



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

7 (93) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

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

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

7 (93)

2026

Июль

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.06.2026, Accepted: 06.07.2026, Published: 10.07.2026

УДК 616.711-002.5:616.89-008.48:615.322

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОСЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Алимова Гулрух Салимовна <https://orcid.org/0009-0000-9718-9310>

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

✓ Резюме

Целью исследования явилась оценка эффективности фитоседативной коррекции психовегетативных нарушений в комплексном лечении больных осложнённым туберкулёзом позвоночника. Обследовано 98 пациентов, разделённых на основную группу (n=52), получающую наряду со стандартным комплексным лечением фитоседативную терапию, и контрольную группу (n=46), получающую стандартное лечение. Эффективность терапии оценивали через 2 месяца по динамике уровня тревожности, состояния вегетативной регуляции и адапционно-компенсаторных реакций. В основной группе установлено статистически значимое снижение ситуативной тревожности и напряжения регуляторных систем, уменьшение частоты гиперсимпатикотонии и увеличение доли пациентов с эйтонией.

Ключевые слова: туберкулёз позвоночника, осложнённое течение, фитоседативная терапия, психовегетативные нарушения, тревожность, вегетативная регуляция, адапционно-компенсаторные реакции.

EFFECTIVENESS OF PHYTOSEDATIVE THERAPY IN PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH COMPLICATED SPINE TUBERCULOSIS

Alimova Gulrukh Salimovna <https://orcid.org/0009-0000-9718-9310>

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

✓ Resume

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of phytosedative correction of psychovegetative disorders as part of comprehensive treatment in patients with complicated spinal tuberculosis. The study included 98 patients divided into a study group (n=52), who received phytosedative therapy in addition to standard comprehensive treatment, and a control group (n=46), who received standard treatment alone. Treatment effectiveness was assessed after 2 months based on changes in anxiety levels, autonomic regulation, and adaptive-compensatory responses. The study group demonstrated a statistically significant reduction in state anxiety and regulatory system strain, a decrease in the prevalence of hypersympathicotonia, and an increase in the proportion of patients with eutonia.

Keywords: spinal tuberculosis, complicated course, phyto-sedative therapy, psychovegetative disorders, anxiety, vegetative regulation, adaptive-compensatory reactions.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ АСОРАТЛАНГАН ТУБЕРКУЛЁЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ПСИХОВЕГЕТАТИВ БУЗИЛИШЛАРИДА ФИТОСЕДАТИВ ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИ

Алимова Гулрух Салимовна <https://orcid.org/0009-0000-9718-9310>

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

✓ Резюме

Тадқиқотнинг мақсади умуртқа поғонаси туберкулёзининг асоратланган шакли билан оғриган беморларни комплекс даволашда фитоседатив коррекция самарадорлигини баҳолашдан иборат эди. Тадқиқотда 98 нафар бемор текширилди. Улар асосий гуруҳ (n=52) ва назорат гуруҳи (n=46)га ажратилди. Асосий гуруҳ беморлари стандарт комплекс даволаш билан бир қаторда фитоседатив терапия ҳам олдилар, назорат гуруҳи эса фақат стандарт даволашни қабул қилди. Терапия самарадорлиги 2 ойдан сўнг психоэмоционал ҳолат, вегетатив регуляция ва адаптацион-компенсатор реакциялар кўрсаткичлари бўйича баҳоланди. Асосий гуруҳда регулятор тизимларнинг зўриқиши ва ситуатив хавотирланиш даражаси статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада камайгани, гиперсимпатикотония частотаси пасайгани ҳамда эйтонияга эга беморлар улуши ошгани аниқланди. Қулай адаптацион реакциялар улуши 15,4% дан 36,5% гача кўпайди, бу кўрсаткич назорат гуруҳи билан солиштирилганда 2 ойлик даволашдан кейин статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ қилди ($p=0,034$). Олинган натижалар фитоседатив терапия умуртқа поғонаси туберкулёзининг асоратланган шакли билан оғриган беморларда психоэмоционал ҳолатга, вегетатив регуляцияга ва организмнинг адаптацион имкониятларига ижобий таъсир кўрсатишини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: умуртқа сили, асоратли кечими, фитоседатив терапия, психовегетатив бузилишлар, хавотир, вегетатив регуляция, адаптацион-компенсатор реакциялар.

