вероятности суицидальных переживаний за последний месяц в выборке 85-летних [10]. Назначение лекарств от повышенной кислотности не было связано с самоубийством после корректировки на другие прогностические заболевания [10-11]. Заболевания печени были связаны с более высоким риском самоубийства в двух исследованиях регистров [12]. Никакой связи между заболеванием почек и самоубийством не было обнаружено в одном исследовании регистров [13], но другой сообщил о связи между терминальной стадией почечной недостаточности и суицидом у взрослых в возрасте 75 лет и старше [12].

Мочеполовые заболевания. В скорректированных моделях заболевания простаты и мужских половых органов были связаны с самоубийством в двух исследованиях регистров [5-8], но не в третьем, в котором для выявления этих состояний использовались данные рецептов [8].

Недержание мочи было связано с желанием смерти у пациентов первичного звена после поправки на демографические данные, но не после включения в модель функционального статуса [10].

Эндокринные расстройства. Большинство популяционных [1-4] и основанных на регистрах исследований [8-9], сообщили об отсутствии связи между диабетом и суицидальным поведением. Точно так же было обнаружено мало доказательств связи между суицидным поведением и щитовидной железой или другими эндокринными нарушениями [12].

Неврологические состояния. Два регистрационных исследования продемонстрировали двух-трехкратное

увеличение риска суицида у пожилых людей с судорожными расстройствами [6-8]. Цереброваскулярные заболевания гемиплегия также были связаны с самоубийством [8]. Связь с инсультом наблюдалась в скорректированном анализе в двух исследованиях регистров [11-12]. Одно популяционное исследование показало связь между мигренозной головной болью и суицидальными идеями [3-4]. Второй исследовал потенциальную связь между мигренозной головной болью и желанием умереть, но никакой связи обнаружено не было [4].

Со стороны опорно-двигательного аппарата. Взаимосвязь между артритом, ревматизмом желанием умереть наблюдалась в популяционном исследовании [7-8]. Связь с самоубийством также была обнаружена в одном исследовании регистров, но не в трех других исследованиях [9-11]. Остеопороз был связан с повышенным риском самоубийства среди недавно госпитализированных пожилых людей, которым был поставлен диагноз [9]. Из целого ряда переломов только переломы позвоночника были связаны с самоубийством в скорректированном анализе [8-11].

Связь между артритом и несмертельным суицидным поведением была обнаружена в одном исследовании, в котором сравнивалась когорта людей, госпитализированных после суицидального акта, и популяционная группа [7-11].

Онкологические заболевания. В девяти исследованиях регистров сообщалось о связи между раком и различным суицидным поведением [1,3,6,7,11,12,13,14]. В двух исследованиях рак легких был связан с повышенным риском суицида [7-8]. В трех исследованиях рак предстательной железы и половых органов были связаны с повышенным риском суицида у мужчин [7, 8, 11].

Возрастные и половые болезни. Госпитализация в урологическое отделение была связана с высоким риском суицида у мужчин в возрасте 80 лет и старше [8]. Другое регистровое исследование показало повышенный риск суицида при раке простаты и половых органов у мужчин в возрасте 80 лет и старше, но не у мужчин в возрасте от 70 до 79 лет [7-12].

Хотя половые различия непосредственно не изучались, риск суицида анализировался отдельно у мужчин и женщин для соматического заболевания [3-4], опухоль желудочно-кишечного тракта, и сердечно-сосудистые заболевания, диагностированные в течение

последних лет, были связаны с риском суицида у мужчин, но не у женщин. Напротив, повышенный риск наблюдался у женщин с раком мозга и глаукомой, но не у мужчин с этими состояниями.

В исследованиях из Тайваня, Нидерландов и Швеции [11-14], пожилые люди с историей суицидальных мыслей или поведения были опрошены о причинах их суицидальности, в то время как в канадском исследовании [3-4] пожилые люди были опрошены о подготовке к смерти. В исследовании, проведенном в Норвегии, использовался метод психологического вскрытия, чтобы понять суицидные мотивы выборки пожилых людей с точки зрения выживших значимых других [13-14].

В этом систематическом обзоре было выявлено 12 количественных и 8 качественных исследований, изучающих связь между различными соматическими заболеваниями и функциональными нарушениями и суицидальным поведением. Хотя в исследованиях, посвященных физическим заболеваниям как таковым, были получены несколько расходящиеся результаты, они были более последовательными в отношении функциональной инвалидности и некоторых конкретных соматических состояний, включая злокачественные заболевания, неврологические расстройства, расстройства мужских половых органов, артрит / артроз, ХОБЛ и заболевания печени. Было обнаружено мало поддержки ассоциации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом, но несколько исследований показали повышенный риск инфаркта миокарда. Во многих исследованиях изучалась возможная связь между диабетом и суицидным поведением, но лишь немногие нашли доказательства такой связи. Хотя результаты по почечной недостаточности были неубедительными, не рассматриваемые в этом систематическом обзоре.

Общей темой во всех исследованиях было то, что болезни и инвалидность были суицидогенными, когда они угрожали независимости человека, чувству полезности, ценности, достоинства или удовольствия от жизни.

Перед дальнейшим обсуждением результатов этого обзора необходимо выделить методологические соображения. Из-за разницы в определениях суицидного поведения и большого различия в подверженности соматическим заболеваниям мы не смогли провести метаанализ. Кроме того, с помощью нашей стратегии поиска было обнаружено

несколько клинических исследований. Альтернативный подход к поиску (например, поиск, включающий названия болезней и использующий полнотекстовый поиск), мог бы дать больше исследований. Другая проблема заключается в том, что степень, в которой результаты были скорректированы с учетом потенциальных искажающих факторов, широко варьировалась в разных исследованиях. В этом обзоре использовалась граница возраста 58-68 лет. Однако мы понимаем, что пожилой возраст - это социальная конструкция. В некоторых культурах люди в возрасте от 40 до 50 могут считаться пожилыми людьми. Кроме того, только несколько исследований в этом обзоре предоставили оценки риска суицида с разбивкой по возрасту. Вероятно, что соматическое здоровье по-разному влияет на риск суицидального поведения у людей в возрасте от 70 до 60 лет по сравнению с людьми старше 70 лет. Относительно небольшое количество исследований представило результаты, специфичные для пола. Во многих исследованиях процент женщин в выборке не указывается. У тех, кто это сделал пропорции сильно различались от исследования к исследованию. Причин такой вариативности может быть множество, в том числе разное соотношение полов в фоновой популяции, частота изучаемого конкретного соматического состояния, географические, культурные различия в соотношении полов для определенного типа суицидного поведения, и дифференцированная отчетность о случаях суицидального поведения, самоубийства у женщин и мужчин. Таким образом, на их взгляды на причины самоубийства повлияла их недавняя потеря, а также их отношение к умершему. Это не является проблемой для исследований, которые также включают данные, полученные из медицинских записей. Что касается качественного психологического исследования вскрытия трупа, включенного в этот обзор, следует отметить, что авторы, которые также были интервьюерами, показали, что они считали самоубийство пожилых людей приемлемым выбором для пожилых людей в своем исследовании. Эта позиция, вероятно, повлияла на то, что авторы спрашивали у информантов и как они это задавали, а также на интерпретации и выводы авторов.

Количественная оценка степени или тяжести соматического заболевания или функциональной инвалидности у пожилых пациентов не позволяет выявить лиц,

потенциально склонных к суициду. Например, контролируемое психологическое вскрытие, в ходе которого изучался последний контакт с медицинским работником лиц в возрасте 60 лет и старше, умерших в результате самоубийства или внезапной смерти, показало, что тяжесть соматического заболевания и функциональные нарушения не отличают самоубийства от случаев внезапной смерти [13-14].

Хотя этот обзор литературы обнаружил связь между суицидным поведением и рядом физических заболеваний и состояний инвалидности, следует отметить, что оценки риска были довольно скромными по сравнению с оценками психических заболеваний. Коморбидные проблемы с соматическим и психическим здоровьем встречаются часто, особенно у пожилых людей. Ряд исследований психологической аутопсии, посвященных пожилым людям, показали, что большая депрессия присутствует примерно в половине случаев [8,11,12,14]. Поэтому клиницисты, работающие с пожилыми людьми с суицидными наклонностями, должны учитывать как медицинские, так и психиатрические заболевания при выборе вариантов фармакологического лечения. Во время клинической консультации опрос пожилых людей о том, как они справляются с лекарствами и действиями, необходимыми для их состояния здоровья, может дать ключ к разгадке суицидальных мыслей этих пожилых людей. Низкая самооценочность и чувство беспомощности в борьбе с функциональными нарушениями и действиями по уходу за собой влияют на качество жизни, а также на соблюдение лечебных режимов.

Интеграция психиатрической помощи в первичную, специализированную медицинскую помощь и гериатрическую помощь может быть эффективной стратегией выявления и лечения суицидальных пожилых людей с соматическими заболеваниями [1,4,7,8,10,11,13,14]. Модели совместной помощи обычно включают следующие компоненты: улучшение рутинного скрининга и диагностики депрессивных расстройств; более широкое использование поставщиками доказательных протоколов для упреждающего ведения диагностированного депрессивного расстройства; и улучшение клинической и общественной поддержки для вовлечения пациентов в постановку целей лечения и самоконтроль. Несмотря на обнадеживающие результаты, высказывались опасения по поводу стоимости и устойчивости совместного лечения и потенциального

нарушения рабочего процесса и подрыв непрерывности лечения.

Результаты этого обзора показывают, что в специализированных медицинских учреждениях требуется больше внимания и опыта в области предотвращения самоубийств. Необходимо разработать меры вмешательства с привлечением специализированных медицинских работников, особенно онкологов и неврологов. Хотя пожилые люди, наблюдаемые в специализированных медицинских учреждениях, также наблюдаются в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, специалисты с тяжелыми заболеваниями могут чаще встречаться с ними.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедани Б.К. Саймон Г.Е. Стюарт С. Бек А. Вайцфельдер Б.Е. Россом Р. Сольберг Л.И. Медицинские контакты за год до самоубийства. //Журнал общей внутренней медицины, 2014 г .; (6): 870–877.
2. Ан Э. Шин DW Чо Си Пак С. Вон Ю. Дж. Юн Ю. Х. Уровень самоубийств и факторы риска среди корейских онкологических больных, 1993-2005 гг. //Эпидемиология рака, биомаркеры и профилактика, 2010 г .
3. Алексопулос Г. С. Рейнольдс К. Ф., 3-й Брюс М. Л. Кац И. Р. Рауэ П. Дж. Мулсант Б. Х. Тен Хав Т. Уменьшение суицидных мыслей и депрессии у пожилых пациентов первичной медико-санитарной помощи: результаты исследования . *Американский журнал психиатрии*,
4. Аллебек П. Болунд С. Рингбэк Г. Повышенный уровень самоубийств у онкологических больных. Когортное исследование, основанное на Шведском реестре онкологических заболеваний и окружающей среды. //Журнал клинической эпидемиологии, 1989;
5. Алмейда О. П. Пиркис Дж. Керс Н. Сим М. Фликер Л. Сноудон Дж. Пфафф Дж. Дж. Рандомизированное исследование по снижению распространенности депрессии и самоповреждения у пожилых пациентов первичной медико-санитарной помощи. *Анналы семейной медицины*. 2012; (4): 347–356.
6. Осберг М. Монтгомери С.А. Перрис К. Шаллинг Д. Седвалл Г. Комплексная психопатологическая оценочная шкала. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 1978: 5–27.
7. Авата С. Секи Т. Коидзуми Ю. Сато С. Ходзава А. Омори К. Цудзи И. Факторы, связанные с суицидальными мыслями у пожилого городского японского населения: перекрестное исследование на уровне общины. //Психиатрия и клинические неврологии, 2005; (3): 327–336.
8. Vane C. Hughes CM McElney JC Влияние депрессивных симптомов и психосоциальных факторов на приверженность лечению при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Консультации по обучению пациентов*, 2006; (2): 187–193.
9. Барнов С. Линден М. Фрейбергер Н.И. Связь между суицидными чувствами и психическими расстройствами у пожилых людей: результаты Берлинского исследования старения (BASE) //Психологическая медицина, 2004; (4): 741–746.
10. Ильген М.А., Уолтон М.А., Каннингем Р.М. и др. Недавние суицидальные мысли среди пациентов в отделении неотложной помощи в центре города. *Поведение, угрожающее жизни суицидом*. 2009; 39 : 508–517.
11. Клаассен К.А., Ларкин Г.Л. Окультное суицидальное поведение среди населения отделения неотложной помощи. //Br J Psychiatry. 2005; 186 : 352–353.
12. Бец М.Э., Ариас С.А., Миллер М. и др. Изменение убеждений и практик сотрудников отделений неотложной помощи после использования новых протоколов для суицидальных пациентов. //Psychiat Serv. 2015; 66 : 625–631.
13. Суд Т.Р., Макстей К.М. Оценка психиатрического пациента. //Emerg Med Clin North Am. 2009; 27 : 669–683.
14. Гуд Б., Уолш Р.М., Александр Г. и др. Оценка острого психиатрического пациента в отделении неотложной помощи: судебные дела и предостережения. //West J Emerg Med. 2014; 15 : 312–317.
15. Шреверс М. Дж., Тео И. Отчёт о посттравматическом росте у Малазийских онкологических больных: взаимосвязь с психологическим дистрессом и копинг-стратегиями. //Психоонкология 2008. 1239–46.

Поступила 09.04.2021

Жураев Ш.Ж., Эргашева Ю.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Самоубийства и попытки суицида распространены среди пациентов психиатрических больниц и представляют собой серьезную глобальную клиническую проблему и проблему общественного здравоохранения. Риски особенно высоки при серьезных расстройствах настроения, особенно при биполярном расстройстве и тяжелом большом депрессивном расстройстве. Уточнение факторов риска для отдельных типов основных аффективных расстройств должно способствовать более раннему выявлению суицидного риска, поддерживать профилактические вмешательства и улучшать лечение и прогноз пациентов из группы риска.

Ключевые слова: биполярные расстройства, депрессия факторы риска самоубийство, попытка самоубийство

SUICIDAL RISK FACTORS IN AFFECTIVE DISORDERS

Ergasheva Yu.Yu., Juraev Sh.J.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Suicide and suicide attempts are common among psychiatric hospital patients and represent a serious global clinical and public health problem. The risks are particularly high for serious mood disorders, especially bipolar disorder and severe major depressive disorder. Clarifying the risk factors for specific types of major affective disorders should facilitate earlier detection of suicide risk, support preventive interventions, and improve the treatment and prognosis of at-risk patients.

Key words: bipolar disorder, depression, suicide risk factors, suicide attempt

AFFEKTIV RYXIY BUZILISHLARDA O'Z JONIGA QASD QILISHNING XAVFI OMILLARI

Ergasheva Yu.Yu., Juraev Sh.Z.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

✓ Резюме

О'з joniga qasd qilish va o'z joniga qasd qilishga urinishlar ruxiy shifoxonalarda bemorlar orasida keng tarqalgan va jiddiy global klinik muammo va sog'liqni saqlash muammosidir. Ayniqsa, bipolyar buzilishlar va depressiya buzilishlar ruhiy kasalliklarda xatarlari ayniqsa yuqori. Ayrim turdagi asosiy affektiv kasalliklar uchun xavf omillarini aniqlash o'z joniga qasd qilish xavfini aniqlash, profilaktik tadbirlarni qo'llab-quvvatlash va bemorlarni xavf-xatarlardan davolash va prognozni yaxshilashga yordam beradi.

Kalit so'zlar: bipolyar kasalliklar, depressiya o'z joniga qasd qilish xavfi omillari, o'z joniga qasd qilishga urinish

Актуальность

Среди пациентов с тяжелыми депрессивными эпизодами диагноз биполярного расстройства или наличие сопутствующих пограничных черт личности подразумевают чрезвычайно высокий риск суицидальных попыток. Факторы риска

суицидальных мыслей и суицидальных действий частично совпадают, но могут не совпадать. Предполагаемая тяжесть пограничных черт личности, по-видимому, связана с суицидным поведением в анамнезе и текущей тяжестью суицидальных мыслей в

зависимости от дозы у всех пациентов с расстройством настроения. Следовательно, надежная оценка пограничных характеристик может способствовать оценке суицидного риска.

Цель: выявить факторы, связанные с суицидным риском при расстройствах настроения

Материал и методы

Мы рассмотрели факторы риска до, во время и после 32 больных с и без суицидных действий, в целом и с биполярным расстройством по сравнению с депрессивным расстройством, используя двумерные сравнения. Включенные пациенты прошли повторную оценку истории болезни и суицидального поведения (попытки или самоубийства) или сообщили о суицидальных идеях в течение нескольких лет наблюдения. Попытка самоубийства включала в себя любое действие с самоповреждением с доказательством намерения умереть или без него; насильственные действия включали в себя нанесение себе телесных повреждений с медицинским вмешательством или смертью, а также повешение, утопление или удушение, либо прыжок с высоты. Клиническая информация о демографических, описательных и клинических характеристики, включая проспективно оцененную заболеваемость с течением времени, характеристики суицидного поведения и назначенное лечение, были получены на основе полуструктурированных интервью и графиков жизни, построенных при поступлении и обновленных во время проспективного клинического наблюдения еженедельно через индексный эпизод заболевания), при приеме и после этого с интервалами от 1 до 6 месяцев, в зависимости от клинических показаний.

Результат и обсуждение

Выборка исследования включала 32 пациента с одним из следующих основных расстройств настроения по МКБ-10, с биполярным расстройством I типа (БР-I), биполярным расстройством II типа (БР-II) и большое депрессивным расстройством (БДР). Средняя продолжительность заболевания составила 17,0 лет с и 11,7 года; 68,6% составляли женщины. Возраст больных к моменту обследования составлял от 24 до 42 лет (средний возраст $30,1 \pm 5,4$ года).

Суицидальный риск выявленных суицидальных мыслей был значительно выше среди пациентов с биполярным расстройством

II типа (32,0%), чем у пациентов с биполярным расстройством I типа (22,2%) и большое депрессивное расстройство (БДР) (29,2%)

Риск суицидальных попыток в течение жизни был незначительно выше среди участников с БР-I (19,9%), чем у участников с БР-II (14,9%); но этот риск был значительно в 3,84 раза выше среди всех пациентов с биполярными расстройствами (18,8%), чем у пациентов с большим депрессивным расстройством БДР (4,78%). Частота попыток на время воздействия (процент в год) была выше у пациентов с БР-I по сравнению с БР-II (1,18 для БР-I v.0,88 для БР-II, в 1,45 раза больше; и 1,11 для БР-I *против* 0,41 для БР-II, в 2,52 раза выше) и для пациентов с БР по сравнению с БДР. Риски и частота самоубийств были одинаковыми у пациентов с БР-I (1,71%; 0,10% год) и БР-II (1,71%; 0,08% год), но значительно выше у пациентов с БР в целом (1,63%; 0,11). % год), чем пациенты с БДР (0,48%; 0,03% год). Что касается риска и частоты всех суицидных действий (попытки + самоубийства), пациенты с БР-I (21,7%; 1,34% год) имели самые высокие показатели, за ними следовали пациенты с БР-II (16,3%; 0,97% год), а затем больными БДР (4,96%; 0,45% год); эти показатели были высокими для пациентов с БР в целом (21,4%; 1,19% год). Соотношение количества попыток и самоубийств (12% год), мера летальности (большая летальность при меньшем соотношении), указывает на одинаковую летальность среди всех диагностических групп: БР-II (9,69), БДР (11,2), БР-I (10,6) и все БР (11,1). Доля насильственных попыток или самоубийств (включая прыжки, повешение, утопление или удушение) среди всех суицидальных действий была выше среди пациентов с БР-I, чем у пациентов с БР-II (37,1 *против* 22,1%), и не была значительно выше у пациентов. Пациенты с БР по сравнению с пациентами с БДР (32,8 *против* 22,9%). Кроме того, как и ожидалось, суицидальные действия были более распространены среди мужчин в 1,58 раза (39,8%, 94% ДИ 31,2–48,7) по сравнению с женщинами (22,6%, 19,2–30,6, $\chi^2 = 10,4$, $P = 0,001$) как в БР, так и в БДР.

Среди всех пациентов с аффективными расстройствами факторы, которые присутствовали до поступления в исследуемый объект и которые были в значительной степени связаны с суицидными действиями в течение всей жизни, включали: семейный анамнез большого аффективного расстройства, самоубийства; быть незамужним или

разведенным и иметь меньше детей; безработица и низкий социально-экономический статус; пережили раннее насилие или травму и относительно раннюю потерю родителя; быть моложе в начале болезни и больше лет находиться в группе риска; иметь более четырех предыдущих депрессий; и госпитализация по поводу психического заболевания. Сравнение пропорций или значений показателей среди пациентов с суицидным поведением и пациентов без суицидального поведения (попытки или самоубийства) к пациентам без суицидальных действий относятся только пациенты с суицидальными идеями. Факторы, в значительной степени не связанные с суицидным поведением, включали: образование после средней школы, тревожный и гипертимический темперамент. БДР большое депрессивное расстройство, БР биполярное расстройство; БД-И, БД типа I; БД-II, БД тип II; Шкала самооценки взрослых (ASRS-A), шкала самооценки скрининга синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых СДВГ, часть А; валидация короткой версии прибора с собственной оценкой, предназначенного для измерения вариаций темперамента TEMPS-A, HRSD-шкала оценки депрессии Гамильтона; MDQ -опросник для расстройств настроения.

При оценке поступления факторы, связанные с пожизненным риском суицидных действий, включали: пожилой текущий возраст; БР (БР-I > БР-II) в сравнении с диагнозом БДР; сопутствующее расстройство дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), особенно с невниманием (более высокий балл по шкале-А для взрослых СДВГ); злоупотребление наркотиками или алкоголем или курение; отсутствие тревожного расстройства; смешанные (гипоманиакальные) симптомы при депрессивных эпизодах (при БДР или БР); переход в (гипо) манию при БР-I; более высокие оценки дистимического, циклотимического или раздражительного темперамента (оценка темперамента); несколько более высокие рейтинги по шкале оценки депрессии Гамильтона (HRSD); и более высокие оценки пожизненных БР-подобных симптомов (оценка по опроснику расстройства настроения).

Факторы, связанные с суицидным поведением, которые были проспективно оценены в ходе последующего наблюдения включали: более длительное время воздействия (годы в группе риска), более высокую заболеваемость (как процент времени,

проведенного больным, депрессивным или (гипоманиакальным) и психиатрическую госпитализацию. больница. Кроме того, хотя лечение назначалось клинически, примечательно, что монотерапия антидепрессантами гораздо реже назначается пациентам, склонным к суициду, тогда как использование стабилизаторов настроения или антипсихотических препаратов отдельно или с антидепрессантами гораздо более распространено среди пациентов, склонных к суициду.

Выводы

В этом исследовании представлены риски и среднегодовые показатели для пациентов с суицидными действиями (попытками или самоубийствами), относительные риски насильственных и ненасильственных суицидальных действий, а также оценочные показатели суицидальных мыслей среди 32 одинаково и последовательно оцениваемых пациентов с серьезными аффективными расстройствами в одном исследовании. В целом, мы обнаружили, что пожизненный риск суицидальных мыслей составляет около 58%, суицидальных попыток различной степени тяжести - 29%, суицидальных действий - 2,4% и для всех действий - 29% при среднем времени воздействия, составляющем 13,8 года. Соотношение попыток и суицидов было одинаковым у пациентов с БД (10,9) и пациентов с БД (10,2) и в несколько раз ниже. В исследовании также были определены количественные ассоциации многих демографических и клинических факторов с суицидальными действиями, а также их относительная вероятность среди лиц с диагнозом БР или БДР.

Как и ожидалось, признаки менее успешного социального функционирования были связаны с повышенным риском суицидального поведения. Такие факторы риска включали будучи незамужних или разведенных и следовательно имеющие детей, а также более низкий социально - экономический статус и больше безработица. Эти факторы также независимо связаны с наличием расстройства настроения. Также с самоубийствами и попытками были связаны более раннее начало заболевания, более длительное время от начала до поступления и более высокий текущий возраст, что свидетельствует о более сильном воздействии или большем количестве лет риска.

Более высокий суицидальный риск был больше связан с Бр, чем с БДР, и риск был

одинаковым среди пациентов с БР-I и пациентов с БР-II. Эти результаты согласуются с предыдущими наблюдениями, касающимися случаев выборки БДР по тяжести заболевания. Сопутствующие заболевания, связанные с суицидными действиями, включали СДВГ и злоупотребление психоактивными веществами, а также курение. Однако, вопреки ожиданиям, сопутствующие тревожные расстройства были связаны с более низким риском суицидных действий, возможно, в связи с более низкой степенью импульсивности.

Диагноза БР, факторы риска, связанные с суицидным поведением, включали показатели большей тяжести заболевания: в частности, время, проведенное в болезни или депрессии, множественные ранние рецидивы депрессии, госпитализация в психиатрическую больницу и сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами. Также с суицидальным поведением сильно ассоциировалась история болезни сердца или самоубийства среди членов семьи первой степени родства. Мы также обнаружили более высокие оценки некоторых типов аффективных темпераментов, особенно дистимических и циклотимических, среди пациентов, склонных к суициду, как сообщалось ранее. Особо следует отметить, что настоящие результаты также подтверждают хорошо известную сильную связь суицидного риска со смешанными признаками, включая пациентов с диагнозом БР или БДР. Элементы, которые могут соединяться БР, смешанные состояния и суицидальные риска включают в себя агрессивность и другие мания ассоциированных характеристик в обоих подростках и взрослых.

Методы самоубийства или попытки были выявлены в 27,2% (85% ДИ 7,21–49,6) всех суицидальных действий (попытки + самоубийства), больше с диагнозом БР-I, чем БР-II или БДР и, как ожидается, что на самоубийств больше, чем попыток, и больше среди мужчин, чем среди женщин. Общий уровень насильственных действий несколько ниже, чем недавно зарегистрированные показатели, составлявшие в среднем 35,1% (91% ДИ 13,8–65,4; 37% для попыток *против* 52,3% для самоубийств, 33,1% среди женщин *против* 52,4% среди мужчин), вероятно, из-за региональным и культурным различиям.

Еще одно интересное наблюдение заключается в том, что использование только антидепрессантов было гораздо менее

распространено среди пациентов, склонных к суициду, чем у тех, кто не склонен к суициду, в отличие от более широкого использования антипсихотических средств и стабилизаторов настроения отдельно или в сочетании с антидепрессантами. Этот клинический, нерандомизированный выбор лечения отражает клиническую практику в исследовательском центре, в которой антидепрессанты избегали в пользу нейрорептиков или стабилизаторов настроения у возбужденных или смешанных пациентов, чтобы избежать потенциально увеличения суицидного риска.

Факторов значительно и независимо друг от друга дифференцировали пациентов с суицидными актами и пациентов без суицидных действий на основе многомерного моделирования логистической регрессии: госпитализация в психиатрическую больницу, более высокий рейтинг депрессии при поступлении, диагноз БР, более ранний возраст в начале и наличие смешанных признаков в одном или нескольких эпизодах заболевания. Некоторые из этих факторов могут отражать более серьезную болезнь. ROC (график, позволяющий оценить качество бинарной классификации) анализ показал, что эти факторы риска отличают пациентов с суицидальными намерениями от тех, кто не склонен к суициду, с AUC 68,3%, и что любые два из этих независимо связанных факторов оптимально дифференцируют тех, кто склонен к суициду, от тех, кто не склонен к суициду, с максимальной чувствительностью и специфичностью. Факторы риска могут быть связаны с суицидным риском, но имеют ограниченную ценность при прогнозировании суицидного поведения для конкретных пациентов и в определенное время. Примечательно, что они должны сочетаться с вниманием к клиническим условиям и поведению, которые могут быть связаны с планированием самоубийства, включая словесные заявления, организацию личных и деловых дел или раздачу ценного имущества.

Эти результаты включают факторы, полученные из историй болезни, и поэтому могут включать ошибки установления. Тем не менее, они должны быть одинаково вероятны во всех сравниваемых диагностических группах. Наблюдения, сделанные в центре по лечению расстройств настроения, могут вносить предвзятость, например предвзятость, связанную с тяжестью заболевания, хотя большинство исследуемых пациентов направлялись врачами первичной медико-

санитарной помощи или сами направлялись. Кроме того, двумерное тестирование большого количества факторов риска на связь с суицидным статусом позволяет выявить случайные ассоциации.

Настоящие результаты проверяют и расширяют обширные предыдущие исследования факторов риска суицидного поведения среди субъектов с серьезным расстройством настроения, как описано в приложении, и добавляют количественные оценки силы и независимости связи факторов риска с суицидным статусом, сравнивая их среди определенных диагностических групп. Факторы с особенно сильной ассоциацией с суицидными действиями ($P < 0,0001$;) включают: диагноз БР и самоубийство, отсутствие брака, раннее начало заболевания, госпитализацию, злоупотребление психоактивными веществами или курение, годы болезни и предполагаемую долю времени, в течение которого он болел или находился в депрессии, а также меньшее использование антидепрессантов, в одиночку и более широкое использование стабилизирующих настроение или антипсихотических лекарств. Полученные данные должны способствовать более раннему выявлению суицидного риска, поддержке профилактических вмешательств и улучшению лечения и прогноза пациентов с расстройствами настроения с особенно высоким суицидальным риском.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hawton , K , Sutton , L , Xay , C , Sinclair , J , Харрисс , л . Суицид и попытки суицида при биполярном расстройстве: систематический обзор факторов риска . *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 693 - 704.
2. Schaffer , A , Isometsä , ET , Tondo , L , Moreno , D , Turecki , G , Reis , C , et al. Целевая группа Международного общества биполярных расстройств по самоубийству: мета-анализ и мета-регрессия коррелятов суицидных попыток и самоубийственных смертей при биполярном расстройстве . *Биполярное расстройство* 2015; 17: 1 - 16.
3. Tondo L., Baldessarini R.J. Самоубийство при биполярном расстройстве.
4. В биполярной книге: история, нейробиологии и лечению (ред Йылдыз А., Nemeroff С., Ruiz Р.): 509 -8. Издательство Оксфордского университета, 2015.
5. Тондо L., Pompili М., Форте, Baldessarini R.J. Попытки суицида при биполярных расстройствах: всесторонний обзор 101 отчета. // *Acta Psychiatr Scand* 2016; 133: 174 -86.
6. Анохина И.П., Бельтюкова Т.А. Некоторые биологические факторы предрасположенности к развитию депрессивных состояний. — /В кн.: Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Т. 1. Рига, 1985, с. 63—66.

Поступила 09.04.2021

KIDNEY DAMAGE IN CHEMOTHERAPY

G. I. Akhmedova

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Kidney damage is a frequent and significant complication of oncological diseases and antitumor therapy. Its spectrum is quite wide and can be caused both directly by tumor infiltration and damage to the renal tissue by metabolites of tumor cells, glomerular lesion, and by the nephrotoxic effect of drugs, radiation therapy. In addition, the risks associated with complications after bone marrow transplantation (TCM), infections associated with immunosuppression (including sepsis), and tumor lysis syndrome should be taken into account. Chemotherapy drugs often lead to the development of acute kidney damage, but have the potential to form chronic kidney disease in patients with malignant neoplasms. This article discusses the risk factors for kidney damage in cancer patients. They are divided into two groups. Systemic diseases include a decrease in the volume of circulating blood, infiltration of renal tissue by tumor cells, dysproteinemia, and electrolyte disorders. Local (renal) risk factors are microcirculation disorders, biotransformation of drugs with the formation of reactive oxygen species, high concentration of nephrotoxic substances in the proximal tubules and the sensitivity of the latter to ischemia. Drug-related risk factors include: the need for long-term use of high doses of a combination of cytotoxic drugs, the direct cytotoxic effect of not only the chemotherapeutic agents themselves, but also their metabolites, poor solubility with the formation of intracalicular precipitates. Early diagnosis, timely prevention and treatment of these complications will significantly improve the non-oncological results of treatment of patients.

Keywords: Chemotherapy, acute kidney injury, chronic kidney disease, nephrotoxicity.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧКИ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ

Ахмедова Г. И.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Поражение почек - частое и существенное осложнение онкологических заболеваний и противоопухолевой терапии. Его спектр достаточно широк и может быть вызван как непосредственно инфильтрацией опухоли, так и повреждением почечной ткани метаболитами опухолевых клеток, поражением клубочков, а также нефротоксическим действием лекарств, лучевой терапией. Кроме того, следует учитывать риски, связанные с осложнениями после трансплантации костного мозга (ТКМ), инфекциями, связанными с иммуносупрессией (включая сепсис), и синдромом лизиса опухоли. Химиотерапевтические препараты часто приводят к развитию острого поражения почек, но могут вызвать хроническое заболевание почек у пациентов со злокачественными новообразованиями. В этой статье обсуждаются факторы риска поражения почек у онкологических больных. Они делятся на две группы. Системные заболевания включают уменьшение объема циркулирующей крови, инфильтрацию почечной ткани опухолевыми клетками, диспротеинемию и электролитные нарушения. Местными (почечными) факторами риска являются нарушения микроциркуляции, биотрансформация препаратов с образованием активных форм кислорода, высокая концентрация нефротоксических веществ в проксимальных канальцах и чувствительность последних к ишемии. К факторам риска, связанным с лекарственными средствами, относятся: необходимость длительного применения высоких доз комбинации цитотоксических препаратов, прямое цитотоксическое действие не только самих химиотерапевтических средств, но и их метаболитов, плохая растворимость с образованием внутриканальцевых осадков. Ранняя диагностика, своевременная профилактика и лечение этих осложнений значительно улучшают неонкологические результаты лечения пациентов.

Ключевые слова: химиотерапия, острое повреждение почек, хроническая болезнь почек, нефротоксичность.

XIMIOTERAPIYADA BUYRAK ZARARLANISHI

G. I. Ahmedova

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ Rezyume

Buyrak shikastlanishi - bu onkologik kasalliklar va o'smaga qarshi terapiyaning tez-tez va sezilarli darajada asoratlanishi. Uning spektri juda keng va to'g'ridan-to'g'ri o'simta infiltratsiyasi va buyrak to'qimalariga o'sma hujayralari metabolitlari zararlanishi, glomerular lezyon va dorilarning nefrotoksik ta'siri, radiatsiya terapiyasi sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, suyak iligi transplantatsiyasidan keyingi asoratlar (TKM), immunosupressiya (sepsis, shu jumladan) bilan bog'liq infektsiyalar va o'smaning lizis sindromi bilan bog'liq xavflarni hisobga olish kerak. Kemoterapiya preparatlari ko'pincha buyrakning o'tkir shikastlanishini rivojlanishiga olib keladi, ammo malign neoplazmasi bo'lgan bemorlarda surunkali buyrak kasalligini shakllantirish qobiliyatiga ega. Ushbu maqola saraton kasalligiga chalingan bemorlarda buyrak shikastlanishining xavf omillarini muhokama qiladi. Ular ikki guruhga bo'lingan. Tizimli kasalliklar orasida aylanma qon hajmining pasayishi, buyrak to'qimalariga o'sma hujayralari kirib borishi, disproteinemiya va elektrolitlar buzilishi kiradi. Mahalliy (buyrak) xavf omillari mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, reaktiv kislorod turlarining shakllanishi bilan dori vositalarining biotransformatsiyasi, proksimal tubulalarda nefrotoksik moddalarning yuqori konsentratsiyasi va ikkinchisining ishemiyaga sezgirligi. Giyohvand moddalar bilan bog'liq xavf omillari quyidagilardan iborat: sitotoksik dorilar kombinatsiyasining yuqori dozalarini uzoq muddat foydalanishga bo'lgan ehtiyoj, nafaqat kimyoviy terapevtik vositalarning, balki ularning metabolitlarining to'g'ridan-to'g'ri sitotoksik ta'siri, mushak ichiga cho'kma hosil bo'lishi bilan zaif eruvchanligi. Ushbu asoratlarni erta tashxislash, o'z vaqtida oldini olish va davolash bemorlarni davolashning onkologik bo'lmagan natijalarini sezilarli darajada yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: Ximioterapiya, buyrakning o'tkir shikastlanishi, buyrakning surunkali kasalligi, nefrotoksiklik.

Relevance

The increase in the number of oncological diseases over the past decades requires the development of new drugs and methods of influencing tumor cells, in some cases - the intensification of chemotherapy regimens. Along with the successes achieved in the treatment of tumor diseases, the toxicity of the treatment is quite a big problem. Kidney damage that develops in cancer patients can lead to a change or increase in the concentration of drugs, thereby increasing their toxicity, lengthening the duration of hospitalization and increasing mortality.

The spectrum of kidney damage in tumor diseases is quite wide and can be caused both directly by tumor infiltration and damage to the renal tissue by metabolites of tumor cells, glomerular lesion, and by the nephrotoxic effect of drugs, radiation therapy. In addition, the risks associated with complications after bone marrow transplantation (TCM), infections associated with immunosuppression (including sepsis), and tumor lysis syndrome should be taken into account [1-3].

Chemotherapy drugs are a common cause of acute and chronic kidney damage in cancer patients. Nephrotoxicity is mainly associated with damage to the proximal, less often distal tubules and glomeruli [4, 5]. Acute lesions of the tubules are most often represented by acute tubular necrosis, isolated tubulopathy, and crystalline nephropathy. Lesions of the interstitial tissue develop in the form of acute and / or chronic interstitial nephritis. Glomerular lesions are more often associated with paraneoplastic syndrome or directly with a tumor lesion, but can occur after stem cell transplantation, less often after the use of certain chemotherapeutic drugs [4, 5].

The main groups of antitumor drugs include the following [6]:

- * alkylating agents (ifosfamide, platinum preparations);
- * antimetabolites (methotrexate);
- antitumor antibiotics;
- * substances of natural (mainly vegetable) origin;

* hormones, agonists and antagonists of hormones;

* targeted drugs (angiogenesis inhibitors, tyrosine kinases);

* other medications.

Alkylating drugs and antimetabolites have the greatest nephrotoxicity among the above-mentioned ones. In addition to cytostatic agents, various types of accompanying therapy in cancer patients (antibacterial, antifungal, antiviral drugs, immunoglobulins, contrast agents, bisphosphonates, analgesics, NSAIDs, anticoagulants) can also lead to kidney damage.

It is necessary to assess the risk factors for the nephrotoxicity of polychemotherapy before starting treatment, which are divided into patient-related, renal and drug-related. The factors associated with the patient are primarily female gender and age over 65 years. The elderly are characterized by a reduction in muscle mass, which leads to a decrease in the level of creatinine in the blood serum. This masks changes in the estimated glomerular filtration rate (GFR); a decrease in intravascular fluid volume, which contributes to an increase in the concentration of drugs. Often in this cohort, patients have hypoalbuminemia, which, regardless of its origin (renal, extrarenal), is accompanied by a decrease in the binding of the drug to proteins.

The symptoms of the tumor itself and the side effects of chemotherapy are important risk factors for nephrotoxicity. These include:

* decrease in the volume of circulating blood in nausea, vomiting, heart failure, ascites, sepsis;

* infiltration of renal tissue by tumor cells in lymphomas and leukemias;

* dysproteinemias associated with various types of renal damage, including myeloma nephropathy, light and heavy chain diseases, and amyloidosis;

* electrolyte disorders that are isolated or as part of the tumor lysis syndrome are accompanied

by vasoconstriction of adducting arterioles and prerenal azotemia [5, 7].

Local (renal) risk factors are microcirculation disorders, biotransformation of drugs with the formation of reactive oxygen species, high concentration of nephrotoxic substances in the proximal tubules and the sensitivity of the latter to ischemia.

Own kidney lesions are the most common and can be divided into glomerular, tubular and interstitial. Glomerular variants are not so frequent, they are mainly represented by thrombotic microangiopathy (TMA) caused by antiangiogenic drugs and gemcitabine [7, 9, 10]. Other manifestations include focal segmental glomerulosclerosis against all classes of interferon and pamidronate. Glomerular lesions during chemotherapy are presented in Table 1 [4].

TMA is accompanied by changes in arterioles and capillaries in the form of thickening and inflammation of their walls, separation of endothelial cells from the basement membrane, expansion of the subendothelial space due to the accumulation of proteins and cell breakdown products, as well as the formation of platelet clots with lumen occlusion. The most common cause of this glomerular lesion is mucin-producing tumors (stomach, breast, and lungs), lymphomas, TCM, radiation therapy, and chemotherapy drugs (angiogenesis inhibitors, mitomycin C, gemcitabine, bleomycin, and alpha-interferon). The time of occurrence of TMA is from 1 day to several months after the introduction of cytostatics. The pathogenesis of this complication is not completely clear. Increased angiogenesis, damage to endothelial cells, and tumor embolism may be important. The normal activity of ADAMC-13 is characteristic. There is no specific treatment, plasmapheresis is ineffective [7, 10].

Table 1

Tubulointerstitial lesions in chemotherapy [7]

Morphological changes	Chemotherapeutic drugs
Acute tubular necrosis	Cisplatin, carboplatin/oxa-liplatin, pemetrexed, mitomycin, penostatin, zoledronate
Tubulopathy, Fanconi syndrome	Cisplatin, ifosfamide, streptosocin
Salt loss syndrome	Cisplatin, azacitidine
Vasopressin insufficiency syndrome	Cyclophosphamide, vincristine
Nephrogenic diabetes insipidus	Cisplatin, ifosfamide
Magnesium loss	Cetuximab, pantinimumab, cisplatin
Crystal-Nephropathy	Methotrexate
Acute interstitial nephritis	Anti-ST1_A4-antibodies
Chronic interstitial nephritis	Nitrosourea preparations

Prevention of AKI when using platinum preparations includes adequate hydration and the elimination of all potentially nephrotoxic drugs. A regimen consisting of pre-hydration using an isotonic sodium chloride solution at the rate of 100 ml / h for 10 hours before administration of the drug and continuous administration of a sodium chloride solution during and for at least two days after treatment with cisplatin is recommended without the use of diuretics that may impair kidney function. In order to prevent nephropathy caused by increased formation of uric acid (maximum concentrations are observed 5-7 days after administration), allopurinol or agents that cause urinary alkalization are prescribed. Other preventive measures include the use of glutathione analogues-amifostin and sodium thiosulfate. However, these drugs are not well tolerated (may cause nausea and vomiting) and may reduce the antitumor effect of cytostatics.

Therapy for cisplatin-induced acute tubular necrosis begins with the withdrawal of the next dose of the drug. Prescribe magnesium preparations. In the presence of severe electrolyte (hyperkalemia) and metabolic disorders, renal replacement therapy may be required. Sodium thiosulfate and other antioxidant drugs can be prescribed not only for the prevention, but also for the treatment of acute tubular necrosis, but side effects and unproven clinical efficacy limit its use.

Another theoretical possibility to prevent the nephrotoxic effects of platinum drugs is to prescribe drugs that compete for binding to OCT-2, such as cimetidine, but this option has not been clinically proven. The use of N-acetylcysteine, vitamin C, is also unproven [9, 13, 16, 17].

Currently, a number of clinical studies are being conducted to study the preventive effect of histone deacetylase (HDAC) inhibitors, which increase the expression of bone morphogenetic protein-7 (BMP-7) through epigenetic modification [18]. Experimental studies of thalidomide in combination with cisplatin and curcumin in combination with cisplatin in breast cancer in rats are also very promising [18].

The treatment regimen for the development of AKI includes the appointment of leucovorin, but it does not significantly affect the already developed nephrotoxic effect of methotrexate. Glucarpidase is a recombinant enzyme that metabolizes methotrexate into non-toxic derivatives and reduces the drug level in serum by 96% in 14 minutes. It is very important to remember that the concentration of methotrexate remains low for a long time after the use of glucarpidase, and most patients do not need additional administration of it. However, this drug is not registered on the territory

of the Uzbekistan. Hemodialysis demonstrates high efficiency in reducing the concentration of methotrexate, however, after the end of the procedure, the concentration of the drug is quickly restored [7].

The algorithm of actions in the management of cancer patients at risk for the development of nephrotoxicity is sufficiently fully formulated and reflected in the Recommendations for Monitoring kidney Function in cancer Patients of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) [15]. The action plan includes:

- * assessment of concomitant pathology;
- * adequate hydration;
- * estimation of the estimated glomerular filtration rate according to one of the calculated formulas;
- * dose adjustment for patients with impaired renal function before each administration of the drug;
- * use of drugs with the lowest nephrotoxicity and / or antidotes to prevent nephrotoxicity;
- * avoiding concomitant administration of drugs with potentiation of the nephrotoxic effect.

Conclusion

Antitumor drugs cause various types of kidney damage, including glomerular, tubulointerstitial injuries, electrolyte disorders, clinically manifested AKI with the possibility of transformation into CKD. Knowledge of the risk factors for the development of nephrotoxicity associated with both the patient and the cytostatic preparations used, adequate assessment of the excretory function of the kidneys, prevention and timely treatment of kidney damage against the background of antitumor therapy play an important role in the management of patients with cancer. A multidisciplinary approach to solving this problem will significantly improve the results of treatment of patients.

LIST OF REFERENCES:

1. Givens ML, Wethern J. Renal Complications in Oncologic Patients. //Emerg Med Clin North Am 2009; 27: 283-291. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.01.001>
2. Wilson FP, Berns JS. Tumor Lysis Syndrome: New Challenges and Recent Advances. //Adv Chronic Kidney Dis 2014;21(1):16-26. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.07.001>
3. Luciano RL, Brewster UC. Kidney Involvement in Leukemia and Lymphoma. /Adv Chronic Kidney Dis 2014;21(1):27-35. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.07.004>

4. Jhaveri K.D., Shah H.H., Patel C. et al. Glomerular Diseases Associated With Cancer, Chemotherapy, and Hematopoietic Stem Cell Transplantation. /Adv Chronic Kidney Dis 2014;21(1): 48-55. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.08.003>
5. Perazella M.A., Berns J.S., Rosner M.H. Cancer and the Kidney: The Growth of Onconephrology. /Adv Chronic Kidney Dis 2014;21(1):4-6. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.09.002>
6. Корман ДБ. Основы противоопухолевой химиотерапии. Практическая медицина, М., 2006: 518; [Korman DB. Fundamentals of antitumor chemotherapy. Practical medicine, М., 2006: 518]
7. Shirali A.C., Perazella M.A. Tubulointerstitial Injury Associated With Chemotherapeutic Agents. /Adv Chronic Kidney Dis 2014; 21(1):56-63. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.06.010>
8. Akilesh S., Juare N., Duffield J.S. et al Chronic Ifosfamide Toxicity: Kidney Pathology and Pathophysiology. //Am J Kidney Dis 2014; 63(5):843-850. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.11.028>
9. Campbell G.A., Hu D., Okusa M.D. Acute Kidney Injury in the Cancer Patient. /Adv Chronic Kidney Dis 2014;21(1):64-71. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.08.002>
10. Lameire N. Nephrotoxicity of recent anti-cancer agents. //Clin Kidney J 2014;7:11-12. <https://doi.org/10.1093/ckj/sft135>
11. Zupancic M, Shah PC, Shah-Khan F. Gemcitabine-associated thrombotic thrombocytopenic purpura. //Lancet Oncol 2007; 8:634-641. <https://doi.org/10.1038/cddis.2017.552>
12. Волкова М.А. Клиническая онкогематология. /Медицина, М., 2007: 1120 [Volkova M.A. Clinical oncohematology. Medicine, М., 2007: 1120]
13. Ahn M.J., D'Cruz A., Vermorken J.B. et al. Clinical recommendations for defining platinum unsuitable head and neck cancer patient populations on chemoradiotherapy: A literature review. //Oral Oncol 2016;53:10-16. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2015.11.019>
14. Martinez-Castelao A., Gorris J.L., Bover J. et al. Consensus ocument for the detection and management of chronic kidney disease. //Nefrologia 2014;34(2):243-262. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12455>
15. Aapro M., Launay-Vacher V. Importance of monitoring renal function in patients with cancer. //Cancer Treat Rev 2012;38:235-240. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2011.05.001>
16. Finkel M., Goldstein A., Steinberg Y. et al. Cisplatinum nephrotoxicity in oncology therapeutics: retrospective review of patients treated between 2005 and 2012. //Pediatr Nephrol 2014;29:2421-2424. <https://doi.org/10.1007/s00467-014-2935-z>
17. Damiano S., Ciarcia R., Montagnaro S. et al. Prevention of Nephrotoxicity Induced by Cyclosporine-A: Role of Antioxidants. //J Cell Biochem 2015;116:364-369. <https://doi.org/10.1002/jcb.25022>
18. Ma T, Huang C, Xu Q et al. Suppression of BMP-7 by histone deacetylase 2 promoted apoptosis of renal tubular epithelial cells in acute kidney injury. /Cell Death Dis 2017;8(10):31-39

Entered 09.04.2021

Б.А. Восиков, З.Ш. Ашуров, Н.Ф. Ядгарова, Л.Ш. Шадманова, Е.М. Лян

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

✓ **Резюме**

В статье проведен критический анализ научной литературы о последствиях пандемии для психического благополучия. Был проведен поиск и обзор литературы для выявления научной литературы, связывающей психиатрические исходы и изменения в практике, связанные с коронавирусом и вызываемым им заболеванием (COVID-19). В исследованиях описаны ранние психиатрические последствия коронавируса которые были изучены посредством перекрестных опросов среди различных групп населения; среди психиатрических последствий наиболее часто упоминаются тревожные расстройства, аффективные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройства и несколько в меньшей степени психотические расстройства, ни одно исследование не включает данные о функциональных методах диагностики. По мере накопления данных психиатрическая практика тоже должна значительно адаптироваться к условиям пандемии. Однако все еще в научных знаниях остаются значительные пробелы. Особенно в области отдалённых последствий COVID-19 для психического благополучия.

Ключевые слова: тревожные расстройства, пандемия, психическое благополучие, аффективные расстройства.

