



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДОРОВЬЯ  
КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ**

***РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ***

**«ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОСОМАТИКА В ХХІ ВЕКЕ»  
(05 июня 2024 г.)**



**Фергана**

## **СБОРНИК КОНФЕРЕНЦИИ**

*Редакционная коллегия республиканской научно  
практической конференции Ферганского медицинского  
института общественного здоровья*

*Главный редактор      Сидиков А.А. - д.м.н., профессор, ректор  
ФМИОЗ*

*Зам.глав редактора      Болтабоев У.А. - проректор по учебной  
работе, PhD*

*Кадирова М.Р. - проректор по научной работе  
и инновациям, д.м.н., профессор*

*Редколлегия              Мурадинова А.Р. – заведующая кафедрой  
«Неврологии и психиатрии», PhD*

*Махмутов Р.Х. – ассистент кафедры  
«Неврологии и психиатрии», ответственный  
кафедры по науке*

*Редактор компьютерной*

*Графики*

*Валитов Э.А – Руководитель центра  
информационных технологий*

## УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДИСК ЧУРРАЛАРИНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАЛАРИ, ВЕРТЕБРОГЕН ОҒРИҚ СИНДРОМЛАР ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ

**Ахмадjon А. И.**

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти Неврология ва  
психиатрия кафедраси ассистиенти

- 1. Мақсад.** Умуртқа поғонаси жароҳатлари асосан йирик шахарлар, мегаполисларда учрайди. ЖССТ хабарига кўра, дунё бўйлаб ярим миллион инсон умуртқа поғонасидан жароҳат олади ва уларнинг аксари умуртқа поғонаси диск чурралари билан касалланадилар.
- 2.** АҚШ да ҳар йили 50 мингга яқин умуртқа поғонаси синиши ва 10 мингга яқин орқа мия жароҳатланиши кузатилади. Куз ва қиш фаслида респиратор касалликлар билан биргаликда меҳнат фаолиятини вақтинчалик чекланишига олиб келувчи сабаблардан ҳисобланадим. Касалликнинг пик учраш чўққиси 35 ёшдан 55 ёшгача бўлган аҳоли қисмига тўғри келади .
- 3.** Умуртқа поғонаси диск чурраси умуртқалар остехондрозининг оғир асорати бўлиб бел ва оёқ ёки кўлларда оғриқ пайдо бўлишига сабаб бўлади. Умуртқа поғонаси диск чурраси дискнинг пулпоз ядроси эзилиши ва фиброз халқанинг ёрилиши ҳисобига юзага келади. Хосил бўлган чурра атроф тўқималарни қон томирларни, нерв илдизларини босиши ва нерв иннервациясининг асосан периферик типдаги бузилиши билан кечиши сабабли периферик тўқималарда трофиканинг бузилиши ёки айнан шу семантга тегишли нервнинг оғир зарарланиши оғир ҳолатларда эса умуман узилишига олиб келиши мумкин. Фиброз халқанинг қайта тикланиши ёшга хос компенсатор механизм сифтида кечади, яъни диск регенерацияси узоқ вақтни талаб қилади ва унинг тўлиқ тиклангунига қадар кетган вақт оралиғидаги физик юкламалар, кун давомида орттириладиган физиологик микрожароҳатлар дискнинг тўлиқ тикланишига тўсқинлик қиладим.
- 4.** Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики умуртқаларо диск чурраси асосан аёлларда кўкрак сегменти ҳамда бел сегментларида кўп учраши ва эркакларда эса асосан бел-думғаза соҳаси сегментларида кўп учраши билан ўзига хосдир. Аёлларда умуртқаларо диск чуррасининг асосий сабалардан

тана вазнининг нормадан кўп ортиши, эркакларда эса оғир жисмоний меҳнат ёки гавданинг нотўғри шаклланишига олиб келувчи доимий касб эгаларида тез-тез учраши аниқланди. Вояга етган ва меҳнат фаолиятига лаёқатли дунё ахолисининг 50% дан 80% гачаси йилда бир марота бўлса ҳам бел ва умуртқа поғонаси билан боғлиқ оғриқларга дучор бўладилар. Беморларнинг 2/3 қисми доимий оғриқдан, 15% беморлар эса чидаб бўлмас ва эркин харакатланишни чекловчи оғриқлардан шикоят қиладилар.

**5.** Умуртқалараро диск чуррасининг катта ёки кичиклиги баъзан унинг оғриқ келиб чиқиши ва оғриқнинг кучли ёки кучсиз бўлишига бевосита таъсир этмайди. Балки хоси бўлган диск чуррасининг атроф тўқимага айниқса нерв тўқимасининг айнан босилишига сабаб бўлсагина оғриқ пайдо бўлиши ёки нерв фаолиятининг бузилишига сабаб бўлиши мумкин, яъни анчагина катталикдаги чурра атроф тўқиманинг компрессиясига сабаб бўлмаллиги ҳам мумкин.

**1.** **Материал ва текширув усуллари.** Тадқиқот Фарғона вилоят ногирон болаларни реабилитация қилиш маркази неврология бўлимида ўтказилди. Тадқиқот ўтказилаётган барча беморлар умуртқа поғонаси МРТ, КТ текширувларидан ўтказилди. Тадқиқотда жами 30 та бемор қатнашди, улардан 12 таси эркаклар 18 таси аёлларни ташкил қилди. Эркак беморларнинг ўртача ёш кўрсаткичи 41,6 ёшни, аёллар эса 43,6 ёшни ташкил қилди. Эркакларда ўртача бўй узунлиги кўрсаткичи 168,7 см. Аёлларда эса 159,63 см ни ташкил қилди. Вазн бўйича ўртача кўрсаткич эркакларда 75,59 кг, аёлларда эса 74,03 ни ташкил қилди. Антропометрик таққослашлар аёлларда тана вазнининг нормага нисбатан ортиқлиги эркакларга нисбатан юқори эканлиги кузатилди.

**Натижалар.** Тадқиқот давомида умуртқалараро диск чуррасининг катта ёки кичиклиги баъзан унинг оғриқ келиб чиқиши ва оғриқнинг кучли ёки кучсиз бўлишига бевосита таъсир этмайди.

10. Беморларда диск чурралари асосан умуртқа поғонасининг L4-5, L 5-S1, L 3-L4 сегментларида кўп учраши ва аёлларда эркакларга нисбатан кўкрак сегменти чурралари VTh11-12, VTh12 ва VL1 сегментларида ҳам кўп учрайди. Яна бир асосий жихатларидан бири кўкрак сегменти чурралари аёлларда эркакларда учрайдиган кўкрак сегментлари чурраларига нисбатан хажми бўйича нисбатан катта бўлади. Эркакларда эса L5-S1, L4-5, L 3-4 сегментлари чурралари нисбатан катта хажимга эга бўлади.

**Хулоса.** Умуртқа поғонасининг диск чурралар учраши бўйича жинс билан боғлиқлик жойи йўқ. Кўп холларда L4-5, L 5-S1, L 3-L4 сегментларида учрайди.

Чурранинг хажми бўйича таққосланганда эркакларда L5-S1, L4-5, L 3-4 сегментларида каттароқ хажимда, аёлларда эса L3-4, Th12-L1, Th11-12, L4-5 сегментларида каттароқ хажмда учрайди.

# REMITTIRLASHGAN TIPDAGI KECHUVCHI SHIZOFRENIYANING UZOQ BOSQICHLARI: TIPOLOGIYASI, KLINIKO-PSIXOPATOLOGIK XUSUSIYATLARI, PROGNOZI, PROFILAKTIKASI

G'ulomqodirov M.M.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti "Nevrologiya va psixiatriya" kafedrası  
(Farg'ona, O'zbekiston)

**Tadqiqot maqsadi.** Remittirlashgan shizofreniya prognozi uchun remissiyalarning yangi klinik tipologiyasini ishlab chiqish.

**Tadqiqot usuli va obyekti.** Kasallikning davomiyligi 15 yildan ortiq bo'lgan remittirlashgan shizofreniya bilan og'riqan bemorlarni klinik-epidemiologik va klinik-psixopatologik tekshirish o'tkazildi. 100 nafar bemor (asosiy guruh) o'rganildi: Farg'ona va Andijon viloyatlari asab - psixiatriya dispanserida davolanayotgan 18 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 60 nafar erkak (60 foiz), 40 nafar ayol (40 foiz) . Nazorat guruhi sifatida biz xurujsimon progredient shizofreniya bo'lgan 40 nafar bemorni tekshirdik.

Bemorlarning ijtimoiy moslashuvini kvalifikatsiya qilishda remittirlashgan shizofreniyaga nisbatan ijtimoiy moslashuv darajalarining o'zgartirilgan parametrlari qo'llanilgan: 1-daraja - ijtimoiy moslashuv kasallikdan oldingi darajada; 2-a-daraja - kasbiylikni saqlab qolgan holda ijtimoiy moslashuvning pasayishi; 2-b darajasi - ijtimoiy va kasbiy moslashuvning pasayishi.

**Natijalar.** Remittirlashgan shizofreniya turli xil psixopatologik tuzilmalarning tutilishlarining rivojlanishi va yuqori sifatli remissiyalarning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Shunga qaramay, bemorlarda siklotimga o'xshash tabiatning affektiv kasalliklari ko'pincha kuzatiladi. Bunday buzilishlar , odatda, bemorlarda kasallikdan oldin bo'lgan ko'rinishlarga o'xshashdir .

1. Psixozning har qanday oqibatlarini aniqlanmagan tanaffus va shaxsiyatning yengil (arziyas) o'zgarishi bilan remissiyalar (Remittirlashgan shizofreniya bilan 90 bemor, 90 %; xurujsimon shizofreniya bilan - 10 bemor, 10%), izolyatsiyaning kuchayishi bilan ifodalangan, xudbinlik, hissiy qashshoqlik, yaqinlaringizga sovuqqonlik, qiziqish doirasining torayishi, astenik hodisalarni yengish istagi yo'qligi.