Актуальность

Туберкулёз позвоночника относится к наиболее тяжёлым формам костно - суставного туберкулёза и нередко сопровождается деструкцией тел позвонков, формированием паравerteбральных и эпидуральных абсцессов, неврологическими нарушениями и стойким ограничением двигательной активности. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, ведение таких больных остаётся сложной клинической задачей. J. Gan и соавт., 2024, отмечают, что основой лечения туберкулёза позвоночника является противотуберкулёзная химиотерапия, тогда как распространённые деструктивные изменения, компрессия нервных структур и выраженные неврологические нарушения требуют хирургического вмешательства. По мнению S. Ruparel и соавт., 2022, результаты лечения во многом зависят от комплексного подхода, включающего не только устранение специфического процесса, но и восстановление функционального состояния пациента.

Длительное течение заболевания, болевой синдром, ограничение подвижности, неврологические нарушения и неопределённость прогноза создают значительную психоэмоциональную нагрузку. По данным О.Н. Пулькиной и соавт., 2017, хронический болевой синдром у больных туберкулёзным спондилитом нередко сочетается с аффективными нарушениями, что существенно утяжеляет состояние пациентов.

В последние годы психоэмоциональные нарушения всё чаще рассматриваются как один из факторов, способных влиять на течение туберкулёза и результаты лечения. В. Duko и соавт., 2020, указывают на широкую распространённость депрессивных нарушений среди больных туберкулёзом. S. Assefa и соавт., 2023, также отмечают высокую частоту тревоги и депрессии у данной категории пациентов. По мнению С.К. Agbeko и соавт., 2022, нарушения психоэмоционального состояния могут отрицательно сказываться на качестве жизни, приверженности к терапии и конечных результатах лечения.

Особое значение эти нарушения приобретают при туберкулёзе позвоночника, когда хроническая боль и ограничение двигательной активности сопровождаются напряжением регуляторных систем организма. А.И. Нагаев и соавт., 2022, показали наличие выраженных изменений вегетативной регуляции у больных туберкулёзом. Длительное преобладание симпатических влияний на фоне инфекционного процесса, боли и эмоционального напряжения может приводить к снижению адаптационных возможностей организма.

Таким образом, при осложнённом туберкулёзе позвоночника формируется взаимосвязь между тяжестью специфического процесса, болевым синдромом, психоэмоциональным напряжением и нарушениями вегетативной регуляции. Возникающий порочный круг может

поддерживать состояние дезадаптации и затруднять восстановление больного даже на фоне проводимого лечения.

Современные подходы к ведению больных туберкулёзом предусматривают необходимость учитывать не только активность специфического процесса, но и психоэмоциональное состояние пациента. R. van Noorn и соавт., 2016, показали положительное влияние психоэмоциональной поддержки на приверженность к терапии и результаты лечения. X. Zuo и соавт., 2022, установили, что коррекция психоэмоциональных нарушений способствует снижению тревожности и улучшению качества жизни больных туберкулёзом. J. Dhouibi и соавт., 2024, подчёркивают значение комплексного подхода к лечению и реабилитации больных туберкулёзом позвоночника с учётом функциональных нарушений и общего состояния пациента.

Вместе с тем возможности коррекции психовегетативных нарушений у больных осложнённым туберкулёзом позвоночника изучены недостаточно, что определяет необходимость оценки влияния фитоседативной терапии на психоэмоциональное состояние, вегетативную регуляцию и адаптационные реакции организма в процессе комплексного лечения данной категории пациентов.

Цель исследования — оценить эффективность включения фитоседативной коррекции психовегетативных нарушений в комплексное лечение больных осложнённым туберкулёзом позвоночника.