COVID-19 BILAN KASALLANGAN ODAMLARDA XAVOTIR BUZILISHI

B.A. Vosikov, Z.Sh. Ashurov, N.F. Yadgarova, L. Sh. Shadmanova, E.M. Liang

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Maqolada aholining ruhiy salomatligiga pandemiyaning asoratlariga bag'ishlangan ilmiy maqolalarni tanqidiy tahlilini o'tkazilgan. Koronavirus va u keltirib chiqaradigan kasallik (COVID-19) bilan psixiatrik asoratlarni hamda hayot sifatini o'zgarishini bir biri bilan bog'liqligni ko'rsatuvchi ilmiy maqolalarni aniqlash maqsadida adabiyotlar saralash va tahlil qilindi. Tadqiqotlarning asosiy qismida koronavirusning erta ruhiy oqibatlari tasvirlangan bo'lib, ular turli populyatsiyalar o'rtasida o'tkazilgan so'rovnomalar natijasida o'rganilgan; ruhiy buzilishlar orasida ko'proq xavotirli buzilishlar, affektiv buzilishlar, travmadan keyingi stress buzilishi va kamroq darajada psixotik buzilishlar kuzatilayotgani haqida habarlar berilgan. Bunda tadqiqotlarda funktsional diagnostika usullari o'tkazilmaganligi e'tiborga moyil. Ma'lumotlar ko'paygani sari psixiatriya amaliyotiga ham pandemiya sharoitlaridan kelib chiqqan holda o'zgarishlar kiritilishi zarur ekanligi ko'rinmoqda. Biroq, bu boradagi ilmiy bilimlarda sezilarli kamchiliklar mavjud. Ayniqsa, hozirgi koronavirus infeksiyasining ruhiy salomatlik uchun uzoq muddatli oqibatlar sohasida.

Kalit so'zlar: bezovtalik, pandemiya, ruhiy farovonlik, affektiv kasalliklar.

ANXIETY DISORDERS IN PERSONS WITH COVID-19

B.A. Vosikov, Z.Sh. Ashurov, N.F. Yadgarova, L. Sh. Shadmanova, E.M. Liang

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ **Resume**

The article provides a critical analysis of the scientific literature on the consequences of the pandemic for mental well-being. A literature search and review was conducted to identify scientific literature linking psychiatric outcomes and changes in practice associated with coronavirus and the disease it causes (COVID-19). Studies have described the early psychiatric effects of coronavirus that have been studied through cross-sectional surveys among different populations; Among psychiatric consequences, anxiety disorders, affective disorders, post-traumatic stress disorder and, to a lesser

extent, psychotic disorders are cited most often, no study includes data on functional diagnostic methods. As data accumulates, psychiatric practice must also adapt significantly to the conditions of the pandemic. However, there are still significant gaps in scientific knowledge. Especially in the area of the long-term effects of COVID-19 on mental well-being.

Key words: *anxiety disorders, pandemic, mental well-being, affective disorders.*

Актуальность

Коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) - это мультисистемное заболевание, вызываемое новым респираторным вирусом (SARS-CoV-2) [1]. 11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения признала инфекцию, вызванную новым коронавирусом источником глобальной пандемии [2]. COVID-19 за считанные месяцы широко и быстро распространился по всему миру. Количество новых подтверждённых случаев заболевания продолжает расти и по данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире зарегистрировано более 150 миллионов подтвержденных случаев заболевания и не менее 3 миллионов случаев смерти (ВОЗ, 2021).

Помимо очевидного воздействия на физическое здоровье, пандемия, вероятно, отрицательно скажется на психическом здоровье и благополучии. С ранних стадий пандемии COVID-19 высказывались опасения по поводу его воздействия на психическое здоровье. Эти опасения основывались на результатах исследований предыдущих эпидемий коронавирусных инфекций, таких как SARS(тяжёлый острый респираторный синдром) и MERS(ближневосточный респираторный синдром)[3], [4].

В настоящее время эпидемиологические и клинические характеристики, патогенез и осложнения у пациентов с COVID-19 в острой фазе подробно описаны [5], но долгосрочные последствия болезни остаются во многом неясной. Все еще мало информации о долгосрочных последствиях на психическое здоровье пациентов перенёвших COVID-19.

Необходимы долгосрочные последующие исследования стойких симптомов и психологических проблем выписанных пациентов. Только несколько исследований с ограниченным размером выборки с периодом наблюдения не более 6 месяцев после выписки были опубликованы[6]–[9].

Целью нашего обзора было провести критический анализ научной литературы с момента появления первых сообщений о новом коронавирусе до сегодняшнего дня. Мы хотели выяснить побочные эффекты заболевания на психическое здоровье населения в частности мы хотели изучить распространённость, клинические особенности и предикторов тревожных расстройств у лиц перенесших COVID-19.

Материал и методы

Проведён обзор и анализ статей в PubMed посвящённых распространённости тревоги у лиц перенёвших COVID-19. Условия поиска и стратегия использования единой базы данных PubMed описана в таблице 1. PubMed был выбран из-за его высоких научных стандартов и глобального охвата. Критериями включения были публикации на английском языке с декабря 2019 года по март 2021 года. Статьи были проверены на предмет содержания авторами независимо, а затем включены в обзор на основе консенсуса. Статьи исключались, если они не касались психиатрической помощи или симптомов. Ссылки из включенных статей были проанализированы для выявления дополнительной литературы.

Первый запрос (Title/Abstract)		Второй запрос (Title/Abstract)		Третий запрос (Title/Abstract)
“anxiety” OR “anxiety disorder”	AND	“COVID” OR “COVID-19” OR “coronavirus” OR “SARS-CoV-2”	AND	“survivor” OR “survivors”
Таблица 1. Схема поиска, используемая для определения релевантных ссылок. Поисковые запросы в PubMed с декабря 2019 г. по март 2021 г.				

Результат и обсуждения

В ходе первоначального поиска была обнаружена 59 статей, из которых было включено 6 полнотекстовых статей в которых описывались первичные исследование. Большинство статей (4/6, 66,7%) были

описательными исследованиями остальные были когортными (2/6, 33,3%). Статьи были найдены из 4 стран, в основном из Китая (2/6, 33%) и Италии (2/6, 33,3%) (Рисунок 1).

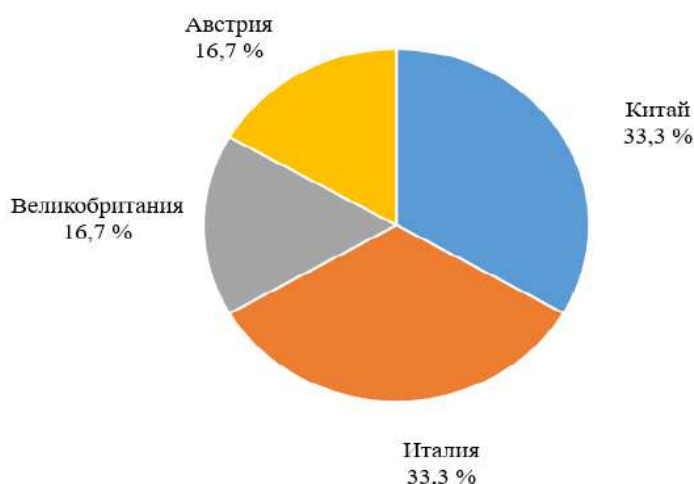


Рисунок 1.

В одном исследовании были проверены лица перенёсшие COVID-19 и лечившийся в стационарных условиях, спустя 1 месяц после выписки. 56% выборки имели хотя бы один патологический психопатологический симптом [6]. Наблюдения продолжали и спустя 3 месяца после выписки у 35,8% пациентов все еще имелось хотя бы один психопатологический симптом. В этом исследовании психическое здоровья оценили с помощью психиатрической клинической интервью, анкет самоотчета и нейропсихологической профилированной вербальной памяти, рабочей памяти, психомоторной координации, а также беглости речи. У 9% симптомы подходили для диагноза тревожных расстройств по DSM-5, также авторы наблюдали стойкую депрессивную симптоматику, в то время как

посттравматическое стрессовое расстройство, тревога и бессонница уменьшались в течение периода наблюдения [7].

Еще в одном ретроспективном исследовании авторы использовали TriNetX Analytics Network, глобальную федеративную сеть, которая собирает анонимные данные из электронных медицинских карт в 54 медицинских организациях в США. TriNetX включал 62 354 карт пациентов с диагнозом COVID-19 в период с 20 января по 1 августа 2020 года. Авторы исследовали пациентов с COVID-19 после 14-90 дней после выписки. В общем счете у 15980 из пациентов выявлено психическое расстройства (рисунок 2). Из них у 12145(19,5%) больных обнаружили тревожные расстройства (F40–F48) [8].

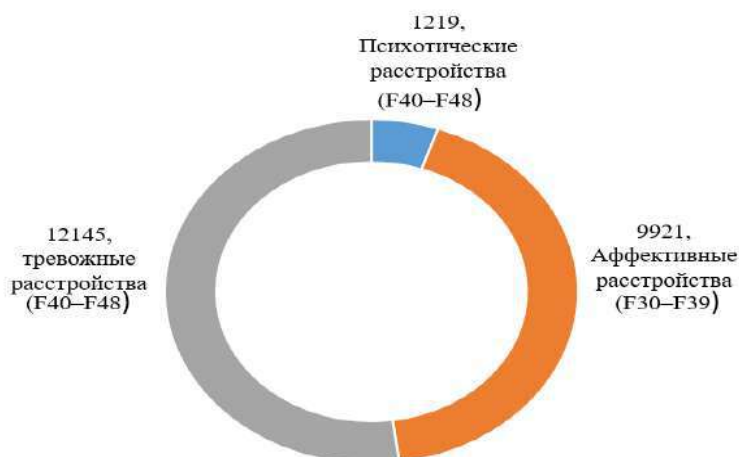


Рисунок 2.

Учёными из Китая было проведено когортное исследование пациентов с COVID-19 после 6 месяцев после выписки. В общей сложности они обследовали 1733 выписанных пациентов с COVID-19. Средний возраст пациентов составлял 57.0 (47.0-65.0) лет, и 897 (52%) были мужчинами. У 367 пациентов

отмечались тревога или депрессия. Что примечательно, исследователи разделили всех больных на три группы по тяжести заболевания. (Таблица 2)[9].

Еще в двух описательных исследованиях было показано что у 30.8%[10] и 22.2% [11] больных отмечались симптомы тревоги.

	Пациенты которым не требовался дополнительный кислород	Пациенты которым давалось кислород не инвазивным методом	Пациенты с ИВЛ
Всего пациентов	425	1081	111
Из них с тревогой или депрессией	98	233	36
%	23%	22%	32%

Таблица 2. Количество пациентов с тревогой или депрессией в соотношении с тяжестью болезни.

Выводы

Несмотря на то что создается много литературы про психические последствия COVID-19, даже на этой ранней стадии, большинство статей представляют собой обзорные статьи и описательные исследования, лишенные оригинальных исследований. Долгосрочные последствия коронавируса для психического здоровья остаются неопределенными, а данные о влиянии коронавируса на психиатрическую помощь, представленные на данный момент, в целом низкого качества.

Психиатрические последствия самого коронавируса и COVID-19 неясны. Возникли опасения по поводу риска посттравматического стресса, когнитивных нарушений и риска суицида среди перенесших, но неизвестно, связаны ли эти риски с SARS-CoV-2 или сопутствующими заболеваниями и психосоциальными стрессорами. Точно так же влияние коронавируса на течение психических заболеваний остается неизученным.

Психиатры должны не только стремиться лучше понять психиатрические последствия пандемии, но также интерпретировать и применять эти результаты при разработке вмешательств на популяционном уровне. Примерами таких вмешательств могут быть способы наилучшей сортировки лиц с неспецифической психологической тревогой, связанной с пандемией, или способы сохранения доступа к психиатрическим услугам для уязвимых групп населения.

Выявленные исследования в целом были низкого качества из-за выборочной выборки и высокого риска систематической ошибки. Воздействие коронавируса на ближайших

родственников и выживших - это проблема, требующая внимания.

У этого обзора есть несколько ограничений. Поиск ограничивался рецензируемой научной литературой на английском языке, многие из этих новых открытий еще не были полностью проверены медицинским сообществом. Нужно помнить что исследования коронавируса и COVID-19 среди госпитализированных пациентов представляют собой избранную подгруппу пациентов с заболеваниями, которые могут отличаться от большей популяции пациентов с легкими симптомами коронавирусной инфекции. Долгосрочные последствия коронавируса для психиатрических здоровья еще не появились. Этот предварительный обзор был ограничен одной медицинской базой данных, которая ограничивает доступ к статьям, опубликованным перед печатью или в исследованиям низкой степени доказательности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. C. Bai *et al.*, "Updated guidance on the management of COVID-19: From an american thoracic society/european respiratory society coordinated international task force (29 July 2020)," *Eur. Respir. Rev.*, vol. 29, no. 157, pp. 1–15, 2020, doi: 10.1183/16000617.0287-2020.
2. M. A. Cabrera, L. Karamsetty, and S. A. Simpson, "Coronavirus and Its Implications for Psychiatry: A Rapid Review of the Early Literature," *Psychosomatics*, vol. 61, no. 6, pp. 607–615, 2020, doi: 10.1016/j.psych.2020.05.018.

3. J. P. Rogers *et al.*, "Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic," *The Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 7, pp. 611–627, 2020, doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
4. I. W. C. Mak, C. M. Chu, P. C. Pan, M. G. C. Yiu, and V. L. Chan, "Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors," *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 31, no. 4, pp. 318–326, 2009, doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001.
5. H. A. Rothan and S. N. Byrareddy, "The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak," *J. Autoimmun.*, vol. 109, no. February, p. 102433, 2020, doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
6. M. G. Mazza *et al.*, "Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors," *Brain. Behav. Immun.*, vol. 89, no. July, pp. 594–600, Oct. 2020, doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037.
7. M. G. Mazza *et al.*, "Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up," *Brain. Behav. Immun.*, no. December 2020, 2021, doi: 10.1016/j.bbi.2021.02.021.
8. M. Taquet, S. Luciano, J. R. Geddes, and P. J. Harrison, "Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA," *The Lancet Psychiatry*, vol. 8, no. 2, pp. 130–140, 2021, doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4.
9. C. Huang *et al.*, "6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study," *Lancet*, vol. 397, no. 10270, pp. 220–232, 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8.
10. T. A. Prout *et al.*, "Identifying Predictors of Psychological Distress During COVID-19: A Machine Learning Approach," *Front. Psychol.*, vol. 11, no. March, pp. 1–14, 2020, doi: 10.3389/fpsyg.2020.586202.
11. X. Cai *et al.*, "Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups," *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 28, no. 10, pp. 1030–1039, 2020, doi: 10.1016/j.jagp.2020.07.003.

Поступила 09.05.2021

**ОЦЕНКА ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ГЛЮКОЗА СНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ
НА ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА**

Зарипова Д.Я. Ботирова З. А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

✓ **Резюме**

Эта статья посвящена диабету, который сегодня становится эпидемией, и в этом исследовании также подробно обсуждаются важные практические рекомендации и методы диагностики этого заболевания. Основной упор в статье сделан на изучение положительного воздействия глюкозоснижающих препаратов на почки у пациентов с сахарным диабетом II типа.

Ключевые слова: сахарный диабет II типа, почечная клубочковая фильтрация, микроальбуминурия.

**ҚАНДЛИ ДИАБЕТ II-ТУРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ГЛЮКОЗАНИ
ПАСАЙТИРУВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ БУЙРАККА МУСБАТ ТАЪСИРИ**

Зарипова Д.Я. Ботирова З. А.

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти, Бухоро, Ўзбекистон

✓ **Резюме**

Ушбу мақола бугунги куннинг эпидемиясига айланиб бораётган қандли диабетнинг ҳақида бўлиб, ушбу текширув орқали касалликга доир муҳим амалий тавсиялар ва таъхислаш усуллари ҳам атрофлича кўриб чиқилган. Мақолада асосий урғу қандли диабетнинг II тури билан оғриган беморларда глюкоза миқдориини пасайтирувчи дори воситаларининг буйракка мусбат таъсирини ўрганишга бағишланган.

Калит сўзлар: Қандли диабет II тур, буйрак коптокчалари фильтрацияси, микроальбуминурия.

**ASSESSMENT OF THE POSITIVE EFFECT OF GLUCOSE-DECREASING PREPARATIONS
ON THE KIDNEY IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS**

Zaripova D. Ya. Botirova Z. A.

Bukhara state Medical Institute Bukhara, Uzbekistan

✓ **Resume**

This article is about diabetes, which is becoming an epidemic today, and through this study, important practical recommendations and diagnostic methods for the disease are also discussed in detail. The main emphasis in the article is to study the positive effects of glucose-lowering drugs on the kidneys in patients with type II diabetes.

Key words: Diabetes mellitus type II, renal glomerular filtration, microalbuminuria.

Актуальность

Сахарный диабет в наши дни становится настоящей эпидемией так как, он поражает многих людей в нашей популяции. По данным многих авторов, число заболевших данной патологией возрастет в двое через 50 лет. Неправильное питание, вредные привычки, неправильный образ жизни усугубляет положение этих больных. Стресс и другие факторы тоже влияют пагубно на здоровье человека, во многих литературах приводятся примеры стресс

зависимых метаболических нарушений, в том числе сахарного диабета [1,2,5,6]. Диабет - самая частая причина хронической болезни почек (ХБП). Оба условия обычно сосуществуют. Глюкометаболические изменения и одновременный диализ при диабете и ХБП затрудняют снижение уровня глюкозы, повышая риск гипогликемии. Глюкозоснижающие препараты в основном изучались у людей с почти нормальной функцией почек. Для руководства

лечением важно охарактеризовать существующие знания о глюкозоснижающих средствах при ХБП (хроническая болезнь почек) [1, 2,]. В настоящее время уровень СКФ (скорость клубочковой фильтрации) признан лучшим методом оценки функции почек в целом, как у здоровых лиц, так и при СД 2-го типа [3, 4,7,8].

Цель исследования: Изучение влияния глюкозоснижающих препаратов на почки у пациентов с сахарным диабетом II типа.

Материал и методы

В исследование включены 61 пациента (31 мужчин и 30 женщин) с СД 2-го типа, которые были госпитализированы в эндокринологическое отделение Бухарской областной эндокринологической клинической больницы за период с 2020 по 2021 г. Средний возраст больных составил 53 ± 05 года. По данным анамнеза средняя длительность СД 2-го типа 5,3 года. По стандартам принятым в нашей республике мы определяли стадии ХБП [3, 4]. Всем включенным в исследование пациентам проведено клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. С помощью жидкостной хроматографии на анализаторе со стандартными наборами определяли гликозилированный гемоглобин HbA1c. Критериями для испытания являлись непосредственному сравнению активных режимов глюкозоснижающей терапии или активного режима стандартным лечением у людей с диабетом и ХБП (расчетная скорость клубочковой фильтрации (pСКФ) <60 мл / мин / $1,73 \text{ м}^2$) подходили. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы Statistica.

Результат и обсуждения

Уровень глюкозы в крови натощак уменьшился у исследуемых в среднем с $0,48$ ммоль / л, $-0,78$ до $-0,19$; $I^2 = 0\%$. Систолическое артериальное давление (АД), снизилось на $-4,68$ мм рт.ст., от $-6,69$ до $-2,68$; $I^2 = 40\%$, диастолическое АД снизилось на $-1,72$ мм рт. ст., от $-2,77$ до $-0,66$; $I^2 = 0\%$. Сердечная недостаточность уменьшилось на ОР $0,59$, $0,41$ – $0,87$; $I^2 = 0\%$. Биохимический анализ показал следующие результаты: гиперкалиемия ОР $0,58$, $0,42$ – $0,81$; $I^2 = 0\%$ и альбуминурия на $-8,14$ мг / ммоль креатинина, $-14,51$ до $-1,77$; $I^2 = 11$. Уровень HbA1c $-0,53\%$, от $-1,01$ до $-0,06$ ($-5,8$ ммоль / моль, от $-11,0$ до $-0,7$); $I^2 = 41\%$; при этом уровень достоверности составил $p \geq 0,05$.

Агонисты глюкозы могут оказывать незначительное влияние или не оказывать никакого влияния на СКФ, гипогликемию или прекращение приема из-за побочных эффектов (доказательства с низкой степенью

достоверности. Незначительное влияние или не оказывать никакого влияния на HbA1 СКФ.

Выводы

Исходя из вышеизложенного мы можем утверждать что, меня образ жизни и физических нагрузок у пациентов с сахарным диабетом II типа с хронической почечной недостаточностью мы можем улучшить качество их жизни и улучшить состояние почек которое ведёт к увеличению СКФ. Скорость клубочковой фильтрации является незаменимым маркером для определения тяжести хронической болезни почек до появления симптомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (7-й вып.) / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. //Сахарный диабет 2015; (1S): 1–121.
2. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
3. Zaripova D.Ya., Nigmatullaeva M.N., Toksanova D.I., Ashurova N.G. The effect of magnesium deficiency and imbalance of steroid hormones in the life of the woman//New Day in Medicine 3(27)2019 14-17 <https://cutt.ly/CbxW6Uo>
4. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н.,Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К. Роль Алеандроновой кислоты (Осталон) в лечении перименопаузального остеопороза. //Доктор ахборотномаси 2019; 3 Стр- 51-55.
5. Яркова Н.А., Боровков Н.Н., Занозина О.В., Носов В.П. Цистатин С в диагностике хронической болезни почек у больных сахарным диабетом 2-го типа. //Современные технологии в медицине 2013; 5 (4): 89–93).
6. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Diabetes and Chronic Kidney Disease. //Am J Kidney Dis 2007; 49 (Suppl. 2): 1–180.
7. Zaripova D.Ya. , Sharipova R.G. Efficiency of hormone replacement therapy in prevention menopausal therapy. //Academicia an international multidisciplinary research journal. 2020.Vol.10, issue 8. Page 422.
8. Zaripova D. and Sharipova R. Comparative evaluation of the use of aleandronic acid in menopausal women complicated by osteoporosis. //European journal of biomedical and pharmaceutical sciences.2020.Vol-7, issue-6.

Поступила 09.04.2021

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ
(литературный обзор)**

Рустамов У.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

В обзоре представлены особенности внутренней картины болезни и психические расстройства, наблюдающиеся у онкологических больных. Рассмотрены факторы, предрасполагающие к развитию раковых заболеваний. Перечислены методы психодиагностики, наиболее часто применяемые для оценки психоэмоционального состояния этой категории пациентов. Также представлены психотерапевтические подходы, направленные как на психокоррекцию состояния пациентов с онкологическими заболеваниями в процессе лечения, так и на психореабилитацию и улучшение качества жизни в восстановительный период.

Ключевые слова: качество жизни, внутренняя картина болезни, онкология, психотерапия, психоэмоционального состояния, реабилитация

**SARATON KASALLIGINI DAVOLASHDA PSIXOEMOTSIONAL HOLAT VA
PSIXOTERAPEVTIK YONDASHUVLARNING XUSUSIYATLARI
(Adabiyotlar sharxi)**

Rustamov U. T.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ **Rezyume**

Tadqiqotda saraton kasalligida kuzatilgan somatik va ruhiy kasalliklarning klinik xususiyatlari keltirilgan. Saraton kasalliklarning rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar ushbu maqolada ko'rib chiqilgan. Ushbu toifadagi bemorlarning psixoeemotsional holatini baholash uchun eng ko'p ishlatiladigan psixodiagnostika usullari keltirilgan. Ushbu toifadagi bemorlarning psixoeemotsional holatini baholash uchun eng ko'p ishlatiladigan psixodiagnostika usullari keltirilgan. Shuningdek, davolash jarayonida saraton kasalligiga chalingan bemorlarning holatini psixologik tuzatish, shuningdek, psixoreabilitatsiya va takomillashtirishga qaratilgan psixoterapevtik yondashuvlar taqdim etilgan.

Kalit so'zlar: hayot sifati, kasallikning ichki surati, saraton kasalligini, psixoterapiya, psixoeemotsional holat, реабилитация

**PECULIARITIES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE AND PSYCHOTHERAPEUTIC
METHODS IN REHABILITATION OF ONCOLOGICAL PATIENTS
(literature review)**

Rustamov U. T.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

The present review is focused on the peculiar features of the clinical picture and psychic disorders in oncological patients with special reference to the factors predetermining the development of oncological pathology. The most widely used methods of psychodiagnostics employed to evaluate the psychoemotional status of such patients are described along with therapeutic modalities for its correction during cancer treatment, subsequent rehabilitation, and improvement of the quality of life during the rehabilitative period.

Актуальность

В настоящее время широко распространена концепция внутренней картины болезни (ВКБ), описанная Р.А. Лурией (1977) как совокупность переживаний и ощущений пациента в связи с заболеванием и лечением [1]. В структуре ВКБ выделяется несколько уровней: болевой, эмоциональный, интеллектуальный и волевой [1—4]. ВКБ является составляющей частью понятия качества жизни (КЖ), представляющего собой характеристику, включающую весь опыт жизни с ее ценностями, событиями, целями, отношением к здоровью и болезни [2, 5]. В процессе формирования КЖ велика значимость психосоматического взаимодействия, поскольку существует доказанный факт неблагоприятного влияния тревожных и депрессивных расстройств на течение многих болезней [2, 5, 6]. Также значение имеют психосоциальные взаимосвязи: установлено, что лица с низким социально-экономическим статусом имеют более низкий уровень субъективного контроля, оптимизма, доброжелательности, самоуважения и более высокие показатели морбидности и смертности по сравнению с представителями среднего класса [7—9]. Современные исследования в области психоонкологии осуществляются в трех направлениях: психологические предпосылки раковых заболеваний, психические изменения у онкологических пациентов и возможности психокоррекции [11]. В научной литературе встречаются различные сведения о влиянии душевного состояния на развитие и течение онкологических заболеваний; взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем является доказанным фактом [3, 12]. Так называемыми психологическими канцерогенами являются различные психотравмирующие события, длительное пребывание в состоянии тоски и отчаяния [3, 13,]. Ведущую роль в воздействии на иммунную систему, приводящем к повышенному синтезу атипичных клеток, играет потеря интереса к жизни [13]. Значимыми predispositionами развития злокачественных новообразований являются конституционально-депрессивная структура личности и преморбидный инфантилизм. Также существует связь онкологии с низким социально-экономическим статусом [15]. Что касается изменений психики онкологических больных, то причины этой трансформации

вполне объяснимы, поскольку связаны с такими особенностями раковых заболеваний, как наличие болевого синдрома, постоянная угроза возникновения рецидивов и метастазов [11]. ВКБ формируется на фоне стрессовой реакции личности как на сам факт наличия недуга, традиционно причисляемого к неизлечимым, так и на симптомы заболевания, калечащие операции, трудный период восстановительного лечения, изменение социальных ролей [4, 5]. В условиях изменившейся жизненной ситуации структура личности пациентов существенно трансформируется, нередко приобретая не свойственные ранее аутистические черты. В состоянии психической защиты способность к объективному анализу ситуации нарушается, что может привести к формированию ложной концепции заболевания с представлением наихудшего исхода [4]. ВКБ у онкологических больных может проявляться двумя полярными вариантами: в виде гипернозогнозии (имеющей симптомы тревоги, депрессии, ипохондрии) и гипонозогнозии (несвоевременное обращение за медицинской помощью, несоблюдение рекомендаций врача) [2]. Особенности психических реакций в дооперационный и ранний послеоперационный периоды, определяющие наличие и выраженность последующих психических нарушений, зависят от многих факторов, в том числе от возраста, социального статуса, личностных особенностей, интеллектуального уровня, отношений в семье, времени ожидания операции, информации о результатах лечения других пациентов [3, 4, 13]. Согласно данным эпидемиологических исследований, психические расстройства у онкологических больных развиваются в 70—80% случаев. На фоне ухудшающегося самочувствия, вегетативно-сосудистых расстройств и ситуации ограничения привычной социальной активности у пациентов наблюдаются депрессия, эмоциональная лабильность, постоянное чувство тревоги, не свойственная ранее агрессивность, вызываемая опасением за свое здоровье, неверием в выздоровление [13,]. В динамике ВКБ у онкологических больных на разных этапах лечения наблюдается переход от вытеснения мыслей о заболевании на этапе диагностики к возрастанию тревоги, появлению страха смерти и депрессивной реакции на стадиях активной терапии; в дальнейшем настроение повышается или понижается в

зависимости от исхода лечения. Также отмечается снижение у пациентов реакций планирования решения проблем и уровня принятия ответственности в силу вынужденной ситуации передачи в руки врачей ответственности за свою жизнь [13]. На этапах, связанных с операцией, имеет место зависимость эмоционального состояния от степени инвазивности предстоящего вмешательства и места поражения. Позже, в период реабилитации, помимо субъективных переживаний пациентов, существуют и объективные причины психического дискомфорта, такие как неадекватное, недоброжелательное, зачастую с элементами нездорового любопытства, отношение окружающих, отстраненность со стороны близких людей. В отдаленном периоде (через 12—15 мес после завершения лечения) выявляется преобладание тревожно-депрессивного, тревожно-ригидного и истерического типов личности, что говорит о наличии глубокой деформации психики. У пациентов с онкологическими заболеваниями других локализаций также наблюдаются психические расстройства, причем, по данным ряда зарубежных исследователей, при раке легкого, печени, поджелудочной железы, головы и шеи развиваются более выраженные психические нарушения, чем у пациентов с раковым поражением женских репродуктивных органов, молочной железы, прямой кишки и предстательной железы. Среди отечественных исследований не представлено схожих с вышеперечисленными данными о взаимосвязи локализации и тяжести психических расстройств, хотя имеется немало исследований, посвященных данной теме. [4] отмечают, что у больных раком щитовидной железы преобладает тревожный тип реагирования на болезнь; происходят также изменения познавательных процессов. Т.И. Грушина сообщает о развитии тревожно-депрессивных расстройств у больных, оперированных по поводу рака желудка, а также описывает специфический для этих больных синдром агастральной астении, интенсивность которого взаимосвязана с выраженностью депрессивной симптоматики. В исследованиях А.Б. Смулевича, С.В. Иванова, Д.А. Бесковой и М.Р. Шафигуллина также есть данные о нозогениях у больных раком желудка. По данным Н.В. Ситникова, у пациентов с раком предстательной железы после радикальной простатэктомии в раннем послеоперационном периоде в 90% случаев имеет место искаженная ВКБ с преобладанием

неврастенических, ипохондрических или тревожно-депрессивных симптомов. Наши исследования эмоционального состояния больных с опухолями желудка-двенадцатиперстной области установила наличие в 80% случаев легкого или умеренного депрессивных эпизодов. Для уточнения типа эмоциональной реакции пациента на болезнь и наблюдения динамики ВКБ, а также для разработки тактики психокоррекции применяются различные психодиагностические методики. Среди них: ММРІ, мини-мульт, личностный опросник Бехтеревского института — ЛОБИ, опросники Айзенка, Тейлор, Лондонской больницы Миддлсекс — МНҚ, опросник уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера, шкала выраженности депрессии Гамильтона — НАМ-D, госпитальная шкала тревоги и депрессии — HADS, опросник ТООБЛ, методика «Индекс жизненного стиля», тест оценки фрустрационной толерантности, методика оценки суицидального риска «Сигнал», тест оценки способности к психоэмоциональной регуляции, опросник «Уровень субъективного контроля», опросник социальной поддержки G. Zimet, а также используемые с недавнего времени опросники Short Form-36, EORTC QLQ-C30, FACT-G для оценки КЖ [4]. Патологическое эмоциональное состояние больных влияет на течение заболевания на всех этапах, усложняя предоперационный период, замедляя послеоперационное восстановление функциональных нарушений, увеличивая риск послеоперационных осложнений [4]. Развивающиеся психопатологические состояния часто не имеют тенденции к самопроизвольной редукции; скорее наоборот — наблюдается их нарастание, в связи с чем возникает необходимость психологической коррекции и реабилитации [13]. На настоящий момент важность и эффективность психотерапии (ПТ) онкологических больных общепризнанна, хотя до сих пор не сформулированы единые стандарты ее проведения. Среди наиболее часто упоминаемых в научной литературе направлений и методов можно назвать следующие: рациональная, когнитивно-поведенческая, экзистенциальная, интегративная, групповая ПТ, прогрессивная мышечная релаксация, аутотренинг, гипноз, символдрама, техники активного воображения, психосинтез, гештальт-терапия, транзактный анализ, психодрама, психоанализ [3, 11, 13]. Можно выделить три основных этапа ПТ: работа в дооперационный, в ранний

послеоперационный и отдаленный периоды. Работа в дооперационный период направлена преимущественно на рациональную коррекцию представлений пациента о болезни на уровне упорядочивания всех имеющихся у него знаний о диагностированном заболевании, проговаривания возникающих страхов и отрицательных установок по поводу данной нозологии [4, 13]. Наши исследователи в области психоонкологии отмечают важность обретения больными новой системы смыслов, поскольку прежняя начинает рушиться с момента постановки диагноза. Таким образом, согласно представленному обзору литературы, у онкологических больных часто развиваются нарушения в психоэмоциональной сфере, усложняющие лечение и снижающие эффективность реабилитации в восстановительный период. Поэтому возникает необходимость психокоррекции и ПТ. Наиболее предпочтителен мультимодальный подход, предоставляющий широкий спектр методик. В работе не затронута тема психокоррекции в паллиативной онкологии, поскольку данное направление имеет специфические цели и задачи и потому требует более подробного изучения как вопроса психоэмоционального состояния онкологических больных в терминальной стадии, так и целого пласта человеческих ценностей и культурных традиций, связанных с умиранием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. /М.: Медицина; 1997.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. //Сибирский психологический журнал. 2008; 27: 67—71.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. /М.: ЭКСМО; 2009.
4. Григорьева И.В., Игумнов С.А. Особенности психологического состояния и медико-психологическая помощь пациентам, оперированным по поводу рака щитовидной железы: основные стратегии психотерапевтической коррекции. //Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2010; 2: 19—23.
5. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах. /В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб: М. Бехтерева; 2001: 103—14.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: /Руководство для врачей. М.: МИА; 2001.
7. Winkleby M.A., Jatulis D.E., Frank E., Fortmann S.P. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. //Am. J. Publ. Health. 1992; 82: 816—20.
8. Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Folkman S., Syme L. Socio economic inequalities and health. //J. A. M. A. 1993; 269: 3140—5.
9. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial resources and the SES-health relationship. //Ann. N. Y. Acad. Sci. 1999; 896: 210—25.
10. Karnofsky D.A., Abelmann W.H., Craver L.F., Burchenal J.H. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma: with particular reference to bronchogenic carcinoma. //Cancer. 1948; 1: 634—56.
11. Козлова Н.В., Андросова Т.В. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных. //Вестник Томского государственного университета. 2010; 335: 142—7.
12. Baltrusch H.J., Stangel W., Titze I. Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. //Acta Neurol. 1991; 13: 315—27.
13. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб: Питер; 2001
14. Архипова И.В., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А. Психогенные факторы и рак молочной железы. /В кн.: Актуальные проблемы рака молочной железы. Кемерово; 2003; вып. VII: 7—8.
15. Ильницкий А.П. Бедность, стресс, рак. Вместе против рака. 2004; 3: 5—7.
16. Рожкова Н.И. Современная медицина для здоровья и эстетики молочной железы. //Опухоли женской репродуктивной системы. 2008; 3: 10—3.
17. Писарева Л.Ф., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Муранова О.Ю., Гурина Л.И. Эпидемиология рака молочной железы в приморском крае. //Сибирский онкологический журнал. 2010; 1: 50—5.
18. Гуменюк Л.Н., Рослякова В.А. Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. //Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2010; 1—2: 103—6.
19. Ивашкина М.Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболеваний /М. 2009.
19. Sterling T., Rosenbaum W., Weinkam J. Income, race, and mortality. //J. Natl. Med. Assoc. 1993; 85 (12): 906—11.

Поступила 09.05.2021

АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Мухамадиева Н.Б., Касымова Н.А.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Цель - интегрированная оценка факторов риска возникновения депрессивных расстройств и разработка алгоритма по оценке степени риска возникновения постинфарктной депрессии. В данном исследовании для выделения лиц с разной вероятностью риска диапазон разделен на три интервала: наименьший, средний, наибольший. Соответственно по диапазонам выделены также и группы прогноза: группа относительно благоприятного прогноза, группа внимания, группа неблагоприятного прогноза. Использование прогностической таблицы позволяет выявить степень вероятности риска развития ДС среди больных ИМ.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, депрессия, факторы риска, коморбидность, интегрированная оценка.

MIOKARD INFARKTIDAN KEYIN DEPRESSIYA UCHUN BIRLASHILGAN XAVF OMILLARI

Muxamadiyeva N.B., Qosimova N.A.

Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ Rezyume

Maqsad - depressiv buzilishlar boshlanishi uchun xavf omillarini kompleks baholash va infarktdan keyingi depressiya xavfini baholash algoritmini ishlab chiqish. Ushbu tadqiqotda, turli xil xavf ehtimoli bo'lgan shaxslarni ajratish uchun, oraliq uchta intervalgacha bo'lingan: eng kichik, o'rtacha va eng katta. Shunga ko'ra, bashorat guruhlarini diapazonlarga qarab ham ajratiladi: nisbatan qulay prognozga ega guruh, diqqat guruhi, noqulay prognozga ega guruh. Prognostik jadvaldan foydalanish MI bo'lgan bemorlar orasida DS rivojlanish xavfi ehtimoligini aniqlashga imkon beradi.

Kalit so'zlar: miokard infarkti, depressiya, xavf omillari, komorbidlik, kompleks baholash.

ASSOCIATED RISK FACTORS FOR POST-INFARCTION DEPRESSION

Mukhamadiyeva N.B., Kasymova N.A.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The goal is an integrated assessment of risk factors for the onset of depressive disorders and the development of an algorithm for assessing the degree of risk of post-infarction depression. In this study, in order to distinguish persons with different risk probabilities, the range is divided into three intervals: the smallest, the average, and the largest. Accordingly, the prediction groups are also distinguished according to the ranges: a group with a relatively favorable prognosis, a group of attention, a group with an unfavorable prognosis. The use of the prognostic table makes it possible to identify the degree of probability of the risk of developing DS among patients with MI.

Key words: myocardial infarction, depression, risk factors, comorbidity, integrated assessment.

Актуальность

По разным эпидемиологическим данным, депрессиями страдают от 4 до 10 % населения в мире [3,11,13]. Широкая распространенность депрессивных расстройств соотносима с наиболее тяжелыми соматическими

заболеваниями. Доклады ВОЗ указывают на то, что депрессивные расстройства входят в число заболеваний, вызывающих наиболее значимую потерю — активных лет жизни за счет болезни и инвалидизации. Депрессивные расстройства

также значительно повышают риск суицида и суицидальных попыток.

Депрессия часто является коморбидной другим, соматическим, заболеваниям, и в таких случаях заболевания двух разных сфер - психической и соматической - усугубляют друг друга, порой приводя к тяжелым последствиям. Среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями частота сопутствующей депрессии составляет 22–33%. У 17-27% пациентов с ишемической болезнью сердца, проходящих процедуру коронарной ангиографии, выявляются депрессии, а у больных в постинфарктном периоде депрессии обнаруживаются в 16-45% случаев. Наличие депрессии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями не только осложняет течение и терапию этих расстройств, но и сокращает продолжительность жизни больных. Понятно и прогнозируемо, что наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда, так как даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у человека с угрозой для жизни. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших. По другим данным, психические нарушения констатировались в 28% случаев. У 50% больных наблюдалась интенсификация невротических черт [7, 6, 13,17].

Развитие и течение психических расстройств зависит от многих факторов: условия жизни больного, вредные привычки, повторные ишемические эпизоды, степень поражения миокарда, провоцирующие факторы, поддержка соматического здоровья в динамике, поддержка близких. Сложные взаимоотношения указанных факторов объясняют многообразные проявления психических расстройств, развивающихся на фоне инфаркта миокарда [1, 2, 4, 14, 18].

Каскад патофизиологических изменений, характерный для развития депрессивного расстройства, сопоставим с метаболическими изменениями при развитии кардиоваскулярной патологии, в частности инфаркта миокарда. Следовательно, не исключена возможность обратного влияния острого нарушения коронарного кровообращения как острого стрессорного воздействия, активирующего симпатoadреналовую систему, в качестве

фактора, провоцирующего развитие аффективной симптоматики. Кроме того, как при депрессии, так и при инфаркте миокарда возрастает уровень каспазной активности плазмы крови, с одной стороны, отражающий выраженность процессов апоптоза, а с другой - уровень эндогенной интоксикации. Помимо этого, в процессе развития инфаркта миокарда апоптотической гибели подвергается часть кардиомиоцитов ишемизированной зоны (Saraste A., Pulkki K., Kallajoki M. et al., 1997). Развивающиеся при ИМ апоптоз и медиаторные нарушения способны влиять на метаболизм биологически активных веществ в головном мозге [5, 9, 10].

В экономически развитых странах ежедневно внезапно умирает около 2500 человек, причем, только в 2-5% случаев смерть наступает в медицинских учреждениях (Бойцов С.А. и соавт. 2011 г). В мире ежегодно около 3 млн. человек умирает внезапно при возможности выживания не более 1% [12]. По данным Американской Ассоциации сердца (2004 г), в течение 6 лет после инфаркта миокарда (ИМ), несмотря на оптимальное лечение, 18% мужчин и 35% женщин переносят повторный ИМ, 7% мужчин и 6% женщин внезапно умирают, 22% мужчин и 46% женщин становятся инвалидами из-за развития тяжелой сердечной недостаточности (СН). Вероятность успешной реанимации внезапно умерших вне стационара даже в экономически развитых странах составляет не более 5% случаев. На сегодняшний день результаты многочисленных исследований позволили выделить три основных момента, определяющих прогноз жизни больных, перенесших ИМ: резидуальная ишемия миокарда, левожелудочковая дисфункция и электрическая нестабильность миокарда [1, 7, 14].

Распознавание функциональных состояний на основе анализа данных о вегетативном и миокардиально-гемодинамическом гомеостазе требует определенного опыта и знаний в области физиологии и клиники. Для того чтобы этот опыт сделать достоянием широкого круга врачей, был разработан

ряд формул, позволяющих вычислять адаптационный потенциал системы кровообращения по заданному набору показателей с помощью уравнений множественной регрессии. Одной из наиболее простых формул, обеспечивающих точность распознавания 71,8% (по сравнению с экспертными оценками), является индекс Баевского (ИБ), названный в честь российского учёного — Романа Марковича Баевского,

который впервые применил его в 1987г. Данный индекс представляет собой расчётный индекс адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы и определяет функциональное состояние пациента.

Дифференцированная психофармакотерапия ТДС у больных ССЗ приводит к более ранней и значимой нормализации психологического состояния, потенцирует эффект антигипертензивных средств и улучшает клиническое течение ССЗ [11, 12, 14].

Целью настоящего исследования явилось интегрированная оценка факторов риска возникновения депрессивных расстройств и разработка алгоритма по оценке степени риска возникновения постинфарктной депрессии.

Материал и методы

Объектом исследования были больные с ИМ, госпитализированные в стационар (754 больных). Для достижения поставленной цели из этой когорты были отобраны больные с наличием депрессивных расстройств. Из всего числа больных у 31% (233) были обнаружены симптомы депрессии (основная группа). Для сравнительного анализа в контрольную группу были включены больные с ИМ без депрессивных расстройств - 108 единиц наблюдения. Было осуществлено клинικο-динамическое наблюдение за больными в постинфарктном периоде с контролем состояния через 1, 3, 6 месяцев и через 1 год после перенесенной атаки.

Подготовка к статистическому анализу включало изучение типов анализируемых переменных (учетных признаков), вида распределения каждого признака и формулировку задачи.

На втором этапе осуществляли выбор конкретного статистического метода в зависимости от трех основных факторов, изученных на первом этапе:

- типа анализируемых учетных признака;
- характера распределения анализируемых признаков;

- числа и типа изучаемых выборок (зависимые или независимые).

Критериями нормального распределения были следующие параметры:

- среднее значение, мода и медиана признака примерно равны;
- около 68% значений признака находится в интервале $M \pm \sigma$, 95% - в интервале $M \pm 2\sigma$, 99% - в интервале $M \pm 3\sigma$.
- Нормальное распределение признака симметрично относительно своего значения.

Поскольку более 80% анализируемых количественных признака были нормально распределенными, в основу статистического анализа были положены методы параметрической статистики.

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке с помощью методов вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялось по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F – критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$. Статистическая значимость для качественных величин вычислялся с помощью χ^2 критерий (хи-квадрат) и z -критерий (Гланц С., 1998) по следующей формуле:

$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}}$$

где $p_1 = \mu_1/n_1$ и $p_2 = \mu_2/n_2$ сравниваемые опытные частоты, а $p = (\mu_1 + \mu_2)/(n_1 + n_2)$ средняя частота появления признака по обеим группам.

Первым и важным этапом, анализа рисков, является построение таблицы сопряженности. Схематично таблица сопряженности выглядит таким образом:

Таблица 1

Схема таблицы сопряженности

Фактор риска	Изучаемый эффект (исход)		Всего
	есть	нет	
Есть	a	b	A
Нет	c	d	B
Всего	C	D	Q

Относительный риск, ОР (*англ. relative risk, RR*) – отношение частоты наблюдаемого исхода у лиц, подвергавшихся и не подвергавшихся воздействию факторов риска. Относительный риск не несет информации о величине абсолютного риска (заболеваемости). Даже при высоких значениях относительного риска абсолютный риск может быть совсем небольшим, если заболевание редкое. Относительный риск показывает силу связи между воздействием и заболеванием. При $OR > 1$ вероятность развития неблагоприятного исхода в основной группе выше, а при $OR < 1$ ниже, чем в контрольной.

1. Вычисление ОР:

$$OR = \frac{a/A}{c/B} = \frac{a(c+d)}{c(a+b)}$$

Для сравнения полученных результатов в двух независимых совокупностях (больные ИМ с ДС и больные ИМ без ДС), мы использовали оценку достоверности различий двух совокупностей:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}, \text{ где}$$

P_1 и P_2 – показатели

m_1 и m_2 – ошибки показателей

t – доверительный критерий.

Значение t определено по таблице Стьюдента.

Определение факторов и прогнозирования риска возникновения ДС у больных ИМ проводилось с помощью вероятностного метода Байеса – нормированных интенсивных показателей (Маматкулов Б., Искандаров Т.И. 1994).

Для определения силы влияния различных факторов на развитие ДС и его прогрессирование среди обследованного контингента, были вычислены показатели «относительного» риска. Относительный риск – это отношение показателей заболеваемости в группе лиц, подвергающихся влиянию изучаемого фактора, к тем же показателям у лиц, не подверженных влиянию этого фактора.

Статистический анализ материала осуществлялся путем вычисления интенсивных, экстенсивных показателей, средних величин.

Программное обеспечение статистической обработки результатов проведено на основе цели и задач исследования, базировалось на макетах, разработочных таблиц с применением современных вычислительных систем, типа IBM/PQ. Применен макет стандартных программ “Microsoft Excel”, Statgraf,

STATISTICA_6, включающая в себя набор современных статистических методик, в том числе вариационную описательную статистику, программы корреляционного и регрессионного анализа.

Результат и обсуждения

Изучение отдельных конкретных факторов, способствующих развитию ДС, не позволяет в целом оценить степень их влияния. Поэтому необходимо проведение интеграции факторов и оценки влияния их в комплексе на развитие ДС.

Нами проведена интегрированная оценка факторов развития ДС с учетом степени риска. Для чего был использован метод нормированных показателей (НИП) – вероятностный метод Байеса.