2. Remissiyaning astenik turi aniqlandi barcha remissiya holatlarida. Autizm ko'rinishidagi engil salbiy buzilishlar fonida hissiy tekislash, astenik alomatlar qayd etilgan: umumiy zaiflik, charchoq, qattiq shovqinlarga toqat qilmaslik, asabiylashish, injiqlik, somatik shikoyatlar.

3. Remissiyaning nevrozga o'xshash turi nevrozga o'xshash alomatlar bilan davom etdi: letargiya, charchoq, asabiylashish, bosh og'rig'i, uyqu buzilishi.

4. Remissiyalarning timopatik turi engil shaxsiy o'zgarishlar fonida kayfiyatning engil o'zgarishi (subdepressiyadan gipomaniyagacha) bilan davom etdi. Yetakchi alomat psixotik darajaga etmagan sababsiz kayfiyat o'zgarishi.

5. Remissiyaning psixopatik turi qo'pol portlovchi reaksiyalarning mavjudligi, o'ta egosentrizm, yaqinlarga qarshilik, bilan tavsiflangan.

6. Qoldiq simptomlar bilan remissiyalar gallyutsinatsiyali va boshdan kechirilgan psixozni to'liq tanqid qilishning yo'qligi bilan tavsiflangan.

**Xulosa.** Remittirlashgan shizofreniya bilan yengil (kichik) shaxsiy o'zgarishlar bilan tanaffuslar va remissiyalar ko'proq kuzatildi. Remissiyaning psixopatik turi va qoldiq belgilari bilan remissiya, aksincha, Xurujsimon-progredient shizofreniyada sezilarli darajada tez-tez kuzatilgan (mos ravishda: 14,9% va 27,5%,  $P < 0,05$ ; 0% va 27,5%,  $P < 0,05$ ).

## **INSULTDAN KEYINGI DAVRDA PSIXOMOTOR REABILITATSIYA SAMARADORLIGINI O`RGANIB BAHOLASH**

**Ibodulloyeva M.B., Ibodullayev Z.R.**

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

**Tadqiqot maqsadi.** Serebral insultlardan keyingi davrda psixomotor terapiya samaradorligini o'rganib baholash.

**Tadqiqot usuli va obykti.** Tadqiqot bosh miya katta yarim sharlarida ishemik insult o'tkazgan 32 nafar bemorda olib borildi. Kogortaga faqat erkaklar tanlab olindi. Insult lateralizatsiyasi bo'yicha bemorlar 2 guruhga ajratildi: 1-guruh – 16 nafar chap yarim shar, 2-guruh – o'ng yarim shar insulti. 1-guruhning o'rtacha yoshi –  $46,6 \pm 5,4$  yil; 2-guruh –  $44,3 \pm 6,2$  yil. Insult a.carotis interna trombozi tufayli rivojlangan bo'lib, ishemiya asosan a.cerebri media sohasida kuzatildi. Nazorat guruhini xuddi shu hafzada ishemik insult o'tkazgan 30 nafar erkak jinsiga mansub bemorlar tashkil qildi. Ular an'anaviy terapiya o'tkazilayotgan bemorlar bo'lib, psixomotor terapiya olayotganlar natijasi bilan taqqoslab o'rganildi. Anamnestik ma'lumotlar va klinik-nevrologik tekshiruvlar asosida qo'yilgan klinik tashxis MRT va braxiosefal arteriyalar dopplerografiyasi yordamida yanada oydinlashtirildi. Tadqiqot ishlari insultning kech tiklanish davrida olib borildi. Jismoniy faolligini baholash uchun Fugl-Meyer (Fugl-Meyer Assessment) testi, mayda motorikani aniqlash uchun "Quti va kubik" testi (Box and blocks test (BBT) tanlab olindi.

**Natijalar.** ISRP instituti tajribasi asosida 30 kun mobaynida olib borilgan psixomotor terapiya insultdan keyingi funksiyonal tiklanishda samarali ekanligini ko'rsatdi. Fransuz mutaxassislari tajribasiga asoslanib psixomotor terapiya bemor va uning yaqinlariga ham o'rgatib uyda ham davom ettirildi. Bu esa ushbu metodikaning afzallik tomonlaridan biridir. Insultdan keyingi rehabilitatsiya jarayoniga psixomotor terapiya qo'shilgan guruhda funksiyonal tiklanish darajasi biz qo'llagan shkalalar bo'yicha 2-2,5 barobarga ( $p \leq 0,01$ ) oshdi, falajlangan qol'da mayda motorika hajmi oshdi.

**Xulosa.** Psixomotor terapiyani reabilitatsiya jarayonlariga kiritish insultdan keying funksiyonal tiklansihlarni jadallashtiradi, nogironlik darajasini kamaytiradi, hayot sifatini oshiradi va tabiiyki iqtisodiy samaradorlikni ta`minlaydi. Tadqiqot ishlari davom ettirilmogda va uning to`la natijasi keyingi nashrlarda bayon qilinadi.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

**Камбарова Д.Н., Усманова Д.Д., Абдулхафизов А.**

Андижанский Государственный медицинский институт  
Ташкентский Педиатрический медицинский институт  
Ферганский государственный институт общественного здоровья

**Цель исследования:** определить уровень липидов в сыворотке крови пациентов с мигренью и сопоставить его с мигренью и характеристиками пациентов, чтобы понять вклад этих факторов вместе.

**Материалы и методы.** Обследовано 118 пациентов с мигренью и 20 здоровых людей из контрольной группы. Пациенты были разделены на 3 группы. 1 группу составили 38 пациентов с ХМ с длительностью головной боли до 5 лет и гипотиреозом. Во 2 группу вошли 41 пациент с ХМ с длительностью головной боли более 5 лет и гипотиреозом. 3 группу составили 39 пациентов с ХМ без гипотиреоза. Также была создана группа контроля, в которую вошли 20 практически здоровых лиц. Уровни липидов в сыворотке рассчитывали и сравнивали с контрольной группой. Также были проанализировали клинические характеристики больных и их корреляция с уровнем липидов. Для определения предикторов уровня липидов в сыворотке был проведен регрессионный анализ.

**Результаты.** Уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) были значительно выше в группе с мигренью с гипотиреозом с длительностью более 5 лет. При оценке анализа липидного спектра у исследуемых лиц выявились результаты отличные от нормативных показателей: увеличено от нормы: общий холестерол –  $6,6 \pm 0,3$  ммоль/л; ЛПОНП –  $1,1 \pm 0,08$  ммоль/л; ЛПНП –  $4,5 \pm 0,1$  ммоль/л; триглицериды –  $2,3 \pm 0,25$  ммоль/л и индекс атерогенности –  $5,7 \pm 0,1$ ; уменьшено от нормы: ЛПВП –  $1,0 \pm 0,01$  ммоль/л. Такое отклонение от нормы подтверждают причинно-следственную связь диагноза с гипотиреозом. Уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) показал тенденцию к увеличению и стал значительно выше в группе с мигренью после корректировки по возрасту. Среди клинических характеристик мигрени и демографических особенностей больных выявлена положительная корреляция только между возрастом и уровнями ОХ, ХС-ЛПНП и ТГ.

**Выводы или заключение.** Это исследование подчеркивает значительную положительную корреляцию между ТТГ в сыворотке и профилем липидов, указывая на то, что повышение уровня ТТГ в сыворотке было одним из самых ранних маркеров тканевого гипотиреоза, даже несмотря на то, что Т3 и Т4 были в пределах нормы. Таким образом, ТТГ может быть одной из причин гипотиреоза. вторичная гиперлипидемия и должна рассматриваться как самостоятельный фактор риска мигрени.

## **ЦИПРОФЛОКСАЦИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Косимова З. М.**

Ассистент кафедры Предметов Терапевтического направления Ферганского  
медицинского института общественного здоровья

**Цель исследования.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одно из распространенных заболеваний человека, во многом обусловленное загрязнением окружающей среды, табакокурением, повторными респираторными инфекциями.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 50 больных хронической обструктивной болезнью легких, в т. ч. 35 мужчин и 15 женщин. Лечение проводилось в соответствии с Международной программой «Глобальная стратегия, диагностика, лечение и профилактика ХОБЛ» (в английской аббревиатуре GOLD, 2003) и Федеральной программой по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких (2004).

**Результаты.** Больные были разделены на две сопоставимые по клиническим характеристикам группы (по 25 человек). У всех пациентов имело место усиление кашля, увеличение количества мокроты или ее гнойный характер, симптомы поражения верхних дыхательных путей, нередко - лихорадка, повышение частоты дыхания и сердечных сокращений более 20% от исходных данных, воспалительные изменения в крови, соответствующие рентгенологические явления. Всем пациентам назначались антибиотики: в 1-й группе (основная) - ципрофлоксацин (по 0,2 г 2 раза в сутки внутривенно) 5-7 дней, во 2-й (контроль) - цефазолин (по 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно) в течение того же периода. По показаниям больные получали М-холинолитики,  $\beta_2$ -агонисты, при возможности через небулайзер, теофиллины, оксигенотерапию, ГКС, нистатин, физиопроцедуры. Лечение проводилось под контролем клинико-рентгенологических, лабораторных данных, ФВД. У пациентов 1-й группы достоверно быстрее исчезали проявления обострения хронической обструктивной болезни легких. Средняя продолжительность

пребывания в стационаре в 1-й группе составила  $10,54 \pm 0,21$  дня, во 2-й -  $13,45 \pm 0,97$  дня ( $p < 0,05$ ).