Материал и методы

Проведено сравнительное клиническое исследование эффективности комплексного лечения 98 больных осложнённым туберкулёзом позвоночника, находившихся на стационарном лечении в отделении костно-суставного туберкулёза Центра фтизиатрии и пульмонологии Бухарской области. Основную группу составили 52 пациента, которым наряду со стандартным комплексным лечением проводилась фитоседативная терапия препаратами Ново-Пассит или Мелисан. В контрольную группу вошли 46 больных, получавших стандартное лечение. Группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам и исходному психовегетативному статусу.

Эффективность лечения оценивали по динамике клинических проявлений заболевания, уровня тревожности по тесту Спилберга–Ханина, состояния вегетативной регуляции по данным кардиоинтервалографии и адаптационно-компенсаторных реакций организма по методике Л.Х. Гаркави. Повторное обследование проводили через 2 месяца лечения. Статистическую обработку данных выполняли с использованием методов вариационной статистики, критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

Все включённые в исследование пациенты имели лекарственно-чувствительный туберкулёз позвоночника. Возраст больных составлял от 18 до 76 лет, средний возраст — $54,0 \pm 11,3$ года. Среди обследованных было 45 (45,9%) мужчин и 53 (54,1%) женщины. Преобладали впервые выявленные больные, доля которых составила 96,2% в основной и 87,0% в контрольной группе. Более 82% пациентов обеих групп были госпитализированы в течение первого года от начала заболевания. По полу, возрасту, длительности заболевания и другим исходным характеристикам статистически значимых различий между группами не установлено ($p > 0,05$).

В структуре поражений позвоночника преобладала поясничная локализация — 59,6% в основной и 63,0% в контрольной группе, реже поражался пояснично-крестцовый отдел — соответственно в 25,0% и 23,9% случаев. Распространённый характер специфического процесса установлен у 63,5% и 65,2% больных соответственно.

Течение заболевания характеризовалось высокой частотой осложнений. Наиболее часто выявлялись паравертебральные абсцессы — у 69,2% больных основной и 71,7% контрольной группы, парезы и параличи — у 40,4% и 39,1%, нестабильность позвоночника — у 32,7% и 30,4%, нарушения функции тазовых органов — у 30,8% и 28,3% пациентов соответственно. Статистически значимых различий в структуре осложнений между группами не выявлено ($p > 0,05$).

В клинической картине преобладали болевой и интоксикационный синдромы. Боль в области поражённого отдела позвоночника отмечалась у 97,9% пациентов, общая слабость — у 100%, нарушения сна — у 95,9%, снижение аппетита — у 88,8%, повышение температуры тела — у 86,7%, похудание — у 82,7% и повышенная потливость — у 71,4% обследованных. Выраженность клинических проявлений нарастала по мере распространения специфического процесса: при распространённых формах заболевания достоверно чаще наблюдались похудание, повышенная потливость, снижение аппетита, нарушения сна и повышение температуры тела ($p < 0,05$).

Таким образом, обследованные пациенты представляли клинически тяжёлую категорию больных с преобладанием распространённого специфического процесса, высокой частотой осложнений, выраженным болевым и интоксикационным синдромами. Тяжесть заболевания и длительное сохранение клинических проявлений сопровождалось выраженной нагрузкой на психоэмоциональную сферу и регуляторные системы организма, что определило необходимость дальнейшей оценки уровня тревожности, состояния вегетативной регуляции и адаптационно-компенсаторных реакций.

Оценка психоэмоционального состояния показала, что до начала лечения в обеих группах преобладали пациенты с высоким и очень высоким уровнем тревожности (табл. 1). Суммарная доля высокого и очень высокого уровня ситуативной тревожности составила 76,9% в основной и 80,5% в контрольной группе. Аналогичные показатели личностной тревожности достигали соответственно 63,4% и 71,7%. Статистически значимых различий между группами не выявлено ни по уровню ситуативной ($p=0,954$), ни личностной тревожности ($p=0,717$).

Таблица 1.