Исходные данные для интегрированной оценки риска развития ДС по каждому фактору представлены в виде прогностической таблицы (табл.2). Она включает в себя все отобранные на основании критерия Стьюдента для прогнозирования факторы и их градации и значения (X), показатели интегрированной оценки риска в зависимости от силы влияния отдельного фактора (X'), показатели относительного риска по каждому фактору (R) и сумму их по комплексу факторов ($\sum R_n$), а также нормирующую величину которая принята за 1. Как видно из таблицы, наиболее значимыми факторами, способствующими развитию ДС, являются наличие семейных проблем ($OR -16,3$) такие как материальная ответственность в семье, смерть близкого человека, родительское насилие, разводы. Следующими по значимости факторами, являются семейный статус больного ($OR-10,5$), наличие сопутствующих заболеваний (8,1), употребление алкоголя (4,1), социальный статус больного ($OR-3,6$), уровень образования ($OR-2,8$). Среди эмоционально неустойчивых пациентов риск развития ДС в 3,3 раза выше, чем среди эмоционально устойчивых, наличие психотравмирующих факторов также могут способствовать развитию ДС ($OR-2,6$), у больных с отягощенной наследственностью по психическим заболеваниям риск развития ДС в 2,2 раза выше, чем среди тех у кого наследственность не отягощена. На наличие ДС указывают и некоторые биохимические показатели крови, такие как уровень каспазы ($OR-6,8$) и 5-оксииндолуксусной кислоты ($OR-3,3$). Чем позже оказывается первичная медицинская помощь, тем выше риск развития ДС ($OR-1,6$), относительно выше риск развития ДС у больных ведущих пассивный образ жизни

(ОР-1,6), а также среди, перенесших ИМ повторно (ОР-1,4)

Таблица 2

Факторы	градации факторов	НИП (X)	показатель OR риска (R)	Интегрирован ный показатель риска (X')
Пол	мужчины женщины	64,4 35,6	1,8	115,9 64,1
Возраст	До 50 лет 51-60 лет Старше 60 лет	25,7 44,7 29,6	1,7	43,7 76,0 50,3
Социальное положение	рабочие служащие работники села предприниматели члены семьи	19,7 15,0 19,7 9,9 35,6	3,6	70,9 54,0 70,9 35,6 128,1
Образование	среднее среднее специальное и нез. высшее высшее	47,6 35,2 17,2	2,8	133,2 98,5 48,2
Характер труда	преимущественно физический преимущественно умственный	70,4 29,6	2,3	162,0 68,0
Занимаемая должность	Руководящая Исполняющая	39,0 61,0	1,6	62,4 97,6
Семейный статус	Женат/замужем Вдова/ец, разведен/а Не женат/ незамужем	35,6 58,8 5,6	10,5	373,8 617,4 58,8
Отношение в семье	доброжелательные недоброжелательные	39,8 60,2	1,5	59,7 90,3
Отношения вне семьи, на работе, с друзьями	доброжелательные недоброжелательные	40,0 60,0	1,5	60,0 90,0
Тип личности	Эмоционально устойчивый Эмоционально неустойчивый	23,2 76,8	3,3	76,6 253,4
Психотравмиру ющие факторы	нет есть	27,9 72,1	2,6	72,5 187,5

Наличие семейных проблем	Развод	12,9	16,3	210,2
	Смерть близкого человека	17,2		280,4
	Родительское насилие в прошлом	15,0		244,5
	Материальная ответственность в семье (свадьба, другие мероприятия, обучение детей)	34,3		559,1
	Проблемы с детьми (наркотики, сексуальное насилие, уход из семьи, заболевание и др.)	9,9		161,4
	Измена супруга(и)	2,1		34,2
	Другие	8,6		140,2
Наследственность по психическим заболеваниям	Отягощена	21,4	2,2	47,1
	Не отягощена	9,9		21,8
Уровень каспазы в крови	при ИМ с ДС	1,02	6,8	6,94
	при ИМ без ДС	0,15		1,02
Содержание 5-оксииндолуксусной кислоты мкг/мл	при ИМ с ДС	48,02	3,3	158,4
	при ИМ без ДС	14,6		48,2
Курит	да нет	55,0 45,0	1,2	66,0 54,0
Употребление алкоголя	да нет	80,3 19,7	4,1	329,2 80,7
Образ жизни	пассивный активный	61,5 39,5	1,6	98,4 63,2
Наличие сопутствующих заболеваний	Гипертоническая болезнь	62,6	8,1	507,1
	Эндокринные заболевания			
	Ожирение	28,7		232,5
	Заболевания почек			
	Заболевания ЖКТ	29,2		236,5
	Хронический гепатит	7,7		62,4
	Цереброваскулярные заболевания	38,6		312,7
	ЧМТ	65,6		531,4
	Другие заболевания	18,9		153,1
Кратность ИМ	Первичный	41,2	1,4	57,7
	повторный	58,8		82,3
Время оказания специализированной помощи	До 1 часа	39.1	1.6	62.6
	Более 1 часа	60.9		97.4
Нормирующая величина (М) =1,0		Сумма показателей относительного риска (Rn)=79,8		

Выявив наиболее значимые факторы риска развития ДС у больных с инфарктом миокарда, мы определили возможный диапазон риска по комплексу вышеуказанных факторов. Диапазон

риска в нашем случае находится в пределах 9,7 – 49,23, отсюда следует, что чем выше будет величина интегрированного показателя в результате воздействия комплекса исследуемых факторов (Р), тем выше вероятность риска развития ДС у больного ИМ и больше оснований для выделения его в группу неблагоприятного прогноза.

неблагоприятного прогноза (табл.3).

Для выделения лиц с разной вероятностью риска диапазон разделен на три интервала: наименьший, средний, наибольший. Соответственно по диапазонам выделены также и группы прогноза: группа относительно благоприятного прогноза, группа внимание, группа

Таблица 3

Диапазон риска развития ДС		
Вероятность риска	Диапазон	Прогноз
Наименьшая	9,7 – 22,87	Относительно благоприятный
Средняя	22,88 – 36,05	Внимание
Наибольшая	36,06 – 49,23	Неблагоприятный

Таким образом, использование прогностической таблицы позволяет выявить степень вероятности риска развития ДС среди больных ИМ. Она позволит кардиологам, а также врачам первичного звена выявлять симптомы ДС на более ранних стадиях инфаркта миокарда.

Разработка критериев для оценки риска развития ДС среди больных ИМ позволит своевременно выявлять ДС и корректировать лечение больных ИМ с учетом ДС.

Обсуждение полученных данных. После ишемической кардиальной атаки, принявшей характер инфаркта миокарда, пациент госпитализируется в стационар. Так как постинфарктная депрессия является частым состоянием, возникающем в послеинфарктном периоде, и во многом осложняет период лечения и реабилитации, то целесообразно уже в первые часы после поступления пациента в клинику провести мероприятия по оценке степени риска возникновения депрессивных расстройств. Важно, что это могут осуществить даже врачи-непсихиатры.

При первичном сборе анамнестических сведений у самого пациента или его близких необходимо сделать акцент на таких моментах, как отсутствие высшего образования, отсутствие собственной семьи, пристрастие к вредным привычкам (в частности, курение), плохие условия жизни, наличие в качестве сопутствующих заболеваний хронического гепатита, церебрального атеросклероза и/или ожирения, отягощенность семейного анамнеза психическими заболеваниями, длительность ишемической атаки более 15 минут, наличие попыток самостоятельно безуспешно купировать болевой синдром. Выявление перечисленных факторов позволяет отнести

пациента в группу риска по возникновению постинфарктной депрессии. В таком случае целесообразно уже в условиях реанимации начинать проведение антидепрессивной терапии для превенции развития постинфарктной депрессии. Вероятно, с учетом того, что наиболее часто встречается тревожно-заторможенный вариант постинфарктной депрессии, препаратами выбора в превентивных целях должны стать антидепрессанты с выраженным анксиолитическим действием.

Следующим шагом является использование опросника Мини-Мульт для определения типа личности пациента и шкал Гамильтона и/или Монтомери-Асберга для выявления, возможно, уже развившейся депрессии и определения степени ее тяжести. Понятно, что этот шаг становится возможен лишь при состоянии пациента, позволяющем ему отвечать на вопросы исследователя. Поводом для отнесения пациента в группу риска по возникновению постинфарктной депрессии служит преобладание в структуре его личности тревожных и психастенических черт. В этом случае также целесообразно проведение превентивной антидепрессивной терапии антидепрессантами с выраженным анксиолитическим действием.

Так как наибольшее число манифестов постинфарктной депрессии приходится на первую неделю после перенесенной ишемической атаки, использование шкалы Монтомери-Асберга целесообразно, на наш взгляд, ежедневно в течение первой недели для своевременного выявления депрессивных расстройств у всех без исключения пациентов, перенесших инфаркт миокарда. В случае выявления депрессивных расстройств

необходимо определить степень их тяжести (также по шкале Монтгомери-Асберга) и клиническую характеристику (ведущий компонент депрессивной триады, вид аффекта, наличие суицидальных компонентов), для чего необходимо приглашать консультанта-психиатра. С учетом клинической картины постинфарктной депрессии необходимо назначение соответствующего лечения при согласовании его кардиологом и психиатром одновременно.

В случае обнаружения у пациента легкого или умеренного депрессивного эпизода необходима в плановом порядке консультация врача-психиатра для согласованного решения о назначении адекватной терапии. В дальнейшем необходимо производить клиническое наблюдение и продолжать использовать шкалу Монтгомери-Асберга для определения глубины депрессии. Это может в ежедневном порядке осуществляться палатным врачом-кардиологом с возможностью вызова врача-психиатра в случае необходимости.

В случае обнаружения у пациента тяжелого депрессивного эпизода необходим срочный вызов врача-психиатра, курирование этого больного консультантом-психиатром ежедневно, возможно установление круглосуточного медицинского поста около него для предупреждения аутоагрессивных действий и разрушительных действий, направленных вовне, а также решение вопроса о переводе в психиатрический стационар. При этом необходимо с помощью клинического наблюдения и шкалы Монтгомери-Асберга продолжать оценивать степень тяжести депрессивного эпизода. При редукции симптоматики и приобретения черт легкого или умеренного депрессивного эпизода допустимо наблюдение лишь врача-кардиолога, вызов консультанта-психиатра производится только в случае необходимости и для согласования терапии.

Системный подход к выявлению депрессивных расстройств у больных с инфарктом миокарда представляет собой следующий алгоритм действия:

Этап I. Выявление факторов, позволяющих отнести пациента в группу риска по возникновению постинфарктной депрессии: отсутствие высшего образования, отсутствие собственной семьи, пристрастие к вредным привычкам (в частности, курение), плохие условия жизни, наличие в качестве сопутствующих заболеваний хронического гепатита, церебрального атеросклероза и/или ожирения, отягощенность семейного анамнеза психическими заболеваниями, длительность ишемической атаки более 15 минут, наличие попыток самостоятельно безуспешно купировать болевой синдром. С учетом того, что наиболее часто встречается тревожный вариант постинфарктной депрессии, препаратами выбора

в превентивных целях должны стать антидепрессанты с выраженным анксиолитическим действием.

Этап II. В первую неделю после перенесенной ишемической атаки у всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда, необходимо использование опросника Мини-Мульт для определения типа личности пациента и шкалы Монтгомери-Асберга для выявления уже развившейся депрессии и определения степени ее тяжести. Поводом для отнесения пациента в группу риска по возникновению постинфарктной депрессии служит преобладание в структуре его личности тревожных и психастенических черт. В этом случае также целесообразно проведение превентивной антидепрессивной терапии антидепрессантами с выраженным анксиолитическим действием.

Этап III. В случае выявления депрессивных расстройств необходимо определить степень их тяжести (клинически и по шкале Монтгомери-Асберга) и клиническую характеристику (ведущий компонент депрессивной триады, вид аффекта, наличие суицидальных компонентов), для чего необходимо участие консультанта-психиатра. С учетом клинической картины постинфарктной депрессии необходимо назначение соответствующего лечения при согласовании его кардиологом и психиатром одновременно.

Этап IV. В случае обнаружения у пациента тяжелого депрессивного эпизода необходимо курирование этого больного консультантом-психиатром ежедневно, возможно установление круглосуточного медицинского поста около него для предупреждения аутоагрессивных действий и разрушительных действий, направленных вовне, а также решение вопроса о переводе в психиатрический стационар.

Заключение

Таким образом, в первые часы после инфаркта миокарда после поступления пациента в клинику необходимо провести мероприятия по оценке степени риска возникновения депрессивных расстройств с определением тревожных состояний, сниженного настроения и предрасполагающих факторов врачом кардиологом возможно с назначением транквилизаторов с выраженным анксиолитическим действием. В первую неделю после перенесенного ИМ при наличии депрессивных симптомов у пациентов необходима консультация психиатра для клинической диагностики депрессии и определения степени ее тяжести с использованием шкалы Монтгомери-Асберга. В случае выявления депрессивных расстройств необходимо определить клиническую характеристику (ведущий компонент

депрессивной триады, вид аффекта, наличие суицидальных компонентов, степени тяжести) депрессии и назначение соответствующего лечения антидепрессантами при согласовании его кардиологом и психиатром одновременно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиев Ф. А., Маманазарова Д. К. Влияние депрессивных явлений на течение хронической сердечной недостаточности у женщин в постменопаузальном периоде // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2010. - №2-3. - С.181.
2. Аронов Д.М., Арутюнов Г.П., Белененков Ю.Н. и др. Согласованное мнение экспертов о целесообразности использования миокардиального цитопротектора в комплексной терапии больных с хроническими формами ишемической болезни сердца // Кардиосоматика. - М., 2012. - №2. - С.58-60.
3. Арутюнов Г.П., Евзерихина А.В., Рылова А.К., Лобзева В.И. Клиническая эффективность разных форм непрерывного образования пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью // Кардиосоматика. - М., 2013. - №1. - С.55-61.
4. Груздева А. А., Хохлов А. Л., Костылев А. И. Острый инфаркт миокарда и тревожно-депрессивные расстройства, фармакоэкономический анализ соматотропной терапии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Управление качеством. - М., 2011. - №7-8. - С.30-34.
5. Дробижев М. Ю., Беграмбекова Ю. Л., Мареев В. Ю., Кикта С. В. Влияние депрессии и тревоги на клинические исходы у больных ХСН // Журнал Сердечная Недостаточность. - М., 2016. - №7 (2). - С.91-98
6. Дробижев М.Ю. Столкновение мнений. Кардиоваскулярная терапия и профилактика // Кардиопсихиатрия. - М., 2017. - № 2. - С.84-87.
7. Mukhamadiev N.B. Influence of depression on social characteristics of patients with myocardial infarction// European Journal of Biomedical and Pharmaceutical sciences. Volume: 7. Issue: 7. - 2020, - 93-95.
8. Николаев, Е.Л. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями /Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - Ч., 2015. - Т.11. - № 1. - С.57-76.
9. Оганов Р.Г., Погосова Г. В. Депрессивная симптоматика ухудшает течение сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца //Кардиология. - М., 2011. - №2. - С.59-66.
10. Орипова Н.Х. Свободные жирные кислоты - предикторы метаболического синдрома./ Орипова Н.Х., Каюмов У.К., Ходжиметов А.А. //Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент. - 2012. - №1.- С.39-42.
11. Погосова Н.В., Колтунов И. Е., Юферева Ю. М. Тревожные расстройства в кардиологической практике: состояние проблемы: обзор //Российский кардиологический журнал. - М., 2010. - №5. - С.98-102
12. Салимова Н. Р. Эффективность флувоксамина в лечении тревожно-депрессивных расстройств у больных артериальной гипертензией //Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2010. - №2-3. - С.210-211.
13. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях //ООО «Медицинское информационное агентство». - М., 2007. - 432 с.
14. Ходжаев А. И. Динамика тревожно-депрессивных расстройств у больных гипертонической болезнью с цереброваскулярными осложнениями на фоне стандартной антигипертензивной терапии //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2011. - №3. - С.26-28.
15. Чернорай А.В. Клинико-психологические особенности адаптации при острой форме ишемической болезни сердца // Автореф. дис. канд. психол. наук. - СПб., 2014. - 26 с.
16. Черняева М.С., Петрова М.М., Савченко А.А., Шимохина Н.Ю., Каскаева Д.С., Пронина Е.А., Острый инфаркт миокарда и расстройства аффективного спектра. // Сибирское медицинское обозрение, 2015. - №13. - С.6-9.
17. Feng H.P. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study / H.P. Feng, W.C. Chien, W.T. Cheng [et al.] // Medicine. - 2016. - Vol. 95, № 34. - P.4458-4464.
18. Condén E. Is type D personality an independent risk factor for recurrent myocardial infarction or all-cause mortality in post-acute myocardial infarction patients? / E. Condén, A. Rosenblad, P. Wagner [et al.] // Eur J Prev Cardiol. - 2017. - Vol. 24, № 5. - P. 522-533.

Поступила 09.05. 2021

Мухторова Х.К., Мухамадиева Н.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Важнейшим направлением в сфере медицины являются обследование психического здоровья населения, профилактика, диагностика, лечение, уход и медико-социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами.

Базисным элементом общественного здоровья является психическое здоровье. Шизофрения – хроническое прогрессирующее заболевание, ухудшающее социальное функционирование пациента и является наиболее частой причиной инвалидизации лиц, страдающих психическими расстройствами. В статье рассматриваются некоторые аспекты социальной адаптации больных шизофренией.

Ключевые слова: психическое здоровье, шизофрения, социальная адаптация.

ISSUES OF SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Mukhtorova Kh.K., Mukhamadieva N.B.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The most important direction in the field of medicine is the examination of the mental health of the population, prevention, diagnosis, treatment, care and medical and social rehabilitation of persons suffering from mental disorders.

Mental health is a basic element of public health. Schizophrenia is a chronic progressive disease that impairs the social functioning of the patient and is the most common cause of disability in people with mental disorders. The article discusses some aspects of social adaptation of patients with schizophrenia.

Keywords: mental health, schizophrenia, social adaptation.

ШИЗОФРЕНИЯ БЕМОРЛАРИНИ ИЖТИМОЙ АДАПТАЦИЯСИ МАСАЛАЛАРИ

Мухторова Х.К., Мухамадиева Н.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Тиббиёт соҳасидаги энг муҳим йўналиш - бу аҳолининг руҳий саломатлигини текшириш, руҳий касалликларга чалинган шахсларда профилактика, диагностика, даволаш ва тиббий-ижтимоий реабилитацияси.

Рухий саломатлик - аҳоли соғлигининг асосий элементи. Шизофрения сурункали прогрессив касаллик бўлиб, беморнинг ижтимоий фаолиятини бузади ва руҳий касалликларга чалинган одамларда ногиронликнинг энг кенг тарқалган сабаби ҳисобланади. Мақолада шизофрения билан касалланган беморларнинг ижтимоий мослашувининг баъзи жиҳатлари кўриб чиқилади.

Калит сўзлар: руҳий саломатлик, шизофрения, ижтимоий мослашув.

Актуальность

Психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья. В Уставе ВОЗ говорится: "Здоровье является состоянием полного физического, душевного и

социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов". Важным следствием этого определения является то, что психическое здоровье — это не только отсутствие психических расстройств и

форм инвалидности. Психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества. Здоровье населения рассматривается как одно из показателей социального благополучия общества. Полиморфизм факторов, влияющих на состояние и динамику психического здоровья населения, определяет высокую степень распространенности психических расстройств. По данным ВОЗ (2020), психические и неврологические расстройства, а также расстройства, связанные с употреблением наркотиков и других веществ, распространены во всех регионах мира. Они поражают каждое сообщество и каждую возрастную группу в странах с разными уровнями дохода. На эти расстройства приходится 14% глобального бремени болезней, но большинство людей, страдающих от них, из которых 75% проживают в странах с низким уровнем дохода, не имеют доступа к необходимому им лечению. А в Европейском регионе ВОЗ на долю психических заболеваний приходится до 20% бремени заболеваний, и каждый четвертый житель региона на том или ином этапе жизни сталкивается с проблемами психического здоровья.

Шизофрения — хроническое прогрессирующее заболевание, неуклонно ухудшающее социальное функционирование и характеризующееся разрушением социальных связей больного [3]. Шизофрения является наиболее частой причиной инвалидизации больных, страдающих психическими расстройствами. Она поражает самый перспективный и активный по возрастному составу контингент населения. Однако 30% больных оказываются сохраняют способность к профессиональному труду, и многие из них ведут социально активный и адекватный образ жизни.

Прием современных антипсихотических препаратов позволяет существенно уменьшить разрушительные последствия заболевания и предупредить наступление необратимого ущерба. Именно по этой причине во многих странах пересмотрена концепция оказания психиатрической помощи и активно создаются клиники первого психотического эпизода. При этом предпочтение отдается полустационарной и амбулаторной форме

обслуживания пациентов. Если острота психотической симптоматики требует помещения в стационар, то на следующем этапе терапия может быть продолжена в амбулаторных условиях. Имеющийся опыт свидетельствует, что до 60 % больных с первым эпизодом шизофрении могут обходиться без госпитализации. При этом подчеркивается необходимость психосоциальной направленности терапии с самых ранних ее этапов [4, 5]. Процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды принято называть психической адаптацией. Психическая адаптация состоит из трёх блоков: биологического, психологического и социального. В структуре психологического блока наиболее существенными факторами представляются следующие: мотивационная система, психологическая защита, социальная компетенция, а также «качество жизни» — субъективное восприятие больным степени его изменённости, недостаточности, ограниченности социальных возможностей.

Социальная адаптация понимается как результирующая процессов психической адаптации во внешней среде; она непосредственно характеризует особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Качественной характеристикой социальной адаптации является тип приспособительного поведения (В. М. Воловик), отражающий основные тенденции личности в формировании социального поведения. Количественная оценка социальной адаптации — это мера успешности функционирования субъекта, страдающего психическими расстройствами в социуме. Она может быть представлена и измерена как уровень функционирования в различных социальных сферах [6].

Важную роль в социальной адаптации больного шизофренией играет поддержка, которую пациент получает со стороны семьи. Необходимость заботиться о больном шизофренией обуславливает высокую физическую и психологическую нагрузку на семью, тогда как сама семья зачастую не получает существенной поддержки. Есть основания надеяться, что высокая клиническая эффективность медикаментозной терапии при длительном лечении больных шизофренией повысит общий уровень их функциональной адаптации и способность к самостоятельной жизни и тем самым снизит нагрузку, испытываемую семьей пациента. Для

решения задач охраны здоровья, профилактики психических расстройств необходима профилактика социальных рисков психического здоровья, формирование соответствующих институтов и подготовка кадров специалистов в сфере социальной медицины, медицинской и социальной психологии, основной целью деятельности которых должна выступать медико-социально-психологическая поддержка больных, страдающих психическими расстройствами.

Психическая адаптация состоит из трёх блоков: биологического, психологического и социального. Основу биологического аспекта составляет мотивационная система, социальная компетенция, психологическая защита, улучшение качества жизни больного. Социальная же адаптация подразумевает под собой суммирование процессов психической адаптации во внешней среде; она непосредственно характеризует особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Качественной характеристикой социальной адаптации является тип приспособительного поведения, отражающий основные тенденции личности в формировании социального поведения [Гончаров В.Е., 2010]. Количественная оценка социальной адаптации – это мера успешности функционирования субъекта, страдающего психическими расстройствами в социуме. Она может быть представлена и измерена как уровень функционирования в различных социальных сферах [3]. Реабилитация психических больных представляет из себя междисциплинарную проблему, которая является важной практической частью социальной психиатрии в частности [1, 2].

В структуре шизофрении могут быть такие синдромы как кататонический, бредовый и галлюцинаторный. Они могут иметь временный характер, приступообразный, либо постоянный. Изменения личности способны проявляться уже после первого приступа заболевания, которые выражаются прежде всего в снижении коммуникативных способностей, активности, утрате дифференциации собственного "Я", угасании интересов, отсутствие мотивации в какой-либо деятельности. Данные изменения лежат в основе затруднения социальной адаптации и социализации, которые в первую очередь затрагивают межличностные отношения больных с членами семьи и окружающими, так же трудовую деятельность и творческую. Все вышеперечисленные аспекты способны

привести к полной социальной дезадаптации больных [3]. Шизофрения – это болезнь, выбивающая человека из общественной жизни на довольно продолжительный период времени. Больные оказываются аутсайдерами, неспособными эффективно работать, поддерживать социальные контакты, создавать семьи, вследствие специфических изменений в эмоциональной и мыслительной сфере. Однако если сочетать медикаментозную терапию (препараты группы антипсихотиков и нейролептики) с адекватной психотерапией и реабилитацией, то можно предотвратить неуклонную дезадаптацию пациента [3]. Для психотерапии в первую очередь важна роль семейной и групповой терапии больного шизофренией. Близкое окружение в первую очередь несет ответственность за формирование комфортной и благоприятной среды для пациента. Психотерапия должна учитывать выраженность продуктивных, негативных и когнитивных симптомов шизофрении. Необходимо иметь ввиду личностные особенности каждого пациента в отдельности, проводить комплексный подход в лечении больных данного профиля [1]. В настоящий момент в России не уделяется достаточного внимания данной проблеме, несмотря на ее актуальность. Необходимо создания специализированных программ, методик реабилитаций для больных, куда бы входили как индивидуальные, так и групповые программы. Они бы включали в себя: тренинги социальных навыков, самоуважения, уверенного поведения, уважения к окружающим, самостоятельного проживания, умения справляться с остаточными симптомами, семейная терапия. И чем раньше начнется данная работа у пациента, тем больше шансов, что он будет социально адаптирован. Основной задачей врача в данной ситуации является не только купирование симптомов данного заболевания, но и научить больного жить и сосуществовать со своей болезнью. Целью этого лечения является как правило восстановление социальной автономии пациента [2, 6].

Выводы

Становление гуманистических ценностей в обществе повышают уровень требований по отношению к человеческой личности и общество подчас неспособно обеспечить условия для их реализации. Зачастую

ответственность за пациентов данного профиля перекладывается целиком на службу психиатрической помощи. Государство при этом выделяет достаточно ограниченные ресурсы для реализации комплексной и достаточной помощи в психической адаптации больных шизофренией и другими расстройствами личности. Существуют лишь отдельные попытки создать психиатрическим пациентам охранительную, доброжелательную, реабилитационную среду с участием социальных служб. Важную роль в социальной адаптации больного шизофренией играет поддержка, которую пациент получает со стороны семьи. Необходимость заботиться о больном шизофренией обуславливает высокую физическую и психологическую нагрузку на семью, тогда как сама семья зачастую не получает существенной поддержки. Есть основания надеяться, что высокая клиническая эффективность медикаментозной терапии при длительном лечении больных шизофренией повысит общий уровень их функциональной адаптации и способность к самостоятельной жизни и тем самым снизит нагрузку, испытываемую семьей пациента [2]. Для решения задач охраны здоровья, профилактики психических расстройств необходима профилактика социальных рисков психического здоровья, формирование соответствующих институтов и подготовка кадров специалистов в сфере социальной медицины, медицинской и социальной психологии, основной целью деятельности которых должна выступать медико-социально-психологическая поддержка больных, страдающих психическими расстройствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ефремова Н.А. Программа социальной адаптации семьи человека, страдающего шизофренией / Н.А. Ефремова, А.В.

Бычок // Социальное проектирование: теория и практика: материалы VII заочной Международной научно-практической конференции. – М., 2014. – С. 226-228.

2. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания: справочник. URL: <http://www.booksmed.com/psixiatriya-psixologiya> (дата обращения 23.09.2011).
3. Голдобина О.А., Рыбалко М.И. Психическое здоровье: факторы его определяющие; медико-социальная значимость; профилактика психических расстройств. (Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов, интернов, клинических ординаторов). – Барнаул: АГМУ, 2005. – 28 с.
4. Ибрагимова Э.С. Особенности проявления шизофрении / Э.С. Ибрагимова // Сборник статей победителей международной научно-практической конференции: в 2 частях – М., 2017. – С. 1443-1445.
5. Иващенко Н.Е. Исследование внутренней картины болезни при шизофрении / Н.Е. Иващенко // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – №2. – С. 37-40.
6. Матросова О.С. Особенности социальной компетенции у больных шизофренией / О.С. Матросова, С.А. Пахомова // Бюллетень медицинских интернет – конференций. – 2015. – №2. – С. 108-110.
7. Codistribution of a sensory gating deficit and schizophrenia in multi-affected families / M. C. Waldo, G. Carey, M. Myles-Worsley et al. // Psychiatr. Res.— 1991.— Vol. 39.— P. 257–268
8. Polimeni J., Reiss J. P. Humor perception deficits in schizophrenia // Psychiatry Res.— 2006.— № 141.— P. 229–232.

Поступила 09.04.2021

**ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ РОЛЬ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ РИСКА**

Туксонова Д.И., Солиева Н.К.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан

✓ **Резюме**

Цель исследования: Определить роли изучения социально- биологических факторов и акушерско- гинекологического анамнеза в прогнозировании и ранней диагностики угрозы прерывания в I триместре беременности

Материалы и методы исследования: Нами проанализировано 210 историй болезни пациенток, проходивших лечение в гинекологическом отделении Перинатального центра г Бухары и наблюдавшихся в женских консультациях №8 и №3 этого же города за период 2020 г. Все беременные были разделены на две группы. Основную I- группу составляли 110 женщин, беременность у которых с угрозой прерывания с клинической симптоматикой – боли внизу живота с началом I триместра в сроках гестации от 5 до 12 недель. В группу контроля были включены 100 пациенток с физиологическим течением беременности II- группа

Ключевые слова: невынашивания, беременность, угроза.

**ҲОМИЛА ТУШИШ ХАВФИ БЎЛГАН АЁЛЛАРНИНГ АНАМНЕЗИНИНГ
ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ХАВФ ГУРУҲИНИ АНИҚЛАШДАГИ РОЛИ**

Туксонова Д.И., Солиева Н.К.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Тадқиқот мақсади: Ижтимоий –биологик омилларни ва акушерлик гинекологик анамнезни ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида тушиш хавфини баҳорат қилиш ва эрта таъхислашдаги ролини аниқлаш.

Материал ва тадқиқот усуллари: Биз Бухоро шаҳридаги Перинатал марказининг гинекологик бўлимида даволанган ва шу шаҳарнинг 8 ва 3-сонли аёллар маслаҳатхоналарида 2020 йил давомида кузатилган беморларнинг 210 та касаллик тарихини таҳлил қилдик. Барча ҳомиладор аёллар икки гуруҳга бўлинган. Асосий I-гуруҳ 110 та аёлдан иборат бўлиб, уларда ҳомила тушиш хавфи булган қориннинг пастки қисмида озриқ клиник аломатлари билан 5 ҳафтадан 12-ҳафtagача булган ҳомиладорлар булди. Назорат гуруҳига эса ҳомиладорлиги физиологик кечаётган 100 та бемор II – гуруҳга киритилган.

Калит сўзлар: Ҳомиладорликни қўтара олмаслик, хавф, ҳомиладорлик

**FEATURES OF THE ANAMNESIS OF WOMEN WITH THE THREAT OF
MISCARRIAGE AND THEIR ROLE IN DETERMINING THE RISK GROUP**

Tuksanova D.I., Solieva N.K.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan

✓ **Resume**

Puprose of stady: Determine the role of studying socio-biological factors and obstetric-gynecological history in predicting and early diagnosis of the threat of termination in the first trimester of pregnancy.

Matherials and research methods: We analyzed 210 case histories of patients who were treated in the gynecological department of the Perinatal Center in Bukhara and were observed in antenatal clinics No. 6 and No. 11 of the same city for the period of 2019. All pregnant women were divided

into two groups. The main I-group consisted of 110 women, whose pregnancies with the threat of termination with clinical symptoms - pain in the lower abdomen with the onset of the 1st trimester at gestation periods from 5 to 12 weeks. The control group included 100 patients with the physiological course of pregnancy II – group.

Keywords: miscarriages, pregnancy, threat.

Актуальность

Не вынашивание беременности является во всем мире часто встречающейся патологией в период гестации. По данным ВОЗ несмотря на достигнутые успехи в акушерско-гинекологической службе, частота не вынашивания остается стабильной и достигает 25% от числа родов; привычное не вынашивание составляет 5-7% всех беременностей. Крайне важно помнить, что повторные выкидыши могут уменьшить шанс успешного вынашивания следующей беременности, однако даже после многочисленных потерь такой шанс сохраняется [1,4].

Вероятность благоприятного прогноза, в зависимости от причины, почти всегда выше, чем риск повторения. Причины любых потерь беременностей, в том числе и повторных бывают случайные (спонтанные) и неслучайные (закономерные). Такая сортировка важна для оценки риска повторения, но не всегда возможно.

На частоту не вынашивания беременности оказывают влияние достаточно много различных факторов. По данной проблеме были проведены научные исследования, которые демонстрировали полиэтиологический характер не вынашивания беременности: от социально-биологических факторов и анамнестических данных до особенностей течения беременности на разных этапах [2, 5].

Данная патология имеет полигамную этиологию, в связи с чем, изучение социально – анамнестических данных имеет огромное значение в определении и установлении группы риска. В современном акушерстве многие причины не вынашивания беременности остаются далекими от решения.

Цель исследования: Определить роли изучения социально-биологических факторов и акушерско-гинекологического анамнеза в прогнозировании и ранней диагностики угрозы прерывания в I триместре беременности.

Материал и методы

Нами проанализировано 210 историй болезни пациенток, проходивших лечение в гинекологическом отделении

Перинатального центра г Бухары и наблюдавшихся в женских консультациях №6 и №11 этого же города за период 2019 г.

Все беременные были разделены на две группы. Основную I-группу составляли 110 женщин, беременность у которых с угрозой прерывания с кинической симптоматикой – боли внизу живота с началом 1 триместра в сроках гестации от 5 до 12 недель. В группу контроля были включены 100 пациенток с физиологическим течением беременности II-группа.

В возрастном аспекте средний возраст пациенток с клиническими проявлениями угрозы прерывания беременности был достоверно выше по сравнению с женщинами физиологическим течением беременности составляя $24,5 \pm 0,5$ против $21,6 \pm 0,4$ лет ($p < 0,05$). Обе группы пациенток в отношении роста-весового коэффициента, возраста начала половой жизни, возраст менархе, использования КОК были идентичными.

В тоже время, женщины с угрозой прерывания беременности достоверно больше были одиночками ($18,5\% \pm 2,3\%$) и достоверно реже состояли в гражданском браке ($25 \pm 6\%$ против $6,5 \pm 3\%$ $p < 0,001$). Женщины группы -1 имели большее число беременностей ($2,48 \pm 0,2$ против $1,75 \pm 0,2$, $p < 0,05$). Пациентки исследуемой основной группы по сравнению с контрольной группой на 10 раз больше имели самопроизвольные выкидыши в анамнезе.

Они чаще страдали бесплодием и имели в анамнезе операции на придатках ($14,2 \pm 3,5\%$ против $1,9 \pm 1,7\%$, $p < 0,05\%$).

В общем анализе крови у женщин I-группы определялось достоверно большее количество эритроцитов $3,84 \pm 0,05$ против $3,12 \pm 0,06$ $p < 0,05$) и лейкоцитов ($8,0 \pm 0,20$ против $6,12 \pm 0,18$ $p < 0,05$). В общем анализе мочи у женщин основной группы на 3 раза больше обнаружено лейкоциты, но эти показатели, тем не менее, не выходят за рамки общепринятых норм. Женщины с угрозой невынашивания беременности реже использовали барьерную контрацепцию, на 50% менее чем физиологическим течением беременности.

Заключение

Таким образом, все выше указанные факторы и признаки будут проявляться у беременной женщины, то она может быть отнесена в группу риска по развитию угрозы невынашивания беременности, что дает возможность прогнозирования этой патологии и диагностики ее ранних стадий и своевременно проводить лечебно-профилактических мероприятий для улучшения исхода беременности и снижения репродуктивных потерь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бабаджанова Г. С. Определение эффективности лечения привычного невынашивания беременности, обусловленного некоторыми видами TORCH-инфекций. //Проблемы беременности. -2018.-№2.-с.61-64.
2. Борисова А.В. Оптимизация тактики ведения женщин с привычным невынашиванием беременности и хронической вирусной инфекцией с учетом интерферонового статуса. /Дисс. к. м. н., - М.- 2017.
3. 3.Демидов В.Н., Стыгар А.М. Значение эхографии в диагностике и выявлении причин невынашивания беременности. //Невынашивание беременности, -М., 2016.-С.91-92.
4. 4.Д.И.Туксонова, Н.К.Солиева, М. Н. Негматуллаева, Т.И.Шамсиева. Значение иммунного статуса при невынашивания беременности. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2020.-№1.-ст 52 -54.
5. Ледина А.В. Тактика ведения женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне персистентной энтеровирусной инфекции. /Дис. к. м. н. Москва.- 2016. с. 140.
6. Солиева Н.К.,Туксонова Д.И. Коррекция привычного невынашивания беременности препаратами микронизированного прогесторона в сочетании β -адреномиметиками при угрозе преждевременных родов. //Тиббиётда янги кун .2020. 2(30-2). ст 294-297.
7. Малышева Р.А., Тишкина В.А. Прогностическое значение признаков угрозы прерывания беременности для исходов беременности и родов. //Акуш. и гинек.- 2018.- №2.- с.58-60.
8. Щелькалина Л.А. Исследование интерферона у женщин при физиологической беременности и угрозе прерывания беременности. /Автореф. Дис. к. м. н., Новосибирск, 2015.
9. Sherman R. P., Garrett W.J. // Double-Blind Study of Effect of 17-Hydroxyprogesterone Caproate on Abortion Rate. //Brit. Med. J., 2013, v.292, №1,p. 5326-5329.
10. Wheeler D.M., Sinosich M J.,(2018). Prenatal screening in the first trimester of pregnancy, //Prenat. Diagn., 18, 6, 537-544.
11. Yamada H., Polgar K., Hill J.A. Cell-mediated immunity to trophoblast antigens in women with recurrent spontaneous abortion. //Am. J. Obstet. Gynecol.- 2014.- May. 170(5Pt 1). -p. 1339-1344.

Поступила 09.04.2021

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ, С ЦЕЛЮ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Каримова Н.Н., Киличева О.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ **Резюме**

В зависимости от тяжести состояния беременных женщин во время родов и проведенных лечебных мероприятий, пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 20 женщин, которым были проведены органосохраняющие операции, во 2-ю группу были включены 16 женщин с удалением матки и ее придатков. Проведенные нами исследования показали статистически значимое увеличение уровня гомоцистеина в сыворотке крови женщин 1-й группы в 2,05 раза относительно значений практически здоровых рожениц. Однако уровень ЭТ-1 и ФВ существенно не отличались от значений здоровых рожениц. В зависимости от комплекса проводимых лечебных мероприятий пациентки были разделены на 2 подгруппы: получавшие традиционную (базисную) и предлагаемую терапию. 3 месяца от начала традиционных реабилитационных мероприятий в сыворотке крови уровень гомоцистеина продолжает возрастать относительно исходных параметров (показателей 1-4 суток), достоверно превышая нормативные величины в 2,23 и 2,72 раза, соответственно в группах с сохранением или удалением матки и ее придатков.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, дисфункция эндотелия, эндотелин, гомоцистеин, фактор Виллебранда, преэклампсия, анемия, гипотония, атония, синдром Шихана.

**DETERMINATION OF MARKERS OF ENDOTHELIUM DYSFUNCTION IN WOMEN
WHO HAVE MASSIVE BLEEDING IN LABOR WITH THE PURPOSE OF PREVENTING
LATER COMPLICATIONS**

Karimova N.N., Kilicheva O.O.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ **Resume**

Our studies were conducted on 1-4 days after bleeding. Depending on the severity of the condition of pregnant women during childbirth and treatment measures, the patients were divided into 2 groups: group 1 included 20 women who had organ-preserving operations, group 2 included 16 women with removal of the uterus and its appendages. Our research has shown a statistically significant increase in the level of homocysteine in the blood serum of group 1 women by 2.05 times compared to the values of practically healthy women in labor. However, the level of ET-1 and FV did not differ significantly from the values of healthy women in labor. Depending on the complex of treatment measures, the patients were divided into 2 subgroups: those who received traditional (basic) and proposed therapy. 3 months after the start of traditional rehabilitation measures, the level of homocysteine in the blood serum continues to increase relative to the initial parameters (indicators 1-4 days), significantly exceeding the standard values by 2.23 and 2.72 times, respectively, in groups with the preservation or removal of the uterus and its appendages.

Key words: obstetric bleeding, endothelial dysfunction, endothelin, homocysteine, von Willebrand factor, preeclampsia, anemia, hypotension, atony, Sheehan's syndrome.

**КЕЧКИ АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ МАҚСАДИДА ТУҒРУҚ ПАЙТИДА КЎП
ҚОН КЕТИШИ КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ЭНДОТЕЛИЯ ДИСФУНКЦИЯСИ
МАРКЕРЛАРИНИ АНИҚЛАШ**

✓ **Резюме**

Тадқиқотларимиз тузрукдан сўнг қон кетгандан сўнг 1-4 кунларда ўтказилди. Тузрук ва даволаш тадбирларида ҳомиладор аёллар аҳволининг оғирлигига қараб беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳга орган сақловчи операцияларга ўтказилган 20 та аёл, 2-гуруҳга бачадон ва унинг ортиқлари олиб ташланган 16 та аёл киритилди. Тадқиқотларимиз 1-гуруҳ аёлларининг қон зардобидаги гомоцистеин даражасининг соғлом аёлларга нисбатан 1,05 баробар ошишини статистик жиҳатдан кўрсатиб берди. Бироқ, ЭТ-1 ва ФВ даражаси соғлом аёллар анализларидан сезиларли даражада фарқ қилмади. Даволаш чора-тадбирларига қараб беморлар 2 та кичик гуруҳга бўлинди: анъанавий (асосий) ва таклиф этилган терапия олганлар. 3 ой анъанавий реабилитация чора-тадбирлар бошланганидан кейин, қон зардобида гомоцистеин даражаси сезиларли даражада ошган ҳолатда қолиши ёки бачадон ва унинг ортиқлари олиб ташланган гуруҳларда, ўз навбатида, 2.23 ва 2.72 марта стандарт параметрларга (кўрсаткичлар 1-4 кун) нисбатан ошиши кузатилган.

Калит сўзлар: акушерлик қон кетиши, эндотелиал дисфункция, эндотелин, гомоцистеин, Виллебранд фактори, презклампсия, анемия, гипотензия, атония, Шихан синдроми.

Актуальность

Причинами кровотечения в родах являются тотальная преждевременная отслойка плаценты и ее вращение, атония матки, нарушение отделения плаценты и выделения последа, травмы матки и мягких тканей родовых путей, наследственные и приобретенные дефекты гемостаза, тяжелая преэклампсия, эмболия околоплодными водами, антенатальная гибель плода, миома матки и аномалии ее развития (1,2). В 15,5 % случаях акушерские осложнения, являются причиной радикальных операций (3). Они требуют интенсивных реанимационных мер и часто приводят к необходимости проведения экстирпация матки или надвлагалищной ампутации матки (4,5). Учитывая важную роль дисфункции эндотелия в развитии сосудистых катастроф, представляло интерес исследование основных показателей дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения во время родов (5,6). К поздним осложнениям относятся - посткастрационный синдром, стойкая анемия, синдром Шихана, киста яичника, рецидивирующее воспаление придатков.

Целью нашего исследования явилось определение маркеров дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения в родах, проводить раннюю коррекцию, с целью предупреждения поздних осложнений.

Материал и методы

Материалами исследования явились 36 пациенток с кровотечением в анамнезе. Сыворотки крови женщин для определения маркеров дисфункции эндотелия –

гомоцистеина, эндотелина 1 и фактора Виллебранда обследовано методом ИФА.

В зависимости от тяжести состояния беременных женщин во время родов и проведенных лечебных мероприятий, пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 20 женщин, которым были проведены органосохраняющие операции, во 2-ю группу были включены 16 женщин с удалением матки и ее придатков. Контрольную группу составили 20 женщин, с неосложненным течением родов и послеродового периода.

Результат и обсуждения

Анализ показателей внутри этих подгрупп показал более высокие значения гомоцистеина, ЭТ-1 и ФВ как по сравнению с нормативными величинами, так и средних величин обобщенной группы. Вместе с тем в группе пациенток с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии у 66,7% обследованных пациенток нами были выявлены очень низкие показатели ЭТ-1 (ниже нижних границ нормы). Низкие значения ЭТ-1 приводят к расслаблению сосудистой стенки, их вазодилатации и обычно сочетаются с гипокоагуляцией. Действительно, в этой группе больных, несмотря на некоторое повышение уровня гомоцистеина, мы наблюдали статистически значимое снижение содержания ЭТ-1 в 2,86 раза и ФВ – в 1,62 раза относительно нормативных величин. Действительно, у пациенток 1-й «а» группы с массивными кровотечениями, развившимися на фоне тяжелой преэклампсии, содержание ФВ у 36,4% обследованных превышало верхние

границы нормы, в остальных случаях они сохранялись в пределах верхних значений нормы. В то же время у 44,7% пациенток с гипотоническими кровотечениями на фоне тяжелой анемии показатели ФВ были достоверно ниже нижних границ нормы, а в остальных случаях были в пределах 57-91 мкг/дл. Следует сказать, что у пациенток 2-й группы мы наблюдали лишь у 18,7% обследованных женщин выявлено сохранение показателей в пределах верхних границ нормы, тогда как у остальных 81,3% пациенток мы наблюдали превышение верхних границ нормы. В связи с этим мы повторные исследования провели через 3 месяца и в катамнезе через 3 года. В зависимости от комплекса проводимых лечебных мероприятий пациентки были разделены на 2 подгруппы: получавшие традиционную (базисную) и предлагаемую терапию. Так, 3 месяца от начала традиционных реабилитационных мероприятий в сыворотке крови уровень гомоцистеина продолжает возрастать относительно исходных параметров (показателей 1-4 суток), достоверно превышая нормативные величины в 2,23 и 2,72 раза, соответственно в группах с сохранением или удалением матки и ее придатков. Проведение предлагаемой комплексной реабилитационной терапии с включением ЗГТ, привело к снижению уровня гомоцистеина в 1,38 и 1,87 раза относительно исходных параметров, в 1,5 и 2,22 раза по сравнению с показателями женщин, получавших традиционное лечение, соответственно группам с сохранением, так и удалением матки и ее придатков. Уровень гомоцистеина в сыворотке крови достоверно превышал показатели практически здоровых лиц. У пациенток с предлагаемой терапией уровень гомоцистеина постепенно повышается, превышая показатели предыдущего срока в 1,51 раза у пациенток с сохраненным органом. Следует сказать, что у женщин с удаленным органом, содержание гомоцистеина в сыворотке крови сохраняется низким: снижение в 2,78 раза относительно значений группы пациенток, получавших традиционное лечение, и показателей группы женщин с сохраненным уровнем – в 1,98 раза. Содержание ЭТ-1 в сыворотке крови женщин, перенесших массивные кровотечения, у пациенток с сохраненным органом достоверно возрастает в 1,54 и 1,47 раза относительно исходных параметров, соответственно группам, получавшим традиционное и предлагаемое лечение. Катамнестические наблюдения показали нарастание уровня ЭТ-1 в сыворотке крови пациенток, перенесших массивные

кровотечения в послеродовом периоде. Анализ динамики изменения содержания ФВ у пациенток, перенесших массивные послеродовые кровотечения, получавших стандартную реабилитацию, через 3 месяца показал достоверное снижение его уровня в 1,3 и 1,43 раза относительно исходных параметров, соответственно группам с сохранением и удалением органов репродуктивной системы. Через 3 года после перенесенной кровопотери содержание ФВ во всех группах сохранялось высоким, особенно у женщин, получавших базисную реабилитацию. При исследовании дальнейшей судьбы женщин перенесших МАК и оценка качества поздней реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях диагностирована среди них 6 случаев синдрома Шихана. Они состоят на учете в областном эндокринологическом диспансере. Одна из пациенток в 1974 г.р. синдромом Шихана умерла в конце 2019 года (отказалась от применения ЗГТ, назначенной эндокринологом).

Заключение

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: У женщин с массивными кровотечениями в послеродовом периоде в ранние сроки после ликвидации кровотечения сохраняются нарушения сосудистого эндотелия, проявляющиеся высокими показателями содержания гомоцистеина, особенно у пациенток с удаленным органом. Более выражено это проявляется у женщин с удаленным органом, видимо, обусловленное также гормональными нарушениями, так как к 3 годам у большинства из них развивается синдром Шихана. При исследовании пациенток совместно с эндокринологом в амбулаторной сети среди женщин перенесших МАК, получавших ПТ синдром Шихана не обнаружен.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аюпова Ф.М., Каримова Н.Н., Яхяева Ф.О. «Сравнительная оценка состояний женщин, перенесших массивное кровотечение» //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2013.-№3-В, -С.13-16.
2. Любченко Н.В. Отдаленные результаты гистерэктомии, произведенной в репродуктивном возрасте и коррекция с помощью ЗГТ.: Дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2015 - С. 37.
3. Каюмова Г.М. Саркисова Л.В. Особенности клинического течения

преждевременных родов и перинатальные исходы //Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи. -2019. –С. 262-263.

4. Каримова Н.Н., Ахмедов Ф.К., Азимов Ф.Р., Рустамов М.У., Орипова Ф.Ш. «Клинический анализ историй родов с послеродовым кровотечением с учетом реабилитационных мер»// Тиббиётда янги кун. – Ташкент, 2019.-№1(25). -С.99-103.
5. Piolot A., Nadler F., Jacotot B. L'homocysteine: ses liens avec les maladies cardiovasculaires ischemiques. Rev. Med. Interne. 1996.-v.17.- N.1.-p.34-45.
6. Karimova N.N., Ayupova F.M., Rustamov M.U. “Analysis of childbirth stories with postpartum hemorrhage, taking into account rehabilitation measures and future of reproductive system after massive obstetric bleeding” International //Journal of Pharmaceutical Research, **Scopus** / Jan-Mar 2019/Vol 11. Issue 1. -P.1690-1695.

Поступила 09.04. 2021

ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПРОБЛЕМЫ И СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ

Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

✓ **Резюме**

Проведенное клинико-патопсихологическое обследование выявило разную степень развития и проявления познавательной деятельности детей с расстройствами аутистического спектра. Патопсихологическая диагностика позволяет решить дифференциально-диагностические задачи, оценить интеллектуально-личностные характеристики детей с расстройствами аутистического спектра, определить актуальные возможности их обучения и проводить динамическое медико-психологическое наблюдение.

Ключевые слова: аутистический спектр, интеллектуально-личностная, характеристики, патопсихологическая диагностика.

АУТИЗМ ДОИРАСИДАГИ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ: МУАММОЛАР ВА ЕЧИМЛАР

Абдуллаева В.К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Ўтказилган клиник ва патопсихологик текширув натижасида аутизм доирасидаги бузилишлари бор болаларда когнитив фаолиятнинг ривожланиши даражаси ва клиник кўринишлари аниқланди. Патопсихологик диагностика аутизми бор болаларда қийин таълим олиш учун мавжуд имкониятларни аниқлаш ва динамик тиббий-психологик кузатувларни ўтказиш имконини беради.

Калит сўзлар: аутизм спектри, интеллектуал ва шахсий хусусиятлари, патопсихологик диагностика.

DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS: PROBLEMS AND WAYS OF SOLVING

Abdullaeva V.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute

✓ **Resume**

The conducted clinical and pathopsychological examination revealed a different degree of development and manifestation of the cognitive activity of children with autism spectrum disorders. Pathopsychological diagnostics allows solving differential diagnostic problems, assessing the intellectual and personal characteristics of children with autism spectrum disorders, determining the current opportunities for their education and conducting dynamic medical and psychological observation.

Key words: autistic spectrum, intellectual and personal, characteristics, pathopsychological diagnostics.

Актуальность

Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет.