**Выводы или заключение.** Таким образом, ципрофлоксацин целесообразно использовать в комплексном лечении больных с обострением хронической обструктивной болезни легких. Сокращение пребывания в стационаре в среднем на 3 дня у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й имеет существенный экономический эффект и значительно удлиняет сроки ремиссии у больных с хронической обструктивной болезнью легких.

## СУРУНКАЛИ ДЕПРЕССИЯНИНГ КЛИНИК ПРОГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

**Кучимова Ч. А., Болтаев К. К.**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Психиатрия, тиббий психология ва наркология кафедраси, (Самарқанд, Ўзбекистон)

**6. Мақсад.** Сурункали депрессияларнинг клиник прогностик хусусиятларини аниқлашдан иборат.

**2. Материал ва текширув усуллари.** Тадқиқотнинг объекти сифатида 2021-2023 йилларда Самарқанд вилояти рухий касалликлар шифохонасида субдепрессив бузилишлар билан даволанаётган 35 ёшдан 55 ёшгача бўлган 134 нафар бемор олинган, биринчи гуруҳга 84 нафар бемор ва иккинчи гуруҳига 50 нафар бемор киритилган. Илмий тадқиқот ишида клиник-психопатологик, клиник-типологик, клиник-катамнестик, психометрик, экспериментал-психологик, клиник-генеалогик, статистик усуллардан фойдаланилди.

**Натижалар.** Биринчи гуруҳ беморларда биринчи чўзилган фазагача касаллик давомийлиги ва депрессив фазалар сонининг бир-бирига ўзаро нисбати ўрганилганда 47,6% ҳолатда касаллик бошланишаданоқ чўзилиб кечди яъни биринчи чўзилган субдепрессив фаза касаллик дебюти ҳам бўлиб ҳисобланди. 35,9% ҳолатда биринчи чўзилган фазагача 1 ёки 2 та субдепрессив фаза кузатилди. Иккинчи гуруҳ беморларда биринчи чўзилган фазагача касаллик давомийлиги ва субдепрессив фазалар сонининг бир-бирига ўзаро нисбати ўрганилганда 9,0% ҳолатда касаллик бошланишаданоқ чўзилиб кечди яъни биринчи чўзилган субдепрессив фаза касаллик дебюти ҳам бўлиб ҳисобланди. 14,0% ҳолатда биринчи чўзилган фазагача 1 ёки 2 та субдепрессив фаза кузатилди. 1-гуруҳ беморларининг кўпчилигида DSM-III-R бўйича генерализацияланган ваҳимали бузилишлар (ГВБ) кузатилди. Бунда ГВБ таркибида “сергаклик ва хушёрлик” катта даражаларни камраб олди (44,2%), “вегетатив гиперфаоллик” (33,2%) ва “харакат зуриқиши” 22,3% ифодаланди. 2-гуруҳ беморларида ГВБ таркибида “сергаклик ва хушёрлик” (47,0%), “вегетатив

гиперфаоллик” ва “ҳаракат зуриқиши” деярли бир хил даражаларда ифодаланди (24,0% ва 29,0%). Субдепрессив бузилишларни прогноз қилишни математик модели ишлаб чиқилди. Прогностик модел хавф омилларини дискриминант таҳлилига асосланди, бу ўз ичига руҳий ва соматик касалликларга мойилликни, мияни экзоген комприментацияси характерини, резидуал церебрал-органик етишмовчилик белгиларини, шахсиятни преморбид хусусиятларини, психосоциал стрессорлар оғирлигини қамраб олди. Субдепрессив бузилишларни ривожланишини башорат қилиш аниқлиги 79,0% ни ташкил этди.

**Хулоса.** Сурункали депрессив хуружларни чўзилиб кечиши асосан касаллик шаклланишини бошланғич этапларида кузатилди ва ваҳимали бузилишлар ишончли белгилар билан аниқланди, шунингдек, субдепрессив бузилишларни ривожланишини башорат қилиш аниқлиги юқори кўрсаткичларга эга бўлди.

## **СУРУНКАЛИ ЖИГАР ЕНСЕФАЛОПАТИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Марупов А.Т.**

Фарғона Жамоат Саломатлиги Тиббиёт Институти, (Фарғона, Ўзбекистон)

**7. Мақсад.** Сурункали жигар енсефалопатияси бўлган беморларда когнитив бузилишнинг ўзига хос хусусиятларини очиб бериш.

**3. Материал ва текширув усуллари.** Сурункали жигар касаллигида енсефалопатия аста-секин ривожланади. Портал гипертензияда, кўпинча жигар сиррозиди портал-тизимли коллатералларнинг шаклланиши билан бирга келади. Жигар енсефалопатияси руҳий касалликлар ва хатти-ҳаракатларнинг ўзгариши билан тавсифланади. У яширин шаклда пайдо бўлиши мумкин, такрорий ёки сурункали бўлиб, гепатосеребрал дегенерацияга олиб келади. Кўпгина ҳолларда жигар енсефалопатиясининг ривожланишига бирор нарса сабаб бўлади, масалан, ошқозон-ичакдан қон кетиш, кислота-баз мувозанати (АБС), электролитлар бузилиши, гипоксия, гиперкапния, азотемия, инфекциялар ёки транквилизаторлар ва бошқа дориларни қабул қилиш.

**Натижалар.** Ҳар йили дунё бўйлаб 2 минг киши фулминант жигар етишмовчилигидан вафот этади. Ушбу симптом мажмуасидан ўлим даражаси 50-80% ни ташкил қилади. Фулминант жигар етишмовчилиги вирусли гепатит, отоиммун гепатит, ирсий касалликлар (масалан, Уилсон-Коновалов касаллиги) натижаси бўлиши мумкин); дори-дармонларни қабул қилиш (масалан, парацетамол), токсик моддаларга таъсир қилиш (масалан, тоадстоол

токсинлари). 30% ҳолларда фулминант жигар етишмовчилигининг сабаби номаълум.

Жигар етишмовчилиги бўлган беморлар жигар трансплантациясини талаб қилади. Ўткир жигар етишмовчилигида жигар енсефалопатияси ривожланиши мумкин. Ўткир жигар касалликларида бу асорат жуда кам учрайди, аммо унинг ўлим даражаси 80-90% га етади.

### **Когнитив бузилишларнинг патогенези ҳақидаги замонавий ғоялар**

Жигар етишмовчилигида жигар енсефалопатиясининг пайдо бўлиши қоннинг кислота-баз мувозанати ва электролитлар таркибининг бузилиши (нафас олиш ва метаболик алкалоз, гипокалемия, метаболик ацидоз, гипонатремия, гипохлоремия, азотемия) билан боғлиқ. Бундан ташқари, жигар етишмовчилиги бўлган беморларда гомеостаз ва гемодинамиканинг бузилиши мавжуд: гипо- ва гипертермия, гипоксия, бактериемия, гиповолемия, сувсизланиш, портал гипертензия ва коллатерал қон оқими, ўзгартирилган онкотик ва гидростатик босим. Ва мия тўқималарига зарар етказиш механизми астроситларнинг дисфункцияси билан боғлиқ бўлиб, улар миянинг хужайра таркибининг тахминан 30% ни ташкил қилади.

Астроцитларнинг дисфункцияси муҳим аҳамиятга эга. Астроситлар қон-мия тўсиғининг ўтказувчанлигини тартибга солиш, электролитлар мувозанатини сақлаш ва нейротрансмиттерларни мия нейронларига ташишни таъминлашда асосий рол ўйнайди; токсик моддаларни (хусусан, аммиак) йўқ қилишда.

Жигарнинг сурункали шикастланиши бўлса, мияга кирадиган аммиак астроситлар фаолиятининг бузилишига олиб келади, уларда морфологик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Натижада, жигар етишмовчилиги билан мия шиши пайдо бўлади ва интракраниал босим ошади.

Бундан ташқари, асосий астросит оқсилларини кодловчи генларнинг ифодаси бузилади, бу еса нейротрансмиттер бузилишларига олиб келади.

### **Жигар енсефалопатиясини даволаш ва олдини олиш**

Жигар етишмовчилигини ПЕ синдроми билан даволаш мураккаб вазифа бўлиб, бу асосан бирга келадиган патологиянинг мавжудлиги билан боғлиқ [4]. ПЕ учун терапевтик аралашувлар йўналишлари қуйидагилардан иборат: жигар шикастланишига олиб келадиган ва ПЕ ривожланишини/ўсишини қўзғатувчи омилларни аниқлаш ва йўқ қилиш; аммиакнинг ҳосил бўлиши ва сўрилишини камайтириш ёки унинг йўқ қилинишини ошириш [5]. Тез-тез такрорланадиган ва прогрессив жигар етишмовчилиги учун жигар трансплантацияси амалга оширилади.

Жигар сиррози ва ПЕ билан оғриган беморларнинг катта қисмида мия касалликларининг ривожланиши қўзғатувчи ("триггер") омиллар таъсирида юзага келади, улар орасида ошқозон-ичакдан қон кетиш, инфекциялар (шу

жумладан ўз-ўзидан бактериал перитонит), ич қотиши, бензодиазепинни қўллаш. ҳосилалари ёки опиятлар, гипокалемия ва гиповолемия. Камроқ сабаблар гепатоцеллюляр карсинома ва портал вена тромбозидир. ҲЕ ривожланиши ёки кўпайиши трансжугулар интраҳепатик шунт (ТИПСС) бўлган беморларда портосистемик шунтнинг кучайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин: бундай кирувчи таъсир уларнинг% да кузатилади, айниқса 65 ёшдан ошган беморларда хавф юқори. ёши. Шунтларнинг диаметри инвазив радиологик аралашувлар ёрдамида камайтирилиши мумкин, улар кўпинча консерватив давонинг етарли даражада самарасиз бўлган тақдирда амалга оширилади. ПЕнинг давом етишига катта ҳисса қўшадиган аниқ табиий портосистемик шунтлар бўлса, баъзи ҳолларда трансҳепатик ёки трансвенöz емболизация ёки жарроҳлик даволаш амалга оширилади.