Исходный уровень ситуативной и личностной тревожности у пациентов основной и контрольной групп

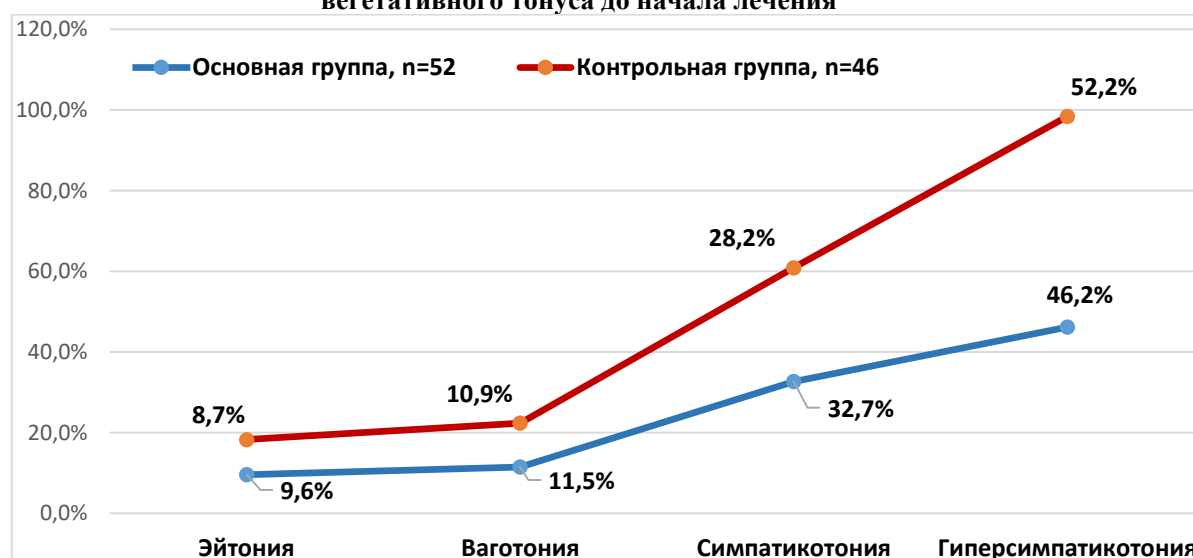
Уровень тревожности	Ситуативная тревожность, основная группа n=52	Ситуативная тревожность, контрольная группа n=46	Личностная тревожность, основная группа n=52	Личностная тревожность, контрольная группа n=46
Низкий	2 (3,8%)	1 (2,2%)	5 (9,6%)	3 (6,5%)
Средний	10 (19,2%)	8 (17,4%)	14 (26,9%)	10 (21,7%)
Высокий	18 (34,6%)	16 (34,8%)	18 (34,6%)	15 (32,6%)
Очень высокий	22 (42,3%)	21 (45,7%)	15 (28,8%)	18 (39,1%)

Примечание: ситуативная тревожность — $\chi^2=0,330$; $df=3$; $p=0,954$; личностная тревожность — $\chi^2=1,350$; $df=3$; $p=0,717$.

Таким образом, до начала лечения у большинства больных отмечалось выраженное психоэмоциональное напряжение, при этом основная и контрольная группы были сопоставимы по исходному уровню тревожности. Учитывая тесную взаимосвязь психоэмоционального состояния и вегетативных нарушений, следующим этапом была проведена оценка состояния вегетативной регуляции.

Для оценки состояния вегетативной регуляции было изучено распределение пациентов основной и контрольной групп по типам вегетативного тонуса (рис. 1).

Рисунок 1. Распределение пациентов основной и контрольной групп по типам вегетативного тонуса до начала лечения



Примечание: $\chi^2=0,369$; $df=3$; $p=0,946$.

Анализ исходного состояния вегетативной регуляции показал преобладание симпатических влияний в обеих группах. Гиперсимпатикотония выявлена у 24 (46,2%) пациентов основной и 24 (52,2%) контрольной группы, симпатикотония — соответственно у 17 (32,7%) и 13 (28,2%). Таким образом, суммарная доля больных с преобладанием симпатических влияний составила 78,9% в основной и 80,5% в контрольной группе. Эйтония, отражающая сбалансированное состояние вегетативной регуляции, наблюдалась лишь у 5 (9,6%) и 4 (8,7%) пациентов соответственно. Статистически значимых различий между группами не выявлено ($p=0,946$).