Это особенно важно для детей, страдающих аутистическими расстройствами [3]. Аутистические расстройства проявляются с

рождения в форме асинхронного дефицитарного дизонтогенеза с неполным и неравномерным созреванием высших психических функций [5]. Эта группа расстройств, характеризующихся нарушением психического развития, аутистической формой поведения и общения с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипиями деятельности и поведением, приводящими к социальной дезадаптации [10]. Существуют различные взгляды на причины возникновения расстройств аутистического спектра: биологические, социальные и психологические [2]. Существуют гипотезы, объясняющие симптомы аутизма как следствие нарушений когнитивных процессов и эмоциональной сферы [6]. Другая гипотеза объясняет основные симптомы аутизма дисфункцией сенсорной интеграции, а аутистическое поведение – как отражение аномального восприятия [1,8]. Возникающие двигательные проблемы у детей напоминают явления моторной диспраксии, которую можно рассматривать как один из причинных факторов нарушения речи. У детей с аутизмом в 100% случаев наблюдается нарушение сенсорной модуляции и моторные расстройства, формирующие сенсорную интеграцию, при которой мозг не способен осознать информацию, поступающую через органы чувств и обобщить ее в образы [9]. Как следствие, дети с расстройствами аутистического спектра имеют недостаточно развитые способности связывать различные элементы в единое целое, что приводит к ограниченному восприятию и пониманию окружающего мира, к трудностям в понимании мыслей, намерений и чувств других людей. На когнитивном уровне это проявляется двояко: с одной стороны аутичный ребенок не понимает то, что он воспринимает, а с другой, – не может адекватно реагировать и планировать свой ответ [4]. Нарушение познавательной деятельности у этих пациентов является вторичным результатом аутистического поведения, которое препятствует формированию и созреванию интеллектуальных функций [12]. Познавательные функции определяются несколькими составляющими, но речь является основополагающим фактором формирования когнитивных способностей и интеллекта в дальнейшем [10]. При этом среди детей, которые к 5 годам все-таки овладевают коммуникативной речью и

обладают средним интеллектом, только половина имеют шансы на адекватную адаптацию [11]. Гетерогенность аутистических расстройств подразумевает и различную динамику заболевания, зависит от тяжести и особенностей психопатологической симптоматики.

Одним из первых в сфере инклюзивного образования встает вопрос о диагностике состояния и методах оценки эффективности реабилитации детей, их адаптации к условиям инклюзии [4]. Учитывая ряд обстоятельств, затрудняющих проведение психопатологического обследования детей с аутистическими проявлениями, целесообразным является использование с этой целью стандартизированных шкал. Применение шкал позволит проводить обследование детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, в процессе проведения реабилитационных мероприятий не только врачом-психиатром, но и врачами на уровне первичного звена здравоохранения [7].

Цель исследования – изучить клинко-психопатологические и психологические особенности детей с расстройствами аутистического спектра.

Материал и методы

Клинко-психопатологическим методом в Городском детском психоневрологическом центре г. Ташкента обследовано 45 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 6 до 14 лет. Критериями включения были общие расстройства психического развития, диагностируемые в соответствии с МКБ-10 рубрики F84 «Общие нарушения психологического развития». Критериями исключения являлась генетически обусловленная (хромосомно-обменная) и другая патология с аутистическими чертами. Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 28 здоровых детей (18 мальчиков и 10 девочек), учеников массовых школ от 6 до 10 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической патологии в анамнезе. Для оценки степени выраженности аутистических проявлений, поведенческих нарушений использовалась рейтинговая шкала детского аутизма – «The Childhood Autism diagnostic Scale» (CARS, E.Schopler, R.Reichler, B.R.Renner, 1988). Шкала включает

в себя 15 позиций, описывающих все значимые для обследования психологические проявления деятельности ребенка в различных ее областях. Каждый из 15 параметров оценивается по шкале от 1 до 4 баллов. Значения итоговой оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов (при 15-29 баллах отмечается отсутствие аутизма, а при 37-60 баллах определяется тяжелая степень аутизма, в том числе крайне тяжелая форма аутизма при значениях свыше 42 баллов). Во время тестирования оценивались все особенности поведения, выходящие за границы нормы. Для оценки признаков аутизма был использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результат и обсуждение

Первичное обращение к психиатру приходилось на первый критический возрастной период развития в детстве (3-4 года). Основными индикаторами аутистических расстройств, наблюдение которых требует дальнейшей углубленной диагностики ребенка, в раннем возрасте являются следующие: отсутствие единичных слов в возрасте 16 месяцев, отсутствие фразы из двух слов в 2 года, отсутствие невербальной коммуникации (в частности, указательного жеста) в 12 месяцев, потеря речевых или социальных способностей. В дошкольном возрасте - отсутствие речи или задержка ее развития, нечастый и очень короткий либо долгий и неподвижный зрительный контакт, редко прямой в глаза, в большинстве случаев периферический, трудности в имитации действий, выполнение однообразных действий с игрушками, отсутствие творческой игры, отсутствие социальной реакции на эмоции других людей, отсутствие изменения поведения в зависимости от социального контекста, необычная реакция на сенсорные раздражители. Для детей школьного возраста критериями диагностики могут быть: отсутствие интереса к другим людям, контактов со сверстниками, большой интерес к неодушевленным предметам, отсутствие потребности в утешении в ситуациях психологической необходимости, наличие сложностей с ожиданием в социальных ситуациях, неспособность поддерживать диалог, увлеченность одной темой, выполнение видов деятельности, наполненных малой креативностью и фантазией, сильная реакция на изменения в

привычном ежедневном графике, любая озабоченность по поводу социального или речевого развития ребенка, особенно при наличии необычных интересов, стереотипного поведения [5].

В нашем исследовании поводами к обращению служили аутистические формы поведения, затрудняющие адаптацию в детском коллективе: трудности общения со сверстниками с предпочтением игры в одиночестве, избегание взгляда «глаза в глаза», двигательные стереотипии (бег по кругу, атетозоподобные движения в пальцах рук, ходьба на цыпочках), склонность к рутинному порядку. У всех больных отмечалась выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер психической деятельности. Эти дети на протяжении первого года жизни были вялыми, пассивными, не реагировали на дискомфорт, не отличали мать от других людей и не просились на руки, мало интересовались игрушками. Глазной контакт был недостаточным, мимолетным или быстро иссякающим. Аутизация часто сочеталась с отставанием в развитии речи и в большинстве случаев со своевременным формированием крупных моторных актов. У 5 (11,1%) детей аутистических симптомов в доманифестном периоде не отмечалось, однако психомоторное развитие было неравномерным. При своевременном формировании моторных навыков выявлялось либо преждевременное - у 3 (6,7%) больных, либо запоздалое - у 2 (4,4%) произнесение первых слов. Имелись речевые особенности в виде нарушений произносительной стороны речи, ритма, темпа воспроизведения, отсутствия интонаций, нарушение коммуникативных функций с неспособностью поддержать диалог, преобладанием эхолалий, лепета, использование отдельных коротких слов, отсутствием построения фразеологической речи. Игровая деятельность была однообразной, с использованием неигровых предметов (дверей, воды, палочек). Дети были не способны сохранять внимание на занятиях, понимать инструкции и выполнять задания, были беспокойны, неусидчивы, негативны в отношении предъявляемых к ним требований. Клинический и клинико-психологический анализ особенностей преморбида личности и дебюта клинической симптоматики показали, что аутистические формы поведения и нарушения речи появились после некоторого периода нормального развития, либо на фоне

проявлений шизотипического диатеза (отсутствие реакции на голод и дискомфорт, застывший взгляд «в никуда», ритуальное поведение при засыпании, приеме пищи, одевании, негативное отношение к матери или амбивалентная симбиотическая связь с нею, ригидные игровые манипуляции с предметами неигрового назначения и т.п.), отмечалось дизонтогенетическое нарушение развития в виде асинхронии с эхолалиями, отсутствием использования личных местоимений, скандированным стилем речепроизношения и трудностями поддержания коммуникаций. В поведении преобладали аутистические формы: отмечались трудности общения с другими детьми, отсутствие друзей в реальном окружении, но их воображаемое наличие в вербализациях. Также имели место сверхценные стереотипные односторонние увлечения, не соответствующие возрасту детей и имеющие странный, необычный, эксцентричный характер (например, интерес к устройству компьютера, телефонов; постоянное чтение энциклопедий и т. п.). Моторное развитие характеризовалось неуклюжестью и неловкостью движений. Отмечалось выраженное расстройство внимания в виде постоянной отвлекаемости, его избирательности, пассивности, неустойчивости, истощаемости и отсутствием поведения, демонстрирующего его регуляцию со стороны внимания.

Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Накопление этих расстройств в течение первых двух - двух с половиной лет жизни и оформление их в определенные сочетания, предопределяет формирование вариантов синдрома детского аутизма, различающихся по степени раннего аффективного взаимодействия ребенка с близкими и с окружением в целом. Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. Понимание нормальных возрастных изменений в характере и степени отзывчивости и активности ребенка в

отношениях с близкими и через них, с более широким окружением позволяет уточнить характер первичных трудностей при угрозе аутистического развития. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание, а интенсивность негативных, которые преобладают, не может быть уменьшена. Эти трудности усугубляются врожденной невосприимчивостью таких детей во взаимодействиях с социальной и предметной средой, что проявляется, прежде всего, в особой легкости возникновения дискомфорта, порождающего стойкие амбивалентные переживания, фиксированные страхи. Вследствие аффективных расстройств возникают трудности адаптации детей с аутистическими расстройствами, проявляющиеся нарушением эмоционального контакта, ограниченностью способов взаимодействия с близкими, проблемы произвольной организации внимания и соответственно формирования совместно разделенных действий, неадекватностью реакций самосохранения, отсутствием исследовательской активности. В контрольной группе особенности аффективной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка - оформлением предпочтений, привычек, усвоением правильного порядка вещей, стабильности себя и окружающих - которое происходит под эмоциональным контролем взрослого.

Всем детям с аутистическими расстройствами проводилось тестирование по шкале CARS. Наличие уровня тяжелых расстройств аутистического спектра было выявлено у 2 (5,7%) детей. У остальных детей по этой шкале было выявлено наличие аутистических черт, соответствовавших уровню легкого/умеренно выраженного уровня аутизма и не достигавшего уровня критерия «тяжелый аутизм». При повторном

обращении пациентов во второй критический возрастной период, соответствующий началу школьного обучения в возрасте 7 лет, в клиническом состоянии отмечалась динамика в психическом состоянии и развитии. У детей в речевой деятельности увеличился объем словарного запаса, в высказываниях появились короткие фразы, но сохранялись проявления эхоталий, дети не могли поддерживать диалог при обращенной к ним речи. В поведении проявлялись трудности общения с другими детьми, отмечались стереотипные игры, действия и ритуалы. Отмечались аутистические личностные особенности, проявлявшиеся сниженным, незрелым уровнем и амбивалентностью эмоциональных реакций, трудностями в установлении контактов, слабым пониманием социального контекста, норм и ожиданий, демонстрируемого реакциями негативизма и протеста, декларацией своеобозначения интересов. Аутистические черты личности проявлялись в выраженных нарушениях поведения при протестных реакциях на средовые воздействия, избыточной возбудимостью, повышенной импульсивностью, склонностью к неожиданным и своевольным поступкам, агрессивными реакциями, выраженной избирательностью в контактах, категоричностью суждений по отношению к любым мнениям.

Выводы

Таким образом, проведенное клинико-патопсихологическое обследование позволило выявить разную степень развития и проявления познавательной деятельности детей с расстройствами аутистического спектра. Такие дети проявляли интерес к заданиям, но обнаруживали при выполнении заданий отставание в моторном развитии, в способности формировать и поддерживать гибкое целенаправленное поведение с планированием цели деятельности. Такая диссоциация развития могла в дальнейшем затруднять усвоение ребенком учебной программы и требовала применения правильных индивидуальных педагогических подходов к нему. Патопсихологическая диагностика позволяет решить дифференциально-диагностические задачи, оценить интеллектуально-личностные характеристики детей с расстройствами аутистического спектра, позволяет обоснованно выбирать образовательный маршрут, методы работы с ребенком, составить программу коррекционно-

развивающих занятий и проводить динамическое медико-психологическое наблюдение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсорной коррекции: Учебно-методическое пособие. – М: Генезис, 2018. – 168 с.1. Ирмухамедов Т.Б. Особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами // Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке. – Ташкент, 2019. – с. 93-96.
2. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16-24 месяцев жизни (данные по России за 2015-2016 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2018. – Т. 118 (5). – С. 12-19.
3. Мукаетова-Ладинская Е.Б., Симашкова Н.В., Мукаетова М.С., Иванов М.В., Бокша И.С. Расстройства аутистического спектра у детей и взрослых: подходы к проблеме в разных странах. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – 118 (12). – С. 92-99.
4. Никольская О.С., Розенблум С.А. Дети с расстройствами аутистического спектра. /Учебное пособие. ФГОС ОВЗ. – М.: Просвещение, 2020. – 43 с.
5. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра. В кн.: Психиатрия: национальное руководство /гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 724-761.
6. Собиров Ж.А., Абдуллаева В.К. Особенности формирования детского аутизма, протекающего с задержкой психического развития // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. – Уфа, 2016. – с.286.
7. Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6-12 лет при помощи шкалы клинической оценки детского аутизма // Психическое здоровье. – 2013. – № 5. – С 7-11.
8. Abdullaeva V.K. (2019) The parental attitude to children with autistic disorders.

- Central Asian Journal of Pediatrics: Vol. 2: Iss. 1, p. 172-174. Available at: <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol2/iss1/42>
9. Bishop-Fitzpatrick L., Kind A.J.H. A Scoping Review of Health Disparities in Autism Spectrum Disorder // J Autism Dev Disord. – 2017. – № 47 (11). – P.3380–3391.
 10. Magiati I., Howlin P. Adult Life for People with Autism Spectrum Disorders. In book: Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd Edition. Ed. by F. R. Volkmar. – Cambridge University Press, 2019. – P. 220-248.
 11. Myers J., Chavez A., Hill A.P., Zuckerman K, Fombonne E. Epidemiological Surveys of Autism Spectrum Disorders. In book: Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd Edition. Ed. by F.R. Volkmar. Cambridge University Press, 2019. – P. 25-60.
 12. Pierce K, Gazestani VH, Bacon E, et al. Evaluation of the Diagnostic Stability of the Early Autism Spectrum Disorder Phenotype in the General Population Starting at 12 Months // JAMA Pediatr. – 2019. – 173(6). – P. 578-587.

Поступила 09.04.2021

КОГНИТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В НОВОЙ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЕ

Антохина Р.И.¹, Антохин Е.Ю.¹, МIRONCHEV A.O.¹, Исаева О.Н.², Исаев Р.Ф.², Тукешева Р.Р.²

¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
РФ

²ООО «Клиника Парацельс», РФ

✓ Резюме

Иностранные студенты неизбежно сталкиваются с проблемой аккультурации в новой стране. Когнитивное функционирование определяет выбор в повседневной жизни личностных ресурсов, которые, в свою очередь, являются одними из основных структурных составляющих психологической адаптации. Выявлены статистически значимые различия когнитивных показателей и социально-психологической адаптации у иностранных и российских студентов. Разработка тренинговых программ с учетом особенностей когнитивного функционирования учащихся иностранцев, создание специального общественного сообщества для иностранных студентов позволит снизить риски дезадаптации.

Ключевые слова: адаптация, когнитивные показатели, этнокультуральная среда.

COGNITIVE INDICATORS AND ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS IN A NEW ETHNOCULTURAL ENVIRONMENT

Antokhina R.I.¹, Antokhin E.Yu.¹, Mironchev A.O.¹, Isaeva O.N.², Isaev R.F.², Tukesheva R.R.²

¹ FSBEIHE "Orenburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, RF

²ООО "Clinic Paracelsus", RF

✓ Resume

International students inevitably face the problem of acculturation in a new country. Cognitive functioning determines the choice of personal resources in everyday life, which, in turn, are one of the main structural components of psychological adaptation. There were revealed statistically significant differences in cognitive indicators and socio-psychological adaptation in foreign and Russian students. The development of training programs taking into account the peculiarities of the cognitive functioning of foreign students, the creation of a special public community for foreign students will reduce the risks of maladjustment.

Key words: adaptation, cognitive indicators, ethnocultural environment.

KOGNITIV KO'RSATKICHLAR VA XORIJIY TALABALARNING YANGI ETNIK MADANIY MUHITDA MOSLASHUVI

Antoxina R.I.¹, Antoxin E.Yu.¹, Mironchev A.O.¹, Isaeva O.N.², Isaev R.F.², Tukesheva R.R.²

¹ Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Orenburg davlat tibbiyot universiteti"
Federal davlat byudjetli oliy ta'lim muassasasi

²ООО Clinic Paracelsus, RF

✓ Rezyume

Xalqaro talabalar muqarrar ravishda yangi mamlakatda akkultursiya muammosiga duch kelishadi. Kognitiv faoliyat kundalik hayotda shaxsiy resurslarni tanlashni belgilaydi, bu esa o'z

navbatida psixologik moslashuvning asosiy tarkibiy qismlaridan biridir. Xorijiy va rus talabalarida kognitiv ko'rsatkichlar va ijtimoiy-psixologik moslashishda statistik jihatdan muhim farqlar aniqlandi. Chet ellik talabalarining kognitiv faoliyatining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda o'quv dasturlarini ishlab chiqish, chet ellik talabalar uchun maxsus jamoatchilik jamoatchiligini tashkil etish noto'g'ri ishlash xavfini kamaytiradi.

Kalit so'zlar: moslashish, kognitiv ko'rsatkichlar, etnomadaniy muhit.

Актуальность

Социально-экономическая депривация и опыт учебной миграции повышают риск возникновения проблем с психическим здоровьем – риск развития дезадаптации – среди учащейся молодежи. Более того, при адаптации к многокультурному контексту стран переселения они сталкиваются с рядом требований аккультурации, которые также могут влиять на их психическое здоровье адаптивным или опасным образом. Одна из этих задач аккультурации включает развитие культурной компетенции, необходимой для процветания и социального участия в наследии и большинстве культурных областей. С точки зрения общественного психического здоровья важно иметь доскональные знания о рисках, связанных с аккультурацией, и защитных факторах [1]. Одними из защитных факторов – базовых показателей адаптации к новым условиям в личностных конструктах являются показатели когнитивных функций, измерение которых позволяет оценить ее успешность или не успешность.

Авторы отмечают у иммигрантов больше проблем с депрессией, тревогой и соматическими расстройствами, патологиями, непосредственно связанными с миграционным процессом, и перенесенным стрессом, делая акцент на необходимость профилактики дезадаптации [2]. Выявлены проблемы ИС в межличностном общении с руководством учебных учреждений, так и в общении с другими людьми [3]. Обучающаяся молодежь подвержена риску возникновения социально-психологической дезадаптации, включая уровень тревожности и депрессии. Из-за культурных барьеров ИС медицинских вузов сталкиваются с различными проблемами, нередко показывая значительно более низкие результаты на клинических экзаменах и превышают среднюю продолжительность обучения, страдают от личных страданий, а также от недостаточной поддержки [4]. Необходимость адаптироваться к новым этнокультуральным, экономическим, социальным условиям зачастую при недостаточности интрапсихических ресурсов, включая

требуемый уровень когнитивного функционирования, формирует предпосылки для возникновения социально-психологической дезадаптации. Оценка риска дезадаптации среди ИС и формирование целостного представления о факторах, которые влияют на их психологическое благополучие, будут способствовать выявлению уязвимых групп, и, в свою очередь, позволят улучшить меры общественного здравоохранения и психосоциальной помощи населению.

Цель исследования: изучение когнитивных показателей и уровня адаптации ИС в новой этнокультуральной среде.

Материал и методы

На базе кафедры клинической психологии и психотерапии и кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России прошли исследование 101 ИС, которые составили основную группу, а также 120 российских студентов (РС) – группа сравнения. Все обследуемые были информированы о характере и целях проводимого исследования, и дали добровольное согласие на участие в нем. Критерии основной группы: ИС, проходящие обучение на 4 курсе факультета иностранных студентов ОрГМУ по специальности «лечебное дело» в количестве 101 человек, в возрасте от 21 до 26 лет (средний возраст $22,2 \pm 1,3$ лет). Критерии группы сравнения: РС, проходящие обучение на 4 курсе лечебного факультета ОрГМУ в количестве 120 человек, в возрасте от 21 до 26 лет (средний возраст $23,5 \pm 1,4$ лет). Группы сопоставимы по социально-демографическому статусу (полу, возрасту, уровню образования).

Использованы клинико-психологический метод (беседа, наблюдение), экспериментально-психологический метод (методика для оценки когнитивных функций «BAC-A» (R. Keefe) [5], методика «Социально-психологическая адаптивность» (C.Rogers, R. Dymond) в адапт. А.К. Осницкого. Статистический метод представлен методами описательной

статистики, статистическими критериями – t-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Результат и обсуждения

Анализ когнитивных показателей у ИС и РС указывает, что полученные данные в обеих группах находятся в зоне нормативных значений, однако имеются статистически значимые различия (табл.1). Значения когнитивных показателей у ИС находятся значительно ниже значений аналогичных показателей у РС: «Вербальная память» (47,14±7,24 и 55,61±8,96 соответственно, при

$p \leq 0,01$), «Моторные функции» (71,55±17,09 и 90,24±8,01 соответственно, при $p \leq 0,00$), «Оперативная память» (17,81±3,16 и 21,93±1,87 соответственно, при $p \leq 0,00$), «Вербальная беглость» (57,11±15,11 и 64,11±21,73 соответственно, при $p \leq 0,01$), «Внимание» (59,14±24,09 и 65,36±13,68 соответственно, при $p \leq 0,01$), «Проблемно-решающее поведение» (15,07±2,41 и 18,32±1,36 соответственно, при $p \leq 0,05$), интегральный когнитивный показатель (52,68±10,12 и 62,26±9,87 соответственно, при $p \leq 0,00$).

Таблица 1

Сравнительный анализ когнитивных показателей у ИС и РС

Когнитивные показатели	Среднее значение $\pm$ стандартное отклонение		Уровень значимости
	ИС	РС	
Вербальная память	47,14±7,24	55,61±8,96	$p \leq 0,01$
Моторные функции	71,55±17,09	90,24±8,01	$p \leq 0,00$
Оперативная память	17,81±3,16	21,93±1,87	$p \leq 0,00$
Вербальная беглость	57,11±15,11	64,11±21,73	$p \leq 0,01$
Внимание и скорость обработки информации	59,14±24,09	65,36±13,68	$p \leq 0,01$
Проблемно-решающее поведение	15,07±2,41	18,32±1,36	$p \leq 0,05$
Интегральный когнитивный показатель	52,68±10,12	62,26±9,87	$p \leq 0,00$

Статистически значимые различия обнаружены при исследовании социально-психологической адаптации у студентов двух групп (табл.2). Интегральный показатель «А – Адаптация» (в %) у ИС находится в зоне неопределенности (54,26±8,36 при $p \leq 0,00$), что соответствует нормативному значению (средний уровень), т.к. попадет в диапазон от 40% до 60%. У РС «А – Адаптация» (67,51±11,57 при $p \leq 0,00$) превышает значение зоны неопределенности. Данные результаты свидетельствуют о среднем (достаточном) уровне общей адаптации ИС, при более высоком уровне адаптации у группы сравнения – РС. Показатель шкалы адаптивности (в баллах) у ИС ниже аналогичного показателя у РС (106±36,88 и

134,88±23,96, соответственно, при $p \leq 0,00$), при том, что оба значения находятся в диапазоне нормы (68-136). Данные результаты могут свидетельствовать о более низком адаптивном потенциале ИС, чем у РС. Показатель шкалы дезадаптивности (в баллах) у ИС превышает аналогичные значения у РС (84,79±24,08 и 67,38±27,79, соответственно, при $p \leq 0,00$), при том, что среднее значение в группе ИС находится в диапазоне нормативных значений, а аналогичный показатель у РС находится в диапазоне низкого уровня дезадаптации. Данные результаты говорят о достаточной адаптации обеих групп, при большей дезадаптивности у группы ИС по сравнению с российской выборкой.

Таблица 2

Сравнительный анализ социально-психологической адаптации в группах ИС и РС

Шкала	Среднее значение $\pm$ стандартное отклонение		Уровень значимости
	ИС	РС	
А – Адаптация (в %)	54,26±8,36	67,51±11,57	$p \leq 0,00$

Адаптивность (в баллах)	106±36,88	134,88±23,96	p≤0,00
Деадаптивность (в баллах)	84,79±24,08	67,38±27,79	p≤0,00
S – Самопринятие (в %)	52,63±12,59	72,21±14,35	p≤0,00
Приятие себя (в баллах)	35,41±15,24	45,45±10,29	p≤0,00
Неприятие себя (в баллах)	17,8±5,83	10,9±6,35	p≤0,00
L – Принятие других (в %)	51,89±10,2	63,6±15,58	p≤0,00
Приятие других (в баллах)	17,61±7	23,34±6	p≤0,00
Неприятие других (в баллах)	18,87±5,91	15,62±7,32	p≤0,00
E – Эмоциональный комфорт (в %)	55,97±11,53	64,5±16,16	p≤0,00
Эмоциональный комфорт (в баллах)	22,23±8,06	23,83±5,26	p>0,10
Эмоциональный дискомфорт (в баллах)	16,86±6,63	13,5±7,81	p≤0,00
I – Интернальность (в %)	57,61±7,98	67,56±9,74	p≤0,00
Внутренний контроль (в баллах)	40,04±13,29	53,74±9,43	p≤0,00
Внешний контроль (в баллах)	21,22±8,12	18,67±8,08	p≤0,05
D – Стремление к доминированию (в %)	53,40±13,74	51,92±17,044	p>0,1
Доминирование (в баллах)	9,07±3,28	9,55±3,98	p>0,1
Ведомость (в баллах)	15,82±6,62	16,23±5,96	p>0,1
Эскапизм (в баллах)	13,10±4,55	11,57±4,87	p≤0,05

Примечание: жирным шрифтом выделены статистические значимые различия.

Интегральный показатель S – Самопринятие (в %) у ИС (52,63±12,59 при p≤0,00) находится в зоне неопределенности, что соответствует нормативному значению, однако аналогичный показатель у РС (72,21±14,35 при p≤0,00) попадает в зону высоких значений. Данные результаты свидетельствуют о более высоком самопринятии РС по сравнению с ИС. Показатель шкалы приятие себя (в баллах) у ИС ниже аналогичного показателя у РС (35,41±15,24 и 45,45±10,29 соответственно, при p≤0,00), при том, что показатель ИС укладывается в зону неопределенности в диапазоне 22-42, а показатель РС незначительно превышает ее. Данные результаты подтверждают менее выраженное приятие себя ИС, при высоком уровне у РС. Показатель шкалы неприятие себя (в баллах) у ИС выше аналогичного показателя у РС (17,8±5,83 и 10,9±6,35 соответственно, при p≤0,00), при том, что показатель ИС укладывается в зону неопределенности в

диапазоне 14-28, а показатель РС находится в диапазоне низкого уровня неприятия себя. Данные результаты говорят о достаточном самопринятии в обеих группах, при большем неприятии себя в группе ИС по сравнению с российской выборкой.

Интегральный показатель L - Принятие других (в %) у ИС находится в зоне неопределенности (51,89±10,2 при p≤0,00), что соответствует нормативному значению (средний уровень), у РС (63,6±15,58 при p≤0,00) незначительно превышает значение зоны неопределенности. Данные результаты свидетельствуют о среднем (достаточном) уровне принятия других ИС, при высоком уровне аналогичного показателя у группы сравнения – РС. Показатель шкалы приятие других (в баллах) у ИС ниже аналогичного показателя у РС (17,61±7 и 23,34±6 соответственно, при p≤0,00), при том, что оба показателя укладываются в зону неопределенности в диапазоне 12-24. Данные результаты могут свидетельствовать о более

низком принятии других ИС по сравнению с РС. Показатель шкалы неприятие других (в баллах) у ИС выше аналогичного показателя у РС ($18,87 \pm 5,91$ и $15,62 \pm 7,32$ соответственно, при $p \leq 0,00$), при том, что оба показателя соответствуют зоне неопределенности в диапазоне 14-28. Выявлено нормативное общее принятие других в обеих группах, при меньшем уровне общего принятия других, большим неприятием других в основной группе ИС по сравнению с российской выборкой.

Интегральный показатель Е – Эмоциональный комфорт (в %) у ИС ($55,97 \pm 11,53$ при $p \leq 0,00$) соответствует нормативному значению (средний уровень), у РС ($64,5 \pm 16,16$ при $p \leq 0,00$) незначительно превышает значение зоны неопределенности. Установлен средний (достаточный) уровень эмоционального комфорта у ИС, при более высоком уровне аналогичного показателя в группе сравнения – РС. Показатель шкалы эмоциональный дискомфорт (в баллах) у ИС выше аналогичного показателя у РС ($16,86 \pm 6,63$ и $13,5 \pm 7,81$ соответственно, при $p \leq 0,00$). Эмоциональный комфорт в обеих группах достаточный, однако менее выражен у группы ИС по сравнению с РС.

Интегральный показатель I – Интернальность (в %) у ИС находится в зоне неопределенности ($57,61 \pm 7,98$ при $p \leq 0,00$), что соответствует нормативному значению (средний уровень), у РС ($67,56 \pm 9,74$ при $p \leq 0,00$) значительно превышает значение зоны неопределенности. Данные результаты свидетельствуют о среднем (достаточном) уровне интернальности у ИС, при высоком уровне аналогичного показателя у группы сравнения – РС. Показатель шкалы внутренний контроль (в баллах) у ИС ниже аналогичного показателя у РС ($40,04 \pm 13,29$ и $53,74 \pm 9,43$ соответственно, при $p \leq 0,00$), при том, что показатель ИС укладывается в зону неопределенности в диапазоне 26-52, а показатель РС незначительно превышает ее. ИС в меньшей степени берут на себя ответственность за происходящие вокруг события, обладают меньшим внутренним контролем, нежели РС.

Заключение

Получены статистически значимые различия по ряду когнитивных показателей и социально-психологической адаптации. Когнитивные показатели в норме в двух группах студентов. ИС обладают более замедленным темпом умственной

работоспособности, менее активным вниманием, менее согласованной одновременной деятельностью зрительного и двигательного анализаторов, более низкой скоростью формирования новых навыков, менее успешным планированием достижения цели, менее выраженной способностью запоминать различную информацию, предоставляемую в словесной форме по сравнению с РС.

При достаточном уровне социально-психологической адаптации ИС демонстрируют иные от РС показатели, имеющие также ряд важных особенностей. ИС характеризуются меньшим уровнем общей адаптации, большим неприятием себя по сравнению с российской выборкой. У ИС менее выражено чувство симпатии к себе, согласия со своими внутренними побуждениями, принятия себя таким, какой есть, несмотря на недостатки и слабости. ИС проявляют также и меньший уровень общего принятия других. Общий эмоциональный комфорт в обеих группах достаточно адаптивный при менее выраженном его уровне в группе иностранцев. ИС характеризуются меньшим принятием на себя ответственности за происходящее вокруг, а также меньшим внутренним контролем по сравнению с российской выборкой.

Адаптация студентов-иностранцев характеризуется меньшей степенью приспособляемости к новым условиям по сравнению со студентами, проживающими на данной территории изначально. Данные особенности, на наш взгляд, являются следствием базовой (первичной) адаптации в родной культуре, которая в последующем претерпевает существенные изменения в процессе ресоциализации под давлением культуры новой для них страны. ИС, находясь в новой этнокультуральной среде, переживают определенное давление. Принятие новых этнокультуральных паттернов неизбежно и зачастую вызывает стресс, по опыту наших наблюдений в ходе индивидуального общения с ИС, влияет на принятие себя личностью, а также увеличивает количество противоречий во внутреннем плане, что обуславливает наличие тенденции к неприятию как себя, так и других, снижая адаптацию и успешность обучения ИС. Необходима разработка эффективных решений данной проблемы, включая организацию межличностного взаимодействия и взаимопонимания между преподавателями и студентами в рамках

специального общественного сообщества для ИС как в учебной, так и внеучебной деятельности с учетом особенностей когнитивного функционирования учащихся иностранцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Oppedal B., Keles S., Cheah Ch., Røysamb E. Culture competence and mental health across different immigrant and refugee groups // BMC Public Health. 2020. 20: 292.
2. Bas-Sarmiento P., Saucedo-Moreno M. J., Fernández-Gutiérrez M., Poza-Méndez M. Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature // Review Arch Psychiatr Nurs. 2017. 31(1): 111-121.
3. Цыплакова С.А., Быстрова Н.В., Выстороп О.Г. Исследование социальной адаптации иностранных студентов в ВУЗе // Проблемы современного педагогического образования. 2019. 65 (1). 295-297.
4. Huhn D., Huber J., Ippen F.M. et al. International medical students' expectations and worries at the beginning of their medical education: a qualitative focus group study // BMC Med Educ. 2016. 16: 33.
5. Янушко М.Г., Шаманина М.В., Аристова Т.А. и др. Стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (BAC-A) на основе нормативных данных российской популяции // Российский психиатрический журнал. 2015. 2: 68-75.

Поступила 09.04.2021

Аскарова Р.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

✓ Резюме

В Хорезмской области условиях пандемии Covid-19 психоэмоциональные расстройства при туберкулезе представляют одну из наиболее распространенных форм психической патологии. Психоэмоциональные расстройства с большой частотой выявляются у лиц, страдающих туберкулезом легких. Также создаются дополнительные трудности в лечении больных туберкулезом. Таким образом, проблема сочетания психических заболеваний, в частности, органических заболеваний головного мозга и туберкулеза легких весьма актуальна.

Ключевые слова: туберкулез, *Mycobacterium tuberculosis*, психоэмоциональные расстройства, Covid-19

COVID-19 ПАНДЕМИЯСИ ШАРОИТИДА СИЛ КАСАЛЛИГИДА
ПСИХОЭМОЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАР

Аскарова Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиаллари

✓ Резюме

Хоразм вилоятида Covid-19 пандемияси шароитида сил касаллигида психоэмоционал бузилишлар рухий патологиянинг энг кенг тарқалган шакллари билан бириктирилади. Ўшангач билан оғирган одамларда юқори частотали психоэмоционал бузилишлар аниқланади. Шунингдек, сил касаллиги билан оғирган беморларни даволашда қўшимча қийинчиликлар юзага келади. Шундай қилиб, рухий патологияни, хусусан мия ва ўпка туберкулезининг органик касалликларини бирга кечиши муаммоси жуда долзарб.

Калит сўзлар: туберкулез, *Mycobacterium tuberculosis*, психоэмоционал бузилишлар, Covid19

PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN TUBERCULOSIS IN THE CONTEXT OF THE
COVID-19 PANDEMIC

Askarova R.I.,

Urgench branch Tashkent medical academy

✓ Resume

Exogenous-organic brain disorders belong to most common forms of mental pathology. They frequently occur in persons with lung tuberculosis lung TB and complicate the treatment of their physical disease. Thus a dual treatment problem – specifically, a combination of organic brain disorder with a lung TB – happens to be important for clinical practice. However, there are not so many publications on this issue in available literature.

Keywords: tuberculosis, chemotherapy, *Mycobacterium tuberculosis*, Psychoemotional disorders, Covid-19

Актуальность

Эпидемиология COVID-19 и туберкулеза это вызов здравоохранению страны. Борьба с пандемией коронавируса COVID-19 потеснила внимание к другим инфекциям. Туберкулез

самая опасная коварная инфекция в мире. Инфекционный убийца номер один, так охарактеризовал это заболевание ВОЗ. Официально ВОЗ объявила туберкулез самой

опасной инфекцией на планете. Ситуация именуется не иначе как «эпидемией». По данным исследователей, носителями «палочки Коха» сегодня являются от 25 до 33% жителей Земли инфицированы туберкулезом. Психический заболевания и туберкулез включены в перечень социально-значимых заболеваний. Несвоевременная диагностика туберкулеза у населения способствует массивному выделению микобактерий туберкулеза в окружающую среду, что, в свою очередь, увеличивает риск инфицирования, в том числе лекарственно-устойчивыми формами [1]. Несмотря на снижение показателей заболеваемости туберкулезом и смертности в Хорезмской области в последние годы, число случаев лекарственно-резистентного туберкулеза легких продолжает нарастать.[1]. В противотуберкулезных

учреждениях необходимо в полном объеме осуществлять современный инфекционный контроль и учитывать роль социальных проблем во фтизиатрии. В организации лечения туберкулеза особое внимание следует уделять скрупулезному исполнению стандартных режимов химиотерапии и решению проблемы уклонения от лечения. Необходимо дальнейшее совершенствование противоэпидемических мероприятий среди мигрирующего населения. На современном этапе эпидемиологическая ситуация по туберкулезу продолжает оставаться напряженной. При этом худшие показатели наблюдаются среди социально неблагополучных слоев населения. К ним относятся лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, освободившиеся из мест лишения свободы, лица без определенного места жительства, беженцы[6]. Трудности социальной адаптации, стрессогенные факторы, возникающие на этой основе, все более актуально ставят вопрос о зависимости заболевания, клиники, исхода и профилактики легочного туберкулеза от психического состояния заболевшего [2,3]. Поражая социально неблагополучные слои населения, туберкулез легких становится своеобразным «маркером» социального, материального и культурного уровня жизни, что позволяет выделить социальные «группы риска», наиболее подверженные возникновению туберкулезного процесса. В первую очередь к ним относятся больные, страдающие психическими расстройствами [5]. Причем по частоте возникновения туберкулеза легких пациенты с психическими заболеваниями опережают

такие группы риска, как медицинские работники бактериологических лабораторий туберкулезных учреждений, контактные с больными активным туберкулезом органов дыхания, лица из групп диспансерного учета поликлиник общей лечебной сети и противотуберкулезных диспансеров, уступая место лишь «тюремной чахотке»[4].

Цель исследования: изучения проблемы сочетания психических заболеваний, в частности, органических заболеваний головного мозга и туберкулеза легких.

Материал и методы

Исследование проводится на базе Хорезмского областного противотуберкулезного диспансера начиная с ноября 2010-по 2020 года. Данная больница полностью перепрофилирована для лечения больных с сочетанием туберкулеза легких и психических заболеваний. Больница является единственным учреждением оказывающим помощь данному контингенту больных, поэтому полученные в ходе исследования данные отражают эпидемиологическую картину по Хорезмской области. В соответствии с целью и задачами работы нами было клинически обследовано и наблюдалось 20 больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, сочетанными с туберкулезом легких. Диагностика экзогенно-органических заболеваний головного мозга основывалась на комплексной оценке этиологических фактор.

Результат и обсуждения

Среди обследованных 20 больных было 18 мужчин (91,43%) и 2 женщин (8,57%). В возрастной группе моложе 25 лет 2 больных (1,90%), от 25 до 50 12 больных (51,43%), старше 55 лет – 8 больных (46,67%). При исследовании больных активно выявлялись и учитывались все отмеченные в анамнезе патогенные факторы, согласно которым мы традиционно разделили экзогенно-органические заболевания на несколько групп по их происхождению генезу: травматический, интоксикационный, инфекционный, радиационный. Сведения говорят о том, что среди обследованных пациентов преобладают травматические и интоксикационные патогенные факторы, которые привели к развитию психического заболевания. У большинства больных генез экзогенно-органического заболевания головного мозга был сложным. Органические заболевания головного мозга, были весьма разнообразны. Наиболее распространенные из них – травмы головы (72,38%), отравления суррогатами

алкоголя (48,57%) и наркоз (18,10%). Для оценки среднего количества патогенных факторов, приходящихся на одного больного, мы воспользовались коэффициентом патогенного воздействия [3]. В нашем случае он составляет 1,78 (187:105). Следует добавить, что 5(47,62%) больных в течение многих лет злоупотребляли алкоголем, 1 (3,81%) в анамнезе злоупотребляли наркотиками, и все страдали различными формами туберкулеза легких. В некоторых случаях мы имели дело с коморбидной психической патологией. Среди обследованных больных 16 (15,24%) страдали алкоголизмом, 1 (0,95%) – наркоманией и 2(3,81%) поступили в стационар с клиникой алкогольного психоза. Регистрируемая в настоящее время заболеваемость туберкулезом легких психически больных в 1,8–5,4 раза выше заболеваемости постоянного населения и колеблется в пределах 148,2–459,7 на 100 тыс. человек. Показатель этот наиболее высок у пациентов из психоневрологических интернатов и находящихся на длительном лечении (более 2 лет) в условиях психиатрического стационара, когда возникновение туберкулеза легких у одного больного приводит к групповым вспышкам туберкулезной инфекции [4]. Именно групповыми вспышками объясняются пикообразные подъемы показателя заболеваемости туберкулезом легких в отдельные годы, при которых темпы его прироста превышают 160 %, а значение – 2150 на 100 тыс. человек. Такой же нестабильностью характеризуется показатель смертности от туберкулеза легких психически больных, который закономерно увеличивается при повышении показателя заболеваемости. При этом максимальное значение показателя смертности регистрируется по отношению к показателю заболеваемости со сдвигом в 1 год. Смертность от туберкулеза легких психически больных в 1,4–5,2 раза превышает показатель смертности психически здорового населения, достигая 101 на 100 тыс. человек. Существенно то, что при сочетании туберкулеза с психическими заболеваниями его эпидемиологическая опасность значительно увеличивается. Низкий уровень санитарно-гигиенических навыков, отсутствие критики, адекватной оценки своего состояния и, как следствие этого, неправильный подход к лечению у психически больных могут привести к быстрому распространению туберкулеза. Этот вопрос приобретает особенно важное значение также в связи с тем, что в настоящее

время показания к принудительной госпитализации психически больных ограничены. Лечение туберкулеза легких у психически больных строится на тех же принципах и соответствует тем же стандартам, что и у психически здоровых пациентов [3]. Объем и режим противотуберкулезной химиотерапии определяются формой, фазой, распространенностью туберкулезного процесса, наличием бактериовыделения, лекарственной устойчивости, а также другими признаками и критериями, которые предусмотрены для психически здоровых пациентов [5]. Группы лекарственных средств основные и резервные противотуберкулезные препараты, способы и кратность их введения внутривенное, внутримышечное, внутриплевральное, расчет доз не отличаются от таковых у больных туберкулезом без психических расстройств. Однако из-за психического состояния больных отказ от лечения, негативизм, неадекватное поведение проведение специфической терапии сопряжено с большими трудностями [5]. Присоединение туберкулеза легких к психическому заболеванию приводит к изменению установившегося стереотипа лечения и увеличивает объем принимаемых лекарственных средств. Ригидность психических процессов, отсутствие адекватного восприятия болезни, отрицание самого факта наличия туберкулеза легких формирует у психически больных негативное отношение к проводимой противотуберкулезной терапии [6]. У части пациентов усиливаются паранойяльные тенденции, они начинают высказывать бред медицинских экспериментов, медицинских опытов, отравлений, из-за чего каждый четвертый психически больной отказывается от химиотерапии [6]. Снизить негативную настроенность больных помогает назначение многокомпонентных противотуберкулезных препаратов. Комбинированные формы имеют ряд преимуществ: они гарантируют применение наиболее эффективных комбинаций, исключают монотерапию и неточности дозировки, это, в свою очередь, уменьшает вероятность формирования лекарственно-устойчивых штаммов МБТ и, что наиболее важно в психиатрической практике, позволяют уменьшить общее число принимаемых на курс лечения таблеток в 2–3 раза, тем самым повышается приверженность больных к лечению. Многокомпонентные противотуберкулезные средства являются препаратами выбора для психически больных.

Дозировка комбинированных препаратов расчет необходимого количества таблеток осуществляется по рифампицину или оксифлоксацину в пересчете на массу тела больного. «Недостаток» изониазида, пипразинамида, этамбутола при необходимости компенсируется дополнительным назначением недостающих доз в виде отдельных форм. С успехом используется назначение многокомпонентных препаратов первого ряда в комбинации с резервными химиопрепаратами. Побочное действие ПТП, диагностирующееся у трети больных, носит преимущественно токсический, токсико-аллергический и аллергический характер токсический гепатит, аллергический дерматит, диспепсические расстройства, нарушение слуха, зрения, полинейропатия, особенно у больных, злоупотребляющих алкоголем. Усиление эпилептических припадков и обострение психотической симптоматики наблюдаются в единичных случаях, их доля среди всех побочных реакций не превышает 1 %. Лечение и профилактика туберкулеза у психически больных. У психически больных необходимо тщательно следить за совместимостью противотуберкулезных и психотропных препаратов в частности недопустимо сочетание цикloserина, препаратов ГИНК и антидепрессантов, а также за функцией печени, поскольку большинство противотуберкулезных и психотропных препаратов оказывают гепатотоксическое действие. При сочетании психического заболевания и туберкулезного процесса ограничено использование цикloserина, коллапсотерапии, некоторых хирургических методов лечения. Всем психически больным показано применение патогенетической терапии, целью которой является повышение реактивности организма, стимуляция процессов заживления, предупреждение и устранение побочного действия. Пациентам назначаются кортикостероидные гормоны, тиосульфат натрия, иммуностимуляторы тималин, тимоптин, тактивин, нестероидные противовоспалительные средства, витамины группы В, Е, гепатопротекторы. В качестве патогенетической терапии выступает и психосоциальная реабилитация больных. Назначение глюкокортикостероидных гормонов преднизолона показано при выраженном интоксикационном синдроме, явлениях бронхообструкции и проводится по схеме: максимальная суточная доза составляет 20 мг, доза ежедневно снижается на 5 мг до

полной отмены, длительность приема – 28 дней. У больных, принимающих преднизолон в объеме средних доз, не наблюдается ухудшения психического состояния. Напротив, снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного и бронхолегочного синдромов способствуют снятию эмоционального напряжения у пациентов, стабилизируя их психическое состояние. Существенное отличие терапии туберкулеза у психически больных от терапии психически здоровых пациентов представляют сроки активного противотуберкулезного лечения, которые превышают таковые у психически здоровых, так как репаративные процессы у больных с психическими расстройствами идут медленно. Эффективность лечения туберкулезного процесса увеличивается к 9–12 месяцу, достигая оптимальных показателей к 1–1,5 годам. Поэтому основной курс активной химиотерапии у психически больных с впервые выявленным туберкулезом легких должен продолжаться с учетом индивидуальных особенностей динамики туберкулезного процесса. Средняя длительность пребывания на койке психически больных, страдающих туберкулезом легких, составляет 10–12 месяцев, при наличии полостей распада – 15 месяцев. Особенности противотуберкулезной терапии у психически больных: Наличие коморбидной патологии требует коррекции психотропной терапии. Психотропная терапия оказывает разнонаправленное влияние на характер течения туберкулеза легких. Назначение высоких и средних терапевтических доз транквилизаторов и антидепрессантов способствует благоприятному исходу туберкулезного процесса, назначение высоких доз нейролептиков, напротив, вероятность благоприятного исхода снижает. Назначение психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, среднетерапевтических и высоких доз нейролептиков приводит к развитию иммунодефицита снижение количества Т-лимфоцитов, угнетение, тканевой гипоксии и вегетативного дисбаланса. У больных, получающих низкие дозы нейролептиков или не получавших их вообще, достоверно чаще отмечается положительная динамика в течении туберкулеза легких (почти у 90 % больных), и в 2 раза реже отрицательная, чем у пациентов, принимающих нейролептики в средних и высоких дозах. Прием малых доз

нейролептиков увеличивает вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких в 3 раза по сравнению с теми, кто принимает их в средних и высоких дозах, а отказ от назначения нейролептиков психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, повышает вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса в 5 раз. У пациентов, получающих антидепрессанты в средне-терапевтических дозировках, отрицательная динамика отмечается в 3 раза, а хронизация процесса в 2 раза реже, чем у больных, которым антидепрессанты не назначались. Вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса у пациентов, принимающих антидепрессанты в средне-терапевтических дозах, в 4 раза выше, чем у больных, которым тимоаналептическая терапия не проводилась. Те же закономерности отмечаются при назначении транквилизаторов. У пациентов, получающих высокие дозы транквилизаторов, положительная динамика в течении туберкулеза отмечается 1,5 раза чаще, чем у больных, не получавших транквилизаторы вообще. У пациентов, принимающих транквилизаторы в средних дозах, выявляется самый низкий процент прогрессирования туберкулезного процесса, почти в 3 раза меньше аналогичного показателя у пациентов, их не получавших. Вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса у больных, не получающих транквилизаторы в 2 раза ниже, чем у тех, кто принимает их в малых дозах, в 3 раза – по сравнению с больными, получавшими средние дозы, и в 5 раз ниже, чем у пациентов, которым транквилизаторы назначались в высоких терапевтических дозировках. Подобные результаты связаны с вегетостабилизирующим действием транквилизаторов и антидепрессантов, которые повышают тонус симпатической нервной системы. Симпатикотония является прогностически благоприятным признаком на всех этапах течения туберкулеза. Назначение же нейролептиков в высоких и средних терапевтических дозировках приводит к вегетативному дисбалансу с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, что негативно сказывается на течении туберкулеза легких. Повышение тонуса парасимпатической нервной системы снижает проницаемость гематоэнцефалического барьера, что, в свою очередь, ведет к уменьшению эффективности проводимой

психотропной терапии, нарастанию прогрессивности, обострению психического заболевания в частности шизофрении. В то же время высокие дозы нейролептиков назначаются больным с активной психотической симптоматикой и нестабильным психическим состоянием, которые, по принципу психосоматического параллелизма, оказывают негативное влияние на течение туберкулезного процесса, замыкая порочную спираль. При лечении пациентов, страдающих психическими расстройствами в сочетании с активным туберкулезом легких, целесообразно использовать монотерапию психотропными средствами, особенно нейролептиками. При необходимости назначения нескольких психотропных препаратов различной направленности действия наиболее рациональным является комбинирование транквилизаторов и антидепрессантов в среднетерапевтических дозировках с нейролептиками в минимальных терапевтических дозах. Лечение психически больных биологическими методами сочетается с проведением психосоциальных реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление имеющегося когнитивного дефицита, навыков самостоятельного проживания, на преодоление явлений госпитализма, уменьшение фрустрирующих ситуаций, связанных с отрывом от привычной социальной среды, повышение трудовой, социальной, творческой активности, политической грамотности. С позиции биопсихосоциальной концепции психосоциальная реабилитация оказывает патогенетическое действие на динамику туберкулезного процесса. Патогенетическое влияние социального и психологического факторов на динамику туберкулеза легких необходимо учитывать при организации противотуберкулезной помощи психически больным. Создание психотерапевтического климата в психотуберкулезных отделениях требует проведения комплекса образовательных и психокоррекционных мероприятий с младшим и средним медицинским персоналом, направленных на преодоление стигматизации, явлений эмоционального выгорания, повышение образовательного уровня медработников, освещения вопросов влияния характера межличностных отношений с больными на динамику туберкулеза легких. Особенности химиотерапии и диагностики туберкулезного менингита. Профилактика туберкулеза легких у психически больных

предусматривает: удовлетворительные условия содержания пациентов в психиатрических стационарах и психоневрологических интернатах. Настороженность у медицинского персонала в отношении туберкулезной инфекции при изменении поведения больных, целенаправленное обследование на наличие туберкулеза легких при нарастании глубины психосоциальной дезадаптации пациентов. Ежегодное, с периодичностью 2 раза в год, лучевое (рентгенологическое, флюорографическое обследование больных, своевременное обращение к фтизиатру и как можно более ранний перевод в психотуберкулезные отделения психиатрического стационара при выявлении активного туберкулеза легких. Наблюдение больных из психоневрологических интернатов, находившихся на длительном лечении в условиях психиатрического стационара и лиц БОМЖ с клинически излеченным туберкулезом легких по III группе ДУ, в реабилитационно-диагностическом отделении с проведением противорецидивного лечения в течение 3 лет, до снятия с фтизиатрического учета. Госпитализация больных с большими остаточными изменениями и высоким риском рецидива туберкулезного процесса в периоды обострения психического заболевания в реабилитационно-диагностическое отделение, проведение противорецидивных курсов химиотерапии в осенне-весенний период, обеспечение пожизненного наблюдения врачом-фтизиатром. Проблема лечения туберкулеза при его сочетании с психическими заболеваниями в условиях современной эпидемиологической обстановки приобретает особенно важное значение.