Беморларни ушбу тадқиқотга киритиш мезонлари қон зардобиде вирусли гепатит Б ва С белгиларини аниқлаш ва спиртли ичимликлар тарихининг мавжудлиги учун ижобий натижалар еди. Тадқиқотга киритилган барча беморларда сурункали гепатит (34 бемор - 59,6%) ва жигар сиррози (23 бемор - 40,4%) босқичида ташхис қўйилган жигар шикастланиши, барча беморлар касалликнинг етиологиясига кўра бўлинган учта асосий гуруҳга бўлинади.

Беморларни ёшга қараб тақсимлашда биз Россия Федерацияси Тиббиёт фанлари академиясининг Геронтология институти томонидан қабул қилинган ва 1963 йилда ЖССТ Европа минтақавий бюроси томонидан тасдиқланган ёш таснифи схемасидан фойдаландик. Ушбу схема бўйича қуйидаги ёш тоифалари ажратилади:

ёш - 18-34 ёш;

етук - 35-45,

ўртача - 45-59 ёш,

кексалар - 60-74 ёш;

карилик - 75-90 ёш,

Статистик таҳлил СПСС Статистисс (ИБМ Сорп.), 21.0 версияси ёрдамида амалга оширилди. Тарқатишнинг нормаллиги Шапиро-Шилк тести ёрдамида синовдан ўтказилди. Оддий тақсимотга ега бўлган интервалли турдаги кўрсаткичлар учун маълумотлар ўртача арифметик ± стандарт оғиш ( $M \pm SD$ ), тақсимоти одатдагидан сезиларли даражада фарқ қиладиган маълумотлар учун - медиан ва юқори ва пастки кватриллар [Me[ЛҚ;УҚ] сифатида тақдим етилади. Ўлчовнинг номинал (сифатли) турига ега бўлган кўрсаткичлар бўйича маълумотлар гуруҳдаги мутлақ частоталар ва фоизлар сифатида тақдим етилади. Ўлчов оралиғи турига ега бўлган ўзгарувчилар учун гуруҳлардаги фарқларнинг аҳамияти Студент т-тести (нормал тақсимотдан сезиларли оғишлар бўлмаса) ёки

параметрик бўлмаган Манн-Шхитней тести (ўлчовдан сезиларли оғишлар бўлса) ёрдамида баҳоланди. нормал тақсимот). Номинал шкала турига ега бўлган ўзгарувчилар учун гуруҳлардаги фарқларнинг аҳамияти Фишернинг аниқ тести ёрдамида баҳоланди. 3 та гуруҳни солиштириш учун бир томонлама дисперсия таҳлили (1 томонлама АНОВА) пост ҳос таққослаш учун Тукей тести (нормал тақсимотдан сезиларли оғишлар бўлмаса) ёки Крускал-Шаллис тести (ҳолда); нормал тақсимотдан сезиларли оғишлар) ишлатилган. Кўрсаткичлар ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш учун корреляция коэффициенти ( $r$ ) ва унинг аҳамиятлилик даражасини ( $p$ ) аниқлаш учун корреляция таҳлили (параметрик бўлмаган Спирман даражали корреляция усули) ишлатилган. Ҳар хил хусусиятлар ўртасидаги кўп ўлчовли муносабатларни аниқлаш учун кўп ўзгарувчан регрессия таҳлили процедураси қўлланилди. Ўртача қийматлар ва корреляциялардаги фарқлар  $p < 0,05$  да статистик аҳамиятга ега деб ҳисобланади.

**Хулоса.** Шундай қилиб, жигар енцефалопатияси бўлган беморларнинг когнитив ҳолатини баҳолаш деманс даражасига етмайдиган когнитив функцияларнинг бузилишини аниқлади. Бузилишларнинг етакчи нейropsикологик механизми ихтиёрий фаолиятни тартибга солишнинг етарли емаслиги еди. Умумий ақлий фаолиятнинг пасайиши, ихтиёрий ва ихтиёрсиз диққатнинг дисфункцияси, интеллектуал мослашувчанликнинг пасайиши ва конструктив амалиётнинг бузилиши кузатилди. Кўпгина беморларда хотира бузилиши, фронтал-субкортикал тузилмалар патологиясида мнестик бузилишларга хос бўлган маълумотни еслаб қолиш ва сақлаш қобилиятини сақлаб қолган ҳолда, мустақил кўпайишнинг етарли емаслиги билан боғлиқ. Беморларнинг 21 фоизида ҳипокампа комплекс тузилмаларининг иштирокини акс еттирувчи бирламчи хотира бузилишлари аниқланган, ПЕ билан оғриган беморларда семантик хотирада бузилишлар йўқ еди.

## **БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ЗЎРИҚИШ БОШ ОҒРИҒИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Марупов А.Т.**

Фарғона Жамоат Саломатлиги Тиббиёт Институти, (Фарғона, Ўзбекистон)

**8. Мақсад.** Болаликнинг турли даврларида ГБН пайдо бўлишининг етакчи етиологик ва кўзгатувчи омилларини, унинг кечиши ва енгиллигининг ўзига хос хусусиятларини, шунингдек, ёш томонини ҳисобга олган ҳолда аниқлаш эди.

**4. Материал ва текширув усуллари.** 6 ёшдан 17 ёшгача ГБМ билан касалланган 138 та бемор текширилди. Ёши бўйича 3 гуруҳ мавжуд: 1 (кенжа)

болалар 6-9 ёш - 14 нафар; 2 (ўрта) болалар ва ўсмирлар 10-14 ёш – 58 нафар; 3 (енг кекса) ўсмирлар 15-17 ёш – 66 нафар.

**Натижалар.** Аксарият муаллифлар ГБНнинг болалик даврида бошланишини асосан психоемоционал стресс, таълим фаолияти ва касалликлар билан боғлашади. Бизнинг тадқиқотимизда ГБН билан касалланган болалар ва ўсмирлар кўпинча унинг пайдо бўлишига сабаб бўлган юқоридаги омилни учрпши -42,0% – гуруҳлар контекстида: 48,9%; 40,5%; 41,75%). Белгиланган сабаблар орасида энг муҳими мактаб ўқув юкидир– 18,3% (21,28%; 19,46%; 16,5%). ГБН бошланишига туртки бўлган омиллар бўйича ёш гуруҳлари ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар йўқ эди. Вақт ўтиши билан сабаб шунчаки унутилган бўлиши мумкин, лекин, еҳтимол, тизимли юкларнинг фонида, биринчи навбатда, ортиқча кучланиш, кейин еса мослашувнинг бузилиши содир бўлади. Шундай қилиб, кундалик мунтазам ижтимоий фаолият ГБН шаклланиш механизмига стрессларга қараганда кўпроқ таъсир қилади омилдир. Бунда бемор учун омилнинг индивидуал аҳамияти муҳим рол ўйнайди. Боладаги ички салбий тажрибалар мавзусини аниқлаш ҳар доим катта қийинчиликларни келтириб чиқаради. Болалар ҳар доим ҳам уларни ташвишга соладиган нарсаларни ўзлари енгишмайди. Туйғуларни бостириш, уларни амалга ошира олмаслик психо-эмоционал кучланишни кучайтиради ва Марказий асаб тизимининг, шу жумладан лимбик-ретикуляр комплекс ва автоном асаб тизимининг адаптив механизмларини бузилишига олиб келади. Таҳлил ГБН эпизодларининг пайдо бўлишига сабаб бўлган сабаблар амалга оширилади. Асосийлари таъкидланган: об-ҳаво ўзгариши, ҳиссий тажрибалар, жисмоний зўриқиш, ақлий (тарбиявий) юклар, номаълум сабаблар ва х.к.з. Маълум сабаблар орасида энг кўп учрайдиган мактаб ва ўқув юкларлари - сўровда қатнашганларнинг 46 таси (33,6%) ва бола ўсиб улғайган sayin уларнинг аҳамияти камаяди (38.3%; 38.38%; 28.16%, навбати билан). Бу эҳтимол сурункали жараён ўз мустақил механизмлари томонидан қўллаб-қувватланганда, бу касалликнинг узокроқ давомийлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бундан ташқари, ўрта мактаб ёшида ўқув юки куннинг кўп вақтини олади ва аста-секин безовта қилувчи омил сифатида тан олинисни тўхтатади. Статистик жиҳатдан ишончли турли ёш гуруҳларидаги беморлар ўртасидаги фарқлар тадқиқот давомида оғриқ синдромини дам олиш орқали ўз-ўзини енгилаштириш беморларнинг кўп сони орасида содир бўлганлиги аниқланди: 83 нафар (60.5%): 72.34%; 58.38%; 60.68%, навбати билан.

Ёш гуруҳ болаларида ГБНни енгилаштириш усули сифатида дам олиш энг мақбул эди. Ўрта ва катта гуруҳларнинг ўспиринлари оғриқ қолдирувчи воситалардан кўпроқ фойдаланишган (10,64%; 21,08%; 20,39%). Ушбу маълумотлар яна бир бор касалликнинг аниқ органик асослари йўқлигини кўрсатади, аммо адаптив механизмларнинг бузилиши, Марказий асаб тизимидаги жараёнларнинг номутаносиблиги мавжуд. Текширилган беморлар, аксарият ҳолларда, кун давомида бош оғриғи интенсивлигининг ўзгаришини сезмадилар: (87.2%; 70.3%; 74.8%. навбати билан). Ушбу хусусиятда статистик

жихатдан сезиларли фарқлар мавжуд эмас Эътиборга лойиқ бўлган қўшимча параметр-бу таътил пайтида ҳолатни яхшилаш. Шундай қилиб, ўрганилганларнинг 77 таси (55,7%) таътил пайтида ва ёзда фаровонлик яхшиланишининг кўрсатди (38,30%; 62,16%; 53,88%). Фаровонликнинг қайд этилган яхшиланишининг энг юқори частотаси ўрта ёш гуруҳида содир бўлди, 1-гуруҳ болалари ва 3-гуруҳ ўсмирлари таътил пайтида ўқишни давом эттирмақдалар, бу еса юк ва тегишли бош оғриши сақланишига олиб келади.