Полученные данные свидетельствуют о выраженном напряжении механизмов вегетативной регуляции у большинства обследованных больных. Сочетание высокого уровня тревожности с преобладанием симпатикотонии и гиперсимпатикотонии указывало на взаимосвязанный характер психоэмоциональных и вегетативных нарушений. В связи с этим следующим этапом была проведена оценка адаптационно-компенсаторных реакций организма по методике Л.Х. Гаркави.

Для оценки состояния адаптационно-компенсаторных механизмов было изучено распределение пациентов по типам адаптационных реакций по методике Л.Х. Гаркави (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение пациентов основной и контрольной групп по типам адаптационных реакций до начала лечения

Тип адаптационной реакции	Основная группа, n=52	Контрольная группа, n=46
Тренировка	3 (5,8%)	3 (6,5%)
Неполноценная тренировка	15 (28,8%)	12 (26,1%)
Активация	5 (9,6%)	3 (6,5%)
Неполноценная активация	15 (28,8%)	14 (30,4%)
Стресс	11 (21,2%)	11 (23,9%)
Переактивация	3 (5,8%)	3 (6,5%)

Примечание: $\chi^2=1,902$; $df=5$; $p=0,863$.

Анализ исходного состояния адаптационно-компенсаторных механизмов показал преобладание неблагоприятных реакций в обеих группах. Наиболее часто регистрировались неполноценные реакции тренировки и активации, суммарная доля которых составила 57,6% в основной и 56,5% в контрольной группе. Реакция стресса выявлена соответственно у 21,2% и 23,9% больных. Полноценные реакции тренировки и активации наблюдались значительно реже — суммарно у 15,4% пациентов основной и 13,0% контрольной группы. Статистически значимых различий между группами не установлено ($p=0,863$).

Таким образом, до начала лечения у большинства обследованных больных выраженное психоэмоциональное напряжение сочеталось с преобладанием симпатических влияний и неблагоприятных адаптационных реакций. Однонаправленность выявленных изменений свидетельствовала о взаимосвязи нарушений психоэмоционального состояния, вегетативной регуляции и адаптационно-компенсаторных механизмов. При этом отсутствие статистически значимых различий по всем изученным показателям подтверждало исходную сопоставимость основной и контрольной групп и позволило перейти к оценке эффективности включения фитоседативной терапии в комплексное лечение больных туберкулёзом позвоночника.

Пациенты обеих групп получали комплексное лечение, включавшее противотуберкулёзную, патогенетическую и симптоматическую терапию, а при наличии показаний — хирургическое вмешательство. В основной группе дополнительно применяли фитоседативную терапию: Ново-Пассит назначали по 1 таблетке 3 раза в сутки или по 5 мл сиропа 3 раза в сутки, Мелисан — по 1 капсуле 3 раза в сутки. Продолжительность курса составляла от 1 до 2 месяцев в зависимости от выраженности психоэмоциональных и вегетативных нарушений. Пациенты контрольной группы получали стандартное комплексное лечение без включения фитоседативных препаратов.

Эффективность проводимой терапии оценивали через 2 месяца от начала лечения. Анализ включал динамику психоэмоционального состояния, вегетативной регуляции и адаптационно-компенсаторных реакций с последующей оценкой клинических результатов лечения.

Через 2 месяца лечения в основной группе отмечено выраженное снижение ситуативной тревожности (Табл. 3). Доля пациентов с очень высоким её уровнем уменьшилась с 42,3% до 15,4%, одновременно число больных со средним уровнем тревожности увеличилось с 19,2% до 42,3%. Выявленные изменения были статистически значимыми ($p=0,012$). В контрольной группе также наблюдалась тенденция к снижению ситуативной тревожности, однако её динамика была менее выраженной и статистической значимости не достигала ($p=0,438$).

Таблица 3.