Заключения

Принципы химиотерапии туберкулеза у психически больных соответствуют тем же стандартам, что и у психически здоровых пациентов, однако из-за нарушения психического состояния проведение химиотерапии сопряжено с большими трудностями и требует строгого контроля за приемом как противотуберкулезных

препаратов, так и психотропных средств. Наличие коморбидной патологии с учетом разнонаправленного влияния психотропных средств на характер течения туберкулеза требует коррекции психотропной терапии. Целесообразно использование монотерапии психотропными препаратами, особенно при необходимости использования нейролептиков. В случае одновременного назначения нескольких препаратов разнонаправленного действия более рациональной является комбинация транквилизаторов и антидепрессантов в средних дозах с нейролептиками в минимальных дозах. Реабилитация больных туберкулезом при психических заболеваниях должна предусматривать также проведение необходимых реабилитационных мероприятий и создание благоприятного для лечения психотерапевтического климата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ключкова Л.В., Лозовская М.Э., Васильева Е. Б., Захарова О . П. Течение и исходы туберкулезного менингита у детей на современном этапе // Туб. и болезни легких. - 2015. - № 7. - С. 68-69.
2. Маслова О.В., Киселевич О. К., Власова Е. Е. и др. Первичный туберкулез у детей раннего возраста из семейного контакта // Туб. и болезни легких. - 2014. - № 8. - С. 67-68.
3. Покровский В. И., Литвинов В. И., Ловачева О . В., Лазарева О. Л. Туберкулезный менингит. - /М ., 2005. - 244 с.
4. Зубова, Е. Ю. Дезадаптация и реабилитация психически больных, страдающих туберкулезом легких: Туберкулез и болезни лёгких , Том 95, № 1. //Журнал, Волгоград, 2008. – 44с
5. Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия. – /М., 2010. – 520 с.
6. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. – /М., ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 506 с.

Поступила 09.04. 2021

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В КЛИНИКЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Ё.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

✓ Резюме

Изучение соматических заболеваний у больных шизофренией приобрело особую актуальность в последние годы в связи с широким распространением современных антипсихотических препаратов, метаболические побочные эффекты которых приводят к повышению частоты сердечно-сосудистых заболеваний, артериальной гипертензии, сахарного диабета [1,2]. В исследованиях последних лет доказано, что при многих формах хронических болезней имеется сходство патогенетических механизмов, родство факторов риска развития и прогрессирования заболеваний [3, 4]. В исследованиях последних лет доказано, что при многих формах хронических болезней имеется сходство патогенетических механизмов, родство факторов риска развития и прогрессирования заболеваний [8, 9, 10, 11]. Имеются данные, что при доминировании галлюцинаторно-бредовых расстройств при шизофрении, алкоголизме и других хронических психозах значимым является измененный нейроорганический субстрат [5, 6, 7, 11]. Доказана роль структурной дефицитарности ЦНС при развитии ряда психотических, особенно галлюцинаторных, расстройств у больных шизофренией [13, 8, 9]. В таких случаях в пораженном органе повышена вероятность нарушения сосудистого тонуса. Сосудистый фактор обуславливают как структурная недостаточность в пораженном органе, так и клинически структурные отклонения в других органах и системах, а также повышенная «чувствительность» к психотравмирующим факторам, заложенная преимущественно в период раннего детства [12].

Ключевые слова: когнитивный дефицит, параноидная шизофрения, цереброваскулярная патология.

CHARACTERISTICS OF COGNITIVE DEFICIENCY IN THE CLINIC OF PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH ACCOMPANYING CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

Irmukhamedov T.B., Abdullaeva V.K., Madzhidova Y.N.

Tashkent Pediatric Medical Institute

✓ Resume

The study of somatic diseases in patients with schizophrenia has acquired particular relevance in recent years due to the widespread use of modern antipsychotic drugs, metabolic side effects of which lead to an increase in the incidence of cardiovascular diseases, arterial hypertension, diabetes mellitus [1,2]. In recent studies, it has been proven that in many forms of chronic diseases there is a similarity of pathogenetic mechanisms, a relationship of risk factors for the development and progression of diseases [3, 4]. In recent studies, it has been proven that in many forms of chronic diseases there is a similarity of pathogenetic mechanisms, a relationship of risk factors for the development and progression of diseases [8, 9, 10, 11]. There is evidence that with the dominance of hallucinatory-delusional disorders in schizophrenia, alcoholism and other chronic psychoses, an altered neuroorganic substrate is significant [5, 6, 7, 11]. The role of structural deficiency of the central nervous system has been proven in the development of a number of psychotic, especially hallucinatory, disorders in patients with schizophrenia [13, 8, 9]. In such cases, in the affected organ, the likelihood of a violation of vascular tone is increased. The vascular factor is responsible for both structural failure in the affected organ and clinically structural abnormalities in other organs and systems, as well as an increased "sensitivity" to psycho-traumatic factors, inherent mainly in early childhood [12].

Key words: cognitive deficit, paranoid schizophrenia, cerebrovascular pathology.

PARANOID SHIZOFRENIYA KLINIKASIDA KOGNITIV ETISHMOVCHILIKNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Irmuhamedov T.B., Abdullaeva V.K., Madjidova Y.N.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

✓ Rezyume

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarning somatik kasalliklarini o'rganish so'nggi yillarda zamonaviy antipsikotik dori vositalarining keng qo'llanilishi tufayli metabolik yon ta'siri yurak-qon tomir kasalliklari, arterial gipertenziya, qandli diabet kasalligining ko'payishiga olib kelganligi sababli alohida dolzarblikka ega bo'ldi [1, 2]. So'nggi tadqiqotlarda surunkali kasalliklarning ko'plab shakllarida patogenetik mexanizmlarning o'xshashligi, kasalliklarning rivojlanishi va rivojlanishi uchun xavf omillari aloqasi borligi isbotlangan [3, 4]. Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlarda surunkali kasalliklarning ko'plab shakllarida patogenetik mexanizmlarning o'xshashligi, kasalliklarning rivojlanishi va rivojlanishining xavf omillari o'zaro bog'liqligi isbotlangan [8, 9, 10, 11]. Shizofreniya, alkogolizm va boshqa surunkali psixozlarda gallyutsinator-delusional kasalliklarning ustunligi bilan o'zgargan neyroorganik substrat muhim ahamiyatga ega ekanligi haqida dalillar mavjud [5, 6, 7, 11]. Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda bir qator psixotik, ayniqsa gallyutsinatsion buzilishlar rivojlanishida markaziy asab tizimining tuzilish etishmovchiligining roli isbotlangan [13, 8, 9]. Bunday hollarda, ta'sirlangan organda qon tomir tonusining buzilishi ehtimoli oshadi. Qon tomirlari omili ta'sirlangan organdagi tuzilish etishmovchiligiga va boshqa organlar va tizimlardagi klinik tuzilish anormalliklariga, shuningdek, asosan erta bolalik davriga xos bo'lgan psixo-travmatik omillarga nisbatan "sezgirlik" uchun javobgardir [12].

Kalit so'zlar: kognitiv tanqislik, paranoid shizofreniya, serebrovaskulyar patologiya.

Актуальность

Цель исследования – изучить особенности когнитивных нарушений, личностный и психопатологический преморбид как факторы риска развития коморбидной патологии у больных параноидной шизофренией с сопутствующими нарушениями мозгового кровообращения

Материалы и методы исследования: клинико-психопатологические, нейрофизиологические, клинико-катамнестические, клинико-патопсихологические исследований, в качестве дополнительных использовались соматоневрологическое и другие исследования, необходимые для объективной оценки состояния больных в разные периоды заболевания. Пациенты выбраны из группы больных, находившихся на повторном стационарном лечении с диагнозами: «Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения» (F20.00) и «Параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения» (F20.01). Клиническая верификация диагноза проводилась с использованием данных стационарного обследования и наблюдения, архивной медицинской документации и научных документов. Осматривались лица в возрасте

23-55 лет с длительностью заболевания не менее двух лет. В исследование не включались больные, имеющие 1 группу инвалидности, недееспособные пациенты, а также госпитализированные в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Из исследования исключены больные, у которых диагноз параноидной шизофрении был установлен до достижения ими 18-летнего возраста, а также пациенты со злокачественным или вялым течением заболевания. Всего в исследование было включено 76 больных. Средний возраст на момент проведения исследования составил $44,0 \pm 1,3$ года, на момент установления диагноза - $32,7 \pm 1,3$ года. Мы сформировали две группы больных: основную 35 человек (больные с диагнозом «параноидная шизофрения» и сопутствующими соматическими заболеваниями) и группу сравнения - 33 человек (больные параноидной шизофренией без коморбидной патологией). Больные были распределены в три возрастные группы: 18-25 лет, 26-35 лет, 36-45 лет и старше. В обеих группах, особенно в группе сравнения, отмечалось отчетливое преобладание пациентов в возрасте 26 -35 лет. Так, в возрасте 18-25 лет 11 (31,4%) и 9

(27,3%), 26-35 лет – 15 (42,8%) и 16 (48,5%), 36-45 лет – 9 (25,8%) и 8 (24,2%) пациентов основной и группы сравнения соответственно. При транскраниальном изучении мозговой гемодинамики пациентов основной группы с церебральными гемодинамическими нарушениями при параноидной шизофрении выявлены признаки церебральной сосудистой дистонии с нарушением показателей мозговой гемодинамики (замедлением пульсовой систолической и конечной диастолической скорости кровотока, а также увеличением индекса периферического сосудистого сопротивления в передних, средних и задних артериях головного мозга). Почти у половины всех больных продолжительность заболевания была небольшой (меньше одного года). По этому признаку также не выявилось статистически достоверных различий между группами. Отдельно определялся возраст манифестации болезни. По этому признаку также не выявилось статистически достоверных различий между группами. В основной и группе сравнения преобладали пациенты, у которых манифестный психоз развился в возрастном промежутке 20-40 лет. Психометрический метод использовался с целью унификации клинических данных и проведения параметрических исследований. Применялась наиболее признанная на сегодняшний день психометрическая шкала оценки позитивных и негативных синдромов шизофрении PANSS (С.П. Кей, Л.А. Оплер и А. Фицбейн). Шкала PANSS позволила провести стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении, определить клинический профиль больного и проследить динамику состояния в процессе терапии. Для решения поставленных в исследовании задач использовались 2 подшкалы PANSS: шкала позитивных симптомов и шкала негативных симптомов. Шкала позволяет проводить стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и проследивать динамику состояния в процессе терапии. Современная версия шкалы состоит из 33 признаков, оцениваемых по 7 градациям выраженности и позволяет вычислить: тяжесть продуктивной симптоматики по Шкале позитивных синдромов (7 признаков), тяжесть негативной симптоматики по Шкале негативных синдромов (7 признаков), композитный индекс (позитивная симптоматика минус негативная), выраженность других психических нарушений по Общей психопатологической шкале (16 признаков), риск возможной агрессии (3 дополнительных признака вместе с анамнестическими данными). Дополнительно

также возможна оценка по 5 кластерам - анергия, нарушения мышления, возбуждение, параноидное поведение и депрессия. Шкала содержит четкие инструкции по ее заполнению, дает операциональные критерии для каждой равноудаленной градации выраженности признака и детально описывает процедуру интервью, что значительно повышает надежность и валидность оценок.

Результат и обсуждение

Биологические вредности встречались у матерей больных параноидной шизофренией, а также у самих испытуемых. Статистически достоверными оказались различия в частоте встречаемости гестозов у матерей больных в первую половину беременности (13 – 37,1% в основной группе и 6-18,2% в группе сравнения), простудных заболеваний на любом сроке беременности (24-68,6% в основной группе и 14-42,4% в группе сравнения), акушерских осложнений периода родов (15-42,8% в основной группе и 8-24,2% в группе сравнения), а также соматических заболеваний у самих пациентов, предшествовавших манифестации заболевания (18 – 51,4% в основной группе и 12 – 36,4% в группе пациентов). Эти результаты дают основания предположить, что биологические факторы риска имеют определенную связь с развитием у больных параноидной шизофренией признаков церебральной недостаточности. По степени наследственной отягощенности все пациенты были распределены в 3 группы: «наследственность отягощена по одной или обеим линиям», «наследственность не отягощена» и «данные об отягощенной наследственности отсутствуют или неоднозначны». Наследственная отягощенность в основной группе и группе сравнения была одинаковой (57,2% и 54,5% соответственно). Расстройства памяти и внимания относятся к когнитивным нарушениям органической природы и связаны преимущественно с биологическими вредностями пери- и постнатального периодов, тогда как различные расстройства ассоциативного процесса, в частности снижение уровня обобщения и абстрагирования, приводящие к общему снижению понятийного уровня, имеют преимущественно функциональный генез, возникая, как правило, в результате дисгармоничного инфантилизма в школьном возрасте. Различия между группами пациентов, страдающих шизофренией без коморбидной патологии и больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией ($p < 0,05$). Таким образом, исследование показало большую представленность когнитивных нарушений среди больных, у которых в

последствии наблюдались склонность к возникновению коморбидной соматической патологии при наличии эндогенного заболевания, по сравнению с группой сравнения. Каждый из отмеченных вариантов личностного преморбида в условиях коморбидной патологии, декомпенсирующего «слабые» места соответствующей конституции, являл собой дополнительную «почву» для формирования устойчивых, труднокорректируемых умозаключений (чаще персекуторного содержания). У большинства пациентов изученной выборки личностный преморбид был квалифицирован как акцентуация характера по К. Леонгарду и А.Е. Личко (40,6%). [5,6,7]. Достоверного различия в преобладании доли этих больных в основной группе и группе сравнения не отмечалось. У 41,8% больных основной группы (по сравнению с 16,8% - в группе сравнения) в доманифестный период обнаруживались личностные расстройства. В периоды травмирующей конфликтной ситуации выраженность личностных расстройств достигала состояния нарушения адаптации, которые проявлялись во всех сферах жизнедеятельности (разрыв семейных отношений, увольнение с работы, оставление учебы), но были кратковременны и достаточно быстро компенсировались. У 15,0% отмечался только невротический/неврозоподобный преморбид, у 9,1% - только аффективный. Отсутствие в преморбиде каких-либо клинически значимых психопатологических нарушений выявлено лишь у 6,9% больных.

Выводы

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что достоверно преобладающие в основной группе особенности наследственности, когнитивные нарушения, личностный и психопатологический преморбид можно рассматривать как факторы риска развития коморбидной патологии при наличии эндогенного заболевания. [7]. Многие из приведенных предпосылок имеют патогенетические причинно-следственные отношения, образуя динамический континуум взаимосвязанных биологических, конституциональных и психологических факторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Roiz-Santiañez R, Suarez-Pinilla P, Crespo-Facorro B. Brain structural effects of antipsychotic treatment in schizophrenia: A systematic review. *Current Neuropharmacology*. 2015; 13(4):422–34.
2. Sebastian C, Beer MD. Physical health problems in schizophrenia and other serious mental illnesses. *J Psychiatr Intensive Care*. 2007;3(2):101–11.
3. Katsel P, Roussos P, Pletnikov M, Haroutunian V. Microvascular anomaly conditions in psychiatric disease. Schizophrenia - angiogenesis connection. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017; 77:327- 339. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.04.003.
4. Najjar S, Pearlman DM. Neuroinflammation and white matter pathology in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res*. 2015 Jan; 161(1):102-12.
5. Herold CJ, Lässer MM, Seidl UW, Hirjak D, Thomann PA, Schröder J. Neurological Soft Signs and Psychopathology in Chronic Schizophrenia: A Cross-Sectional Study in Three Age Groups. *Front Psychiatry*. 2018; 9:98.
6. Kong L, Herold CJ, Lässer MM, Schmid LA, Hirjak D, Thomann PA, et al. Association of cortical thickness and neurological soft signs in patients with chronic schizophrenia and healthy controls. *Neuropsychobiology*. 2015;71(4):225–33.
7. Lindh Å, Gothefors D, Runeson B. Higher mortality and somatic illness in a psychotic diseases. *Lakartidningen*. 2015 Oct 13; 112. Epub 2015 Oct 13.
8. Чистович, А. С. К вопросу о неврологических микросимптомах при галлюцинаторно-параноидном синдроме и его хронической форме / А. С. Чистович // Сб. тр. Ленингр. психиатрической больницы им. Балинского,- 1938.-№2. -С. 101-115.
9. Dedeoglu, N. Health and social inequities in Turkey / N. Dedeoglu // *Soc. Sci. Med*. 1990. - V. 31, №3. - P. 387-392.
10. Einarson, A. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy / A. Einarson, R. Boskovic // *J. Psychiatr. Pract*. 2009. - V. 15. - P. 183-192.
11. Minkin, E. B. An analysis of the twoclass system of care in public private psychiatric hospitals / E. B. Minkin, A. M. Stoline, S. S. Sharfstein // *Hosp. Community Psychiatry*. 1994. - V. 45. - P. 975-977.
12. Царьков, А. А. Клинико-экономическая характеристика психиатрической помощи больным шизофренией в сельской местности и ресурсосберегающий эффект больничной психосоциальной терапии: дис. . канд. мед. наук. / А. А. Царьков. -М., 2009.- 130 с.
13. Камянов, И. М. Невропатология в психиатрической клинике / И. М. Камянов. Рига: Зинатне, 1984. - 190 с.

Поступила 09.04.2021

**СУПРУЖЕСКИЕ КОНФЛИКТЫ И ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Репетий Анна Дмитриевна, Быкова Ирина Сергеевна

«Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Оренбург

✓ **Резюме**

Статья посвящена исследованию супружеских конфликтов и детско-родительских отношений в семьях детей с расстройствами аутистического спектра. Приводятся данные анализа восприятия супружеских конфликтов и отношения к ребенку у матерей и отцов детей с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, супружеские конфликты, детско-родительские отношения.

**SPOUSING CONFLICTS AND ATTITUDE TOWARDS A CHILD IN FAMILIES OF
CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

Anna Dmitrievna Repetiy, Irina Sergeevna Bykova

"Orenburg State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Orenburg

✓ **Resume**

The article is devoted to the research of marital conflicts and child-parent relationship in the families of children with autism spectrum disorders. The data of the analysis of the perception of marital conflicts and attitudes to the child in mothers and fathers of children with autism spectrum disorders are presented.

Key words: autism spectrum disorders, marital conflicts, parent-child relationships.

**AUTIZMNING NAQSIDA NIZOMI BOLALAR BOLALARINING OILALARIDA
BOLAGA YAXSHI Mojarolar va munosabat**

Anna Dmitrievna Repeti, Irina Sergeevna Bikova

Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining "Orenburg davlat tibbiyot universiteti", Orenburg

✓ **Rezyume**

Maqola autizm spektri buzilgan bolalar oilalarida oilaviy nizolarni va ota-ona va bola munosabatlarini o'rganishga bag'ishlangan. Autizm spektri buzilgan bolalarning onalari va otalarida nikohdagi ziddiyatlarni va bolaga bo'lgan munosabatni idrok etish tahlili ma'lumotlari keltirilgan.

Kalit so'zlar: autizm spektrining buzilishi, oilaviy nizolar, ota-ona va bola munosabatlari.

Актуальность

Показатели распространенности расстройств аутистического спектра (далее – РАС) с каждым годом растут, о чем свидетельствуют данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [7] и Центра по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention–CDC) [10]. По данным на ноябрь 2019 года распространенность РАС у детей составила 1 случай заболевания на 160 человек [9].

Одной из актуальных проблем современной психологии считается проблема семьи, семейных отношений и супружеских конфликтов. Семья представляет собой открытую систему, находящуюся в непрерывном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система является также самоорганизующейся системой, т.е. ее поведение подчинено определенной внутренней цели [8]. Психологическое благополучие любого ребенка, особенно ребенка с нарушениями в развитии во многом

зависит от семейной обстановки в целом и психического состояния родителей в частности. Изучение супружеских и детско-родительских отношений и поддержка родителей может оказать значительное влияние на психическое состояние ребенка с РАС [11].

Согласно структурному подходу в семейной психотерапии, в семье выделяются четыре основные подсистемы: супружеская, родительская, сиблинговая и подсистема членов семьи как отдельных людей. В нашей статье внимание в большей степени уделяется супружеской подсистеме как диаде «муж-жена», в которой супруги удовлетворяют совместные потребности и ожидания, а также родительской подсистеме, связанной с функциями ухода за детьми и их воспитания [3].

С рождением ребенка в семье не только формируется родительская подсистема, но и значительно меняется супружеская подсистема [5]. В связи с уходом за ребенком, супруги меньше времени уделяют друг другу, выражают взаимное недовольство по этому поводу, в семьях учащаются супружеские конфликты [4]. Подобные конфликты могут касаться не только вопросов воспитания ребенка, но и несовпадения ролевых ожиданий и притязаний в браке, вопросов отношения с друзьями и родственниками, распределения семейного бюджета, проявления стремления к автономии и др. [1]. При этом в психологически благополучных семьях супруги направляют активные усилия на разрешение возникшего расхождения в воззрениях, а в психологически неблагополучных семьях – супруги склонны проявлять резко негативные реакции или занимать пассивную избегающую позицию [6]. В свою очередь, конфликтное взаимодействие в супружеской паре оказывают влияние на ребенка: дети в конфликтных семьях часто переживают тревожные и депрессивные состояния, испытывают неуверенность в себе, а также им присуще чувство одиночества [2]. Родительство в семьях детей с РАС является сложным явлением и влечет за собой различные психологические трудности. Аутизм ребенка влияет на текущий ход жизни родителей и их восприятие, и построение будущего жизненного пути. Родители детей с РАС испытывают чувство вины, связанное с расстройством ребенка, а также становятся объектом вторичной стигматизации.

Цель настоящего исследования: определить сферы супружеских конфликтов и родительское отношение в семьях детей с РАС, а также установить их взаимосвязь.

В соответствии с целью исследования сформулированы **задачи:**

- 1) Исследовать супружеские конфликты в семьях детей с РАС;
- 2) Сравнить восприятие супружеских конфликтов у матерей и отцов детей с РАС;
- 3) Определить отношение к ребенку в семьях детей с РАС;
- 4) Провести сравнительный анализ отношения к ребенку у матерей и отцов детей с РАС;
- 5) Установить взаимообуславливание супружеских конфликтов и отношения к ребенку в семьях детей с РАС.

Для реализации поставленной цели на базе физкультурно-оздоровительного центра «Потенциал» г. Оренбурга в период с июля по ноябрь 2020 года было проведено эмпирическое исследование супружеских конфликтов и отношения к ребенку в семьях детей с расстройствами аутистического спектра. Было опрошено 20 супружеских пар, ребенок которых имеет диагноз РАС (код по МКБ-10 – F84.0, F84.1). Исследуемых мы разделили на 2 группы сравнения по фактору пола: женщины (матери детей с РАС) и мужчины (отцы детей с РАС).

Для исследования супружеских конфликтов и отношения к ребенку в семьях детей с РАС мы применяли следующие **методы:**

1. Клинико-психологический метод (наблюдение, беседа) позволил собрать актуальные данные об исследуемой семье.

Было проведено индивидуальное неформализованное качественное интервью с исследуемыми. Вопросы касались длительности знакомства с партнером и брака, возраста детей и особенностей их поведения, родительского отношения, отношения к заболеванию ребенка и проходимому лечению. Часть родителей избегали ответов о заболевании ребенка и проводимом лечении, в большей степени готовы были рассказывать о поведении ребенка.

Во время беседы отслеживались реакции исследуемых на вопросы, время обдумывания ответа, наблюдение также носило неформализованный характер.

2. Экспериментально-психологический метод осуществлялся с помощью следующих методик:

2.1. Опросник «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана, Е.М. Дубовской.

2.2. Методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument – PARI) Е.С. Шефер и Р.К. Белл в адаптации Т.В. Нешерет.

2.3. Опросник «Понимание, Эмоциональное притяжение, Авторитетность» (ПЭА) А.Н. Волковой в модификации В.И. Слепковой.

По результатам опросника «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях», мужчины в супружеских конфликтах в семьях детей с РАС (рис. 1) склонны негативно реагировать и вступать в конфликтное взаимодействие в сферах воспитания детей (85%), отношения к деньгам (85%), ролевых ожиданий (65%) и доминирования (60%) – данные сферы взаимодействия в супружеской паре для них наиболее значимы.

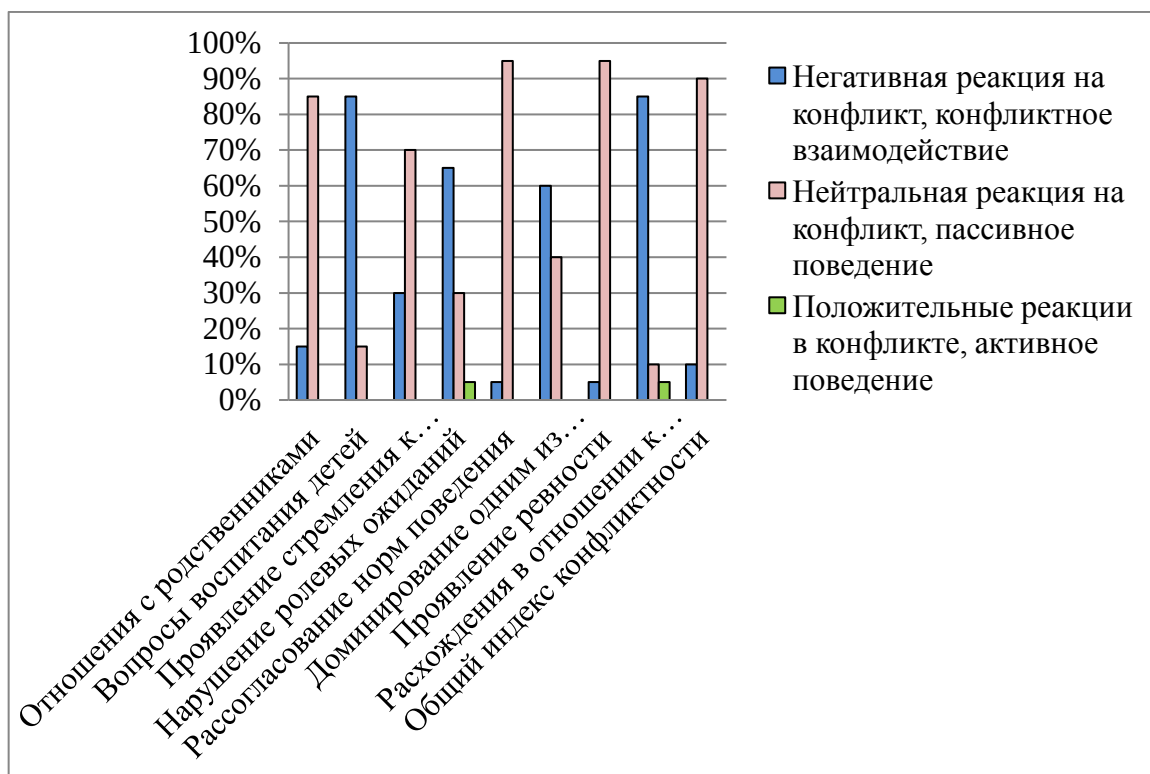


Рис. 1. Характер взаимодействия мужчин в супружеских конфликтах в семьях детей с РАС.

В то же время, наименее значимыми сферами супружеских конфликтов для мужчин являются рассогласование норм поведения, проявления ревности и отношения с родственниками – в данных вопросах мужчины демонстрируют нейтральные реакции и в целом принимают пассивное участие в решении данных вопросов. У большинства исследованных мужчин (90% – 18 чел.) выявлен средний общий индекс конфликтности.

Данные результаты означают, что у отцов детей с РАС имеются расхождения во

взглядах на воспитание ребенка, планирования семейного бюджета и обращения с ним. Также у мужчин имеются представления о желаемой роли и доминирования мужчины и женщины в паре, которые в актуальных отношениях с супругой не реализованы.

Женщины в супружеских конфликтах в семьях детей с РАС склонны негативно реагировать и вступать в конфликтное взаимодействие в сходных с мужчинами сферах (рис. 2).

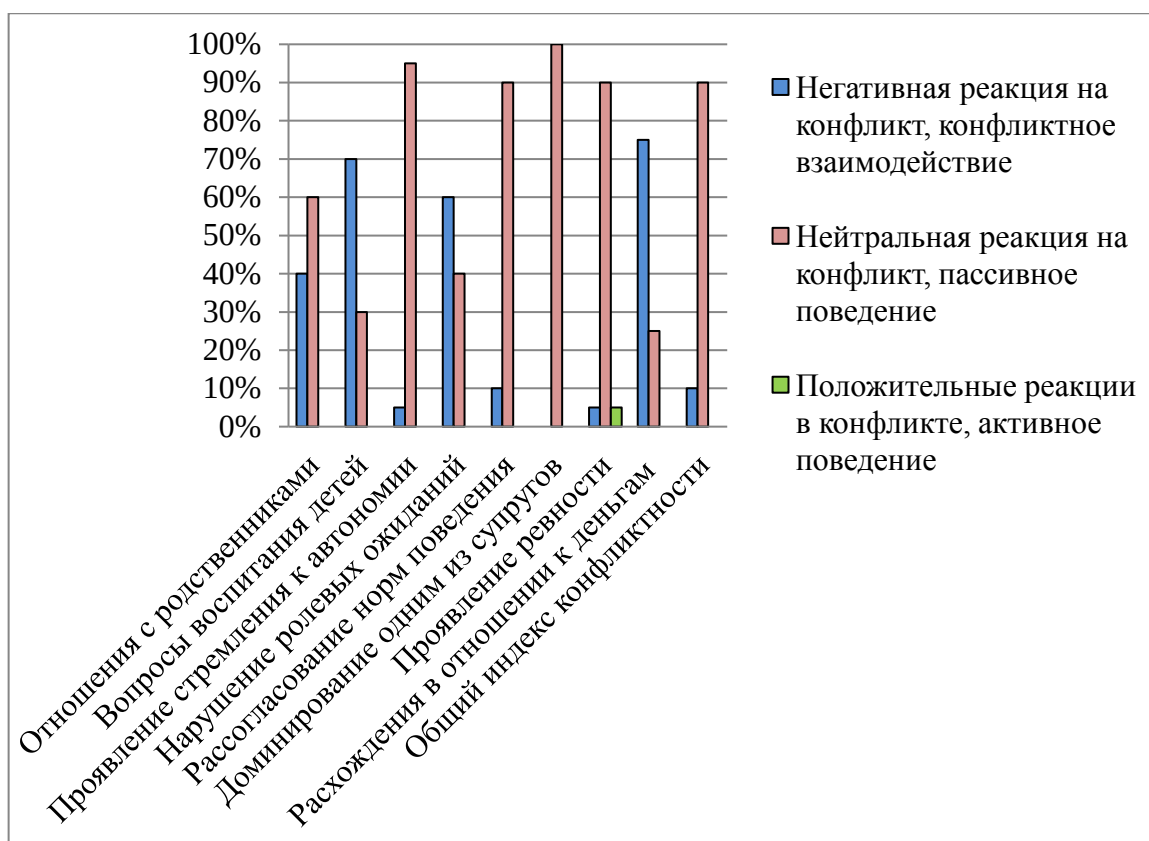


Рис. 2. Характер взаимодействия женщин в супружеских конфликтах в семьях детей с РАС.

Для женщин наиболее конфликтогенны сферы отношения к деньгам (75%), воспитания детей (70%) и ролевых ожиданий (65%). Исключение составляет вопрос доминирования одним из супругов – женщины, в отличие от мужчин, нейтральны в вопросе доминирования и не предпринимают в данной сфере активных действий. Аналогично результатам у мужчин, для женщин наименее значимыми сферами супружеских конфликтов стали рассогласование норм поведения и проявления ревности – в данных аспектах супружеского взаимодействия женщины проявляют нейтральные реакции и принимают пассивное участие в решении

данных вопросов. У большинства исследованных женщин (90% – 18 чел.) также выявлен средний общий индекс конфликтности.

Согласно результатам опросника «Понимание, Эмоциональное притяжение, Авторитетность» (Таблица 1), женщины демонстрируют более высокие показатели по всем шкалам по сравнению с мужчинами: они ощущают более полное знание индивидуальных особенностей партнера, привлекательность партнера и желание общаться, а также принимают и разделяют мировоззрение и интересы партнера.

Таблица 1

Средние значения (М) и стандартное отклонение (σ) по опроснику «Понимание, Эмоциональное притяжение, Авторитетность»

Шкала опросника	М ± σ (в баллах) у мужчин	М ± σ (в баллах) у женщин
Понимание	9,25 ± 6,163	11,05 ± 6,645
Эмоциональное притяжение	13,90 ± 4,154	14,30 ± 6,088
Авторитетность	14,90 ± 1,683	15,75 ± 2,268

По методике изучения родительских установок нами оценено отношение к семейной роли у матерей и отцов детей с РАС (рис. 3).

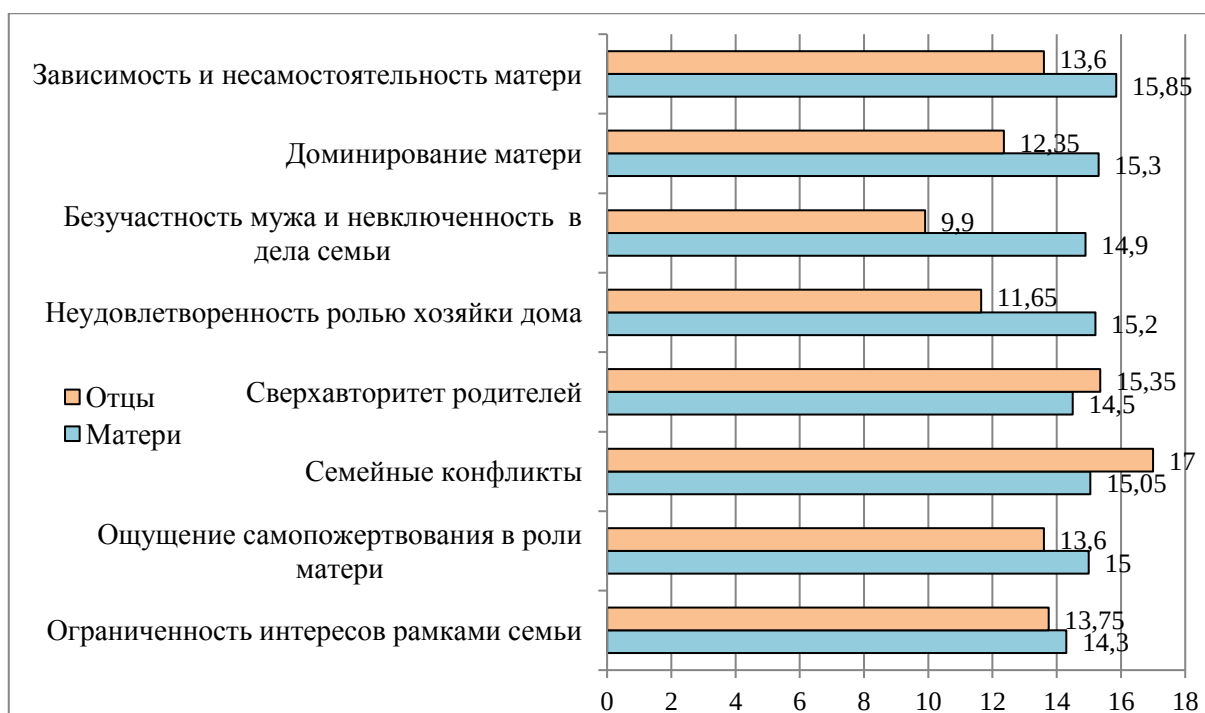


Рис. 3. Средние значения отношения к семейной роли у матерей и отцов детей с РАС.

Согласно данной диаграмме (рис. 3), у отцов детей с РАС в большей степени выражено чувство конфликтности взаимодействия в семье и чувство значимости авторитета родителей по отношению к ребенку. Выраженные расхождения наблюдаются по шкалам «безучастность мужа» и «неудовлетворенность роли хозяйки дома»: матери детей с РАС чувствуют нехватку участия отцов в семейной жизни и неудовлетворенность собственной ролью

хозяйки и необходимости вести быт в текущем объеме. В целом, у матерей и отцов детей с РАС все показатели отношения к семейной роли выражены в средней степени.

Также данная методика позволяет оценить различные типы эмоционального контакта с ребенком: оптимальный эмоциональный контакт, эмоциональную дистанцию и излишнюю концентрацию на ребенке (рис. 4).

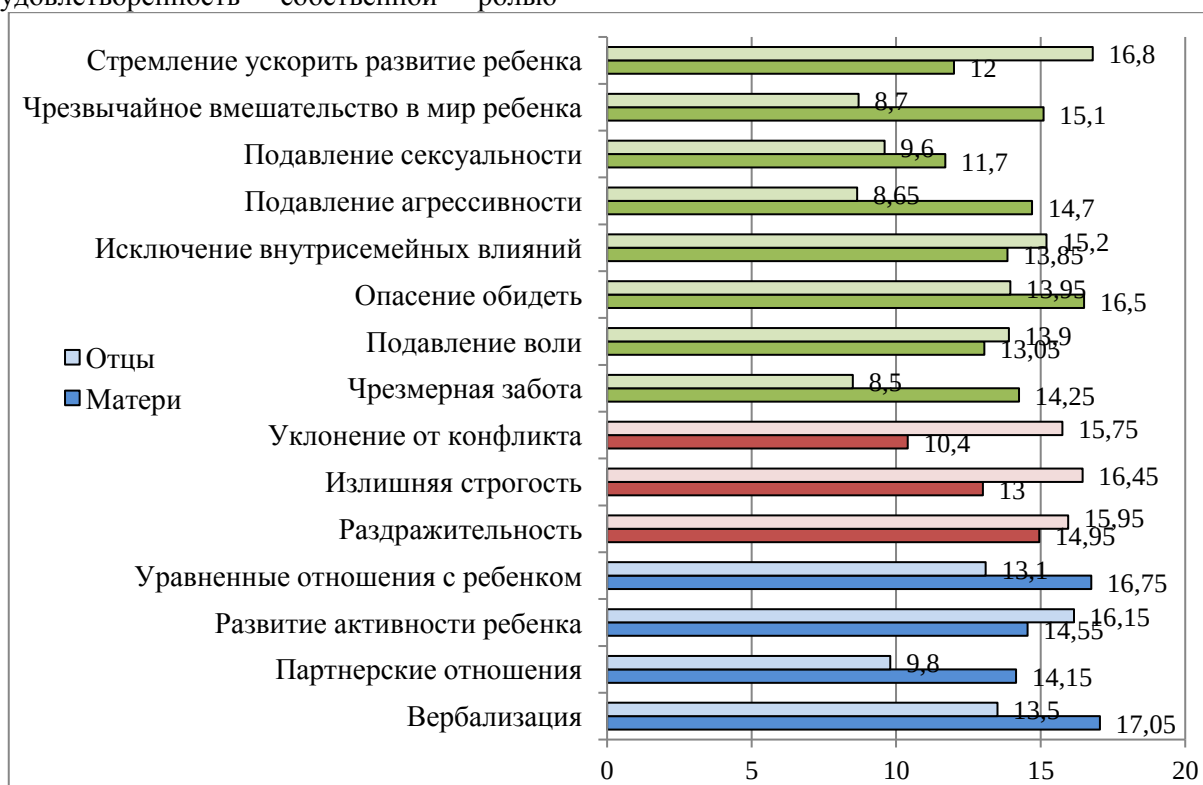


Рис. 4. Средние значения отношения к ребенку у матерей и отцов детей с РАС.

Примечание: темный оттенок обозначает отношение к ребенку у матерей, светлый оттенок – у отцов. Зеленый цвет обозначает излишнюю концентрацию на ребенке, красный цвет – эмоциональную дистанцию, синий цвет – оптимальный эмоциональный контакт.

Данная диаграмма (рис. 4 на с. 33) показывает, что у матерей детей с РАС по сравнению с отцами и по сравнению с другими показателями отношения к ребенку преобладает вербализация, уравненные отношения с ребенком (оптимальный эмоциональный контакт), чрезмерная забота, опасение обидеть, подавление агрессивности и чрезвычайное вмешательство в мир ребенка (чрезмерная концентрация на ребенке).

У отцов детей с РАС по сравнению с матерями и по сравнению с другими показателями отношения к ребенку

преобладает стремление ускорить развитие ребенка (чрезмерная концентрация на ребенке), развитие активности ребенка (оптимальный эмоциональный контакт), уклонение от конфликта, излишняя строгость и раздражительность (излишняя эмоциональная дистанция).

В целом, у исследованных отцов детей с РАС приблизительно в равной степени выражены все три типа отношения к ребенку (оптимальный эмоциональный контакт, эмоциональная дистанция и излишняя концентрация на ребенке). У матерей детей с РАС эмоциональная дистанция выражена в меньшей степени по сравнению с поддержанием оптимального эмоционального контакта и излишней концентрацией на ребенке.

Также нами проведен регрессионный анализ обусловленности отношения к ребенку супружескими конфликтами у матерей (рис. 5) и отцов (рис. 6) детей с РАС.



Рис. 5. Регрессионная модель обусловленности отношения к ребенку супружескими конфликтами у матерей детей с РАС.

У матерей детей с РАС (рис. 5) наиболее значимо отношение к ребенку обусловлено рассогласованием норм поведения с супругом: чем больше супруги конфликтуют по вопросам несоответствия норм поведения в супружеской паре, тем меньше матери детей с РАС испытывают зависимость (так как в данных конфликтах, по-видимому, им удастся отстаивать желанные роли), меньше

испытывают раздражительность и уклоняются от контакта с ребенком, а также в меньшей степени исключают внесемейные влияния. Таким образом, прояснение норм поведения в супружеской паре снижает неудовлетворенность своей ролью в семье и снижает эмоциональную дистанцию с ребенком с РАС.

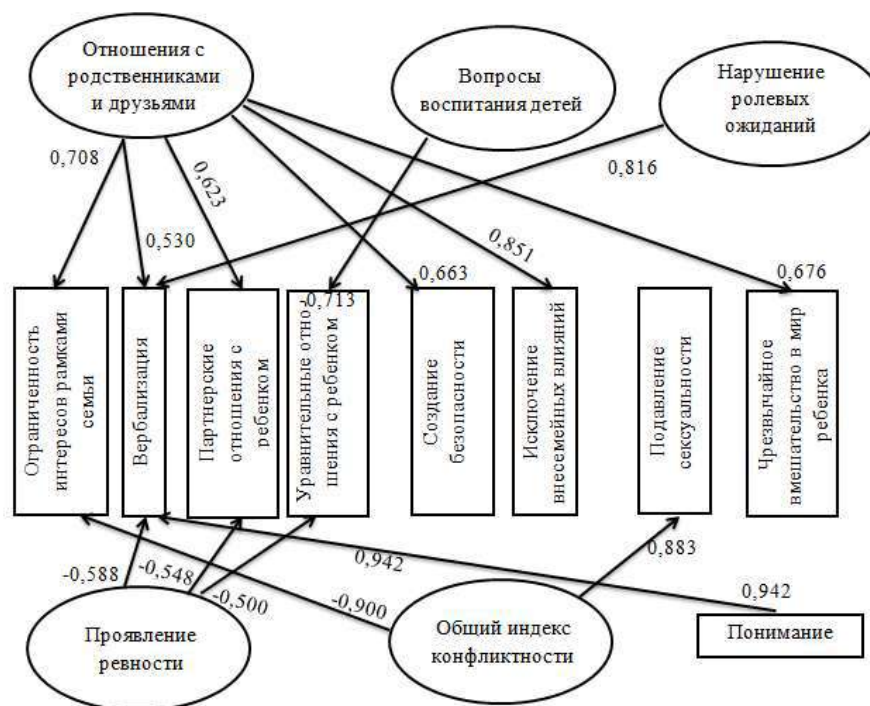


Рис. 6. Регрессионная модель обусловленности отношения к ребенку супружескими конфликтами у отцов детей с РАС.

У отцов детей с РАС (рис. 6) наблюдается большая обусловленность отношения к ребенку супружескими конфликтами. В наибольшей степени отношение к ребенку у отцов детей с РАС обусловлено следующими сферами супружеских конфликтов:

1) Конфликты по вопросам отношений с родственниками и друзьями прямо обуславливают ограниченность интересов рамками семьи, вербализацию, партнерские отношения с ребенком, создание безопасности, исключение внесемейных влияний и чрезвычайное вмешательство в мир ребенка. Т.е. чем более конфликтогенна сфера отношений с родственниками и друзьями для супругов, тем больше отцы детей с РАС прикладывают усилий для создания оптимального эмоционального контакта с ребенком и излишне концентрируются на ребенке.

2) Супружеские конфликты по вопросам проявления ревности обуславливают снижение вербализации, партнерских и уравнительных отношений с ребенком. Это означает, что проявления ревности между супругами снижает оптимальный эмоциональный контакт к ребенку у отцов детей с РАС.

Заключение

По результатам нашего исследования, большинству матерей детей с РАС присущи негативные реакции и конфликтное

взаимодействие в сфере отношения к деньгам, воспитания детей и ролевых ожиданий. Женщины ощущают более полное знание особенностей партнера, привлекательность партнера и желание общаться, принимают и разделяют мировоззрение и интересы партнера. Для большинства отцов детей с РАС характерно активное поведение в семейных конфликтах по вопросам рассогласования норм поведения и отношений с родственниками, проявления ревности.

Обнаружена обусловленность супружеских конфликтов и отношения к ребенку в семьях детей с РАС. У матерей отношение к ребенку наиболее значительно обусловлено рассогласованием норм поведения с супругом. Проявление норм поведения в паре снижает неудовлетворенность своей ролью в семье и эмоциональную дистанцию с ребенком с РАС.

У отцов детей с РАС конфликты по вопросам отношений с родственниками прямо обуславливают ограниченность интересов рамками семьи, вербализацию, партнерские отношения с ребенком, создание безопасности, исключение внесемейных влияний и чрезвычайное вмешательство в мир ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое

- консультирование. М.: Независимая фирма «Класс», 1999. 208 с.
2. Воробьева М.В. Особенности влияния конфликтов между супругами на эмоциональную устойчивость детей // Вестник Курганского государственного университета. 2014. №1 (32). С. 72-76.
 3. Лагонда Г.В. Современный брак, quovadis? (о значении и метаморфозах брачных экспектаций) // Парадигма. 2018. №28. С. 117-139.
 4. Левченко М.А., Адушкина К.В. Факторы удовлетворенности браком на разных этапах жизненного цикла семьи // Бюллетень науки и практики. 2017. №9 (22). С. 243-249.
 5. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 304 с.
 6. Олифинович Н.И., Велента Т.Ф., Зинкевич-Куземкина Т.А. Терапия семейных систем. СПб.: Речь, 2012. 560 с.
 7. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. №3. С. 96-101.
 8. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 208 с.
 9. Autism spectrum disorders / World Health Organization. 2019. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (дата обращения: 15.06.2020).
 10. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorders / Centers for Disease Control and Prevention. 2020. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (дата обращения: 15.06.2020).
 11. Parental Perception of the Perioperative Experience for Children With Autism / S. Benich[et al.] // AORN Journal. 2018. №108 (1). P. 34-43.

Поступила 09.04. 2021

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Рустамова Ж.Т., Абдуллаева В.К., Аббасова Д.С., Мухторов Б.О., Исматов С.З.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

✓ Резюме

Было обследовано 40 пациентов (26 женщин, 14 мужчин) клиническим методом в возрасте от 60 до 70 лет с диагнозом F4 по МКБ-10 для изучения клинко-психопатологических особенностей тревожных расстройств в пожилом возрасте, динамики их развития. С этой целью использовался клинический метод с применением психометрических шкал: шкала Гамильтона для оценки уровня тяжести тревоги (HARS) и депрессии (HRDS). В результате работы выделено четыре основных синдрома у больных пожилого возраста, в основе каждого из которых лежит облигатный симптом – тревога, преобладающий в начале развития заболевания. Определена их клинко-психопатологическая структура. Установлено, что присоединение к тревоге других психопатологических симптомов, таких как, депрессия, ипохондрия, фобия способствует утяжелению и формированию более сложного по структуре синдрома, увеличивает продолжительность заболевания.

Ключевые слова: пожилой возраст, тревожный синдром, тревога, депрессия, ипохондрия, фобия.