**Хулоса.** ГБН билан оғриган болалар ва ўсмирлар кўпинча касалликнинг бошланиш сабабини аниқ кўрсатиш қийин. ГБН пайдо бўлишининг энг муҳим омили, шунингдек, бош оғриғи хужумларининг провокацияси мактаб ўқув юклари ҳисобланади. Об-ҳавонинг ўзгариши кекса гуруҳ учун соғлиғининг ёмонлашиши учун муҳим, бошқа сабаблар еса 1-гуруҳ беморлари учун муҳимдир. Дам олиш фониди оғриқни ўз-ўзидан йўқотиш ёш ёшдаги болалар учун одатий ҳолдир, ўрта ва катта гуруҳларнинг ўспиринлари оғриқ қолдирувчи воситалардан тез-тез фойдаланадилар.

## **МЕТОДИКА АВС И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА**

**М.Л. Аграновский, А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмутов**

Андижанский государственный медицинский институт

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Республика Узбекистан (Андижан, Фергана, Узбекистан)

**Цель исследования.** Определить эффективность применения методики АВС для коррекции невротических расстройств у больных с различными формами псориаза.

**Материал и методы.** В Ферганском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз нами обследованы 40 больных, различными формами псориаза, из них 26 мужчин и 14 женщин в возрасте от 18 до 65 лет. В процессе исследования помимо клинико-психопатологического метода были использованы шкала оценки депрессии по Беку, а также шкала самооценки реактивной и личностной тревоги по Спилбергеру-Ханину.

**Результаты.** В результате исследования у 50% больных было выявлено наличие умеренной реактивной и высокой личностной тревожности. У 10% всех обследуемых отмечалась депрессия на субклиническом уровне. Обращает на себя внимание, что более чем у 30% пациентов обнаружена причинно-следственная связь манифеста и обострений кожных заболеваний с психотравмирующей ситуацией. Всем нуждающимся больным успешно была

применена методика АВС. У пациентов отмечалось значительное улучшение психоэмоционального состояния и редукция симптомов основного дерматологического заболевания.

**Выводы или заключение.** Данные исследования свидетельствуют о наличии психических расстройств у большинства обследуемых, а также влияние психотравмирующих факторов на возникновение и прогноз кожной патологии при псориазе. Таким образом, в комплекс лечебных мер возможно включение методики АВС для коррекции невротических расстройств у больных с псориазом.

## **ТРУДНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ: НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**Мурадимова А.Р.**

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья  
кафедра неврологии и психиатрии  
(Фергана, Узбекистан)**

**Цель исследования.** Оценить эффективность использования биоакустической коррекции головного мозга (БАК) и транскраниальной микрополяризации (ТКМП) у детей с проблемой трудности обучения школьной программы.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 44 детей, с проблемой трудности обучения в виде дислексии, дисграфии и дискалькулии, в возрасте от 6 до 7 лет (средний возраст  $6,5 \pm 0,3$  лет), которые посещают подготовительные группы в дошкольном учреждении. Из них 25 мальчиков и 19 девочек. Исследование проводилось в детском реабилитационном центре частной клинике ДАВР г.Ферганы за период с 2022 по 2023 года.

**Результаты.** В результате проведенного исследования у детей в основной группе был улучшен почерк, улучшилась ассоциативная речь, увеличилась усидчивость, увеличилось внимание.

**До лечения:** не усидчив, не сосредоточен на занятиях, на определенном виде деятельности, гиперактивный, подготовительные школьные занятия выполняет через "Надо", нарушен рассказ, нарушена память, почерк плохой, разукрашивание плохое, хаотичное. При полном исследовании ребенка был поставлен диагноз: СДВГ. Трудности в обучении (дисграфия, дислексия). Ребенку назначен 1-й курс лечения:

1. Транскраниальная микрополяризация 15 сеансов
2. БАК-терапия 7 сеансов

### 3. Занятия с нейропсихологом 15 сеансов.

**После лечения:** Пациент начал больше вникать в суть вопросов и событий, улучшился пересказ, улучшилась память на заучивание, очень хорошо улучшился почерк, чтение, уменьшился "отказ" на просьбы.

**Выводы или заключение.** Применение ТКМП и БАК терапий у детей дошкольного возраста с проблемой трудности обучения комплексно с занятиями логопедов и нейропсихологов достоверно уменьшает количество клинических признаков и снижает степень выраженности симптомов состояния.

По данным психофизиологического теста на внимание, письмо, чтение, счёт использование ТКМП и БАК оптимизирует функцию внимания, что проявляется улучшением специфических показателей внимания (уменьшением количества ошибок, пропуска значимых стимулов, контролем импульсивности), почерка, чтения, памяти.

Таким образом, ТКМП и БАК терапии высокоэффективная методика, направленная на восстановление процессов саморегуляции и улучшить когнитивное и эмоциональное состояние ребенка.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Мурадимова А.Р., Абдиолимов М.Х.**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья (Фергана,  
Узбекистан)

Ферганский областной многопрофильный медицинский центр (Фергана,  
Узбекистан)

**Цель исследования.** На основании изучения клинической картины, состояния гемодинамики и особенностей функционирования центральной нервной системы, соматического и речевого статуса, состояния ВПФ у больных с ОНМК исследовать возможность применения методики биоакустической коррекции в рамках мультидисциплинарной программы.

**Материал и методы.** Обследовано 17 больных с ишемическим инсультом (атеротромботический тип) впервые 10 дней. Возраст больных колебался от 41 года до 83 лет. Кроме того, для достоверности результатов исследования была взята контрольная группа в количестве 17 человек (ишемический инсульт, атеротромботический тип). Сопутствующие заболевания имели место у 98,2 %, как в контрольной, так и в экспериментальной группе. Всем больным проводились общеклинические, лабораторные, инструментальные, психофизиологические и логопедические методы исследования. Процедура

проводилась с помощью устройства преобразования суммарной электрической активности головного мозга в звук музыкального диапазона для биоакустической нормализации психофизиологического состояния человека, компьютеризированного «Синхро-С». Метод разработан сотрудниками физиологического отдела имени И.П. Павлова Института экспериментальной медицины РАМН. В его основу положена ЭЭГ-зависимая сенсорная стимуляция. Преобразование сигналов ЭЭГ в звуковой образ выполнялась специально разработанным преобразователем (К.В. Константинов с соавт. 1997, 2000). Для регистрации ЭЭГ использовали усилители биопотенциалов. Сигналы ЭЭГ с правого и левого полушарий параллельно преобразовывались в звуковой образ и предъявлялись пациенту через четыре акустические системы.

Важно, преобразование происходит в реальном масштабе времени с минимальной задержкой на период времени, равный периоду колебания ЭЭГ, записываемому в память компьютера.

Сеанс БАК заключается в прослушивании пациентами акустического образа собственной ЭЭГ. Курс процедур состоял из 7 сеансов через день по 15-20 минут каждый, в зависимости от состояния пациента.

**Результаты.** Анализируя биоэлектрическую активность коры головного мозга больных ОНМК, мы обратили внимание на ее неоднородность, в отличие от обследуемых в группе сравнения. У 73 (69%) больных с ОНМК доминировал бета-ритм в зоне поражения или нарушение межполушарного взаимодействия (93 % от общей выборки). Удельный показатель ритма составил  $16,9 \pm 1,7\%$  и был достоверно ниже уровня этого же параметра в группе сравнения  $17,3 \pm 3,6\%$ ; ( $p < 0,01$ ). Выявленная корреляционная зависимость подчеркивает связь гемодинамических нарушений с органическим поражением ЦНС по ишемическому типу.

По данным исследования, повышенная вариабельность общего неврологического статуса зависела от зоны поражения, индивидуального соматического статуса, возраста пациента. Существенно различалось состояние адаптации больных в зависимости от типа биоэлектрической активности головного мозга. Неполная адаптация 2 и 3 степени чаще (67,9%) встречалась у пациентов с полиритмичной организацией ЭЭГ, в то время как у больных с доминирующим бета-ритмом в 46,8% случаев.

Следовательно, более выраженные нарушения по всем изученным нами показателям отмечаются у больных с полиритмичным типом организации биоэлектрической активности головного мозга. В результате проведенного курса реабилитации количество больных, предъявляющих жалобы на головную боль, уменьшилось в 5 раз в экспериментальной группе и в 3 раза в контрольной группе. Жалобы на речевые нарушения исчезли полностью у 86 % пациентов экспериментальной группы и у 32% больных контрольной группы. Количество

больных с полисимптомокомплексами в экспериментальной группе снизилось на две треть.

**Выводы или заключение.** Таким образом, проведенный курс реабилитации оказал положительное влияние на состояние адаптации больных. Положительная динамика адаптации и реактивности больных произошла за счет улучшения психоэмоциональной сферы и оптимизации вегетативного регулирования. Данные показатели отмечаются и другими исследователями (К.В. Константинов, 2000; М.Д. Дыбов, 2007). Наблюдаемые спектральные перестройки биоэлектрической активности коры головного мозга у больных ГБ сопровождались улучшением звукового образа ЭЭГ.

## **СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ СЕАНСОВ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Мурадинова А.Р., Усманова Д.**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья (Фергана, Узбекистан)

**Цель исследования.** В настоящем исследовании были проанализированы электроэнцефалограммы детей с задержкой психического развития, проходивших курсовое лечение с использованием метода биоакустической коррекции (БАК). Особенностью метода БАК является непроизвольная саморегуляция функционального состояния ЦНС, что делает возможным его применение при нарушениях эмоционально-волевой и когнитивной сфер психической деятельности.