Динамика уровня тревожности у пациентов основной и контрольной групп через 2 месяца лечения

Уровень тревожности	Основная группа до лечения, n=52	Основная группа через 2 месяца, n=52	Контрольная группа до лечения, n=46	Контрольная группа через 2 месяца, n=46
Ситуативная тревожность				
Низкий	2 (3,8%)	5 (9,6%)	1 (2,2%)	2 (4,3%)
Средний	10 (19,2%)	22 (42,3%)	8 (17,4%)	12 (26,1%)
Высокий	18 (34,6%)	17 (32,7%)	16 (34,8%)	17 (37,0%)
Очень высокий	22 (42,3%)	8 (15,4%)	21 (45,7%)	15 (32,6%)
Личностная тревожность				
Низкий	5 (9,6%)	6 (11,5%)	3 (6,5%)	3 (6,5%)
Средний	14 (26,9%)	17 (32,7%)	10 (21,7%)	12 (26,1%)
Высокий	18 (34,6%)	17 (32,7%)	15 (32,6%)	16 (34,8%)
Очень высокий	15 (28,8%)	12 (23,1%)	18 (39,1%)	15 (32,6%)

Примечание: динамика ситуативной тревожности в основной группе — $p=0,012$; в контрольной группе — $p=0,438$; межгрупповые различия через 2 месяца — $p=0,041$. Динамика личностной тревожности в обеих группах статистически незначима ($p>0,05$).

Изменения личностной тревожности носили менее выраженный характер. Через 2 месяца лечения её структура существенно не изменилась ни в основной, ни в контрольной группе ($p>0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о преимущественном влиянии фитоседативной терапии на ситуативную тревожность, непосредственно связанную с текущим заболеванием, условиями лечения и эмоциональным состоянием пациента, тогда как личностная тревожность как более устойчивая характеристика за двухмесячный период существенных изменений не претерпела.

Снижение ситуативной тревожности у пациентов основной группы позволило предположить уменьшение общего психоэмоционального напряжения. Для оценки того, сопровождались ли эти изменения перестройкой вегетативной регуляции, следующим этапом была изучена динамика вегетативного тонуса.

Через 2 месяца лечения изменения состояния вегетативной регуляции были более выражены у пациентов основной группы (Табл. 4). Доля больных с гиперсимпатикотонией снизилась с 46,2% до 19,2%, тогда как частота эйтонии увеличилась с 9,6% до 30,8%. Изменения структуры вегетативного тонуса в основной группе были статистически значимыми ($p=0,008$). В контрольной группе частота гиперсимпатикотонии также уменьшилась — с 52,2% до 28,3%, однако преимущественно за счёт увеличения доли симпатикотонии с 28,3% до 50,0%, тогда как частота эйтонии практически не изменилась — 8,7% и 10,9% соответственно. Динамика в контрольной группе статистической значимости не достигала ($p=0,104$).

Таблица 4.

Динамика показателей кардиоинтервалографии у пациентов основной и контрольной групп через 2 месяца лечения

Показатель	Основная группа до лечения, n=52, M±m	Основная группа через 2 месяца, n=52, M±m	Контрольная группа до лечения, n=46, M±m	Контрольная группа через 2 месяца, n=46, M±m	p после лечения
Мо, сек	0,70±0,03	0,78±0,02	0,688±0,04	0,70±0,04	0,075
АМо, %	34,5±2,0	26,1±2,2	33,2±2,2	34,4±2,3	0,010
Δх, сек	0,27±0,03	0,31±0,01	0,25±0,02	0,28±0,04	0,450
ИН, у.е.	294,4±58,4	128,2±20,1	329,0±110,9	298,2±70,2	0,022
АМо/Мо	66,2±4,5	38,4±5,0	64,4±4,6	60,2±4,8	0,002
НРС, у.е.	22,4±2,5	8,4±1,0	24,2±2,6	18,6±2,8	0,0009
ИВР, у.е.	348,2±62,0	160,2±20,4	392,8±128,4	324,2±72,0	0,031

Данные кардиоинтервалографии подтвердили более выраженную положительную динамику вегетативной регуляции в основной группе. Через 2 месяца лечения у пациентов, получавших фитоседативную терапию, отмечено снижение АМо до 26,1±2,2% против 34,4±2,3% в контрольной группе (p=0,010). Наиболее существенные различия установлены по показателям, характеризующим напряжение регуляторных систем. Индекс напряжения в основной группе снизился с 294,4±58,4 до 128,2±20,1 у.е., тогда как в контрольной группе через 2 месяца сохранялся на уровне 298,2±70,2 у.е. (p=0,022). Аналогичная направленность изменений установлена для показателей АМо/Мо, НРС и ИВР, межгрупповые различия по которым через 2 месяца лечения также были статистически значимыми (p<0,05).