ҚАРИЛИК ДАВРИДА ҲАВОТИРЛАНИШ ҲОЛАТИНИНГ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИК ТУЗИЛИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рустамова Ж.Т., Абдуллаева В.К., Аббасова Д.С., Мухторов Б.О., Исматов С.З.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

✓ Резюме

Қарилик даврида ҳавотирланиш ҳолати ва уларни ривожланиш динамикасини МКБ-10 бўйича клинко-психопатологик хусусиятларини ўрганиш учун F4 ташиҳиси билан 60 дан 70 ёшгача бўлган 40 та беморлар (26 та аёл, 14 та эркак) клиник усул билан текширилди. Шу мақсадда клиник усул психометрик шкалалар: ҳавотирланиш (HARS) ва депрессияни (HRDS) оғирлик даражасини баҳолаш учун Гамильтон шкаласи ёрдамида қўлланилди. Текширув натижасида кекса ёшдаги беморларда 4 та асосий синдром аниқланди, ҳар бирининг асосида касаллик ривожланишини бошланишида устунлик қиладиган ҳавотирланишнинг мажбурий симптоми ётади. Уларнинг клинко- психопатологик тузилиши аниқланди. Текширувда ҳавотирга, депрессия, ипохондрия, фобия каби бошқа психопатологик симптомларнинг қўшилиши касаллик тузилишидаги мураккаб синдромларнинг шаклланиши ва кучайишига, касаллик давомийлигини оширишига олиб келади.

Калит сўзлари: қарилик даври, ҳавотирланиш синдроми, ҳавотир, депрессия, ипохондрия, фобия

FEATURES OF CLINICAL AND PSYCHOPATOLOGICAL STRUCTURE OF ANXIETY STATES IN THE ELDERLY AGE

Rustamova J.T., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., Muxtorov B.O., Ismatov S.Z.

✓ **Resume**

We examined 40 patients (26 women, 14 men) by a clinical method, aged 60 to 70 years with a diagnosis of F4 according to ICD-10 to study the clinical and psychopathological features of anxiety disorders in old age, the dynamics of their development. For this purpose, a clinical method was used using psychometric scales: the Hamilton scale for assessing the severity of anxiety (HARS) and depression (HRDS). As a result of the work, four main syndromes were identified in elderly patients, each of which is based on an obligate symptom - anxiety, which prevails at the beginning of the development of the disease. Their clinical and psychopathological structure was determined. It has been found that the addition of other psychopathological symptoms to anxiety, such as depression, hypochondria, phobia, contributes to the aggravation and the formation of a more complex syndrome in structure, and increases the duration of the disease.

Key words: *old age, anxiety syndrome, depression syndrome, hypochondria, phobia*

Актуальность

По данным ВОЗ, среди популяции людей в возрасте 60 лет и старше наиболее частыми нейropsychическими расстройствами являются деменция, затрагивающая около 5% пожилого населения, депрессия, наблюдающаяся у 7% пожилых людей и тревожные расстройства, на долю которых приходится 3,8% лиц пожилого возраста. Распространенность тревожных состояний, по многочисленным результатам исследований, растет и охватывает свыше 50% пожилой популяции [1]. Согласно разным источникам, из-за поздней и некачественной диагностики в условиях первичного звена, больные не получают своевременного и адекватного лечения, в результате чего отдельные симптомы тревоги и депрессии постепенно усложняются и утяжеляются. Гиподиагностика тревожно-депрессивных состояний у людей пожилого возраста при первичном обращении к врачам общей практики обусловлена недостаточной определенностью особенностей психопатологической структуры тревоги и депрессии у данной категории больных [3, 4]. Диагностика затрудняется также тем, что тревожно-депрессивные состояния зачастую «маскируются» различными соматоневрологическими жалобами, которые больше привлекают специалистов, расстройства же психического регистра остаются без внимания [2]. Позднее обращение за медицинской помощью или запоздалое выявление тревожных состояний со стороны врачей нередко является причиной госпитализации больных в психиатрические лечебницы. Отсутствие своевременной и адекватной терапии тревожно-депрессивных

расстройств приводит к снижению качества жизни пожилых людей [5]. Изучение психопатологических особенностей тревожно-депрессивных расстройств, их клинико-динамическая характеристика поможет выделить ранние критерии диагностики и оптимизировать медико-социальные мероприятия данной категории больных.

Цель исследования. Изучить клинико-психопатологические особенности тревожных расстройств в пожилом возрасте, динамику их развития.

Материал и методы

Было обследовано 40 пациентов (26 женщин, 14 мужчин) клинико-анамнестическим и клинико-катамнестическим методами в возрасте от 60 до 70 лет в условиях Ташкентской городской психиатрической больницы. Для исследования были отобраны больные, диагноз которых квалифицировался рубрикой F4 по МКБ-10. В исследование не включались больные с умеренными и выраженными деменциями, с галлюцинаторно-бредовыми синдромами, с зависимостью от психоактивных веществ, а также, страдающие шизофренией. Для оценки психического статуса больных использовался клинико-психопатологический метод, который был дополнен применением психометрических шкал: шкала Гамильтона для оценки уровня тяжести тревоги (HARS) и депрессии (HRDS). Все больные прошли соматическое и неврологическое обследование. Для анализа результатов применялись статистические методы.

Результат и обсуждение

В группе обследуемых больных средний возраст среди женщин составил $63,2 \pm 6,8$ лет, среди мужчин – $60,3 \pm 6,4$ лет. Средний возраст к периоду начала заболевания приходился на $51,4 \pm 6,2$ лет. Длительность заболевания составила в среднем $12,5 \pm 8,7$ лет. Результаты изучения наследственной отягощенности по соматической патологии констатировали ее наличие у 59,8% больных, по психической патологии – у 37,4% больных. Связь частоты тревожных состояний с фактором наследственной отягощенности оказалась слабой (коэффициент сопряженности Пирсона $C=0,10$; $p>0,05$). Высшее образование имели 32,6% больных, средне-специальное – 46,8% больных и среднее – 20,6 % больных. Семью имели 57,8% больных, находились в разводе – 20,4% больных, овдовели – 21,8% больных. Хронические соматические заболевания наблюдались у 89,8% больных, корреляция по данному признаку с частотой развития тревожно-депрессивных расстройств оказалась статистически значимой и могла быть оценена в рамках средней по силе связи ($C=0,40$; $p<0,001$).

В ходе проведенного исследования у подавляющего большинства больных установлено доминирование в клинической картине заболеваний симптомов тревоги, реже депрессий, которые определяли тяжесть состояния. Обращала на себя внимание низкая синдромальная и нозологическая специфичность и значительный полиморфизм тревожно-депрессивных состояний у лиц пожилого возраста. Тревога, как облигатный компонент, от лёгкой до умеренно-выраженной и тяжёлой в различных вариациях сочеталась с астенией, депрессией, сенестопатиями, фобиями, ипохондрией, когнитивными нарушениями, не достигающими до степени деменции, сомато-вегетативными дисфункциональными расстройствами. Для определения уровня тяжести тревожных расстройств была проведена оценка тревоги и депрессии по шкале Гамильтона. Среди обследуемых уровень тревоги (HARS) у 15% больных колебался от 5 до 12 баллов, что свидетельствовало о состоянии лёгкой тревожности, у 31% больных этот показатель доходил до 25 баллов, обнаруживая более выраженное тревожное состояние, у 42% больных уровень тревоги варьировал от 26 до

32 баллов, подтверждая наличие панических расстройств и у 12% больных он приближался к максимальной отметке от 35 до 50 баллов, выявляя тяжёлые тревожные расстройства. Анализ оценки уровня депрессии выявило наличие лёгкой депрессивной симптоматики у 65% больных от 8 до 16 баллов по шкале HDRS, у 23% больных этот показатель колебался от 17 до 25 баллов, обнаруживая умеренные депрессивные проявления, у 7% больных уровень депрессии доходил до 30 баллов, указывая на более выраженные депрессивные расстройства и лишь у 5% больных данный показатель не превышал 7 баллов, что свидетельствовало об отсутствии депрессивной симптоматики. Внутри обследуемой группы тревожных больных показатели оценки уровня тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у женщин оказались выше, чем у мужчин, однако достоверность различий не обнаруживалась.

Анализ симптоматики психических расстройств и оценка тяжести уровня тревоги и депрессии при помощи психометрической шкалы Гамильтона, позволили условно разделить тревожные состояния пожилого возраста на несколько групп. Тревога, как облигатный симптом, была положена в основу классификации синдромов. В зависимости от степени ее тяжести менялась картина тревожных состояний. Другим составляющим компонентом, явилось наличие и степень выраженности дополнительного психопатологического симптома (депрессии, ипохондрии, фобии). Таким образом, были выделены основные 4 синдрома: 1) простой тревожный синдром: превалировала тревога, остальные симптомы были незначительны или слабо выражены; 2) тревожно-депрессивный синдром: тревога различной степени выраженности сочеталась с симптомами депрессии; 3) тревожно-ипохондрический синдром: тревога разного уровня сочеталась с симптомами ипохондрии; 4) тревожно-фобический синдром: тревога сочеталась с различными фобическими расстройствами.

В соответствии с выделенными синдромами по клинко-психопатологической структуре, простой тревожный синдром наблюдался у 18% больных, тревожно-депрессивный синдром - у 60% больных, тревожно-ипохондрический синдром - у 15% больных, тревожно-фобический синдром - у 7% больных.

Клиническая картина простого тревожного синдрома характеризовалась симптомами психической и соматической тревоги средней тяжести. Чаще всего больные жаловались на беспокойство и отягощенность определенными «тягостными думами», неуверенность в завтрашнем дне, «ожидание чего-то плохого», внутреннее напряжение, ощущение беспомощности, неусидчивость, потливость, характерную дрожь, трудность засыпания, бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, груди, дискомфорт в эпигастральной области, чувство «нехватки воздуха», головокружение, головные боли, сердцебиение, повышение артериального давления или его перепады, тошноту, снижение аппетита. Элементы депрессии в виде подавленного настроения имели место, но не определяли тяжести состояния больных с простым тревожным синдромом.

При тревожно-депрессивном синдроме присутствовали симптомы как тревоги, так и депрессии в различных сочетаниях. Тревогу дополняли такие симптомы депрессии, как чувство тоски, одиночества и безысходности, заниженная самооценка, психомоторная заторможенность. Больные жаловались на «утрату способности радоваться жизни», «отсутствие желания что-либо делать», суицидальные мысли, чувство вины, собственной никчемности. У пациентов отмечалось снижение концентрации внимания, когнитивные нарушения, быстрая утомляемость, трудность засыпания, бессонница, поверхностный сон с пробуждениями. В первой половине дня у больных преобладали проявления депрессии: подавленное настроение, тоска, идеаторная и двигательная заторможенность, плохой аппетит, в течение дня нарастала тревога, и к вечеру больные становились все более неусидчивыми, капризными, раздражительными, предъявляли многочисленные жалобы соматического характера. Тревожно-ипохондрический синдром проявлялся симптомами обсессивной или сверхценной ипохондрии. Больные испытывали страх и уверенность в наличии тяжёлого, неизлечимого заболевания, несмотря на получения результатов объективных обследований, свидетельствующих об отсутствии какой-либо патологии. У всех пожилых пациентов с тревожно-

ипохондрическим синдромом ипохондрия присоединялась к ранее существующей тревожной депрессии, усложняя ее психопатологическую структуру с образованием положительной обратной связи. Повышенный уровень тревожности обращал внимание больных на различные ощущения, возникающие в теле или внутренних органах, субъективная неверная интерпретация «выявляемых новых симптомов» подкрепляла ипохондрические идеи, в свою очередь, ипохондрия усиливала тревогу и депрессию. Больные, предъявляя многочисленные жалобы соматического характера, между тем, не жаловались на подавленное настроение, беспокойство, тоску, несмотря на высокий уровень тревоги и депрессии, подтвержденный объективными психологическими методами обследования.

При тревожно-фобическом синдроме на фоне повышенной тревожности отмечались опасения за собственное здоровье, собственную жизнь, различного рода страхи: страх заразиться каким-либо заболеванием, страх остановки сердца, страх смерти, страх потери самоконтроля, страх сойти с ума и т.д. Фобическая тревога в определенных, значимых для больных ситуациях сопровождалась беспокойством, сердцебиением, ощущением дурноты, по интенсивности варьировала от легкого дискомфорта до ужаса. Пониженное настроение и другие элементы депрессии часто сопутствовали фобической тревоге.

Рассматривая частоту встречаемости того или иного варианта тревожного расстройства в зависимости от половой принадлежности, следует отметить, что простой тревожный, тревожно-депрессивный и тревожно-фобический синдром чаще наблюдался у женщин, соответственно в 64,5%, 77,6% и 79,2% случаев. Тревожно-ипохондрический синдром с большей частотой встречался у мужчин в 67,3% случаев ($p=0,003$). Средняя продолжительность заболевания ($5,9\pm 6,8$ лет) оказалась наименьшей у больных с простым тревожным синдромом. Средняя продолжительность заболевания у больных с тревожно-депрессивным ($14,3\pm 13,7$ лет), тревожно-ипохондрическим синдромом ($14,6\pm 11,2$ лет) и тревожно-фобическим ($14,8\pm 12,3$ лет) была достоверно выше ($p=0,047$). Более высокую продолжительность заболевания с указанием на последние три

синдрома позволяет объяснить катamnестическое изучение динамики тревожных состояний у пожилых больных. Все они имеют определенную схожесть клинических проявлений, в основе которых лежит облигатный симптом – тревога, преобладающая над всеми другими психопатологическими расстройствами. В зависимости от присоединения дополнительных психопатологических симптомов постепенно происходит утяжеление тревожного расстройства и формирование более сложных по структуре синдромов, таких как, тревожно-депрессивного, тревожно-ипохондрического и тревожно-фобического. Однако, в клинической картине практически любого тревожного синдрома можно наблюдать в той или иной степени выраженности элементы депрессии, а также других психопатологических симптомов.

Выводы

1. Изучение клинико-психопатологических особенностей тревожных состояний у пожилых больных позволило условно выделить четыре основных синдрома: 1) простой тревожный синдром; 2) тревожно-депрессивный синдром; 3) тревожно-ипохондрический синдром; 4) тревожно-фобический синдром.
2. В основе каждого из этих синдромов лежит облигатный симптом – тревога, который превалирует в начале развития заболевания.
3. Присоединение других дополнительных психопатологических симптомов, таких как, депрессия, ипохондрия, фобия способствует утяжелению и формированию более сложного по структуре синдрома.
4. Высокая продолжительность заболевания демонстрирует наличие более тяжелых и сложных по структуре тревожных синдромов.

5. У пожилых больных с более высокой частотой встречается тревожно-депрессивный синдром.
6. У пожилых больных женского пола чаще наблюдается простой тревожный, тревожно-депрессивный и тревожно-фобический синдром, у больных мужского пола – тревожно-ипохондрический синдром.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Иванец Н.Н., Сысоева В.П., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И. Тревожные расстройства у больных пожилого возраста: психопатологическая характеристика, диагностика, сходство и отличия от тревожных депрессий. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова; 2014; 114 (5): 4-11.
2. Мякотных В.С., Боровкова Т.А., Баталов А.А. Психологические особенности пациентов гериатрического стационара. //Успехи геронтологии, 1999; (3):50–154.
3. Shah R et al. General practice consultation rates for psychiatric disorders in patients aged 65 and over: prospective cohort study. //Int. J. Geriatr. Psychiat. 2001; 16 (1):57–63
4. Wilkinson et al. Older patients referred to a consultation–liaison psychiatry clinic //Int. J. Geriatr. Psychiat., 2001; 16 (1):100–105.
5. Yohannes A.M. et al. Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence and validation of the BASDEC screening questionnaire //Int. J. Geriatr. Psychiat., 2000, 15, (12):1090–1096

Поступила 09.04.2021

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА ПОДРОСТКОВ СО ШКОЛЬНОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Сальникова А.С.¹, Быкова И.С.²

¹ГБУЗ «ОКПЦ», ²ФГБОУ ВО «ОрГМУ», Россия, г. Оренбург

✓ **Резюме**

В данной статье осуществлен научно-теоретический анализ проблемы параметров межличностных отношений, уровня агрессивности и уровня психологического благополучия у подростков с признаками школьной дезадаптации. Исследованы параметры межличностных отношений, определен уровень агрессивности и уровень психологического благополучия у подростков со школьной дезадаптацией. В работе проведен сравнительный анализ данных параметров в двух группах. Установлена взаимосвязь межличностных отношений, уровня агрессивности и уровня психологического благополучия у подростков с признаками школьной дезадаптации.

Ключевые слова: дезадаптация, агрессия, психологического благополучия, подросток.

EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE OF ADOLESCENTS WITH SCHOOL
DISADAPTATION

Salnikova A.S.¹, Bykova I.S.²

¹GBUZ "OKPTs", ²FGBOU VO "ORGMU", Russia, Orenburg

✓ **Resume**

This article provides a scientific and theoretical analysis of the parameters of interpersonal relations, the level of aggressiveness and the level of psychological well-being in adolescents with school disadaptation. The parameters of interpersonal relations were investigated, the level of aggressiveness and the level of psychological well-being in adolescents with school disadaptation were determined. The work carried out a comparative analysis of these parameters in two groups. The correlation between interpersonal relationships, the level of aggressiveness and the level of psychological well-being in adolescents with signs of school disadaptation has been established.

Key words: disadaptation, aggression, psychological well-being, teenager.

MAKTAB DEZADAPTASIYASI BILAN O'SPIRINLARNING EMOTSIONAL VA
SHAXSIY SFERASI

Salnikova A.S.¹, Bykova I.S.²

¹GBUZ "OKPTs", ²FGBOU VO "ORGMU", Rossiya, Orenburg

✓ **Rezyume**

Ushbu maqolada shaxslararo munosabatlar parametrlari, tajovuzkorlik darajasi va maktabda noto'g'ri ishlash alomatlari bo'lgan o'spirinlarda psixologik farovonlik darajasi muammosi ilmiy va nazariy tahlil qilingan. Shaxslararo munosabatlarning parametrlari o'rganildi, maktabdagi noto'g'ri tarbiyalangan o'spirinlarda tajovuzkorlik darajasi va psixologik farovonlik darajasi aniqlandi. Ishda ushbu parametrlarni ikki guruhga taqqoslash tahlili o'tkazildi. Maktabda noto'g'ri ishlash belgilariga ega bo'lgan o'spirinlarda shaxslararo munosabatlar, tajovuzkorlik darajasi va psixologik farovonlik darajasi o'rtasidagi munosabatlar o'rnatildi.

Kalit so'zlar: noto'g'ri sozlash, tajovuz, psixologik farovonlik, o'spirin.

Актуальность

Школьная дезадаптация является психосоматическим заболеванием и актуальной проблемой педагогики, невротическим расстройством, влияет на психологии и медицины. Она приводит к формированию личности ученика [2]. При

школьной дезадаптации наблюдаются нарушения в межличностных отношениях подростков, агрессивность по отношению к людям и вещам, повышенная конфликтность, отмечается влияние на формирование психологического благополучия в подростковом возрасте. Актуальность исследования параметров эмоционально-личностной сферы учебников младшего подросткового возраста с признаками школьной дезадаптации обусловлена высокой распространённостью школьной дезадаптации и малой изученностью данного вопроса [5].

Целью работы является определение параметров межличностных отношений, уровня агрессивности и уровня психологического благополучия у подростков со школьной дезадаптацией.

Задачи:

1. Исследовать параметры межличностных отношений у подростков со школьной дезадаптацией.
2. Определить уровень агрессивности у подростков со школьной дезадаптацией.
3. Исследовать уровень психологического благополучия у подростков со школьной дезадаптацией.
4. Провести сравнительный анализ параметров межличностных отношений, уровня агрессивности и уровня психологического благополучия у подростков со школьной дезадаптацией и у подростков без признаков школьной дезадаптации.
5. Определить взаимосвязь межличностных отношений, уровня агрессивности и уровня психологического благополучия у подростков со школьной дезадаптацией.

Диагностика межличностных отношений (А.А. Рукавишников) [3]; тест агрессивности опросник Л.Г. Почебут [1]; опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) [4].

Экспериментальное исследование проводилось на базе СОШ №11 г. Оренбурга, с сентября по октябрь 2020 г. Выборку составили 30 мальчиков младшего подросткового возраста, учащиеся 5-х классов.

По результатам исследования параметров межличностных отношений в основной группе наиболее значимыми являются шкалы с низким показателем (рисунок 1). Низкие значения по «индексу объема интеракций включения» (53,3%), говорят о том, что подростки не стремятся принимать других людей, не ждут, чтобы к ним проявляли интерес и принимали участие в их деятельности, не стремятся принадлежать к различным социальным группам и быть как можно больше и чаще среди людей.

В группе сравнения преобладают высокие значения по шкалам «индекс объема интеракций контроля» (60%), «индекс объема интеракций аффекта» (53,3%), что говорит о желании подростков управлять другими и стремлении к внешнему контролю, а также желании заводить близкие отношения с другими.

Низкий «индекс противоречивости включения, контроля и аффекта» в обеих группах говорит об отсутствии внутриличностных конфликтов у подростков, связанных с потребностью принадлежать к социальным группам, контролировать других и устанавливать близкие отношения.

Материал и методы

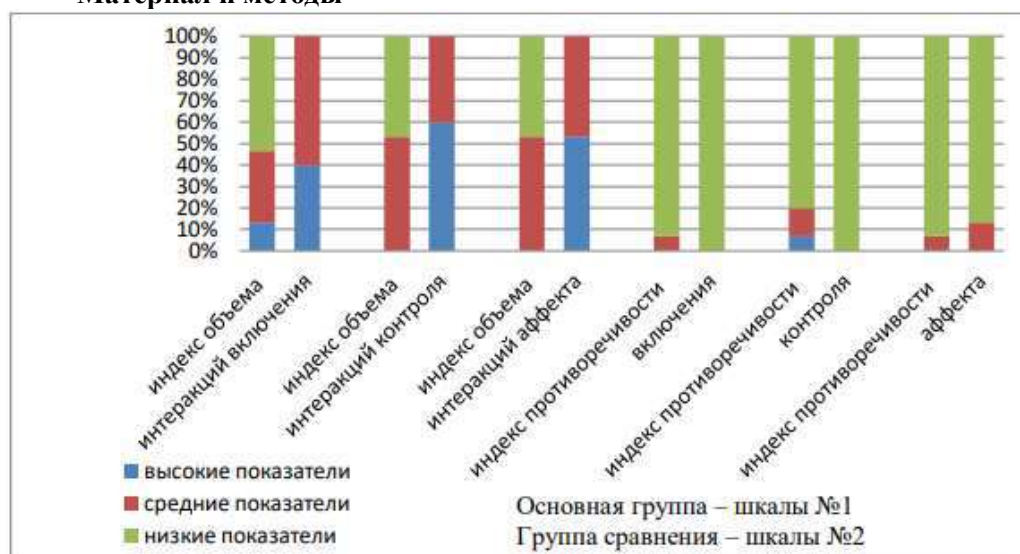


Рисунок 1 – Сравнение результатов исследования межличностных отношений основной группы и группы сравнения в %

Как видно из сравнения параметров межличностных отношений двух групп (рисунок 1), у основной группы показатели по шкалам: «Индекс объема интеракций включения, контроля, аффекта» ниже, чем результаты в группе сравнения.

Результаты исследования уровня агрессивности у подростков с признаками школьной дезадаптации показали (рисунок 2), что больше половины учеников имеют высокие показатели по шкале «Физическая агрессия» (73,3%). Также выражены шкалы «Самоагрессия» (33,4%) и «Общая шкала агрессивности» (46,6%). Подростки склонны к применению физической силы, не находятся в

мире и согласии с собой; у них отсутствуют или ослаблены механизмы психологической защиты; общий уровень агрессивности является высоким, адаптационные возможности снижены.

Анализ группы сравнения показал преобладание низких значений по всем шкалам. («Вербальная агрессия» (73,4%), «Физическая агрессия» (46,7%), «Предметная агрессия» (66,7%), «Эмоциональная агрессия» (60%), «Самоагрессия» (93,4%), «Общая шкала агрессивности» (53,4%).), что указывает на низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированного поведения.

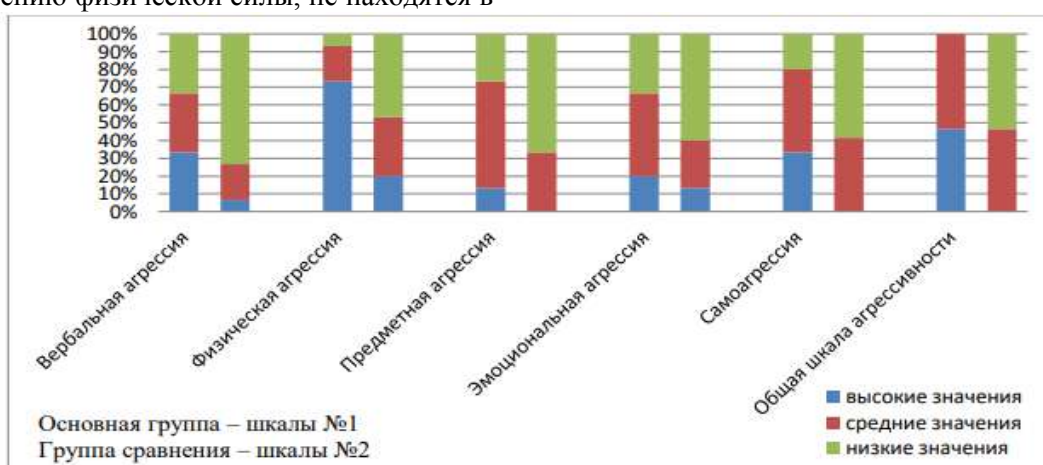


Рисунок 2 – Сравнение результатов уровня агрессивности основной группы и группы сравнения в %

Сравнение двух групп показывает преобладание высоких показателей по всем шкалам у основной группы и преобладание низких значений у группы сравнения по представленным шкалам.

Исследование уровня психологического благополучия (рисунок 3) показало, что наиболее выраженной является общая шкала «психологическое благополучие» - 60% низких

значений; средние и высокие значения выражены слабо (26,6% и 13,4% соответственно), что говорит о низком уровне психологического благополучия учеников с признаками школьной дезадаптации.

В группе сравнения преобладают высокие значения по большинству шкал, что подтверждается в 80% по общей шкале «психологическое благополучие».

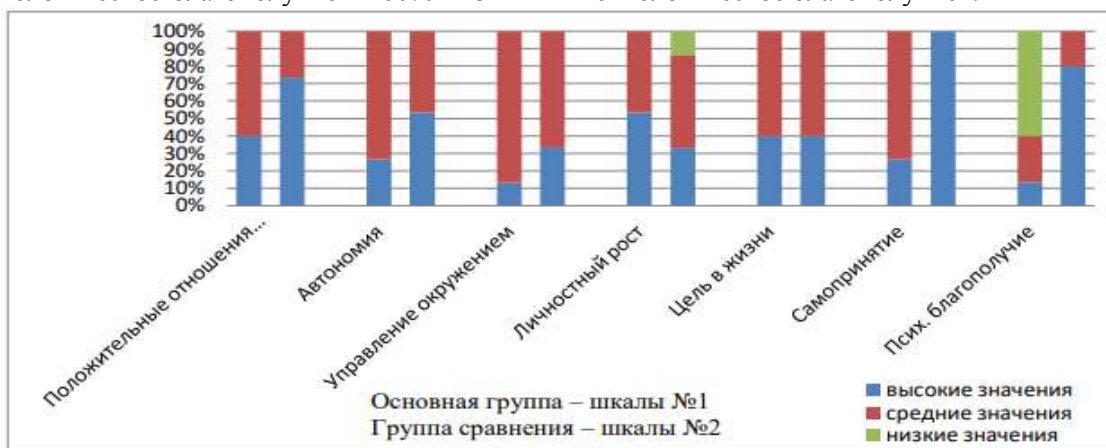


Рисунок 3 – Сравнение результатов уровня психологического благополучия основной группы и группы сравнения в %

При сравнении групп (рисунок 3) можно отметить, что высокие значения преобладают в группе сравнения (по шкалам: «положительные отношения с другими», «автономия», «самопринятие», «психологическое благополучие»). Шкала «психологическое благополучие» оценивает уровень психологического благополучия подростков каждой из групп в целом, отражая общую картину. Так, уровень психологического благополучия у детей с признаками школьной дезадаптации является преимущественно низким, тогда как общий показатель уровня психологического благополучия в группе сравнения является высоким.

Результаты взаимосвязи межличностных отношений и уровня психологического благополучия у подростков со школьной дезадаптацией указывают на наличие положительных статистически достоверных взаимосвязей и одной отрицательной взаимосвязи при $p \leq 0,05$ (таблица 1).

Наиболее значимая положительная взаимосвязь присутствует между показателями «индекса объема интеракций включения» и «психологического благополучия» (при $p \leq 0,01$). Чем выше у подростков стремление принадлежать к различным социальным группам и быть как можно больше и чаще среди людей, тем больше возрастет уровень психологического благополучия.

Таблица 1 – Взаимосвязь межличностных отношений и уровня психологического благополучия основной группы (стат. значимые коэффициенты)

Взаимосвязи	эмп.значимость/ r^*	p-уровень	Сила связи
Индекс объема интеракций включения/ Психологическое благополучие	0,675	$p \leq 0,01$	Умеренная
Индекс объема интеракций контроля/ Психологическое благополучие	0,557	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс объема интеракций контроля/ Управление окружением	0,637	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс объема интеракций аффекта/ Цель в жизни	0,521	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс противоречивости включения/ Психологическое благополучие	-0,611	$p \leq 0,05$	Умеренная

*При $n_1, n_2 = 15$ $r_{кр} = 0,514$ для $p \leq 0,05$; $r_{кр} = 0,641$ для $p \leq 0,01$

Результаты корреляции уровня агрессивности и уровня психологического благополучия у подростков со школьной дезадаптацией показывают выраженность отрицательных статистически достоверных взаимосвязей (таблица 2).

Наиболее значимая обратная взаимосвязь наблюдается между шкалами «управление

окружением» и «вербальной агрессией» (при $p \leq 0,01$). Чем выше умение подростка управлять окружением, распоряжаться имеющимися возможностями, достигать своих целей, тем меньше проявляется вербальная агрессия по отношению к другим людям.

Таблица 2 – Взаимосвязь уровня психологического благополучия и уровня агрессивности основной группы (стат. значимые коэффициенты)

Взаимосвязи	эмп.значимость/г*	р-уровень	Сила связи
Психологическое благополучие/ Вербальная агрессия	-0,53	$p \leq 0,05$	Умеренная
Управление окружением / Вербальная агрессия	-0,726	$p \leq 0,01$	Сильная
Личностный рост/ Самоагрессия	-0,523	$p \leq 0,05$	Умеренная
Самопринятие/ Общая шкала агрессивности	-0,538	$p \leq 0,05$	Умеренная
Положительные отношения с др./ Общая шкала агрессивности	-0,589	$p \leq 0,05$	Умеренная

*При $n_1, n_2 = 15$ $r_{кр} = 0,514$ для $p \leq 0,05$; $r_{кр} = 0,641$ для $p \leq 0,01$

Исследование корреляции межличностных отношений и уровня агрессивности основной группы (таблица 3) показало наличие статистически достоверных положительных и отрицательных взаимосвязей (при $p \leq 0,05$). Высокое стремление подростков принадлежать к различным социальным группам, быть как можно чаще среди людей ведет к низким показателям агрессивности и высокому уровню адаптированного поведения.

Способность контролировать себя и других, адекватно воспринимать контроль над собой ведет к отсутствию агрессивных проявлений в виде словесных оскорблений. Неудовлетворенное желание контролировать себя и других, а также наличие внутриличностного конфликта, связанного с потребностью в близких отношениях, ведет к проявлению агрессии с применением физической силы.

Таблица 3 – Взаимосвязь межличностных отношений и уровня агрессивности основной группы (стат. значимые коэффициенты)

Взаимосвязи	эмп.значимость/г*	р-уровень	Сила связи
Индекс объема интеракций включения/ Общая шкала агрессивности	-0,608	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс объема интеракций контроля/ Вербальная агрессия	-0,595	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс противоречивости контроля/ Общая шкала агрессивности	0,527	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс противоречивости контроля/ Физическая агрессия	0,529	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс противоречивости контроля/ Эмоциональная агрессия	0,622	$p \leq 0,05$	Умеренная
Индекс противоречивости аффекта/ Физическая агрессия	0,522	$p \leq 0,05$	Умеренная

*При $n_1, n_2 = 15$ $r_{кр} = 0,514$ для $p \leq 0,05$

Взаимосвязи экспериментальной группы, представленные выше, наглядно отражены на единой корреляционной плеяде (рисунок 4).

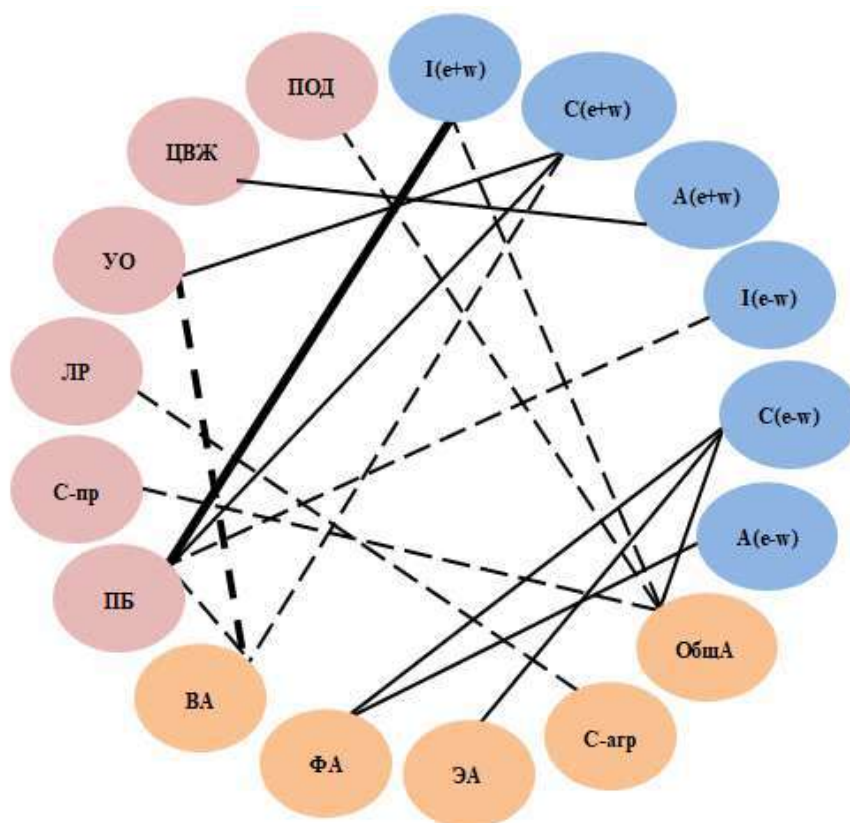


Рисунок 4 – Корреляционная плеяда результатов исследования взаимосвязи межличностных отношений, уровня агрессивности и уровня психологического благополучия экспериментальной группы.

Примечание 1. Голубым цветом обозначены шкалы опросника «диагностика межличностных отношений» А.А. Рукавишникова: «I(e+w)» – индекс объема интеракций включения; «C(e+w)» – индекс объема интеракций контроля; «A(e+w)» – индекс объема интеракций аффекта; «I(e-w)» – индекс противоречивости включения; «C(e-w)» – индекс противоречивости контроля; «A(e-w)» – индекс противоречивости аффекта. Оранжевым цветом обозначены шкалы опросника агрессивности Л.Г. Почебут: «ОбщА» – общая шкала агрессивности; «С-агр» –самоагрессия; «ЭА» – эмоциональная агрессия; «ФА» – физическая агрессия; «ВА» – вербальная агрессия. Розовым цветом обозначены шкалы опросника психологического благополучия К. Рифф (в адаптации Шевеленковой-Фесенко): «ПОД» – положительные отношения с другими; «ЦВЖ» – цель в жизни; «УО» – управление окружением; «ЛР» – Личностный рост; «С-пр» – самопринятие; «ПБ» – психологическое благополучие.

Примечание 2. Сплошная жирная линия обозначает положительную взаимосвязь на высоком уровне статистической значимости

при $p \leq 0,01$; пунктирная жирная линия обозначает отрицательную взаимосвязь на высоком уровне статистической значимости при $p \leq 0,01$; сплошные тонкие линии обозначают положительные статистически достоверные взаимосвязи при $p \leq 0,05$; пунктирные тонкие линии обозначают отрицательные статистически достоверные взаимосвязи при $p \leq 0,05$.

Заключение

Таким образом, наиболее часто в основной группе корреляция устанавливается с «общей шкалой агрессивности» – 4 взаимосвязи, «психологическим благополучием» – 4 взаимосвязи, «индексом объема интеракций контроля» – 3 взаимосвязи, «индексом противоречивости контроля» – 3 взаимосвязи, «вербальной агрессией» – 3 взаимосвязи.

Стремление подростков быть в хороших отношениях с другими людьми, контролировать их и устанавливать близкие контакты приводит к повышению уровня психологического благополучия (при $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$). Наличие внутриличностных конфликтов, связанных принадлежностью к определенной социальной группе, приводит к низкому уровню

психологического благополучия ($p \leq 0,05$). Стремление подростков к саморазвитию, продуктивному межличностному общению, самопринятию ведет к низкому уровню агрессивности и высокой адаптивности (при $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$). Высокая неудовлетворенная потребность, связанная с желанием иметь близкие отношения, стремиться к целям, и быть членом определенной группы, ведет к проявлениям различных видов агрессии у подростков ($p \leq 0,05$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Новикова Е.В. Диагностика и коррекция школьной дезадаптации у младших школьников и младших подростков // Проблемы психодиагностики, обучения и развития школьников. /М.: Педагогика, 1985. С.42-56
2. Почебут Л.Г. Кросс-культурная и этническая психология: учебное пособие для бакалавриата и магистратуры / Л.Г. Почебут. 2-е изд., испр. и доп. /Москва: Издательство Юрайт, 2017. – 335 с
3. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социальнопсихологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института //Психотерапии, 2002. С.167-171
4. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. 2005, №3. С. 95-130
5. Шлыкова Дарья Витальевна. Факторы динамики школьной адаптации: автореф. дис канд. социол. наук: 22.00.04. Нижний Новгород, 2018. – 190 с. [Электронный ресурс] <https://www.dissercat.com/content/factorydynamiki-shkolnoi-adaptatsii> (дата обращения: 03.11.2020)

Поступила 09.04.2021

**К ВОПРОСУ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМОСВЯЗЯХ ПРИ ИНСУЛЬТНОМ
ТЕЧЕНИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Чалая Е.Б.¹, Будза В.Г.¹, Чалый В.А.¹, Чалая И.В.²,

1.ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Оренбург, Россия

2.Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г, Оренбург, Россия

✓ **Резюме**

Клинико-психопатологическим, клинико-неврологическим, клинико-анамнестическим, экспериментально-психологическим методами проведено обследование 161 больного (109 мужчин, 52 женщины) в восстановительный и резидуальные периоды ишемического инсульта. Установлена существенная роль психотравмирующего влияния двигательной депривации у больных с дефектом двигательной функции в восстановительный и приоритетная – в резидуальные периоды инсульта на развитие и динамику пограничных нервно-психических расстройств. Выявлены закономерности, характерные для развития психосоматического заболевания: этапы психогенной депрессии, психосоматических циклов, психосоматического развития личности, что позволяет рассматривать постинсультный период в качестве психосоматического заболевания.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, постинсультный период, неврозо- и психопатоподобные расстройства, двигательная депривация.

**MIYA PATOLOGIYASI INSULTLI OQIMI BO'LGANDA PSIXOSOMATIK O'ZARO
BOG'LIQLIK MASALASI**

Chalaya E.B.¹, Budza V.G.¹, Chaly V. A.¹, Chalaya I. V.²,

¹. FSBEI HE Sog'liqni saqlash vazirligining "Orenburg davlat tibbiyot universiteti", Orenburg,
Rossiya

². Orenburg viloyat 1-sonli klinik psixiatriya kasalxonasi, Orenburg, Rossiya

✓ **Rezyume**

Klinik-psixopatologik, klinik-nevrologik, klinik-anamnestik, eksperimental-psixologik usullar yordamida ishemik insultni tiklash va qoldiq davrlarida 161 bemorni (109 erkak, 52 ayol) tekshirishda foydalanilgan. Dvigatel funksiyasi nuqsoni bo'lgan bemorlarda motorni etishmovchiligining psixotravmatik ta'sirining tiklanishida muhim rol o'ynadi va qon tomirlarining qoldiq davrlarida chegara neyropsikik kasalliklarining rivojlanishi va dinamikasida ustuvor rol o'ynadi. Psixosomatik kasallikning rivojlanishi uchun xos bo'lgan qonuniyatlar aniqlandi: psixogen depressiya bosqichlari, psixosomatik tsikllar, psixosomatik shaxsiyatning rivojlanishi, bu qon tomiridan keyingi davrni psixosomatik kasallik deb hisoblashimizga imkon beradi.

Kalit so'zlar: psixosomatik kasalliklar, qon tomiridan keyingi davr, nevroz va psixopatik kasalliklar, vosita etishmovchiligi.

**ON THE QUESTION OF PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS IN THE STROKE
COURSE OF VASCULAR PATHOLOGY OF THE BRAIN**

Chalaya E. B1., Budza V. G. 1, Chaly V. A.1, Chalaya I. V2,

1. Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Orenburg, Russia 2. Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1, Orenburg, Russia

✓ Resume

Clinical-psychopathological, clinical-neurological, clinical-anamnestic, experimental-psychological methods were used to examine 161 patients (109 men, 52 women) during the recovery and residual periods of ischemic stroke. A significant role of the psychotraumatic effect of motor deprivation in patients with a motor function defect in the recovery period and a priority role in the residual periods of stroke on the development and dynamics of borderline neuropsychiatric disorders has been established. The regularities characteristic of the development of psychosomatic disease are revealed: the stages of psychogenic depression, psychosomatic cycles, psychosomatic personality development, which allows us to consider the post-stroke period as a psychosomatic disease.

Key words: *psychosomatic disorders, post-stroke period, neuroso-and psychopathic disorders, motor deprivation*

Актуальность

Взаимоотношения личности и болезни по мере течения хронических соматических заболеваний приводят к формированию аномального (патологического) развития личности. По мере развития психосоматического заболевания, в основе которого лежит конфликт, связанный с неудовлетворением значимой для пациента потребности в социальной и семейной сфере, значительно снижается порог реагирования на стресс и патогенными становятся стрессоры из числа обычных и ранее для больного индифферентных [10,11], т.е. наблюдается феномен послестрессовой биологической беззащитности [3,10,12]. Психосоматическое развитие личности в целом весьма близко к невротическому [2,3,9]. Однако в отличие от последнего при психосоматическом развитии имеется выраженная биологически неполноценная почва и более отчетливые соматические нарушения [1,2,4,5,7,8,9]. В настоящее время регистр психосоматического «реагирования» расширился за счет включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы и их осложнений, в частности, инсультов [12,13], что позволяет предположить формирование у больных, перенесших инсульт, психосоматического развития личности, которое проходит ряд этапов: реактивной (психогенной) депрессии, психосоматических циклов, психопатизации [6,7]. При инсультном течении сосудистой патологии головного мозга двигательная депривация является выраженным психотравмирующим фактором в патогенезе психопатологических расстройств [2,12,13], что обуславливает актуальность изучения психогенных механизмов, дополняющих роль органической патологии [1-3,8,11].

Цель исследования: изучение психосоматических взаимосвязей, возникающих в хроническую фазу ишемического инсульта.

Материал и методы

Исследовано 161 больных (109 мужчин, 52 женщины), перенесших ишемический инсульт, в возрасте от 35 до 68 лет (средний – 55 лет). Срок давности инсульта к моменту исследования у 66 больных составил от 2-х месяцев до 1-го года (поздний восстановительный этап), у 56 – от 1-го года до 3-х лет (ранний резидуальный этап), у 39 – более 3-х лет (поздний резидуальный этап). Из всех – 131 больных имели различные двигательные нарушения, преимущественно гемипарезы (основная группа). 30 человек из 161 обследованных не имели их (контрольная группа). У всех больных выявлялись проявления психоорганического синдрома, не достигающего степени деменции, а также отсутствовали расстройства праксиса, гнозиса, речи. Ишемический инсульт диагностировался на основе клинических данных и рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга. Оценка неврологического статуса проводилась по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale), функционального состояния и восстановления – по шкалам Рэнкина и индексу Бартел. Когнитивные функции оценивались по критериям Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) и классификации Н.Н.Яхно [13]. Клинико-психопатологическим методом исследовались анамнез, клиника, характер, динамика, выраженность психопатологических нарушений и преморбидные личностно-типологические особенности. С возбудимыми чертами характера – 39 больных (24,2%), тревожно-мнительными – 54 больных (33,5%), синтонными 68 больных (42,3%). В основной группе преобладали синтонные, в контрольной – тревожно-мнительные преморбидные особенности личности. Для оценки выраженности аффективных (астено-

депрессивных) расстройств применялся психопатологический метод и шкала депрессии Гамильтона (HRDS) [15]. Статистическую обработку данных проводили с помощью метода парного сравнения групп пациентов. При нормальном распределении для сравнительного анализа между группами использовали критерии Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Рассчитывали среднее значение и стандартное отклонение, а также ошибку средних величин.

Результат и обсуждение

У всех пациентов обнаружены нарушения непсихотического уровня в виде астенического, неврозоподобного, астено-депрессивного и психопатоподобного синдромов с комбинацией церебрастенических (органических) симптомов: снижение памяти (главным образом фиксации и репродукции) до уровня дисмнезии; трудностью воспроизведения новой информации, обстоятельность мышления. Больные критически оценивали имеющиеся снижения мнестико-интеллектуальных функций, сохраняли морально-этическое ядро личности, достаточную способность к абстрактному мышлению.

В позднем восстановительном этапе у основного контингента больных приоритетным являлся неврозоподобный синдром (36,36%). Преморбидные (прединсультные) особенности у большинства больных характеризовались возбудимостью ($p < 0,05$), что указывало на их возможную предрасположенность к развитию неврозоподобного синдрома, а также отражало заострение преморбидных личностных черт вследствие органической патологии и, вероятно, возрастные изменения (большая часть больных относилась к пресенильной возрастной группе). Особенности органического поражения, в частности, полушарная асимметрия, на частоте и клинических проявлениях у данных больных не сказывалась. В контрольном контингенте неврозоподобный синдром (36,36%) по клиническим проявлениям отличался меньшим звучанием аффективных симптомов, что объяснялось сохранностью двигательной функции и достаточной социально-бытовой активностью больных.

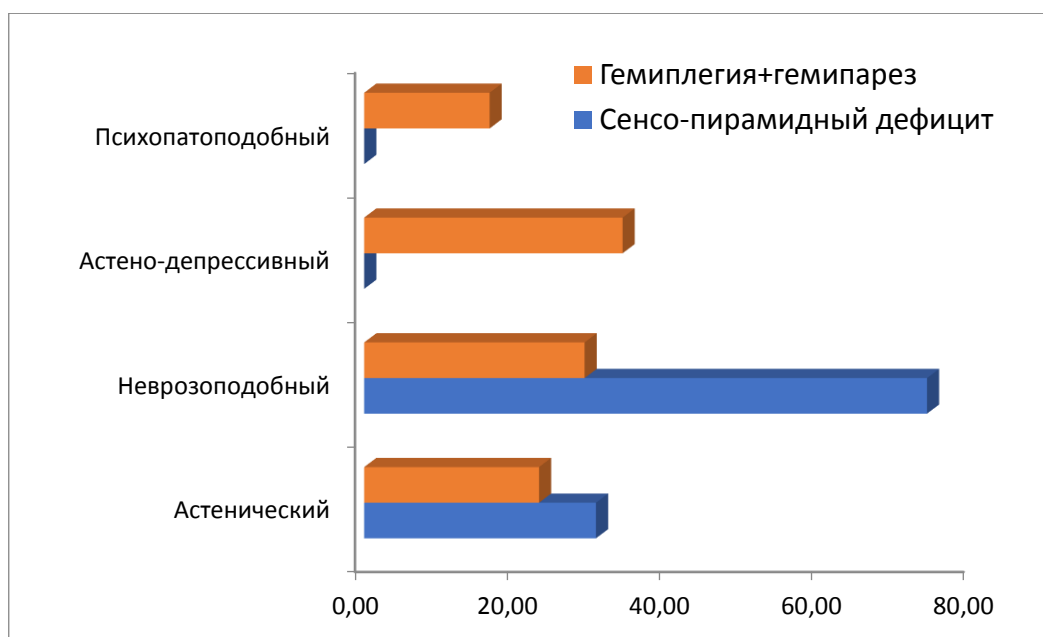
Астено-депрессивный синдром у больных основного контингента занимал второе по частоте место (27,27%) и, с одной стороны,

обусловливался предрасполагающим к развитию депрессивных переживаний тревожно-мнительным преморбидом ($p < 0,05$), а с другой стороны – психотравмирующим влиянием двигательных нарушений, что подтверждалось лишь единичным случаем развития этого синдрома у больного контрольной группы. Роль особенностей органического процесса проявилась в предпочтительном развитии данного синдрома при правополушарной локализации очага поражения ($p < 0,05$). Тревожный и тоскливый варианты депрессии, с большей выраженностью аффективных расстройств в баллах по шкале Гамильтона, выявлялись у больных пресенильного возраста, у которых определялись и более глубокие двигательные расстройства, что указывало на значимость и других этиопатогенетических факторов (кроме органических) в развитии депрессивных переживаний – возраста и психогении.

Астенический синдром установлен менее чем у 1/3 больных основного и у большинства больных (59,09%) контрольного контингентов. Он развивался преимущественно у лиц с синтонным преморбидом и левополушарной локализацией патологического очага. Большой сохранностью эмоциональной и личностной реакций на болезнь и ее последствия у больных с левополушарной патологией объяснялось отсутствие выраженные невротических наслоений.