**Материал и методы.** Было обследовано 12 детей (9 мальчиков и 2 девочки) в возрасте от 5 до 15 лет с диагнозами задержка психического развития и общее нарушение речи проходивших процедуры БАК. Курс процедур составлял от 5 до 20 сеансов. Сеансы заключались в прослушивании акустического образа собственной ЭЭГ в режиме реального времени, полученного на основе транспонирования частот исходной биоэлектрической активности головного мозга в область слышимых сигналов. От пациентов требовалось только слушать «звуки собственного мозга». Длительность сеанса составляла 15-25 минут. Регистрация ЭЭГ осуществлялась посредством четырех монополярных отведений (Fp1, Fp2, O1, O2) относительно объединенных ушных электродов с частотой дискретизации 250 Гц.

**Результаты.** В данном обследовании оценивалось количество пароксизмов и (или) эпи-комплексов в начале и в конце курса процедур БАК.

В начале курса процедур БАК у 10 детей эпилептиформная активность проявлялась в виде генерализованной пароксизмальной активности (альфа-, бета-, тета-пароксизмы), у одного в виде эпи-комплексов в левом лобно-полюсном отведении, и у одного ребенка в виде генерализованной пароксизмальной активности и эпи-комплексов в правом лобно-полюсном отведении.

В конце курса процедур БАК у восьми детей количество пароксизмальных проявлений уменьшилось в 2,5 раза. У трех детей, наблюдавшиеся в начале процедур пароксизмальные проявления к концу курса лечения отсутствовали. У одного ребенка к концу курса процедур также наблюдалась полная редукция эпи-комплексов. Среднее количество пароксизмов и эпи-комплексов в ходе процедур БАК снизилось с  $16 \pm 7,76$  до  $5,67 \pm 5,56$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы или заключение.** Таким образом, в ходе сеансов биоакустической коррекции наблюдается достоверное снижение выраженности эпилептиформной активности. Полученные результаты, в целом, можно интерпретировать, как нормализацию биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующую о целесообразности применения данного метода для коррекции патологий головного мозга, проявляющихся в виде эпилептиформной активности.

## **АНАЛИЗ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2021 ГОДА ПО 2023 ГОД**

**В.К.Абдуллаева, К.Х.Каримов, Ш.И.Парпиев**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент  
Ферганская областная психиатрическая больница, Фергана  
(Ташкент, Фергана, Узбекистан)

**Цель исследования.** Изучить клинические, социальные и личностные предикторы общественно опасных деяний у психических больных Ферганской области за период с 2021 года по 2023 год.

**Материалы и методы.** В соответствии с целями и задачами в исследовательскую работу были включены 38 больных с психическими расстройствами, совершивших ООД в Ферганской области Республики Узбекистан за период с 2021 года по 2023 год. В работе были включены методы исследования: катamnестический, клинико-психопатологический, а также причинно-патопсихологические механизмы ООД.

**Результаты.** Контингент больных с психическими расстройствами включал себя: лиц мужского пола-34 (89,4%) больных, женского пола-4 (10,6%) больных. Возрастное значение составляет в радиусе от 18 лет до 74 лет, среднее значение  $41,97 \pm 15,63$  лет. В исследуемой группе преобладали следующие психические нарушения: расстройства шизофренического спектра - 16 (42,1 %) больных (2021год -5, 2022г. – 7, 2023г. – 4), аффективные расстройства - 2 (5,3 %) (2021 г.-1, 2023г.-1 больной), деменция в связи с эпилепсией – 2 (5,3 %) (2021г.-2), умственная отсталость-15 (39,5 %) (2021г.- 3, 2022г.-4, 2023г. - 8), расстройства личности - 3 (7,8 %) (2021г.-2, 2022г.-1). Из всех обследуемых больных 37 (97,4 %) больных состоят на «Д» учете и 31 (81,6 %) больной имеют группу инвалидности. При катамнестических исследованиях психических больных, совершивших ООД в связи с продуктивными психопатологическими нарушениями, составляли- 8 (21,0 %) больных, большую часть которых составляет ООД без бредовой мотивации – 5 (13,1 %), с негативной психотической симптоматикой - 30 (78,9 %), в которой преобладали ситуационно-спровоцированные действия – 14 (36,8 %), которые характеризуются эмоциональной бесконтрольностью, интеллектуальной несостоятельностью, извращенностью и расторможенностью влечений, а также дефицитом высших эмоций у больных.

**Выводы или заключение.** Проведенные исследования демонстрируют, что в основе ООД лежат разнородные факторы. Среди лиц, совершивших ООД, преобладают пациенты с шизофреническим спектром расстройств (42,1 %). ООД часто совершаются на фоне негативной психотической симптоматики (78,9 %), где преобладают ситуационно-спровоцированные ООД (36,8 %). Вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что исследование психопатологических механизмов ООД психических больных требует дальнейшего изучения, что в свою очередь обеспечит создание индивидуальных реабилитационных и профилактических мероприятий по предотвращению ООД среди психических больных.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ**

**Рахматжонова Р.Р., Ирмухамедов Т.Б.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и  
психотерапии (Ташкент Узбекистан)

**Цель исследования.** Определение роли семейной психотерапии при кризисных ситуациях в семье.

**Материалы и методы.** В качестве методов исследования применялись системная семейная психотерапия, беседа, психологические тесты среди 5 супружеских пар с различными запросами. Для них была составлена специальная программа в виде групповой и системной психотерапии, согласно которой проводились 14 занятий по 2 часа. Для эффективности терапии был проведен опросник с каждого участника, проводились беседы в системном и групповом порядке.

**Результаты.** В ходе психотерапии супружеские пары начали узнавать свои преимущества и недостатки и анализировать свои ошибки во взаимоотношениях. В особенности системная семейная психотерапия сыграла значительную роль у пар с созависимыми отношениями.

В случае с другими супружескими парами, где центром проблемы являлись постоянные межличностные конфликты, обнаружили, что причиной было неприятие и непонимание системы «женщина-мужчина» взаимоотношений. Когда партнеры в ходе опросника начали видеть потребности и желания своего партнера, стали принимать свою различность и уникальность. В результате они начали строить конструктивные взаимоотношения в семье и решать различные семейные конфликты через принятие значимости своего супруга/супруги. Кроме того, групповое взаимодействие помогло раскрыть партнеров как личности и способствовало личностному росту, потому что успешные счастливые отношения в семье – это залог успеха в карьере и воспитании здорового поколения.

**Выводы или заключение.** Здоровая обстановка в семье способствует гармоничному развитию семьи. Поэтому решение семейных проблем при помощи психотерапии очень важно для установления здоровых взаимоотношений между личностями при условии взаимного желания и согласия партнеров.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Турсунова З.А.**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья  
(Фергана, Узбекистан)

**Цель исследования.** Известно, что нарушение функции щитовидной железы может значительно влиять как на центральную, так и на периферическую нервную систему. При гипертиреозе поражение нервной системы связано с токсическим действием гормонов щитовидной железы, ускорением метаболизма и повышением чувствительности к катехоламинам. Это проявляется эмоциональной лабильностью, то есть быстрым переходом от слез к эйфории. Одной из причин развития психических нарушений при гипотиреозе

является гипотиреоидная энцефалопатия. При этом могут развиваться аффективные синдромы: депрессивный или маниакальный, происходит угнетение когнитивных процессов. Органическое поражение представлено деменцией. Многочисленные исследования указывают, что, несмотря на достижение эутиреоза, у пациентов могут в той или иной мере сохраняться нарушения когнитивных функций и аффективные расстройства.

**Материал и методы.** При гипертиреозе поражение центральной нервной системы (ЦНС) возникает столь часто, что уже в XIX — начале XX в. тиреотоксикоз получил название «тиреоневроз» или «нейротиреоз». Дальнейшие исследования показали, что в патологический процесс также вовлекаются и периферические отделы нервной системы.

В развитии невротических симптомов при диффузном токсическом зобе (ДТЗ) значительную роль играют неполноценные энергетические процессы в нейронах головного мозга, так как тиреоидные гормоны, ускоряя метаболизм, требуют большего, чем в норме, потребления глюкозы тканью мозга и приводят к относительному дефициту энергообмена. Психические нарушения связаны с токсическим действием тиреоидных гормонов на ЦНС и повышением чувствительности нервной ткани к катехоламинам (адреналину и норадреналину). Анализ взаимосвязи тиреотоксикоза и психических расстройств вызывает значительные трудности, поскольку нет четкой корреляции между выраженностью клинической картины психоэмоциональных нарушений и гормональных изменений. Кроме того, тиреотоксикоз может быть локальным, то есть вызванным повышением чувствительности тканей, прежде всего нервной системы, к тиреоидным гормонам, а не их избыточной продукцией. На ранних стадиях заболевания на первый план выходит неврозоподобная симптоматика. Одним из наиболее часто встречающихся синдромов является астенический синдром — сочетание повышенной утомляемости с эмоциональной лабильностью, нарушениями сна и вегетативными симптомами.

При эмоциональной неустойчивости пациенты предъявляют характерные жалобы на раздражительность, вспыльчивость, вплоть до вспышек гнева (после которых усиливается астения), возбудимость, плаксивость (как правило, слезы вызывают и радостные, и неприятные события), обидчивость. Жалобы могут сопровождаться слезами, иногда носят театральный характер. Чем больше врач расспрашивает пациента, тем ярче они описываются. Часто наблюдается излишняя двигательная активность: больные суетливы, непоседливы, постоянно меняют позу.