Таким образом, включение фитоседативной терапии в комплексное лечение сопровождалось уменьшением гиперсимпатикотонии, увеличением доли пациентов с эйтонией и снижением напряжения регуляторных систем. Полученные изменения свидетельствовали о более выраженной нормализации вегетативной регуляции у пациентов основной группы.

Выводы

1. У больных осложнённым туберкулёзом позвоночника психовегетативные нарушения характеризуются высоким уровнем тревожности, преобладанием симпатических влияний и напряжением адаптационно-компенсаторных механизмов, что обосновывает необходимость их коррекции в процессе комплексного лечения.

2. Включение фитоседативной терапии в комплексное лечение способствует снижению ситуативной тревожности, нормализации вегетативной регуляции и положительной динамике адаптационно-компенсаторных реакций, что позволяет рекомендовать её применение у больных осложнённым туберкулёзом позвоночника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Gan J, Zhang C, Tang D, Du X. Surgical treatment of spinal tuberculosis: an updated review. J Orthop Surg Res. 2024;19:. doi:10.1186/s13018-024-**-**.
2. Ruparel S, et al. Surgical management of spinal tuberculosis: the past, present, and future. J Clin Orthop Trauma. 2022;31:101939. doi:10.1016/j.jcot.2022.101939.
3. Duko B, Bedaso A, Ayano G. The prevalence of depression among patients with tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry. 2020;19:30. doi:10.1186/s12991-020-00281-8.
4. Assefa S, et al. Depression, anxiety and their associated factors among patients with tuberculosis. BMC Psychiatry. 2023;23:. doi:10.1186/s12888-023-**-**.

5. Agbeko CK, Mallah MA, He B, et al. Mental health status and its impact on TB treatment and its outcomes: a scoping literature review. *Front Public Health*. 2022;10:896730. doi:10.3389/fpubh.2022.896730.
6. Dhouibi J, Kalai A, Chaabeni A, et al. Rehabilitation management of patients with spinal tuberculosis. *Medicine International*. 2024;4:18. doi:10.3892/mi.2024.180.
7. van Hoorn R, Jaramillo E, Collins D, Gebhard A, van den Hof S. The effects of psycho-emotional and socio-economic support for tuberculosis patients on treatment adherence and treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(4):e0154095. doi:10.1371/journal.pone.0154095.
8. Zuo X, Dong Z, Zhang P, et al. Cognitive-behavioral therapy on psychological stress and quality of life in subjects with pulmonary tuberculosis. *Psychol Health Med*. 2022;27(Suppl 1):196-205. doi:10.1080/13548506.2021.2014877.
9. Mittal S, Yadav G, Ahuja K, et al. Predicting neurological deficit in patients with spinal tuberculosis. *Asian Spine J*. 2021;15(6):811-819. doi:10.31616/asj.2020.0428.
10. Shrivastava N, Singh P, Nayak B, Garg B. Lower urinary tract symptoms in spinal tuberculosis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2019;44(21):E1263-E1268. doi:10.1097/BRS.0000000000003137.
11. Alene KA, Wangdi K, Colquhoun S, et al. Tuberculosis related disability: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2021;19:203. doi:10.1186/s12916-021-02063-9.
12. Пулькина О.Н., Мушкин А.Ю., и соавт. Болевой синдром у больных туберкулёзным спондилитом. *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2017;95(6):52-58.
13. Нагаев А.И., Шергина Е.А., Карпина Н.Л., и соавт. Вегетативная регуляция у больных туберкулёзом органов дыхания. *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2022;100(4):37-44.
14. Шовкун Л.А., Клименко Н.Ю., Аксенова В.А., и соавт. Вегетативный дисбаланс и возможности его коррекции у больных туберкулёзом. *Туберкулёз и болезни лёгких*. 2020;98(11):44-50.
15. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 6: Tuberculosis and comorbidities. Geneva: World Health Organization; 2022.

Поступила 20.06.2026