Психопатоподобный синдром установлен только у 13,64% больных основного контингента. Тенденция к связи с синтонным преморбидом свидетельствовала об «огрубении» преморбидных личностных черт вследствие прогрессивности сосудистой патологии в постинсультном периоде, а наличие двигательного дефекта оказывало психотравмирующее воздействие, вызывая психопатизацию личности по типу патохарактерологического (психосоматического) развития. Влияния возрастного фактора и полушарной локализации патологического очага на формирование психопатоподобного синдрома на данном этапе постинсультного периода не установлено.

Рис.1 Психопатологические синдромы и степень двигательных расстройств на позднем восстановительном этапе последствий инсульта



На раннем резидуальном этапе в синдромообразовании еще в большей степени, чем на предыдущем, обозначена психотравмирующая роль двигательной депривации. Это сказывается подъемом частоты астено-депрессивного синдрома, диагностированного чаще (41,67%), чем остальные, преобладанием варианта тоскливой депрессии, а также инверсией симптоматики для правополушарного расположения очага инсульта, которая установлена у 2/3 больных с астено-депрессивным синдромом.

Астенический синдром второй по частоте (29,17% больных) отличался более сложной структурой, чем «чисто» органический и сочетался с психопатологическими расстройствами, свидетельствующими об участии психотравмирующих обстоятельств (двигательная депривация). Однако органический генез его сказывался достаточно определенно в связи с соответствием его проявлений полушарной локализации очага (при левополушарной – гиперстенический вариант, при правополушарной – гипостенический).

Следующий по частоте – психопатоподобный синдром (16,66% больных), несмотря на тенденцию связи его с возбудимым типом преморбиды, и пресенильным возрастом, а также с левополушарной локализацией очага инсульта ($p < 0,05$), тем не менее, в силу констатации его только в основном контингенте больных (при наличии длительно существующей психотравмирующей ситуации – двигательной депривации),

обнаруживал признаки психопатологического (психосоматического) развития.

Довольно прямая связь реакции раздражительной слабости и аффективных расстройств с переживаниями собственной неполноценности, обусловленных нарушениями двигательных функций, указывала на преобладание невротического уровня симптоматики (которая сопровождалась и соответствующими вегетативными проявлениями) над органической при неврозоподобном синдроме, выявленном у меньшего числа больных (12,5%). Однако отнести этот синдром к чисто невротическому не представлялось возможным в связи с тенденцией к его связи с левополушарной локализацией очага инсульта, которой свойственна подобная симптоматика [4].

Прогрессирующая сосудистая патология приводила к усилению и большей стойкости пограничной симптоматики, а длительно сохраняющаяся психотравмирующая ситуация обуславливала появление невротических реакций, отражающих данные об особенностях психогенных расстройств на измененной сосудистой патологией «почве» [5]. В раннем резидуальном этапе психогенное (переживания, связанные с утратой двигательной активности) и соматогенное (усиление депрессии, раздражительной слабости и психопатизации при ухудшении соматического состояния) выступали то в форме причины, то следствия, что соответствовало имеющимся представлениям о развитии

психосоматического заболевания (этап психосоматических циклов).

полушарной локализации очага в раннем резидуальном этапе последствий инсульта

Таблица 1. Сопоставление частоты психопатологических синдромов с

Синдромы	Полушарная локализация					
	левое		правое		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Астенический	9	31,04	9	33,33	18	32,14
Неврозоподобный	6	20,69	2	7,41	8	14,29
Астенодепрессивный	6	20,69	16	59,26*	22	39,29
Психопатоподобный	8	27,58*	0	0	8	14,28
итого	29	100,0	27	100,0	56	100,0

* $p < 0,05$ при сравнении с левым полушарием.

В позднем резидуальном этапе продолжающееся нарастание частоты развития астено-депрессивного синдрома (43,59% больных) с большей выраженностью интенсивности депрессии (в балльной оценке по шкале Гамильтона), а также формирование этого синдрома у большинства лиц с синтонным преморбидом, свидетельствовали о значительном удельном весе психогенного влияния двигательной депривации, отражающей «утрату надежд». Констатируемое нами при этом отсутствие специфического влияния возрастного фактора на становление данного синдрома (в отличие от предыдущих этапов, преобладали лица позднего зрелого, а не пресенильного возраста) подчеркивало роль психогении в синдромообразовании на этом этапе. Отсутствие влияния возрастного фактора могло быть в некоторой степени обусловлено и прогрессирующим течением сосудистого процесса, также, как и обнаруженная нами нивелировка полушарной асимметрии.

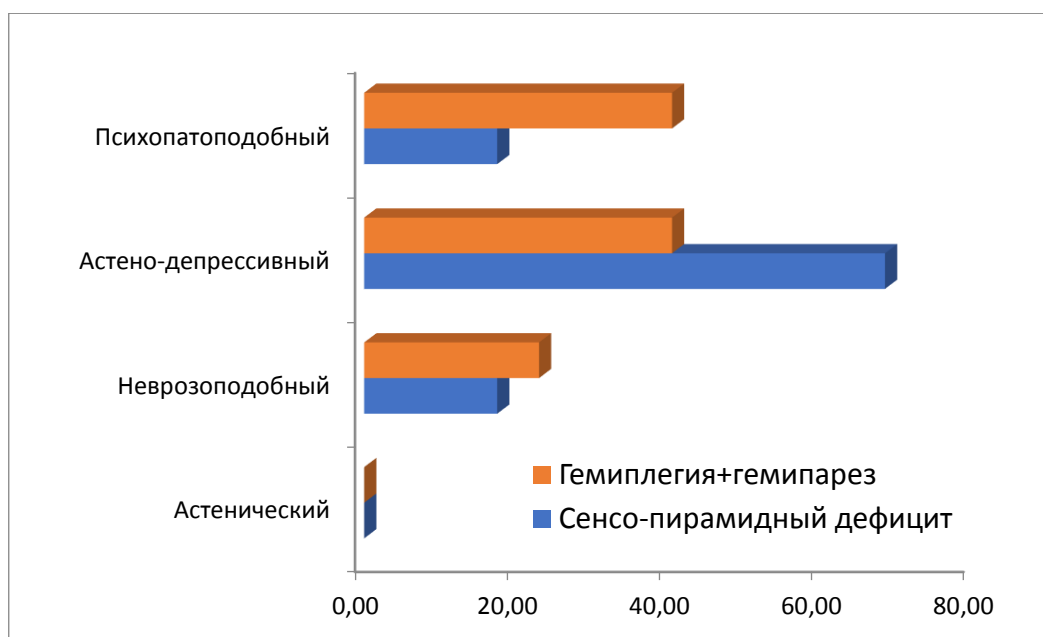
Значительное нарастание частоты психопатоподобного синдрома (35,9% больных), в два раза превышающее ранний резидуальный этап и в 2,5 – поздний восстановительный, а также тенденция связи его с синтонным преморбидом, свидетельствовали о значительном влиянии

психотравмы, обуславливающей, согласно М.В.Коркиной [6,7] развитие синдрома по типу психосоматической психопатизации.

Неврозоподобный синдром (20,5% больных) еще более, чем на раннем резидуальном этапе, приближался к невротическому, так как установлена достоверная связь с тревожно-мнительным преморбидом, а также звучание психогении (длительно существующей двигательной депривации) в переживаниях больных, и инверсивная связь с межполушарной локализацией очага.

Полученные данные о нарастании в позднем резидуальном этапе депрессивных расстройств, психопатизации (по типу психосоматического развития), приближение неврозоподобного синдрома к неврозу, свидетельствуют о ведущем (по сравнению с органическим процессом) участии психогении, обусловленной осознанием необратимости двигательного дефекта с выраженной социальной дезадаптацией, в происхождении пограничных психических расстройств.

Рис.2 Психопатологические синдромы и степень двигательных расстройств на позднем резидуальном этапе последствий инсульта



Выводы

В результате проведенного исследования установлена существенная роль психотравмирующего влияния двигательной депривации у больных с дефектом двигательной функции в восстановительный и приоритетная в резидуальные периоды инсульта на развитие и динамику пограничных нервно-психических расстройств. Выявлены закономерности, характерные для развития психосоматического заболевания: этапы психогенной депрессии (значительная роль психогении в становлении астено-депрессивного синдрома), психосоматических циклов, психосоматического развития личности, что позволяет рассматривать постинсультный период в качестве психосоматического заболевания. Выявленные механизмы развития психосоматической патологии в совокупности с психопатологической симптоматикой оказывают существенное влияние на степень адаптации/дезадаптации, а отсюда, и на эффективность реабилитационных мероприятий, что должно обусловить дифференцированный подход в их разработке для больных хронической фазы инсульта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авербух Е.С. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. / Е.С. Авербух, М.Э.Телешевская. - М.: Медицина, 1976.- 160 с.
2. Будза В.Г. Патогенез психосоматических расстройств у пациентов с постинсультными двигательными нарушениями/В.Г.Будза, Е.Ю. Антохин, Е.Б.Чалая// Психические расстройства в общей медицине. - 2016.- №1 - С. 15 -21.
3. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях/ Т.Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. – 2009.- № 1 (2). - С. 9–12.
4. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. К природе функционального состояния человека. // Проблемы нейрокибернетики. Механизмы функциональной межполушарной асимметрии мозга. Элиста. 1985. С.3-10
5. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. – М.: Медицина, 1965.- 320с.
6. Коркина М.В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта/М.В.Коркина, В.В.Марилов // Журн.невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995. №6.- С.43-47.
7. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний / М.В. Коркина, В.В. Марилов //Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. -1998.-№ 11.- С.30–32.
8. Кутлубаев М.А. Симптомы патологической усталости, апатии и депрессии у пациентов после церебрального инсульта / М.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева // Неврология,

- нейропсихиатрия, психосоматика. - 2015.- №7 (2). - С. 16–21.
9. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение /Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова – /М.: Медицина, 1994. – 192 с.
10. Медведев В.Э. Психосоматические заболевания: концепции и современное состояние проблемы/ В.Э. Медведев// Архив внутренней медицины. 2013. № 6 (14). С. 37-40.
11. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение / В.А.Парфенов //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2012.- № 4 (4). - С. 84–88.
12. Чалая Е.Б. Психосоматические взаимосвязи в постинсультный период / Е.Б. Чалая, В.А. Чалый, И.В. Чалая // Альманах молодой науки. – 2012.- №3.- С.95-96.
13. Чалая Е.Б. Характеристика клинических особенностей пограничных нервно-психических расстройств у пациентов с постинсультными двигательными нарушениями /Е.Б.Чалая, В.Г.Будза // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3.;URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26415> (дата обращения: 16.05.2017)
14. Яхно Н.Н. Нейрохимические маркеры нейродегенерации в ранней диагностике болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанной деменции / Н.Н. Яхно, Н.Н. Белушкина, О.В. Успенская // Журн. Неврология и психиатрия. – 2010. - №8. – С.36-40.
15. Hamilton M. Standardized assessment and recording of depressive symptoms/. М. Hamilton//Psychiatr Neural Neurochir. – 1969. №72. – Р. 201-205.

Поступила 09.04. 2021

СУРУНКАЛИ ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА
ХАЛҚ ТАБОБАТИНИНГ ЎРНИ

Исмоилова М.Ю

Бухаро давлат тиббиёт институти

✓ *Резюме,*

Жигар инсон организмида энг катта ички секреция беи ҳисобланиб, 500 дан ортиқ функцияни бажаради ва инсон организмининг энг катта биокимёвий - лабораторияси ҳисобланади. Организмининг вирусли инфекцияларига қарши иммунитетини шакллантиради. Жигар ҳолати юқумли касалликларнинг кечишига, улар томонидан келиб чиққан яллиғланиш жараёнлари ва регенерация тезлигига таъсир қилади. Жигарнинг сурункали касалликлари дунёдаги энг кенг тарқалган касалликлардан биридир. Сурункали жигар касалликлари бўлган беморларни халқ табобати усуллари билан даволаш ҳозирги кунда камхаражат, эффектив ва хавфсиз усуллардан бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: Сурункали жигар касалликлари, халқ табобати, регенерация

РОЛЬ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Исмоилова М.Ю.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ *Резюме,*

Печень - самая большая эндокринная железа в организме человека, выполняет более 500 функций и является крупнейшей биохимической лабораторией в организме человека. Формирует иммунитет организма против вирусных инфекций. Состояние печени влияет на течение инфекционных заболеваний, вызываемые ими воспалительные процессы и скорость регенерации. Хроническое заболевание печени - одно из самых распространенных заболеваний в мире. Лечение пациентов с хроническим заболеванием печени народными средствами сейчас считается недорогим, эффективным и безопасным методом.

Ключевые слова: хроническая болезнь печени, народная медицина, регенерация

THE ROLE OF FOLK MEDICINE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC
LIVER DISEASES

Ismoilova M.Yu.

Bukhara State Medical Institute

✓ *Resume,*

The liver is the largest endocrine gland in the human body, performs more than 500 functions and is the largest biochemical laboratory in the human body. Forms the body's immunity against viral infections. The condition of the liver affects the course of infectious diseases, the inflammatory processes caused by them and the rate of regeneration. Chronic liver disease is one of the most common diseases in the world. Treatment of patients with chronic liver disease with folk remedies is now considered a low-cost, effective and safe method.

Keywords: Chronic liver disease, folk medicine, regeneration

Долзарблиги

Жигар инсон организмида энг катта ички секреция беи ҳисобланиб, 500 дан ортиқ функцияни бажаради ва инсон организмининг энг катта биокимёвий - лабораторияси

ҳисобланади. Организмининг вирусли инфекцияларига қарши иммунитетини шакллантиради. Жигар ҳолати юқумли касалликларнинг кечишига, улар томонидан

Организмининг вирусли инфекцияларига қарши иммунитетини шакллантиради. Жигар ҳолати юқумли касалликларнинг кечишига, улар томонидан

келиб чиқган яллиғланиш жараёнлари ва тикланиш тезлигига таъсир қилади.[1,4,9]

Жигарнинг сурункали касалликлари дунёдаги энг кенг тарқалган касалликлардан биридир. Бугунги кунга келиб, илмий маълумотлар шуни тасдиқлайдики, хавф гуруҳга кирувчи кексалар, ҳомиладорлар, юрак кон-томир, буйрак ва қандли диабет каби сурункали касалликлари бўлган беморларда касалликни ортириш эҳтимоли юқори ва уларда касаллик оғир кечиши билан характерланади. Бошқа сурункали касалликлар, хусусан, жигар касалликлари билан оғриган беморларга турли хил хавфли омиллар таъсири ҳақидаётарли маълумот мавжуд. Аммо шуниси аниқки, оғир фиброз ва жигар циррози билан оғриган беморлар, жигар трансплантациясидан кейинги беморлар, шунингдек вирусли касалликларни юқиш хавфи юқори бўлган ва оғир кечиши билан ҳимояланмаган гуруҳни ифодалайдилар. Шунинг учун уларга ўзларини изоляция қилиш ва ижтимоий алоқаларни қисқартириш қатъий белгиланган. [5,11,13]

Халқаро тиббиёт ҳамжамияти турли хил вирусини юктирган сурункали жигар касалликлари бўлган беморларга таъсири тўғрисидаги мавжуд маълумотларни таҳлил қилиб, дастлабки ҳулосаларни берди. Улар сурункали жигар касаллиги билан оғриган беморларни даволайдиган шифокорлар учун қўлланмада чоп этиб, бу қўлланма тиббий тактиканинг асосий тамойилларини ўз ичига олган. Нашр этилган тадқиқотларда сурункали жигар касаллиги асоратларни келтириб чиқарадиган хавф омиллари рўйхатига киритилмаган, аммо беморда АЛТ, АСТ кўтарилган, альбумин ва тромбоцитлар сони камайган ҳолларда гепатит инфекциясидан кейинги хавфи юқори бўлган. [11,12]

Лаборатория параметрларининг бу ўзгариши инфекциясининг оғир босқичи билан боғлиқми ёки фақат сурункали жигар касаллиги билан боғлиқми, ҳали ҳам аниқ эмас. Лабораторияда вируснинг ўзи томонидан келиб чиқган жигар шикастланиши ёки организмнинг вирусга ҳаддан ташқари яллиғланиш реакцияси ва кон ивиш тизимидаги бузилишлар акс эттирилган бўлиши мумкин. Ушбу фактларнинг барчаси ҳали ҳам тушунтиришни талаб қилади. Маълумки, гепатит вирусига, шу жумладан, организмга кириб борадиган кон оқими билан тарқаладиган вирусли инфекциялар, шу жумладан гепатит, жигар функциясини сезиларли даражада бузмасдан АЛТ ва АСТ даражасининг қисқа муддатли ўсишига олиб келиши мумкин. Биокимёвий параметрларнинг бу ўзгариши иммунитетнинг

умумий фаоллашувини ҳам, яллиғланиш ҳосиллари (цитокинлар - иммун ужайралари томонидан вируснинг танага кириб боришига жавобан ажралиб чиқадиган оксил моддалари) сабаб бўлган яллиғланишни ҳам акс эттириши мумкин. [5,7,10]

Хитойлик шифокорларнинг фикрига кўра, гепатит билан касалланган оғир беморларда кўпинча жигар дисфункцияси белгилари мавжуд. Шунинг учун жигар циррози ва гепатит С билан касалланган беморларда декомпенсация ва жигар етишмовчилигининг ривожланиш хавфи юқори.

Бундан ташқари, олимлар гепатит вируси жигар хужайралари, жигар ичидаги ва жигардан ташқаридаги ўт йўллари (холангитлар) тўғридан-тўғри таъсир кўрсатиши мумкинлигини аниқладилар, чунки улар таркибида паст концентрацияли махсус фермент (ангиотензин конвертори 2) мавжуд бўлиб, у вирус гепатитни хужайра ичига кириши учун ёрдамлашади. Буни гепатит-А вирусни нажасда, гепатит -В, С, Д вирусларни қонда топилиши билан изоҳлаш мумкин. Худди шу фермент ичак, буйрак ва ўпка хужайралари мембраналарида учрайди, бу оғир нафас қисилиши (ўткир нафас олиш синдроми) хавфининг пайдо бўлишига асосий рол ўйнаши мумкин.

Ҳозирда мутахассисларда гепатит юктирган соғлом одамларда жигар зараланишига олиб келиши мумкинлигини тасдиқловчи маълумотлар мавжуд эмас, аммо сурункали жигар касаллиги бўлган одамлар учун бу қўшимча зарар етказувчи восита ҳисобланади. [Никитин И. ва бош., 2020]. Эпидемия пайтида сурункали жигар касалликларига чалинган беморларга шифокорлар эътиборини кучайтиришни талаб қилмоқдалар, чунки беморларда гепатитни юктириш хавфи ва унинг оғир кечиши кузатилади. Бу асосан сурункали жигар касаллиги, жигар циррози, жигар трансплантацияси билан оғриган беморларга ва иммуносупрессия терапиясини олаётган аутоиммун жигар касаллигига чалинган беморларга тегишли. Сурункали жигар касаллиги, гепатит вирусли инфекцияси билан боғлиқ илмий маълумотлар ҳали ҳам ҳулоса қилиш учун етарли эмас ва ҳали тўлиқ ўрганилмаган. [10,13]

Материал ва усуллар

Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказининг гастроэнтрология бўлимида даволанётган сурункали жигар касаллиги бўлган 2017-2020 йиллардан буён диспансер назоратда турувчи, 2- 5 йил давомида узлуксиз

даволаниб келаётган 55 нафар бемор текширилди. Уларнинг ўртача ёши 35 -55 ёшгача (ўртача ёш- $45,5 \pm 0,3$ йил) бўлган беморлар 2-гурухга бўлиб, ўрганилди. Асосий гуруҳдаги беморлар 30 нафарни ташкил этиб, уларнинг даво муолажасига жигар тизимининг иш фаолиятини яхшиловчи, қувватловчи доривор ўсимликлар ҳам қўшимча тарзда буюрилди. Назоратдаги беморлар эса стандарт даво муолажасига мос ҳолда даво чоралари олиб борилди. Асосий ва назоратдаги гуруҳ беморларнинг даводан олинги ва кейинги шикоятлари, St.Pr.Obj., клиник-лаборатор ва инструментал таҳлиллар ўрганилиб, таққосланди.

Натижалар ва улар муҳокамаси

Гастроэнтеролог врач томонидан бир қанча текширишга йўналтирилган 57 та беморларнинг шикояти(кўнгил айнаши, иштаҳасизлик, ўнг қовурға остида оғирлик, хансираш, умумий ҳолсизлик белгилари ва диспептик белгиларнинг пайдо бўлиши), анамнези (орттирилганлиги),

лаборатор(умумий қон таҳлили, умумий биохимиявий таҳлил) ва инструментал(жигар соҳасини перкуссияси, УЗТ даги ўзгаришлар) текширув натижаларининг даволашдан олдинги ва кейинги таҳлилари ўрганилиб чиқилиб ва қуйидаги натижаларни олдик.

Шикоятлари бўйича: Асосий ва назорат гуруҳда даводан олдин бир хил шикоятлар яъни кўнгил айнаши, иштаҳасизлик, ўнг қовурға остида оғирлик, хансираш, умумий ҳолсизлик белгилари ва диспептик белгиларнинг пайдо бўлиши кузатилган лекин даводан кейин асосий гуруҳдаги беморларда бу шикоятлар йўқолганлиги ва назорат гуруҳида эса камайганлиги аниқланди. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда давонинг бошланғич кунларида умумий ҳолсизлик 90%, диспептик белгилар 80%, ўнг қовурға остидаги оғирлик 60% ни ташкил этди. Доривор ўсимликлар билан даволангандан 4-5 кундан кейин асосий гуруҳдаги беморларда шикоятлар тез фурсатда камайганлиги аниқланди яъни умумий ҳолсизлик 20%, диспептик белгилар 10%, ўнг қовурға остидаги оғирлик 5% ни ташкил этди.

Жадвал №1



Лаборатория таҳлилларига асосланиб, асосий ва назорат гуруҳда даводан олдин умумий қон ва умумий биохимиявий таҳлилар текширилганда лаборатор таҳлиллар деярли бир хил бўлиб, лекин даводан кейин асосий гуруҳдаги беморларда лаборатор кўрсаткичлар пасайганлиги ва назорат гуруҳида эса деярли ўзгаришсиз қолганлиги кузатилди. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда давонинг бошланғич кунларида умумий қон

таҳлилларидаги ўзгаришлар(гемоглобин, эритроцит, лейкоцит, тромбоцит, СОЭ, лимфоцит ва эозинофиллар) 75%, умумий биохимиявий таҳлилар (умумий билурибин, боғланган ва боғланмаган билурибин, АЛТ, АСТ, альбумин) да эса 40% ташкил этди. Доривор ўсимликлар билан даволангандан 4-5 кундан кейин асосий гуруҳдаги беморларда умумий қон таҳлилларидаги ўзгаришлар 90% га яхшиланганлиги, умумий биохимиявий таҳлилар эса 10% га пасайганлиги аниқланди.



Инструментал таҳлил натижаларига асосланиб, даволашнинг 12-14 кунларида асосий ва назорат гуруҳларидаги беморлар УЗТ аппарати ёрдамида текширилганда даволашдан олдинги ва кейинги таҳлил натижалари таққослаб кўрилиб, ўзгаришлар таҳлил қилинди. Асосий гуруҳдаги беморлар халқ табobati усуллари ёрдамида қўшимча тарзда даволанганда УЗТ да жигар тизими фаолияти яхшиланганлиги, жигардаги даводан олдинги ўзгаришлар пасайганлиги аниқланди.

Хулоса:

1. Асосий гуруҳдаги беморларда шикоятлар тез фурсатда камайганлиги аниқланди яъни умумий ҳолсизлик 20%, диспептик белгилар 10%, ўнг қовурғи остидаги оғирлик 5% ни ташкил этди.

2. Асосий гуруҳдаги беморларда умумий қон таҳлилларидаги ўзгаришлар 90% га яхшиланганлиги, умумий биохимиявий таҳлиллар эса 10% га пасайганлиги аниқланди.

3. Асосий гуруҳдаги беморлар халқ табobati усуллари ёрдамида қўшимча тарзда даволанганда УЗТ да жигар тизими фаолияти яхшиланганлиги, жигардаги даводан олдинги ўзгаришлар пасайганлиги аниқланди.

4. Сурункали жигар касаллиги бўлган ва вирусли гепатитни ўтказган беморларни халқ табobati усулларида фойдаланиб даволаш беморларнинг тез ва асоратсиз тузалишига, кам харажат сарфланишига олиб келади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Арипходжаева Ф.А. Гепаторенальный синдром при вирусном гепатите В (клиника, диагностика, патогенез и лечение) Ташкент, 2000
2. Арипходжаева Ф.А., Гариб А.Ф. Применение иммуномодулина в комплексном терапии больных с хроническим вирусным гепатитом В. //Гепатология сегодня. - Москва, 2000
3. Арипходжаева Ф.А., Печеницына Т.В. Эффективность иммуномодулина в лечении больных хроническим вирусным гепатитом В. //Инфекционные болезни, диагностика, лечение, профилактика: Мат. науч. конф. - Санкт-Петербург 2000

4. Бакулин И.Г. Актуальные вопросы противовирусной терапии хронических гепатитов В и С. / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – Москва, 2010. – № 5
5. Белобородова Э.И. Применение гептрала в лечении заболеваний гепатобилиарной системы//Сибирск.вестн.гепатол., гастроэнтрол.-2007;
6. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике хронических гепатитов В и С в первичном звене здравоохранения \Под рук. Асадова Д.А. Т. 2013.
7. Красочко П.А., Притыченко А.В., Борисов Д.С., Понаськов М.А., Ламан Н.А., Уховская Т.М, Изучение противовирусной активности водорастворимой формы прополиса - //Ветеринарна биотехнология 2019
8. Нурбоев Ф. Э, Эргашев Ф.Ф; Ибн Сино таълимотида жигар касалликлари таснифи ва диагностикаси; Ибн Сино таълимоти фан тараққиётида VII халқаро Ибн Сино ўқишлари. Бухоро – 2013
9. Исмоилова М.Ю., Нурбоев Ф.Э. Фармакоэкономический анализ расходов на лечение хронического гепатита "В" И "С" //Новый день в медицине 2020 - №2(30)
10. Faubion W.A., Gores G.J. //Hepatology- 2009.- Vol. 29
11. Festi D. et al. Rifaximin in the treatment of chronic hepatic encephalopathy; results of a multicenter study of efficacy and safety. // Curr Ther Res 1993;
12. Ismoilova M.Yu. And Tuksanova Z.I. To the issue of development of cardiovascular diseases at athletes// World Journal of Pharmaceutical Research. 2020/2/19. Vol 9, Iss
13. M.Yu.Ismoilova. Early diagnosis of cardiovascular disease in athletes// International Engineering Journal for Research & Development. 2020/6/24 Vol-5, Is-4

Келиб тушган вақти 09.04.2021

Калматаева Ж.А., Хатамова М.Т

Казахстанский Национальный университет им. Аль-Фараби, Бухарский Государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Характерным гемостазиологическим признаком является уменьшение содержания антитромбина III и почти полное отсутствие дезагрегации при стимуляции агрегации тромбоцитов малыми дозами АДФ. При начальных проявлениях послеродовых инфекционных заболеваний (эндометрит и мастит), происходит одновременная активация как тромбоцитарного, так и прокоагулянтного звеньев системы гемостаза, однако образования выраженных тромбоцитарно-фибриновых сгустков в микроциркуляторном русле не отмечается.

Ключевые слова:

ФФДП – фибрин – фибриногеновые деградационные продукты;

АДФ – Аденозинтрифосфорная кислота;

СОЭ – скорость оседания эритроцитов;

АЧТВ – активированный частичный тромбопластин времени;

ДВС-диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови.

HEMOSTASIOLOGICAL MANIFESTATIONS CONSTANT SEPTIC DISEASES

Kalmataeva Zh.A., Khatamova M.T.

Kazakhstan National University named after Al-Farabi, Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Thus, with the initial manifestations of postpartum infectious diseases (endometrium and mastitis), both platelet and procoagulant units of the hemostasis system are simultaneously activated, but the formation of pronounced platelet-fibrin clots in the microvasculature is not observed. A characteristic hemostasiological sign is a decrease in the content of antithrombin III and the almost complete absence of disaggregation during stimulation of platelet aggregation with small doses of ADP.

Keywords:

DIC-disseminated intravascular coagulation;

ADP - Adenozindisphosphoric acid;

ESR - erythrocyte sedimentation rate;

APTT - activated partial time thromboplastin;

FFDP - fibrin - fibrinogen degradation products.

ЧИЛЛА ДАВРИДА УЧРАЙДИГАН СЕПТИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ
ГЕМОСТАЗИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Калматаева Ж.А., Хатамова. М. Т

Аль-Фараби номидаги Қозоғистон Миллий университети, Бухоро Давлат тиббиёт институти

✓ **Резюме**

Чилла даврида инфекцион септик касалликларида (эндометрит ва маститда) аёл организмида тромбоцитлар активацияси бир зайилда, шунингдек гемостаз тизимида прокоагулянтлар кузатилмайди. Яъни аёл организмининг микроциркулятор тизимида тромбоцитар фибрин қон ивиши кузатилмайди. Гемостазиограммада антитромбин камийиб кетиши ва шу тарзида дезагрегация намён бўлади.

Калит сўзлар:

*ДВС – томир ичида кон ивиш жараёнининг бузилиши;
АДВ – Аденозиндифосфорная кислота;
ЕЧТ – эритроцитлар чўкиш тезлиги;
АЧТВ – активированный частичный тромбопластин времени;
ФФДМ – Фибрин, фибриноген деградацион максимум*

Актуальность

Триггерными механизмами возникновения синдрома ДВС-синдрома при септических процессах являются повреждение эндо- и экзотоксинов эндотелия сосудов, при котором происходит отбор тканевого тромбопластина, активирующего фактор Хагемана (ХП); Реакция эндо- и экзотоксинов с агрегацией тромбоцитов, выделением аденозиндифосфорной кислоты (АДФ), серотонина, гистамина, фактора тромбоцитов 3 и 4, выделением и гемолизом эритроцитов и т. д. тромбопластина (1,6). (Мюллер-Берхаус и др.).

Установлена общая патологическая роль неспецифического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) в патогенезе тяжелого сепсиса. В последние годы значительно расширилось видение роли системы гемостаза в процессе воспаления, стресса, иммунитета (М.И. Кузин и др.)

Однако лечение гепарином при тяжелом сепсисе не всегда эффективно из-за давно существующего синдрома ДВС, при котором интенсивно употребляется гепарин-кофактор антитромбин III, высвобождаемый антигепариновый тромбоцитарный фактор 4, прогрессирующий метаболический ацидоз. В связи с этим важное значение приобретает дифференциальная оценка всех звеньев системы гемостаза с начальными проявлениями послеродовой инфекции (2,3).

Наличие синдрома ДВС-синдрома у пациентов с послеродовыми септическими заболеваниями было патогенетическим обоснованием включения гепарина в комплекс терапевтических мероприятий (4,5).

Наиболее частыми клиническими формами являются: послеродовые эндометриты, инфекционные заболевания и мастит (BL Gurtovoiy et al.: Gibbs and Huff). Своевременная диагностика и раннее рациональное лечение начальных стадий способствуют профилактике более тяжелых септических осложнений послеродового периода. Между тем комплексное лечение этих состояний, предпринимаемое даже на начальной стадии заболевания, не всегда является достаточно эффективным.

В определенной степени это можно

объяснить недооценкой некоторых патогенезов воспалительных заболеваний послеродового периода.

В доступной литературе мы не встречали сообщений о состоянии системы гемостаза при начальных клинических проявлениях эндометрита и мастита после родов. Эти обстоятельства легли в основу нашего исследования.

Цель исследования: Изучает начальные гемостазиологические проявления послеродового сепсиса.

Материалы и методы

Обследовано 90 пациентов с послеродовым эндометритом (45) и маститом (45). Контрольную группу составили 30 женщин с неосложненным послеродовым периодом. Средний возраст пациентов с послеродовым эндометритом $29,3 \pm 1,6$ года, маститом - $28,4 \pm 1,4$ года.

Клиническая картина начальных проявлений послеродового эндометрита характеризуется повышением температуры тела до 38°C , болезненностью матки при пальпации, мутным появлением лохий с неприятным запахом, умеренным увеличением СОЭ (20 мм / ч), небольшим смещением влево от формулы белой крови. У всех больных серозным маститом отмечено повышение температуры тела до $38-39^{\circ}\text{C}$, появление болей в груди, гиперемия кожи над очагами поражения; По толщине молочной железы определяются уплотненные болезненные участки без четких контуров. При исследовании крови обнаружен умеренный лейкоцитоз ($15\,000-20\,000$ / л), сдвиг влево формулы с увеличением количества лейкоцитов в лейкоцитах, увеличение скорости оседания эритроцитов на $25-30$ мм / ч.

Гемостаз исследовали следующими методами для определения концентрации фибриногена, активированного частичным тромбопластиновым временем. (АРТТ) с использованием стандартных реагентов, продуктов разложения фибрин-фибрин генов (DPFF) в сыворотке крови с помощью иммуноанализа, количество тромбоцитов подсчитывают в счетчике частиц.

Результаты исследования

При исследовании агрегации коллагена выявлено незначительное сокращение латентного времени и увеличение агрегации секреторной интенсивности коллагена, что свидетельствует о повышении секреторной функции и реакции «высвобождения» при активации функции тромбоцитов у пациентов с начальными проявлениями послеродовой инфекционной заболевания. При оценке функциональных свойств тромбоцитов привлекает внимание дезагрегация при отсутствии 80% агрегации при стимуляции низкими дозами АДФ. В то же время значительных изменений в агрегации при стимуляции большими дозами у нас не отмечено.

Гемостаз у пациентов с начальными клиническими проявлениями послеродового эндометрита и мастита. В общих биологических закономерностях наблюдаются идентичные изменения в системе гемостаза, суть которых заключается в активации прокоагулянтного гемостаза и снижении антикоагулянтного потенциала крови. Каких-либо внятных отличий, вызванных нозологической формой заболевания, мы не обнаружили.

Активация прокоагулянтного гемостаза указывает на небольшое укорочение АЧТВ, которое характеризует состояние внутреннего пути свертывания крови и выражает общую активность основных факторов свертывания плазмы. По-видимому, это явление объясняет снижение содержания антитромбина III, который, являясь природным антикоагулянтом крови, реагирует на активацию факторов свертывания (XII, XI, IX, VII, V, II), образуя с ними комплексы. Следует отметить, что у исследованных нами пациентов обнаружены повышенные концентрации растворимых фибриновых комплексов и DPFF, что свидетельствует об отсутствии патологической внутрисосудистой коагуляции.

Выводы

Таким образом, при начальных проявлениях послеродовых инфекционных заболеваний (мастит, эндометрит) происходит одновременная активация как тромбоцитарных, так и прокоагулянтных компонентов системы гемостаза, но образование выраженных тромбоцитарных фибриновых сгустков в микроциркуляторном русле не отмечено. Характерной особенностью является гемостазиологическое снижение уровня антитромбина III и практически полное отсутствие дезагрегирующей агрегации

тромбоцитов при низких дозах стимуляции АДФ.

Исследование системы: гемостаза с разумной оценкой антикоагулянтного потенциала крови (антитромбина III) и функциональных свойств тромбоцитов позволяет быстро выявить активацию системы гемостаза и принять меры по профилактике патологической внутрисосудистой коагуляции. В связи со способностью низких доз гепарина (1500 ед / сут) повысить антикоагулянтный потенциал крови, целесообразно его применение при лечении начальных проявлений эндометрита и мастита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. "Tibbiotda yangi kun" magazine №2, page 292-295, 2019. Res.Uzbekistan. M.T.Hotamova, I.I.Tosheva. "Aspects of the management of labor at antenatal discharge of amniotic fluid."
2. "Tibbiotda yangi kun" Journal №3, page 14-18, 2019. Res.Uzbekistan. D.Ya.Zaripova, M.N.Negmatullaeva, D.I.Tuksanova, N.G.Ashurova. "The effect of magnesium deficiency states and imbalances steroid life of the organism."
3. "Tibbiotda yangi kun" magazine №2, page 345-349, 2019. Res.Uzbekistan. Khatamova MT, "PECULIARITIES OF IMMUNE-HORMONAL INDICATORS OF THE POST-FERRIN PERIOD"
4. "Dr. ahborotnomasi» №3 Journal, page 51-54, 2019 Res.Uzbekistan. D.Ya.Zaripova, M.N.Negmatullaeva, D.I.Tuksanova, F.K.Ahmedov. "Role aleandronovoy acid (ostalon) in the treatment of perimenopausal osteoporosis".
5. "Tibbiotda yangi kun" magazine №2, page 316-319, 2019, Res.Uzbekistan. Sh.Zh.Shukurlaeva, M.T.Hotamova. "Criteria for diagnosis after the birth of septic condition and methods of hemostasis"
6. "Tibbiotda yangi kun» №3 magazine page 275-278, 2019, Res.Uzbekistan. Khatamova MT, Soliyeva NK, "CURRENT FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF FETURAL AGE".

Поступила 09.04.2021

ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ – МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМНОГО ВЛИЯНИЯ МАТЕРИ И ПАЦИЕНТА

*Мрыхина В.В., Мрыхин В.В., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н.,
Лубянко И.А., Сидоров А.А., Дьяченко А.В.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации. Ростов-на-Дону, Россия

✓ **Резюме**

Внутрисемейные отношения в семьях пациентов, больных шизофренией, являются малоизученной темой, которой до сегодняшнего дня не уделялось должного внимания, хотя особенности этих отношений, особенно между матерью и больным ребенком играют весьма важную роль в организации адекватной терапии и поддержания нормального функционирования всей семьи в целом. В данной статье описаны результаты длительного наблюдения за семьей пациента детской шизофренией и изучены особенности его взаимодействия с матерью.

Ключевые слова: детская шизофрения, внутрисемейные отношения, манифест.

CHILD'S SCHIZOPHRENIA - MECHANISMS OF MUTUAL INFLUENCE OF THE MOTHER AND THE PATIENT

*Mrykhina V.V., Mrykhin V.V., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N.,
Lubyanko I.A., Sidorov A.A., Dyachenko A .IN.*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Rostov-on-Don, Russia

✓ **Resume**

Intrafamilial relationships in the families of patients with schizophrenia are a poorly studied topic that has not been given due attention until now, although the peculiarities of these relationships, especially those between mother and sick child, play an essential role in coming up with adequate treatment and maintaining the normal functioning of the whole family in general. The article reviews the results of a long-term study focusing on a family of a patient diagnosed with childhood schizophrenia and examines the peculiarities of his interactions with his mother.

Key words: childhood schizophrenia, family relationships, manifesto.

BOLALAR SHIZOFRENIYASI - ONA VA BEMORNING O'ZARO TA'SIR MEXANIZMI

*Mrixina V.V., Mrixin V.V., Soldatkin V.A., Perexov A.Ya., Kovalev A.I., Kryuchkova M.N., Lubyanko
I.A., Sidorov A.A., Dyachenko A .IN.*

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Rostov davlat tibbiyot universiteti" Federal
davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi. Rostov-Don, Rossiya

✓ **Rezyume**

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarning oilalaridagi oilaviy munosabatlar bu qadar o'rganilmagan mavzudir, shu vaqtgacha shu qadar e'tibor berilmagan, ammo bu munosabatlarning xususiyatlari, ayniqsa, ona va kasal bola o'rtasidagi munosabatlar etarli darajada tashkil etishda juda muhim rol o'ynaydi. terapiya va umuman butun oilaning normal ishlashini ta'minlash. Ushbu maqola bemorning shizofreniya bilan kasallangan oilasini uzoq muddatli kuzatuv natijalarini tavsiflaydi va uning onasi bilan o'zaro ta'sirining xususiyatlarini o'rganadi.

Kalit so'zlar: bolalik shizofreniyasi, oilaviy munosabatlar, manifest.

Актуальность

Кольшинство психологических факторов риска действуют длительное время - в течение детства и взрослой жизни, непосредственно до манифестации психоза. Большое значение придается ряду факторов, воздействующих на ребёнка в возрасте до трех лет, таких как: «невозможность сформировать объект привязанности», «наличие холодной, эмоционально незрелой матери», «ранняя потеря родителей», «жестокое отношение или сексуальное развращение в малолетнем возрасте, прежде всего лицами из группы первичной поддержки ребенка», «особенности воспитания ребенка» [1, 2].

Отмечена корреляционная связь с атипичностью взаимодействия в системе мать-младенец, в дальнейшем повышающая риск манифестации шизофрении в зрелом возрасте. Отмечено атипичное взаимодействие в системе мать-ребёнок у матерей детей, у которых в зрелом возрасте были диагностированы шизофрения и шизоформные расстройства. Потому в психологии возникло понятие «шизогенная мать» – это доминантная, внутренне эмоционально отчужденная по отношению к ребёнку женщина, которая использует ребёнка, как социальный проект для достижения своих целей, и при этом в своем поведении демонстрирует ребёнку непоследовательность по отношению к нему - от чрезмерного контроля до агрессии (хотя бы только вербальной). Несомненно, что шизогенная мать не может являться единственной или главной причиной возникновения и развития шизофрении, но спровоцировать формирование более высокого уровня шизоидности, последующие драматичные психологические проблемы и социальную дезадаптацию - может. Такие психические нарушения как маниакальные, тревожные или депрессивные расстройства не были подтверждены для матерей детей другими психическими нарушениями [3].

Шизофреногенная мать – холодная доминантная женщина, не обращающая достаточного внимания на потребности ребёнка. Для шизофреногенной матери ребёнок – социальный проект, а не маленький любимый человек. Такие матери могут демонстрировать героическое преодоление трудностей в рождении и воспитании ребенка, своё материнское самопожертвование, а на самом деле использовать условный социальный проект «Ребёнок» для достижения своих целей в жизни. Шизогенная мать не делает целенаправленных осознанных усилий по

формированию высокого уровня шизоидности у своего ребенка (который впоследствии испытывает закономерные последствия шизоидности во взрослой жизни). Шизогенная мать отдаёт приоритеты своим жизненным целям и идет на поводу у свойств своего характера (личности). Она не контролирует своё поведение по отношению к ребёнку, шизоидный ребёнок у нее получается просто и логично, как следствие её поведения. Шизогенная мать вполне может любить своего ребёнка, но себя, свою личность и свои жизненные цели она любит значительно больше. Меняться для целей воспитания психологически благополучного и социально адаптивного ребенка или, по крайней мере, контролировать свои эмоции и поведение, шизогенная мать не может или не хочет [4].

Шизофрения имеет полиэтиологический и мультифакториальный этиопатогенез [5-7]. Широко дискутируется вопрос о влиянии факторов внешней среды на клинический фенотип заболевания [8]. В анамнезе пациентов с расстройствами шизофренического спектра чаще встречались такие факторы как перенесенные инфекционные и соматические заболевания матерью во время беременности, употребление алкоголя матерью во время беременности, употребление алкоголя больными в подростковом возрасте, не достигавшее уровня зависимости, гипоксия плода или перинатальная травма при рождении, проблемы с группой первичной поддержки в семье больного в детском возрасте (чаще антисоциальные родители, жестокое обращение с ребенком), токсикоз беременности у матери, кризисные взаимоотношения в семье (физическое или сексуальное насилие, злоупотребление алкоголем), миграция в другую культурную среду [9].

Психологически бывает не просто адаптироваться к социальной роли материнства вообще, еще сложнее принять ситуацию рождения ребенка с пороками развития или дальнейшее диагностирование у него психического заболевания. Патологическое восприятие матерью ситуации заболевания ребенка, дальнейшее формирование дисгармоничных внутрисемейных отношений негативно отражается на психическом состоянии всех членов семьи, искажая модель их взаимоотношений, нарушая социальное поведение матери и усложняя адекватную социализацию больного ребенка [10].

По данным литературы, для матерей детей с ограниченными возможностями характерны

сомнения в ценности собственной личности, высокая конфликтность, развитие идей самообвинения за рождение ребенка с пороками. Нередко проявления повышенного самоконтроля выступают в роли защитного механизма, который помогает в сокрытии данных переживаний [11]. Матери больных детей имеют низкий уровень осознанности «Я», проявляют стремление скрыть от себя и других неприятную информацию. Выделяют следующие психологические особенности матерей больных детей - деформация самоотношения, выраженная в его отрицательном эмоциональном фоне, неуверенность в себе, наличие разнообразных внутренних конфликтов; патологической системы защиты, представленной интенсивным и ригидным проявлением защитных механизмов рационализации, реактивного образования и проекции; неосознанное стремление психологической самозащиты, выраженное в интенсивном проявлении социальной желательности и отрицании собственных болезней. Поверхностность адаптации может проявиться в виде тяжелых патологий при изменении социальных условий жизни. Соответственно, матери больных детей нуждаются в предоставлении психокоррекционной помощи, направленной на формирование положительного эмоционально-ценностного отношения к себе, повышение уровня осознания, обучению адекватным формам поведения [12].

Были изучены варианты сотрудничества в родительно-детских парах. Отклонения в психофизическом развитии детей раннего возраста автор рассматривала как не только возможное следствие органических и функциональных нарушений, но и проявления, которые обусловленные отсутствием адекватных способов сотрудничества родителей с детьми и дефицитом общения. Был сделан вывод, что родители, воспитывающих ребенка с шизофренией обладают неэмоциональным характером сотрудничества, не умеют создавать ситуацию совместной деятельности, обладают неадекватной позицией по отношению к ребенку. Почти в каждой семье, воспитывающей ребенка, больного шизофренией, зачастую присутствовали самые разнообразные эмоции, небезопасные как для матери, так и для больного ребенка [13].

Исследователями были обнаружены несколько распространенных нездоровых психологических установок [14].

- Непринятие ситуации. Внутренний эгоизм женщины, отсутствия жалости, сочувствия и любви к больному ребенку.

- Поиск виноватых. При такой позиции происходит вражда между всеми членами семьи. Это еще больше усложняет ситуацию и исключает сотрудничество и взаимосвязь в семье.

- Перенос вины на ребенка. Происходит изоляция ребёнка в семье, конфликтные ситуации, в результате чего ухудшается его психическое и физическое состояние.

- Ошибочный стыд. Причина того, что в нашей стране нет возможности вхождения инвалидов в социум, что приводит к стрессовой ситуации для больного и усугубляет его состояние, так он рискует быть оторванным от общества и сверстников [15].

- Комплекс вины. Проявляется усиленной гиперопекой больного ребенка. Это может привести к психологическому нарушению его поведения, что ещё больше усилит его дезадаптацию.

- Самоунижающее настроение: Это проявляется в виде запущенных комплексов. Такая ситуация не ведет к улучшению его состояния.

- Синдром жертвы проявляется в отсутствии увидеть в ребенке личность, склонность к «страданиям» и демонстративности поведения.

- Мания «отличия». Такие настроения исключают помощь и поддержку со стороны других людей и приводят к изоляции от общества.

- Потребительское настроение - вырабатывает привычку внушать себе, ребёнку и окружающим людям, что его состояние только ухудшается. Это приводит к исключению полноценной социализации больного ребенка

- «Убийственная жалость», за счет больного ребенка самоутвердиться и единственной целью в жизни, которой является, осуществлять уход за ним. Собственная значимость измеряется степенью нужности инвалиду.

В эмпирическом исследовании 2015 г. [16] была подробно раскрыта зависимость развития ребенка с шизофренией от ее собственного отношения к себе и отношений с матерью: «Мать начинает тяготиться своим материнским статусом, так как прилагает много усилий, для воспитания ребенка. Появляется раздражительность, невротизация, чувство обременённости родительской обязанностью». У родителей было выявлено чувство вины за «неправильное воспитание», которое устранялось посредством строгого отношения к

ребенку (54,5%) или самоустранения (18,2%), что является показателем деформации воспитательного подхода. Дети становились суевливыми, драчливыми, они постоянно кричали, плакали, бывали сильно возбуждены.

Нами были обследована пара - мать и сын – Илья Юрьевич, 1998 г. р. и Мария Ивановна, 1970 г.р.