**Результаты.** Интеллектуальная деятельность становится малопродуктивной в связи с повышенной утомляемостью и быстрой истощаемостью нервной системы. Больные не способны к сосредоточению внимания (особенно тяжело эти проявления выражены у детей). Отмечаются трудности в подборе правильных фраз, хотя внешних признаков двигательной и ассоциативной заторможенности пациенты не проявляют.

Нарушения сна бывают практически у всех больных в виде плохого засыпания, поверхностного сна, тревожных сновидений, раннего пробуждения, отсутствия чувства отдыха после сна. В результате бессонницы и мышечной слабости развивается чувство постоянной усталости. Часты жалобы на гиперестезию — снижение порога переносимости сильных раздражителей (шум, перепады атмосферного давления, яркий свет и др.). Также на фоне астении отмечаются обсессивные проявления: навязчивые сомнения, действия, навязчивые страхи (фобии).

Чаще всего встречается кардиофобия — страх смерти от болезни сердца, сопровождающийся постоянным подсчетом пульса, измерением АД. С кардиофобией тесно связаны: клаустрофобия — немотивированный страх закрытых помещений, особенно при нахождении в лифте или транспорте, и агорафобия (боязнь открытых пространств) (Bakker A. et al., 1994). Часто выявляются социофобии различной степени выраженности: страх публичных выступлений, страх общества людей и другие. При этом пациенты стараются преодолеть страх, отдают себе отчет в неправильности своего поведения и признают, что «умом понимают, что нет ничего серьезного».

На фоне физической или, что чаще, психоэмоциональной нагрузки могут возникнуть так называемые панические атаки — кратковременные эпизоды вегетативных нарушений с симпатической окраской: учащенный пульс, повышенное АД, бледность кожных покровов, сухость во рту, «гусиная кожа», ознобopodobное состояние, зябкость конечностей. Они сопровождаются тяжелыми переживаниями: немотивированным страхом, опасениями за свою жизнь, страхом смерти. Подобное состояние длится от нескольких минут до получаса. Отмечается следующая особенность: по мере прогрессирования тиреотоксикоза кризовые вегетативные симптомы становятся менее яркими, теряют остроту, сменяясь поражениями внутренних органов.

Даже при выраженном тиреотоксикозе депрессии встречаются не всегда. Помимо этого, депрессивные расстройства могут сами вызывать изменения тиреоидного статуса. Ряд исследований выявил у пациентов с тиреотоксикозом более высокие баллы по шкале депрессии и тревоги по сравнению с эутиреоидными пациентами.

На данный момент отсутствуют четкие представления о клинических особенностях депрессии при тиреотоксикозе. Некоторые исследователи отмечают как основной аффект витальной тоски, другие считают доминирующей тревогу, третьи предполагают наличие дисфории и апатии. К. Д. Нерр наблюдал у лиц пожилого возраста «апатический тиреотоксикоз», дебютирующий апатией, депрессией, сомноленцией при отсутствии признаков тиреотоксикоза. Депрессия с доминированием апатического аффекта и снижение энергетического потенциала у больных сопровождается достоверным снижением уровня свободного тироксина ( $T_4$ ), в то время как для тревожной депрессии характерен более высокий его уровень. А. Е. Бобров и др. выделяют 3 синдрома при диффузном токсическом зобе: тревожно-депрессивный, астеновегетативный и эксплозивнодисфорический. Развитие этих синдромов

авторы связывают с усилением метаболизма в ткани мозга. В исследовании группы больных с тиреотоксикозом, проведенном Е. А. Григорьевой и Е. А. Павловой (2010), у пациентов был обнаружен лабильный уровень депрессии, колеблющийся от легкого до умеренного в течение нескольких суток или даже часов. Больные отмечали плохое настроение, которое описывали как грусть, печаль, чувство тоски. На этом фоне возникали эпизоды тревоги и раздражительности, причем тревога была неоднородной, у части пациентов носила алекситимический характер («много чувств — мало слов»). Большая часть пациентов отмечала утяжеление депрессии в вечернее время на фоне утомления. При утомлении и волнении возникали головные боли, локализовавшиеся в лобно-височных областях либо диффузно. Боли сопровождались невозможностью расслабиться, чувством напряжения. Суицидальные идеи наблюдались редко. Больным была присуща эмоциональная ригидность, они жаловались на невозможность испытывать положительные эмоции.

Некоторые авторы, изучая связь ДТЗ с длительным напряжением, страхом, психическими переживаниями, видят в этом общность их патогенеза.

Исследуя почву, на которой развивается психическая патология, писали о наличии так называемой «тиреоидной конституции» (Юдин Т. И., 1926), «психопатологической наследственности» (Bleuer M., 1954). Многие авторы отмечают образование «порочного круга», когда сформированные характеристики личности утяжеляют течение заболевания, а болезнь влияет на личностные особенности. Исследователи также считают, что конкретные индивидуальные особенности личности представляют собой факторы риска для развития ДТЗ, а типологические особенности личности влияют на характер течения заболевания (например, способствуют развитию тиреотоксической кардиомиопатии или офтальмопатии. Тяжелые психические нарушения встречаются редко, только в случае тяжелого тиреотоксикоза. Здесь они могут достигать уровня, выраженного психотического или депрессивного расстройства с последующим формированием апатико-абулического синдрома. В редких случаях развивается деменция

### **Выводы или заключение.**

Таким образом, патология с гиперфункцией щитовидной железы сопровождается психоэмоциональными нарушениями различной степени выраженности, которые имеют свои закономерности развития в зависимости от пола, природы и длительности заболевания. Эти психоэмоциональные расстройства могут выходить на первый план в клинической картине заболевания, поэтому их изучение является важной междисциплинарной задачей. Нормализация тиреоидного статуса, по данным многочисленных исследований, не всегда позволяет полностью устранить психоэмоциональные нарушения, в связи с чем необходимо выделять группы пациентов, нуждающихся в дополнительной психофармакологической терапии.

## **PSYCHOSOMATIC SYNDROMES AND DIAGNOSTIC CRITERIA FOR PSYCHOSOMATIC RESEARCH (DCPR)**

**Umarova M. P., Ashiraliev I. I.**  
Fergana Medical Institute of Public Health

A syndrome in which some patients' illnesses have a significant etiology related to psychological processes characterizes a psychosomatic syndrome. Fibromyalgia, chronic fatigue, esophageal motility problems, nonulcer dyspepsia, irritable bowel syndrome, urethral syndrome, behaviors that disrupt physiology, and a few specific pain syndromes are among the syndromes that are examined psychosomatic syndromes. The results imply that both within these syndromes and among individuals who share the same diagnosis, there are differences in the degree of biological and psychosocial contributions. It is uncertain how much and what kind of biological influence there is in various syndromes.

In 1995, a global team of researchers unveiled the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR), which aimed to broaden the conventional areas of the illness model. Twelve "psychosomatic syndromes" make up the DCPR, which offers operational tools for psychosocial factors with therapeutic and prognostic consequences in clinical settings. The primary symptoms of aberrant disease behavior are associated with eight syndromes: somatization, hypochondriacal worries and beliefs, and sickness denial. The remaining four syndromes, which include irritable mood, demoralization, type A behavior, and alexithymia, pertain to the psychological aspects that influence medical disorders. The DCPR and the DSM-5 provisional somatic symptom disorders were also contrasted. It was discovered that the DCPR was more sensitive than the DSM-IV at detecting psychological distress that was below the threshold and describing how patients' minds responded to their illnesses. Somatic symptom disorders classified under the DSM-5 appear to ignore significant clinical phenomena, such as sickness denial, which leads to a limited perspective of patients' functioning. The DCPR's new information could improve the decision-making process.

There is data that suggests a low sensation threshold, incomplete or atypical manifestations of psychosomatic syndromes, and clustering of these disorders are the root causes of many somatoform disorders' occurrences. The following is a summary of the outcomes of controlled trials examining different approaches to psychotherapy and medication treatments for psychosomatic symptoms. These studies are significant because using these approaches is expected to improve the effectiveness of treating somatoform illnesses.

## **DISSIRKULYATSION ENSEFALOPATIYASI BO'LGAN MEHNATGA LAYOQATLI YOSHDAGI ODAMLARDA KOGNITIV BUZILISHLAR**

**Umarova M. P., A. I. I.**

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti, "Nevrologiya va psixiatriya" kafedrası  
(Farg'ona, O'zbekiston)

**Tadqiqot maqsadi:** Tadqiqotning maqsadi ambulatoriya bosqichida mehnatga layoqatli yoshdagi odamlarda serebrovaskulyar kasalliklarning neyropsixologik xususiyatlarini o'rganish.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** 90 nafar mehnatga layoqatli yoshdagi shaxslar so'rovdan o'tkazildi. Klinik nevrologik va klinik instrumental tekshiruvlardan o'tkazildi.

**Natijalar va munozaralar:** Birinchi guruh arterial gipertenziya fonida dyscirculatory ensefalopatiya bilan og'rigan bemorlardan iborat - 60 kishi, ikkinchisi miya yarim aterosklerozi fonida dyscirculatory ensefalopatiya bilan - 30. Kognitiv funktsiyani baholash Statuscale Mental MMSE yordamida tekshirildi. DASS-21 xavotir va depressiya shkalasidan foydalanildi.

**Xulosa:** Tadqiqot natijalariga ko'ra, arterial gipertenziasiz dyscirculatory ensefalopatiya bilan og'rigan bemorlarda MMSE shkalasi bo'yicha sezilarli xotira buzilishi ( $p < 0,003$ ) aniqlandi. Gipertenziya fonida dyscirculatory ensefalopatiya bilan og'rigan bemorlarda xavotir ( $p < 0,001$ ) va depressiv buzilishlar ( $p = 0,033$ ) arterial gipertenziasiz dyscirculatory ensefalopatiya bilan og'rigan bemorlarga nisbatan sezilarli darajada ko'proq tarqalgan. Arterial gipertenziya fonida dyscirculatory ensefalopatiya bilan og'rigan bemorlarda depressiv buzilishlar va tashvishlarning kuchayishi orientatsiya va xotirani pasaytiradi.