Из анамнеза Ильи Юрьевича:
Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом по обеим линиям, прабабушка по линии матери находилась на лечении в психиатрической больнице, имела место накопление онкопатологии, отец имел «странности» в поведении. Родился от 1 беременности, которая протекала на фоне нефропатии во 2 половине беременности. Роды срочные, стремительные, закричал после механической стимуляции, вес при рождении 3200 г., к груди был приложен на 2 сутки. Из роддома выписали на 7 сутки. Матери на момент рождения было 28 лет, отцу 29 лет. На грудном вскармливании находился до 1,5 лет. Состоял на учете у невролога с диагнозом: «ММД». Отдельные слова начал говорить к 2 годам, фразовая речь сформировалась к 3,5 годам. Занимался с логопедом с 4 лет. Детский сад посещал с 2,5 лет, адаптировался сразу, активно принимал участие в игровой деятельности, в утренниках. В детском саду находился в логопедической группе. Сменил три детских сада, и везде, со слов матери, адаптировался без особенностей. Когда Илье было 1,5 года, родители развелись, перенес это спокойно, с этого возраста воспитывался только матерью. С 4-5 лет начал пользоваться взрослыми речевыми оборотами. В общеобразовательную школу пошел с 7 лет, затем с середины учебного года, из-за конфликта с учителем был переведен в другую школу. Мог во время урока забраться под парту, мог лечь под доской. В школе был «белой вороной», подвергался нападкам со стороны детей. В этой школе обучался до 4 класса, программу усвоил на «отлично». С 5 класса перешел в другую школу, адаптировался постепенно, со сверстниками общался формально, успеваемость снизилась, подвергался насмешкам со стороны детей. В 9 лет была проведена аппендэктомия, под общей анестезией, перенес удовлетворительно. В 5 классе (10 лет) посещал художественную школу, однако не выполнял требования учителей, рисовал только «свои рисунки», через 2 месяца прекратил посещать художественную школу. Появилась избирательность в еде. Начал отказываться

чистить зубы, подстригать ногти. В 10 лет на фоне приема фенибута, возникли ощущения нереальности происходящего. Во время конфликта с матерью, говорил, что она не мать, а колдунья. В июне 2010 года (11 лет), впервые обратились к детскому психиатру. В этот период выдумывал своих героев «чубзииков» для создания журнала комиксов. Выдумывал им имена: «Беркпуль», «Кек». В этот период контакт устанавливал своеобразно, так на вопрос: «Как тебя зовут?», отвечал: «Меня старшекласники зовут веселый мальчик, а на самом деле я Илья». Возникло изменение голоса, речь приобрела манерный характер. Нарастала бытовая несамостоятельность (мать кормила с ложки, помогала ему в осуществлении навыков опрятности, подробно информировала о том, как пользоваться ключом, как входить и выходить из лифта). Был случай, когда Илья не дозвонился матери, и стоял с ключом у двери на входе в квартиру. При консультации психиатром данное состояние было расценено как «Шизотипическое личностное расстройство». В этом же возрасте появился страх темноты, высоты. Во время сна укрывался с головой одеялом. В середине учебного года (2010 год), был переведен на домашнее обучение. В тетрадях стал писать разорвано. Стал стесняться своих половых признаков, спал в шортах. На улицу практически не выходил. Был госпитализирован в детское психиатрическое отделение, принимал ризполепт-квиклет 4 мг/сут., положительной динамики не отмечалось. С 03.08.2011 г. по 02.11.2011 г. проходил лечение в ЛРНЦ «Феникс» с диагнозом «Шизофрения, злокачественный тип течения, препубертатный вариант». В дальнейшем наблюдался у детского психиатра, получал азалептин, ризполепт. Общение с отцом, когда Илья заболел, практически прекратилось. Отец стеснялся болезни сына. В школе обучался дистанционно, учился охотно, проводил за компьютером 7-8 часов. При выполнении домашнего задания обращался за помощью к матери. В начале заболевания не мог сам себя обслуживать, налить чай, завязать шнурки. Сейчас всё это выполняет самостоятельно. Материал запоминал практически дословно, к оценкам был равнодушен. В настоящее время учится на последнем курсе колледжа информатики и связи на программиста, мечтает жить один. Совсем недавно в порыве злости, играя со своим «лучшим другом» волнистым попугаем Аркашей сломал ему шею. Испугался этого, плакал, кричал. Мать попросила соседей

«отвезти его в ветклинику, где его «оживили» и вернули назад». Однако Илья заметил подмену и устроил истерику - обвинял мать в смерти попугая. Впрочем, через несколько дней привык к новому питомцу и стал уделять ему внимание. Отношения с матерью складываются неровно – иногда бывает по отношению к ней по-своему ласков, иногда, особенно, когда возникают погрешности в терапии, грубит и повышает голос. Является инвалидом 2 группы с детства бессрочно. Неоднократные госпитализации в психиатрические стационары к видимому изменению психического состояния не приводили.

Психический статус на момент обследования: Сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. В отделение приходит всегда в сопровождении матери. Большую часть времени сидит молча и инициативы не проявляет. Однако по мере адаптации в отделении может подойти к врачу и задать короткий вопрос, обычно касающийся деталей лечения. В быту малоадаптивен, не может приготовить себе никакую пищу, навести порядок в комнате. Не нравятся прикосновения к телу, раздражается, старается уйти. В общественном транспорте надо пальцем показать на место, только тогда он может на него сесть. Ест аккуратно, всегда моет руки перед едой. Речь с детскими интонациями, скандированная, с эхолалиями. Мимика скудная, однообразная. Пантомимика: движения неловкие, замедленные, руки согнуты в локтевых суставах, кисти свисают. Походка неуверенная. Осанка «псевдокифотическая». Отвечает на вопросы не в плане заданного, не достаточно ориентирован на собеседника, погружен в мир своих переживаний. Рассуждения непоследовательны, иногда фрагментарны. В моменты раздражительности или когда нарушается прием приёмов лекарств эпизодически возникают мысли о самоубийстве. Мышление разноплановое, элементы логической разорванности. К своему состоянию не критичен.

Заключение по данным экспериментально – психологического исследования: Таким образом, при настоящем исследовании на первый план выступают изменения в личностной сфере – выявляются психопатические черты возбудимого типа (импульсивность, конфликтность, затрудненный самоконтроль), акцентуация по экзальтированному и демонстративному типу. В эмоционально-волевой сфере – высокий уровень личностной тревожности.

Итак, у Ильи есть наследственная отягощенность по психическим расстройствам: психопатология позднего возраста, повлекшая госпитализацию в психиатрический стационар; некие странности в поведении отца, которые не типированы и оценке не подлежат, однако отметить их мы можем. Отметим также неблагоприятные перинатальные экзогенные воздействия, повлекшие формирование органической «почвы» - минимальной мозговой дисфункции. Клинически эта органичность отражалась в некоторой задержке развития, однако, как звучит в анамнезе, к 3-4 годам мальчик адаптировался, и значимых проблем со здоровьем не имел. В первом классе школы Ильи - мальчик, на которого обращают внимание. Он подвергается сначала насмешкам, а потом и буллингу - вследствие странностей. Однако, заметно изменение психического облика происходит в возрасте 10 лет: заметно снижается активность, общая энергия, Илья теряет мотивацию. Одновременно появляется своеобразное фантазирование с неологизмами, становятся заметными кататонические знаки. Быстро формируется и нарастает олигофреноподобный дефект (при этом сейчас нам понятно, что интеллект был и остается весьма неплохим - IQ 96, но формирующиеся структурные нарушения мышления и эмоционально-волевые расстройства не позволяли его использовать. При таком поражении салиенса, который выявил психологический метод исследования, применение и развитие интеллекта действительно крайне затруднены). У пациента возникали рудиментарные аффективные и идеаторные нарушения. Это давно имеет четкое название - симплекс-синдром. Начало с этого психопатологического образования, в препубертатный период, с последующим инвалидизирующим течением, имеет только злокачественная шизофрения. Возможно, в 10-11 лет имел место стертый приступ, после чего течение приобрело непрерывный характер, что позволяет ответить на вопрос, почему - по анамнестическим сведениям и по оценке мамы - максимальная тяжесть болезни приходится на возраст 10-12 лет. С другой стороны, не будем недооценивать значимость проводимой все эти годы лекарственной терапии.

Думается, что заболевание Ильи изначально относилось к негативному подтипу, а не к продуктивному - поэтому, помимо кататонии, мы достаточно мало видим продукцию. Исходя из этого, по классификации Крепелина (и повторяющей ее МКБ-10) скорее можно

говорить о «Простой шизофрении, F20.6». Впрочем, в этой точке все классификации пересекаются, поскольку простой тип в МКБ-10 включает злокачественную непрерывную шизофрению.

Мы знаем, что злокачественной шизофренией болеет несколько категорий пациентов. Во-первых, дети-индиги, с ранних лет проявляющие гениальность. Во-вторых, *muster-kinder*, абсолютно послушные, серьезные, спокойные дети. В-третьих, дети с выраженным органическим поражением ЦНС. Пожалуй, Илья ближе к 3 группе, но ведь органическое поражение нервной системы не было у него столь уж выраженным. Так может, дело в матери? Обратимся к ее здоровью.

Марина Николаевна, 49 лет, сама активно за помощью не обращалась. Однако, во время беседы мы выявили у нее перенесенное ранее аффективное состояние психогенной природы, с коротким лечением антидепрессантом, завершившееся выздоровлением (раньше мы бы сказали - депрессивный невроз, сейчас - депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации). Сейчас у матери выявляются повышенные уровень тревоги, связанный с несколькими сферами. Главная - здоровье сына. На втором и третьем плане - финансовое положение и собственное здоровье (особенно в отношении онкопатологии). Психологически эта тревога понятна, очевидна ее связь с главной психотравмирующей ситуацией эта тревога является отражением невротического развития личности по тревожному типу (по МКБ-10, скорее, речь идет о пролонгированной тревожной реакции, обусловленной расстройством адаптации).

Высокий уровень тревожности у матери выявили примененные методики психологического исследования. По ММРП отмечено сочетание импульсивности и возбудимости. По Леонгарду - экзальтированная и демонстративная акцентуации. Еще мы обратили бы внимание на обнаруженные отдельные ассоциативные нарушения - *pathos* по А.В. Снежневскому, отражение той повышенной готовности к заболеванию, которая у матери не реализовалась, а у Ильи, к сожалению, смогла.

Таким образом, можно говорить о наличии очевидного взаимного влияния между больным шизофренией ребенком и его матерью. С одной стороны, оно может проявляться в виде того, что определенный ряд личностных особенностей матери сопровождается формированием высоких показателей шизоидности и невротичности ребенка.

Конечно, наличие определенного психологического типа матери (как единственной причины) недостаточно для возникновения и развития шизофрении, но последующее развитие у ребенка личностных нарушений, как пограничного состояния между нормой и патологией, уже может быть почвой для развития болезни при наличии других более весомых причин (например, наследственных). С другой стороны, заболевание ребенка может быть значимым стрессорным фактором для матери, приводящим к формированию у нее проявлений эмоционального напряжения и психологической дезадаптации, что, в свою очередь, может негативно сказываться не только на особенностях ее взаимоотношений с ребенком, но и на особенностях протекания его заболевания. Механизмы формирования такого «порочного круга» малоизучены даже теоретически, не говоря уже о том, что в рутинной психиатрической практике эти вопросы не попадают в фокус внимания врача-психиатра, не учитываются при разработке стратегии терапии. Однако параметры взаимодействия матери и ребенка, уровень их взаимной эмпатии, может иметь важное значение для формирования комплайенса при лечении шизофрении, т. к. «проводником» терапии по отношению к маленькому пациенту является именно мать. Также несомненно, что уровень психического здоровья матери является важным ресурсом для поддержания жизнеспособности всей семейной системы и, в частности, необходимым условием для организации адекватной терапии больного шизофренией ребенка. Поэтому изучение вопросов взаимовлияния больного шизофренией и его матери, разработка способов коррекции возникающих при этом проблем являются важной научной и практической задачей современной психиатрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ruggeri M., Lasalvia A., Dall'Agnola R., van Wijngaarden B., Knudsen H.C., et al. Development, internal consistency and reliability of the Verona service satisfaction scale – European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services: Input Linked Outcome Domains and Needs // *Brit J Psychiatry*. – 2000. – V. 39. – P. 41-48.
2. Malm U., Lewander T.; OTP Research group at the University of Gotlenburg;

- UKU; Scandinavian Society for Psychopharmacology. Consumer satisfaction in schizophrenia. A 2 year randomized controlled study of two community-based treatment programs // *Nord J Psychiatry*. – 2001. – V. 55 (Suppl. 44). – P. 91-96. DOI: 10.1080/080394801317084446
3. Marriage K., Petrie J., Worling D. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit // *Can J Psychiatry*. – 2001. – V. 46 (10). – P. 969-975. DOI: 10.1177/070674370104601011
 4. Комер Р. *Патопсихология поведения: нарушения и патология психики: пер. с англ.* - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-пресс, 2005.
 5. Vilain J., Galliot A.M., Durand-Roger J., Leboyer M., Llorca P.M., et al. Environmental risk factors for schizophrenia: A review. // *Encephale*. – 2013. – V.39(1). – P.19-28. doi: 10.1016/j.encep.2011.12.007.
 6. Brown A.S. Exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia. // *Front Psychiatry*. – 2011. – V.2. – P.63-67. doi: 10.3389/fpsy.2011.00063
 7. McGrath J., Welham J., Scott J., Varghese D., Degenhardt L., et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. // *Arch Gen Psychiatry*. – 2010. – V.67(5). – P.:440-7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.6.
 8. Cullen A.E., Fisher H.L., Roberts R.E., Pariente C.M., Laurens K.R. Daily stressors and negative life events in children at elevated risk of developing schizophrenia. // *Br J Psychiatry*. – 2014. – V.204. – P.354-360. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127001
 9. Green J.G., McLaughlin K.A., Berglund P.A., Gruber M.J., Sampson N.A., et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. // *Arch Gen Psychiatry*. – 2010. – V.67(2). – P.113-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186.
 10. Бочелюк В.И., Турубаров А.В. *Психология людей с ограниченными возможностями. Учебный по-сибник.* - М.: «Центр учебной литературы»; 2011.
 11. Калинина Н.В. Хайрудинова Г.И. Психологические особенности родителей, воспитывающей детей с ограниченными возможностями здоровья, интегрируемых в инклюзивную образовательную среду // *European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук)*. - 2013. - № 12. - Т. 2. - С. 156-160.
 12. Московкина А.Г. Социально-экономическая модель семьи ребенка с ОВЗ. // *Журнал «Педагогические технологии» Наука и Школа*. – 2017. - № 3. – С.. 147 -151.
 13. Мишина Г.А. *Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии* : Дис. ... канд. пед. Наук. - Москва, 1998.
 14. Симак О.Я., Солдаткин В.А. Семья больного шизофренией как перспективный фокус внимания // *Неделя науки - 2016. Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием*; 2016. - С. 506-509.
 15. Kanner L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. // *J Autism Child Schizophr*. – 1971. – V.1(2). – P.119-45.
 16. Политика О.И. Социально-психологические проблемы у детей с ОВЗ. // *Вестник УГУЭС*. – 2015. - №3(13) – С. 64-72

Поступила 09.04.2021

УДК 618. 39.021.3/618.396
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ В РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ
У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Султонова Н.А.

Кафедра «Повышения квалификации врача общей практики»
с курсом «Неотложной помощи» Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Несмотря на развитие ряда современных методов, проблема традиционного прерывания беременности при акушерских патологиях не потеряла своей актуальности [1,5,7,10]. Об этом также свидетельствует количество женщин во всем мире, обращающихся за медицинской помощью с данной нозологией. Перед медицинским персоналом стоит задача предотвратить это, устранив факторы риска, приводящие к таким патологическим состояниям в одночасье [2,3,4].

Ключевые слова: привычное невынашивание, эндометрий, морфологическое строение.

**МЕТАБОЛИК СИНДРОМИ БОР АЁЛЛАРДА БОШЛАНГИЧ ГЕСТАЦИЯ МУДДАТИДА
ОДАТИЙ БОЛА ТАШЛАШНИ ОЛДИНИ ОЛИШ МАҚСАДИДА АНТИАГРЕГАНТ
ДАВОНИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

Султонова Н.А.

“Умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш” кафедраси “Шошилиш тиббий ёрдам курси”
билан Бухоро Давлат Тиббиёт Институти, Бухоро, Ўзбекистон

✓ **Резюме**

Бугунги кунда бир қанча замонавий усуллар ишлаб чиқарилишига қарамай, акушерлик патологиялари ичида одатий бола ташлаш муаммоси ҳозиргача ўз долзарблигини йўқотгани йўқ [1,5,7,10]. Буни дунё бўйлаб ушбу нозология билан тиббиёт муассасаларига мурожаат қиляётган аёллар сонидан ҳам били олиш мумкин. Тиббиёт ходимларининг олдида ушбу кеча-кундузда бу каби патологик ҳолатларга олиб келувчи хавф омилларини бартараф этиш орқали унинг олдини олиш вазифаси юклатилган [2,3,4].

Калит сўзлар: одатий бола ташлаш, эндометрий, морфологик тузилма

**EFFICIENCY OF APPLICATION OF ANTI-AGGREGATE THERAPY FOR PREVENTION
OF ADDICTED UNBEARING IN THE EARLY TERMS OF GESTATION IN WOMEN WITH
METABOLIC SYNDROME**

Sultonova N.A.

Department of "Advanced training of a General practitioners" with the course of "Emergency care"
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

✓ **Resume**

Despite the development of several modern methods today, the problem of conventional abortion in obstetric pathologies has not lost its relevance [1,5,7,10]. This can also be seen from the number of women around the world who seek medical care with this nosology. Medical personal are tasked to prevent it by eliminating the risk factors that lead to such pathological conditions overnight [2,3,4].

Keywords: misscarriage, endometrium, morphological structure

Актуальность

Метаболический синдром связан с аспирин в улучшении репродуктивного
увеличением как воспаления, так и здоровья у женщин с метаболическим
устойчивости к аспирину, но эффективность синдромом неизвестна. Мы оценили

эффективность низких доз аспирина в улучшении репродуктивных исходов по шкале метаболического синдрома. Этиологическая структура различных гестационных осложнений, в том числе преждевременного прерывания беременности, разнообразна [6,8,9]. Причинные механизмы, определяющие развитие патологии в каждом отдельном случае при прочих равных условиях, до сих пор остаются изученными. Первый триместр беременности является наиболее значимым, поскольку в этот период происходят эмбриогенез, формирование плаценты и сложные взаимоотношения между матерью и плодом. Угроза прерывания беременности в первом триместре часто осложняет нормальное течение этих процессов, что может привести к самопроизвольным абортam, развитию плацентарной недостаточности и внутриутробным страданиям плода [3,5,10]. Несмотря на большое количество научных исследований [1, 2, 3, 6, 8], посвященных данной проблеме, на сегодняшний день остаются вопросы, связанные с ведением данного контингента беременных, особенно на первых, наиболее критических сроках гестации. неразрешенный. Несмотря на постоянное совершенствование медицинских технологий в акушерско-гинекологической практике, они не снижают актуальности проблемы невынашивания беременности у женщин.

Поскольку гиперкоагуляция может привести к повторному выкидышу, антикоагулянты могут потенциально увеличить вероятность живорождения при последующих беременностях у женщин с невынашиваемым невынашиванием без объяснения причин, с наследственной тромбофилией или без нее.

Материалы и методы

В нашем исследовании 91 женщин с невынашивающейся беременностью в анамнезе

получали аспирин или плацебо в дозе 75 мг в течение шести менструальных циклов при попытке забеременеть и, если они забеременели, на протяжении всей беременности. Мы оценили компоненты метаболического синдрома при зачислении, в том числе: окружность талии ≥ 88 см, триглицериды ≥ 150 мг / дл, липопротеиды высокой плотности ≤ 50 мг / дл, артериальное давление ≥ 130 мм рт.ст. систолическое или ≥ 85 мм рт.ст. диастолическое, и глюкоза ≥ 100 мг / дл. Мы суммировали компоненты для расчета баллов метаболического синдрома. При данной патологии нами было решено произвести антиагрегантную терапию в виде аспирина 75 мг однократно в сутки под контролем гемостазиограммы. Беременные были обследованы в областном перинатальном центре города Бухары. Статистическая обработка проводилась по методу Фишера-Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В общей сложности 91 участников (20%) соответствовали полным критериям метаболического синдрома 18 пациенток, 19 (18%) имели два компонента, 28 (31%) - один компонент, а 29 (32%) - ни один компонент. Среди тех, у кого не было компонента метаболического синдрома, аспирин был связан с 10,7 (95% доверительный интервал (ДИ) = 1,2, 20,2) увеличением беременностей и на 13,7 (95% доверительный интервал = 3,3, 24,0) увеличением живорождений на 100 пар. Эффект ослаблялся по мере увеличения показателя метаболического синдрома, и мы не наблюдали явного влияния аспирина на беременность или живорождение у женщин с метаболическим синдромом. Все указанные данные указаны в таблице 1.

Таблице 1.

Участники n=112	Один компонент метаболического синдрома	Два компонента метаболического синдрома	Все компоненты метаболического синдрома	Ни один компонент
Доля в процентах	31%	18%)	20%	32%
В количестве больных	29	19	18	38

Достоверность $p \geq 0,05$

Акушерские осложнения, такие как преждевременные роды, преэклампсия, задержка внутриутробного развития и врожденные пороки развития, не подвергались значительному влиянию ни одной схемы

лечения. Во включенных исследованиях аспирин не увеличивал риск кровотечения, но лечение и аспирином значительно увеличивало риск кровотечения в одном исследовании. После использования аспирина 1

раз в сутки в дозе 75 мг у 45 пациенток (49%) уровень коагулограммы и его показателей таких как: ПТИ, МНО, АЧТВ, ФНГ, ВСК показывали референтные значения. У остальных 16 больных они были на 1 пункт выше нормальных показателей. 30 беременных женщин не почувствовали значительного улучшения в организме, при анализе гемостазиограммы показатели остались неизменными.

Выводы

Аспирин в низких дозах наиболее эффективен для увеличения числа беременностей и живорождений у женщин с отсутствием или небольшим количеством компонентов метаболического синдрома. Снижение эффективности у женщин с метаболическим синдромом может быть связано с различиями в эффективных дозах или резистентностью к аспирину.

Заявление о конфликте интересов

У авторов нет конфликта интересов касающиеся данной статьи

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Базовая М.Ю. Оптимизация диспансерного наблюдения в ранние сроки гестации женщин с отягощенным акушерским анамнезом: Автореф. дис.канд. мед. наук. Москва. - 2013. - 12с.
2. Базина М.И., Сыромятникова С.А., Егорова А.Т., Кириченко А.К., Хоржевский В.А. Прегестационная иммуноморфологическая оценка эндометрия и обоснование терапии у женщин с нарушением репродуктивной функции// Акушерство и гинекология. 2013; 10: 46-50.
3. Баранов В.С. Генетический паспорт – основа индивидуальной и предиктивной медицины. Изд-во Н-Л. 2019. 528 с.
4. Гомболевская Н.А., Бурменская О.В., Демура Т.А., Марченко Л.А., Коган Е.А., Трофимов Д.Ю., Сухих Г.Т. Оценка экспрессии мРНК генов цитокинов в эндометрии при хроническом эндометрите// Акушерство и гинекология. 2013; 11: 35-40.
5. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
6. Зенкина В.Г., Сахоненко В.А., Зенкин И.С. Патоморфологические особенности плаценты на разных этапах гестации // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 6.;48-54.
7. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Ахмедов Ф.К., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины. Тиббиётда янги кун 2019; 3 (27) Стр- 14-18.
8. Султонова Н.А. Роль патологии эндометрия при репродуктивных потерях в ранних сроках беременности. Тиббиётда янги кун №4 (34) 2020 392-395 стр.
9. Султонова Нигора Азамовна. Ранняя диагностика недостаточности плаценты у женщин с репродуктивными потерями в республике Узбекистана. Новый день медицины // 2020 . - 4 (34).- С.-366-368.
10. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N, Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34

Поступила 09.04.2021

UDK: 618.6-09:618.350-009.9

PHARMACOGENETIC AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF STOMACH CANCER ON THE BACKGROUND OF UTERINE ENDOMETRIOSIS

Khatamova M.T., Bishekova B.Z.

Republic of Uzbekistan Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino Department
Republic of Kazakhstan Kazakh National Medical University. S. D. Asfendiyarova

✓ Resume

Stomach cancer is one of the most common oncological diseases, occupying a significant place in the structure of morbidity and mortality (V.I. Chissov, V.V. Starinsky, 2002; V.M. Merabishvili, 2011). From stomach cancer in the world annually kills up to 800,000 people. Among the oncological morbidity of the population of the Russian Federation, stomach cancer takes the 2nd place, second only to lung, trachea and bronchial tumors (V.I. Chissov; V.V. Starinsky; B.N. Kovalev; J.I.B. Remennik, 2006). According to the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, gastric cancer ranks second after breast cancer in frequency of occurrence. Unfortunately, in more than 50% of cases, the primary detection of these patients occurs in advanced stages, when their treatment is quite difficult and is in most cases palliative in nature, aimed at some increase in life expectancy and improvement of its quality. (2018 year)

Key words: stomach cancer, morphological features, gastroenterogical features, endoscopy, cancer of breast, malignancy.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА МАТКИ

Хатамова М.Т., Бишекова Б.З.

Республика Узбекистан Бухарский Государственный медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино

Республика Казахстан Казахский национальный медицинский университет им.
С.Д.Асфендиярова

✓ Резюме

Рак желудка является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний, занимая значительное место в структуре заболеваемости и смертности (В.И. Чиссов, В.В. Старинский, 2002; В.М. Мерабишвили, 2011). От рака желудка в мире ежегодно погибает до 800 000 человек. Среди онкологической заболеваемости населения Российской Федерации рак желудка занимает 2-е место, уступая только опухолям легкого, трахеи и бронхов (В.И. Чиссов; В.В. Старинский; Б.Н. Ковалев; J.I.B. Ременник, 2006). По данным Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан по частоте встречаемости рак желудка стоит на втором месте после рака молочной железы. К сожалению в более чем 50 % случаев первичная выявляемость этих пациентов происходит в запущенных стадиях, когда лечение их довольно сложно и носит в большинстве случаев паллиативный характер, направленный на некоторое увеличение продолжительности жизни и улучшении её качества. (2019 год)

Ключевые слова: рак желудка, морфологические особенности, гастроэнтерологические особенности, эндоскопия, рак молочной железы, малигнизация.

ENDOSKOPIK TEKSHIRUV PAYTIDA OSHQOZON SARATONINING FARMAKOGENETIK VA MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI VA BACHADON ENDOMTRIOZINIG RIVOJLANISHI

Xatamova M.T., Bishekova B.Z.

✓ **Rezyume**

Oshqozon saratoni eng ko'p uchraydigan onkologik kasalliklardan biri bo'lib, kasallik va o'limning tuzilishida muhim o'rinni egallaydi (V.I. Chissoy, V.V. Starinsky, 2002; V.M. Merabishvili, 2011). Dunyoda har yili oshqozon saratoni kasalligidan 800000 kishi halok bo'ladi. Rossiya Federatsiyasi aholisining onkologik kasalligi orasida oshqozon saratoni 2-o'rinni egallaydi, o'pka, traxeya va bronxial o'smalardan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi (V.I. Chissoy; V.V. Starinskiy; B.N. Kovalev; JI.B. Remennik, 2006). O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining ma'lumotlariga ko'ra, oshqozon saratoni yuzaga kelish chastotasi bo'yicha ko'krak saratonidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Afsuski, 50% holatlarda bu bemorlarni birlamchi aniqlash ilg'or bosqichlarda amalga oshiriladi, bunda davolash ancha murakkab va ko'p hollarda umr ko'rish davomiyligini oshirish va uning sifatini yaxshilashga qaratilgan palliativ xarakterga ega. (2018 yil)

Kalit so'zlar: oshqozon saratoni, morfologik xususiyatlar, gastroenterologik xususiyatlar, endoskopiya, sut bezi saratoni, malignizatsiya.

Relevance

Stomach cancer usually develops in cells that produce mucous secretions, these cells are located in the lining of the stomach. This type of cancer is called adenocarcinoma.

Over the past few decades, the incidence of stomach cancer has been declining worldwide. At the same time, cancer in the area where the upper stomach (cardia) meets the lower esophagus is becoming much more common.

What are the symptoms of stomach cancer?

Signs and symptoms of gastroesophageal cancer and stomach cancer:

- Feeling bloated after eating
- Feeling full after eating small amounts of food
- Severe, persistent heartburn
- Severe, frequent stomach upset
- Unexplained persistent nausea
- Abdominal pain
- Frequent vomiting, usually associated with food intake
- Unintentional weight loss
- Fatigue

Cancer occurs when the number of acquired mutations in the DNA of a certain population of cells, caused by various reasons, allows them to divide uncontrollably and "hide" from the immune system.

The accumulating cancer cells form a tumor that is able to invade nearby structures. Cancer cells can separate from the tumor and spread throughout the body. This is called metastasis.

Although the underlying cause of gastric cancer is still unclear, there is a clear understanding of the risk factors and predisposing factors.

In recent years, the evidence base for the association of stomach cancer with infection with the bacterium *Helicobacter pylori*, which often causes chronic gastritis and gastric ulcer.

There is a proven link between a diet high in salty and smoked foods and cancer located in the main body (body) of the stomach. As the use of refrigeration technology to preserve food has increased worldwide, the incidence of stomach cancer has declined.

It remains unclear exactly which key factor causes gastroesophageal cancer or cancer of the body of the stomach, so it cannot be prevented. But you can take steps to reduce your risk of developing this formidable disease.

To do this, you need to make small changes in your daily life:

- Monitor your weight. If you have signs of obesity, consult nutritionist on eating behavior change.
- Try to be physically active most of the days of the week. Regular exercise has been linked to a lower risk of stomach cancer.
- Eat more fruits and vegetables. Try to add more fruits and vegetables to your diet every day. Not only the quantity is important, but also the variety, it has been proven that the consumption of 5 or more types of vegetables and / or fruits during the day significantly reduces the risk of stomach cancer.
- Reduce your intake of salty and smoked foods.

- Stop smoking. If you smoke, quit. If you don't smoke, don't start. Smoking increases the risk of not only stomach cancer but many other cancers as well. Quitting smoking on your own can be very difficult, you can contact the doctors at the Rassvet Clinic, they will provide you with practical advice and information about existing medications to make it easier to quit smoking.

Stomach cancer occurs in a wide age range - from 19 to 80 years with the highest incidence peak at 50-70 years with a predominance (2 or more times) of male patients. For initial cancer, the typical age is considered to be from 40 to 60 years.

According to summary statistics, the 5-year survival rate after treatment remains low - 9.6 - 11.7% (Y. Adachi, 1996), the 10-year survival rate does not exceed 12.8% (V.M. Merabishvili, 2001).

More significant differences were found in the incidence of early forms of gastric cancer, about 50% in Japan, from 10 to 20% in Europe, 8 to 26% in the United States (Muto Terukazu, 1995). They primarily depend on the accepted organizational forms of examining the population, the introduction into widespread practice of the endoscopic diagnostic method, the possibility of a qualified morphological study of targeted material in combination with modern X-ray techniques and their pharmacogenetic characteristics. environment can provide the necessary complex of morphological prognostic signs to clarify the characteristics of the pathological process and their pharmacogenetic features

Thus, the data presented indicate the need to study a wide range of interrelated issues, the solution of which will clarify the clinical significance of a number of morphological signs of stomach cancer, which, in turn, will make it possible to more reasonably judge the nature of the local process, improve diagnostics, adjust the treatment tactics of patients and predict the course of the disease. and their pharmacogenetic features.

The aim of this study was to increase the efficiency of the use of pharmacogenetic and morphological signs in endoscopic examination for early diagnosis, clinical assessment and prognosis in patients with gastric cancer.

Materials and research methods

The study included 210 patients who applied for advice to the outpatient department of the Bukhara branch of the RSNPMC Oncology and Radiology and underwent Fibrogastroscopy (FGS) in 2018. Of these, 109 (51.9% of cases) patients were diagnosed with gastric cancer of different nature and degree of differentiation. The age of the patients ranged from 23 to 62 years, the average

age was 47.8 +/- 023 years. Of these, the rural population accounted for 57.3%, urban dwellers accounted for 43.7%. Among the patients, 66% (72 men) were men, 34% (37 women) were women. Anamnesis of the disease was studied in all patients, an endoscopic examination was performed - FGS, followed by a histological examination of the biopsy specimen. The indications for FGS were the following: prolonged epigastric pain (in the abdomen), heartburn, belching, nausea and vomiting, difficulty swallowing food, lack of appetite and sudden weight loss, hemoptysis and to establish the reasons: reflux disease, gastrointestinal bleeding, cancer and their pharmacogenetic features Same FGS was performed as directed by the attending physician in the postoperative period to monitor the patient's condition after surgery on the digestive organs and to monitor the effectiveness of conservative treatment. If an affected area is suspected, a biopsy sample was taken with subsequent histological examination of the material and their pharmacogenetic features

Results and its discussion

Studies have shown that 23% of patients had a hereditary predisposition, 42% of patients had nutritional errors - excessive enthusiasm for smoked, spicy, salty, fried (overcooked) and canned food, long-term stored foods. 57% of patients indicated a history of long-term stomach diseases: gastritis (with low acidity), stomach ulcers and polyps; 7% of patients underwent various operations on the stomach. 12% of patients had contact with carcinogenic substances such as asbestos, nickel, etc. Every fourth patient (25%) indicated frequent respiratory diseases, various types of anemia and immunodeficiency states. The presence of bad habits such as alcoholism and smoking was revealed in 31%. Esophagogastroduodenoscopy (EGDS) was performed with a special instrument, a flexible endoscope, which was a thin, flexible hose with illumination and a video camera at the end, which was inserted through the mouth into the lumen of the esophagus, stomach and duodenum. This method allows you to slightly examine all parts of the esophagus, stomach, duodenum 12, including with a strong increase to identify foci of altered mucous membranes and take material for biopsy and histological / cytological studies, and their pharmacogenetic features The structure of the stomach tumors were very different. The structure of tumor cells was determined by its "histological type". Most often (in 63.3% of cases), ulcerated carcinoma with saucer-shaped raised and well-

defined edges, which is visually indistinguishable from a stomach ulcer, was diagnosed.

Table 1 shows data on the degree of differentiation of tumors.

Table No. 1

The degree of differentiation of tumors

N o.	Nosology	Number of patients	%
1.	Cancer in situ	7	6.4
2.	G -1	23	21.1
3.	G -2	48	44
4.	G-3	27	24.8
5.	G-4	four	3.7
6.			

Diffuse-infiltrative cancer (skirr), which during endoscopy is characterized by endophytic growth, diffuse germination and infiltrating the submucosal

layer, captures significant areas of the stomach wall. In our study, this type of cancer was diagnosed in 1 case (0.91%).

In the table. No. 2 shows the data on the nature of the tumors identified during endoscopic examination.

Table No. 2

The nature of the tumor on endoscopic examination

N o.	The nature of the tumor	Abs.	%
1.	Adenocarcinoma	69	63.3
2.	Squamous cell carcinoma	27	24.7
3.	Mucinous adenocarcinoma	2	1.83
4.	Persistent cell carcinoma	one	0.91
5.	Cyrrhoidal cancer	one	0.91
6.	Cancer in situ	7	6.42

Conclusions

A new stage in the fight against cancer is aimed at creating a modern system for the prevention and early detection of cancer and their pharmacogenetic features. The adopted resolution "On measures to further develop the oncological service and improve oncological care for the population of the Republic of Uzbekistan for 2017-2021" by the President of the Republic opens a new stage in the fight against cancer, focused primarily on covering the needs of the population in high-tech treatment methods, as well as creating modern system of prevention and early detection of oncological diseases and their pharmacogenetic features. The problems of morphogenesis and classification of gastric cancer are closely related to the search for clinical and morphological characteristics that could have prognostic value and, to a certain extent, influenced the choice of optimal treatment options, both initial and common, and their pharmacogenetic characteristics. This dictates the need for further searches for modern diagnostic markers and the continuation of scientific research in this direction.

LIST OF REFERENCES:

1. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 3, pp. 14-18, 2019. Republic of Uzbekistan. D.Ya.Zaripova, M.N. Negmatullaeva, D.I.Tuksanova, N.G. Ashurova. "Influence of magnesium deficiency state and imbalance of steroid hormones in the body's vital functions."
2. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 2, pp. 292-295, 2019. Republic of Uzbekistan. M.T.Khotamova, I.I.Tosheva. "Aspects of labor management in prenatal rupture of amniotic fluid."
3. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 2, pp. 345-349, 2019. Republic of Uzbekistan. Khatamova MT, "PECULIARITIES OF IMMUNE-HORMONAL INDICATORS OF THE POST-FERRIN PERIOD"
4. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 2, pp. 316-319, 2019, Republic of Uzbekistan. M.T. Hotamova, Sh.Zh. Shukurlaeva "Diagnostic criteria after birth septic conditions and methods of hemostasis"

5. Extremely prolonged premature rupture of membranes / Amici B. [et al.] // Minerva Ginecol. - 2017. - Vol. 49. —P. 509-514.
6. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 3, pp. 275-278, 2019, Republic of Uzbekistan. Khatamova MT, Soliyeva NK, "CURRENT FEATURES OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN WOMEN OF FETURAL AGE".
7. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Shukurlaeva Sh.Zh. Forecast of fetal deceleration in the second stage of labor. Problems of biology and medicine 2016. No. 4. P.107.
8. Khatamova M.T., Ashurova N.G. Arterial hypotension in pregnant women. Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 2. P.96.
9. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Rakhmatullaeva M.M. Ayollar bepustligining tibbiy, izhtimoy jixatlari. Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 1. P.84.
10. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Shukurlaeva Sh.Zh. Bukhoro viloyatida uchraydigan obstetrician asoratlarning retrospectives Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 1. P.87.
11. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Shukurlaeva Sh.Zh. Topical issues of sperm motility. Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 1. P.89.
12. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Shukurlaeva Sh.Zh. Predictive features of experimental myocardial infarction depending on gender. Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2013 # 1. S.10-13.
13. Khatamova M.T., Rakhmatullaeva M.M., Ashurova N.G. Systemic and local levels of anti-inflammatory cytokines in women with bacterial vaginosis. Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2013 # 4. S.21-23.
14. Khatamova M.T., Ashurova N.G. Endocrine bepustlik bilan organ ayollarga microelementlar status of hususiyatlari. Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2013 # 4. S. 80-83.
15. Khatamova M.T., Ashurova N.G. Hyperprolaktinimiyasi bor aellarning clinic wa hormonal hususiyatlari. Dermotovenereology and Reproductive Health News. 2013 # 4. S.86-90
16. Khatamova M.T., Rakhmatullaeva M.M. To the question of the frequency of iron deficiency anemia in women using intrauterine contraception. Problems of biology and medicine 2016. No. 4. P.101.

Поступила 09.04.2021

РОЛЬ MORFOFUNKЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В СТРУКТУРЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Султонова Н.А., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ **Резюме**

Несмотря на развитие ряда современных методов, проблема традиционного прерывания беременности при акушерских патологиях не потеряла своей актуальности [1,5,7,10]. Об этом также свидетельствует количество женщин во всем мире, обращающихся за медицинской помощью с данной нозологией. Перед медицинским персоналом стоит задача предотвратить это, устранив факторы риска, приводящие к таким патологическим состояниям в одночасье [2,3,4].

Ключевые слова: привычное невынашивание, эндометрий, морфологическое строение.

ЭНДОМЕТРИЙ MORFOFUNKЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ БИРИНЧИ ТРИМЕСТРИДА ОДАТИЙ БОЛА ТАШЛАШ ТАРКИБИДАГИ ЎРНИ

Султонова Н.А., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И.

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

✓ **Резюме**

Бугунги кунда бир қанча замонавий усуллар ишлаб чиқарилишига қарамай, акушерлик патологиялари ичида одатий бола ташлаш муаммоси ҳозиргача ўз долзарблигини йўқотгани йўқ [1,5,7,10]. Бунинг дунё бўйлаб ушбу нозология билан тиббиёт муассасаларига мурожаат қилаятган аёллар сонидан ҳам били олиш мумкин. Тиббиёт ходимларининг олдида ушбу кечакундузда бу каби патологик ҳолатларга олиб келувчи хавф омилларини бартараф этиш орқали унинг олдини олиш вазифаси юклатилган [2,3,4].

Калит сўзлар: одатий бола ташлаш, эндометрий, морфологик тузилма

THE ROLE OF THE MORPHOFUNCTIONAL STATE OF ENDOMETRY IN THE STRUCTURE OF ADDICTED NON-CARRYING IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

Sultonova N.A., Negmatullaeva M.N., Tuksanova D.I.

Bukhara State Medical Institute

✓ **Resume**

Despite the development of several modern methods today, the problem of conventional abortion in obstetric pathologies has not lost its relevance [1,5,7,10]. This can also be seen from the number of women around the world who seek medical care with this nosology. Medical personal are tasked to prevent it by eliminating the risk factors that lead to such pathological conditions overnight [2,3,4].

Keywords: miscarriage, endometrium, morphological structure

Relevance

The etiological structure of various gestational complications, including early termination of pregnancy, is diverse [6,8,9]. The causal mechanisms that determine the development of pathology in each individual case, all other things being equal, still remain under study. The first trimester of pregnancy is the most significant, since embryogenesis, the formation of the placenta and the complex relationship between the mother

and the fetus occur during this period. The threat of termination of pregnancy in the first trimester often complicates the normal course of these processes, which can lead to spontaneous abortions, the development of placental insufficiency, and intrauterine fetal suffering [3,5,10]. Despite the large number of scientific studies [1, 2, 3, 6, 8] devoted to this problem, to date, issues related to the management of this contingent of pregnant

women, especially in the first, most critical stages of gestation, remain unresolved. Despite the constant improvement of medical technologies in obstetric and gynecological practice, they do not reduce the urgency of the problem of miscarriage in women. The incidence of NB in the population is 2-5% of the number of pregnancies, and the frequency of spontaneous miscarriage in the structure of miscarriage is 15-20% [9].

Habitual miscarriage is spoken about if there have been three or more repeated spontaneous miscarriages ... This pathology, according to the authors, occurs in approximately 1-3% of all women. At the same time, the risk of miscarriage after three repeated spontaneous miscarriages reaches 55%. In most cases (50-60%), the cause of miscarriages is hormonal disorders, structural abnormalities of the chromosomes of the embryo, infections, endocrine disorders, anatomical defects in the mother, etc.

The purpose of this study was to determine the role of the morphofunctional state of the endometrium in the genesis of miscarriage on the basis of elucidation of the characteristics of the production of prostaglandins E2 and F2a in its normal and complicated course.

Material methods

A comprehensive examination of 112 patients aged 18 to 35 years was carried out using general clinical, bacteriological, ultrasound, morphological, enzyme-linked immunosorbent (determination of placental hormones, prostaglandins E2 and F2a in the endometrium and blood serum) methods. Pregnant women were examined in the regional perinatal center of the city of Bukhara.

All patients were divided into three groups: I (main) group consisted of 30 women with abortion in the first trimester (IA subgroup - 30 women with non-developing pregnancy and IB subgroup - 22 women with spontaneous abortion); Group II (main) consisted of 20 pregnant women with the threat of miscarriage in the first trimester; Group III (control) consisted of 20 apparently healthy women who underwent medical abortion. Statistical processing was performed using the Fischer-Student method.

Study results

Patients of the compared groups did not have significant differences in age. However, the presence of extragenital diseases was more often noted in women of groups I and II compared with the control: chronic tonsillitis was in 30.0%, 28.0% and 16.0%, respectively; chronic pyelonephritis in 10.0%, 8.0% and 4.0%, respectively, diseases of

the gastrointestinal tract in 8.0%, 4.0% and 2.0%, respectively. A history of chronic inflammatory diseases of the pelvic organs prevailed in patients of group I (64.0%) compared with groups II (32.0%) and III (10.0%). Hormonal disorders of ovarian function in the anamnesis also prevailed in patients of groups I (30.0%) and II (28.0%) compared to the control (4.0%).

Pregnancy termination in patients of group I occurred in terms from 6 to 12 weeks. Moreover, in 27 (54.0%) women this was a repeated loss of pregnancy. Histological examination of scrapings from the uterine cavity showed that the main causes of non-developing pregnancy (IA subgroup) were chronic endometritis in combination with incomplete gestational endometrial reconstruction (68.0%) and hormonal disorders leading to its incomplete decidual transformation (28.0%). In case of spontaneous abortion (IB subgroup), inverse proportions of these etiological factors were revealed (32.0% and 54.0%, respectively). No pathological changes in the endometrium were observed in the control group.

Comparative analysis of the content of prostaglandins E2 and F2a in the endometrium showed that their maximum values were determined during spontaneous abortion (17612.5 ± 675.3 pkg / ml and 19881.8 ± 348.6 pkg / ml, respectively), while in non-developing pregnancies (IA subgroup) their level was lower than in the control group (8180.4 ± 112.3 pkg / ml and 10338 ± 598.6 pkg / ml; 11831 ± 232.5 pkg / ml and 14925 ± 738.9 pg / ml, respectively). Perhaps this is one of the reasons for the absence of rejection of the chorionic sac from the uterine cavity in non-developing pregnancies.

Similar ratios of the content of prostaglandins E2 and F2a were observed in the blood serum of patients from IA and IB subgroups (828.7 ± 36.4 pkg / ml and 1040.7 ± 28.4 pkg / ml; 212.5 ± 64.5 pg / ml and 499.0 ± 87.7 pkg / ml), while in the control group the level of both types of prostaglandins was 46.6 ± 7.4 pkg / ml and 120.6 ± 13.5 pg / ml, respectively (Figure 1). It should be noted that in non-developing pregnancies of the type of anembryonia, the content of prostaglandins in the endometrium and blood serum was lower than in non-developing pregnancies of the type of embryonic death.

The loss of pregnancy was accompanied by a decrease in the level of progesterone in the blood serum, most pronounced in spontaneous abortion (18.4 ± 2.2 nmol / l) than in non-developing pregnancy (32.2 ± 3.6 nmol / l). During the physiological course of pregnancy, the serum progesterone content was 97.8 ± 8.6 nmol / L, which is significantly higher than in IA and IB

subgroups ($p < 0.05$) patients of group II, whose pregnancy proceeded with the threat of miscarriage, the average serum content of prostaglandin E2 was 238.7 ± 53.6 pkg / ml and prostaglandin F2a - 514.3 ± 48.7 pg / ml. Moreover, an increase in the level of prostaglandins with the threat of termination of pregnancy correlated with the clinical manifestations of this gestational complication (intensity of pain symptom) and ultrasound data (increased tone of the myometrium, decrease in the size of the corpus luteum, spasm of the spiral arteries and ovarian artery on the side of the corpus luteum formation). In addition, an inverse correlation was found between the serum content of progesterone and prostaglandins, which indicates the hormonal regulation of their production. Thus, in 20 (80.0%) patients of group II, a decrease in the level of progesterone to 48.4 ± 3.9 nmol / l was revealed.

It should be noted that an increase in the serum level of prostaglandins is a more reliable sign of the threat of miscarriage, since it was observed in all patients with this gestational complication. Progesterone deficiency was compensated by natural progestogens. With the vaginal route of administration, the bioavailability of the drug to the uterus and endometrium is the highest, since the level of progesterone in the blood plasma gradually increases, reaching a maximum value after 2-6 hours. The average progesterone concentration remains at 9.7 ng / ml for 24 hours. When administered orally, the maximum concentration in the blood is reached within 1-3 hours after taking the drug, after which the progesterone level gradually begins to decrease.

The pharmacokinetic features of the drug should be taken into account when choosing one or another route of drug administration for their patients. In this study, we prescribed Utrozhestan intravaginally at a dose of 200-300 mg per day from the early stages of pregnancy to 20 weeks. Clinical observations have shown that improvement in well-being (disappearance of pain syndrome) in patients of group II was noted after 4-5 days from the start of therapy. A control study carried out after 2 weeks showed a significant increase in the level of progesterone in the blood serum (up to 86.7 ± 3.3 nmol / l). Against this background, the serum content of prostaglandins E2 and F2a significantly decreased to 86.4 ± 16.1 pkg / ml and 120.6 ± 11.4 pg / ml, respectively. As a result of the therapy, pregnancy in the first trimester was prolonged in all 25 patients. One (4.0%) patient had a spontaneous miscarriage at 16-17 weeks of age against the background of primary chlamydial infection, 2 (8.0%) patients

had a premature birth at 34-35 weeks. The remaining 22 patients of group II gave birth at 38-40 weeks with live full-term babies. Thus, rational treatment of the threat of termination of pregnancy with adequate correction of hypoprogesteronemia helps to reduce the serum level of prostaglandins and in most cases (92.0%) ensures prolongation of pregnancy up to 38-40 weeks and the birth of a live full-term baby.

Comparing serum levels of prostaglandins E2 and F2a in patients of three groups, additional diagnostic and prognostic criteria for miscarriage can be determined: an increase in the level of prostaglandins above 50 pkg / ml is a sign of the threat of termination of pregnancy, and an increase in their values over 700 pkg / ml is a prognostically unfavorable criterion for a successful pregnancy outcome.

Conclusions

1. The absence of rejection of the chorionic sac from the uterine cavity in non-developing pregnancy is due to the reduced level of these prostaglandins compared to physiological pregnancy.
2. The use of micronized progesterone for the treatment of threatened abortion can reduce the production of prostaglandins E2 and F2a and reduce the frequency of reproductive losses.

LIST OF REFERENCES:

1. Bazovaya M.YU. Optimizatsiya dispansernogo nablyudeniya v rannie sroki gestatsii zhenshchin s otyagoshchennym akusherskim anamnezom: Avtoref. dis.kand. med. nauk. Moskva. - 2013. - 12s.
2. Bazina M.I., Syromyatnikova S.A., Egorova A.T., Kirichenko A.K., Horzhevskii V.A. Pregestacionnaya immunomorfologicheskaya ocenka endometriya i obosnovanie terapii u zhenshchin s narusheniem reproduktivnoy funktsii// Akusherstvo i ginekologiya. 2013; 10: 46-50.
3. Baranov V.S. Geneticheskij pasport – osnova individual'noj i prediktivnoj mediciny. Izd-vo N-L. 2019. 528 s.
4. Gombolevskaia N.A., Burmenskaya O.V., Demura T.A., Marchenko L.A., Kogan E.A., Trofimov D.YU., Suhii G.T. Ocenka ekspressii mRNK genov citokinov v endometrii pri hronicheskom endometrite// Akusherstvo i ginekologiya. 2013; 11: 35-40.
5. Zaripova D.YA., Tuksanova D.I., Negmatullaeva M.N. Osobennosti techeniya perimenopauzal'nogo perekhoda zhenshchin s ozhireniem. Novosti dermatovenerologii i

- reproduktivnogo zdorov'ya. № 1-2.2020 Str.39-42.
6. Zenkina V.G., Sahonenko V.A., Zenkin I.S. Patomorfologicheskie osobennosti placenty na raznyh etapah gestacii // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. – 2019. – № 6.;48-54.
 7. Zaripova D.YA., Negmatullaeva M.N., Ahmedov F.K., Ashurova N.G. Vliyanie magnij deficitnogo sostoyaniya i disbalansa steroidnyh gormonov zhiznedeyatel'nosti organizma zhenshchiny. Tibbiyotda yangi kun 2019; 3 (27) Str- 14-18.
 8. Sultonova N.A. Rol' patologii endometriya pri reproduktivnyh poteryah v rannih srokah beremennosti. Tibbiyotda yangi kun №4 (34) 2020 392-395 str.
 9. Sultonova Nigora Azamovna .Rannaya diagnostika nedostatochnosti placenty u zhenshchin s reproduktivnymi poteryami v respublike Uzbekistana. Novyj den' mediciny // 2020 . - 4 (34).- S.-366-368.
 10. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N, Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34

Поступила 09.04.2021