## GENERALIZATSIYALASHGAN EPILEPSIYANING NEYROPSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI

Fayziyeva R. H., Azizova R. B.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, (Toshkent, O'zbekiston)

**Tadqiqot maqsadi:** Generalizatsiyalashgan epilepsiyada yuzaga keladigan neyropsixologik buzilishlarni neyropsixologik testlar yordamida tekshirib baholash.

**Tadqiqot material va usullari:** Tadqiqot o'tkazishimiz uchun 18 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan (o'rtacha yoshi 36.78) 70 ta bemor tanlab olindi. Ularni 3 guruhga bo'lib o'rgandik. 1-guruhga ideopatik generalizatsiyalashgan epilepsiyasi bo'lgan 16 ta bemor (ulardan 7 tasi ayol (43.75%), 9 tasi erkak (56,25%)), 2-guruhga simptomatik generalizatsiyalashgan epilepsiyasi bo'lgan 24 ta bemor (ulardan 11 tasi ayol (45.83%), 13 tasi erkak (54.16%)), 3-guruhga esa kriptogen generalizatsiyalashgan epilepsiyasi bo'lgan 30 ta bemor (ulardan 15 tasi ayol (50%), 15 tasi erkak (50%)) tashkil qiladi. Bemorlarni kognitiv faoliyatni tekshirishda MMSE shkalasidan, xavotirli-depressiv buzilishlarni aniqlashda SUNG shkalasidan foydalandik.

**Тадқиқот natijalari:** MMSE shkalasi bo'yicha 1-guruhdagi bemorlarning 25% da, 2-guruhdan 33.3% da, 3-guruhdan 26.6% da kognitiv buzilishlarning sezilarli kuzatilmasligi aniqlandi. 1-guruhdagi bemorlarning 50% da, 2-guruhdan 66.6% da, 3-guruhdan 40% da yengil demensiya borligi kuzatildi. 1-guruhdagi bemorlarning 12.5% da, 3-guruhdan 33.3% da o'rta darajadagi demensiya aniqlandi. SUNG shkalasi bo'yicha tekshiruvda 1-guruhdagi bemorlarning 6.25% da, 2-guruhdan 8.33% da, 3-guruhdan 6.66% da depressiyaga moyillik aniqlandi. 1-guruhdagi bemorlarning 50% da, 2-guruhdan 50% da, 3-guruhdan 43.3% da yengil darajadagi depressiya kuzatildi. 1-guruhdagi bemorlarning 43.75% da, 2-guruhdan 41.6% da, 3-guruhdan 50% da o'rta darajadagi depressiya holati aniqlandi.

**Xulosa:** Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, generalizatsiyalashgan epilepsiyada kognitiv buzilishlar va depressiyaning muntazam ravishda kuzatilib turishi aniqlandi. Jumladan, ideopatik va simtomatik generalizatsiyalashgan epilepsiyada xotira pasayishining yaqqol namoyon bo'lishi, kuzatilayotgan guruhlarining barchasida esa yaqqol namoyon bo'lgan depressiya kuzatildi. Epilepsiya diagnostikasida EEG, MRT, biokimyoviy tahlillar bilan birgalikda neyropsixologik testlarni kompleks ravishda qo'llash kasallikka to'g'ri tashxis qo'yish hamda davolash samaradorligini yanada orttiradi.

## **МИКРОЦЕФАЛИЯНИНГ КЛИНИК ГЕНЕТИК-АСПЕКТЛАРИ, ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ МАСАЛАЛАРИ**

**Холматов М. Ф.**

Фарғона Жамоат Саломатлиги Тиббиёт Институти, (Фарғона, Ўзбекистон)

**9. Мақсад.** Микроцефалиянинг клиник генетик-аспектлари, ташхислашни такомиллаштиришдан иборат.

**5. Материал ва текширув усуллари.** Тадқиқотнинг объекти сифатида Фарғона вилояти РИО ва БСИАТМ скрининг бўлимида турли генезга эга микроцефалия билан келган 3 ойдан 7 ёшгача бўлган 25 нафар бемор болалар киритилган. Илмий тадқиқот ишида лаборатор, клиник-инструментал, генеалогик, цитогенетик ҳамда ХМА (хромосом микроматрик анализ) усуллардан фойдаланилди.

**Натижалар.** Ушбу гуруҳ 11 нафар қиз ҳамда 14 нафар ўғил беморлар. Улардан 18 нафари туғма микроцефалия, 5 нафари постнатал микроцефалия, 2 нафари тана ва бош соҳаси пропорционал микроцефалия. Беморларда МРТ текширви ўтказилганида 64% да бошмия яримшарлари барча соҳасида субатрофия аниқланди 24% беморда қадоксимон тана гипоплазия ёки аплазияси аниқланди.

36 % да генерациялашган талваса синдроми ҳамда 8% да фокал типдаги талваса синдроми аниқланди ва 56% да талваса хуружлари аниқланмади. 76% да тана вазнини орқада қолиши, 24 % да вазни ёшига мос. 12% да қариндош никохида бўлган беморлар, 96 % да аклий, нутқий ва ҳаракат ривожланишдан орқада қолиши. 4% да интеллект сақланган. 56% да наслий гентик микроцефалия тури тасдиқланди. Цитогенетик усулда текширилганида 24 % да хромосома касаллиги (21 – жуфт хромосома трисомияси 16% беморда, 8% да 5 хромосома Р елкаси делецияси). 32% нафар бемор ХМА (Microarray) текширувидан ўтказилганида 24% нафарида микроделецион синдром тасдиқланди 8% да нафарида микродубликация ва микроделеция тасдиқланмади. 4% да фенилкетонурия касаллиги аниқланган.

**Хулоса.** Микроцефалиянинг келиб чиқиш сабаларига кўра наслий омилнинг миқдори кўплигини кўриш мумкин. Бошқа ташхиси тўлиқ тасдиқланмаган беморларга туғма микроцефалиянинг изоляциялашган шаклига ва ХМА да тасдиқланмаган беморларга *MCPH1* гени вариантлари зарарланишига тавсия берилди. Синдромология билан кечувчи микроцефалияларда экзом секвенци (WES) ёки мос ДНК панелларига топшириш тавсия берилди.

## **ПРЕ - И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС**

**САИДОВА Л.С.**

Базовый докторант (PhD), 1-курс, Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

**Введение:** У 55% младенцев с перинатальными поражениями ЦНС отмечаются различные отклонения со стороны желудочно-кишечного тракта, среди клинических проявлений которых доминирует синдром срыгиваний и рвоты. Дифференциальная диагностика срыгиваний и рвоты у грудных детей до настоящего времени вызывает значительные трудности (Хавкин А.И., 2021). Не разработана комплексная схема обследования этой категории пациентов, отсутствуют дифференциально-диагностические критерии гастроинтестинальных нарушений при перинатальных поражениях ЦНС.

**Цель исследования:** изучить пре - и постнатальные факторы риска гастроинтестинальных нарушений у детей первого года жизни на фоне перинатальной патологии ЦНС.

**Материал и методы исследования:** Работа проводилась на консультативной поликлинике в Ферганском областном *детском многопрофильном* медицинском центре. Основу работы составил анализ результатов клиничко-анамнестического наблюдения и лабораторно-инструментального исследования 80 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года жизни, находившихся на амбулаторном осмотре в период 2023-2024гг. Из них основную группу наблюдения составили 50 детей с гастроинтестинальными

нарушениями на фоне перинатальных поражений нервной системы. Контрольную группу составили: 30 здоровых младенца без неврологической патологии. Отбор детей в основной группе был тщательным, поскольку диагностика функциональных заболеваний до настоящего времени основывается на дифференциально-диагностическом подходе с органической патологией. С этой целью были разработаны критерии включения и исключения детей из исследования, к последним относились: недоношенные новорожденные сроком гестации менее 28 недель; органические заболевания внутренних органов и нервной системы, внутриутробные инфекции. Всем детям проводилось ультразвуковое исследование анатомических структур головного мозга и состояния церебральной ликвородинамики, для исключения органических заболеваний ряда больных: рентгенография органов брюшной полости; УЗИ органов брюшной полости; лабораторные исследования: общий анализ крови, анализ кала.

**Результаты:** В клинической картине у всех детей с вегетативными желудочно-кишечными дисфункциями отмечалось сочетание различной степени выраженности симптомов вегетативных нарушений (изменение окраса, температуры, влажности кожных покровов и дермографизма, акроцианоз, нарушения ритма сердца и дыхания, лабильность пульса, приступы зевоты, общее беспокойство, расстройства сна, эмоциональная лабильность, гиперактивность или вялость, метеочувствительность) и гастроинтестинальных расстройств в виде двух клинических вариантов. При первом в клинической картине доминирует синдром срыгиваний и рвоты, при втором - болевой абдоминальный синдром. Клиническая картина при обоих вариантах характеризуется сочетанием трех синдромов: диспептической, болевой и вегетативной лабильности. Среди наблюдавшихся детей основной группы мальчики составили 55%, девочки – 45%. Исследования проводились в возрастные периоды 5-7 суток, 3, 6, 9 и 12 месяцев. Возраст матерей во всех исследуемых группах варьировал от 18 до 40 лет. в группе здоровых детей преобладали женщины в возрасте 21-30 лет составляя 70,0%. Данный возраст соответствует оптимальному фертильному возрасту. Тогда как в группе новорожденных с ПП ЦНС превалировали матери в возрасте 31-40 лет, составляя 66,92% с высокой статистической достоверностью ( $p < 0,001$ ) по отношению к группе здоровых детей. Известно, что у матери после 30 летнего возраста риск родить ребенка с патологией ЦНС возрастает. в группе здоровых детей соматические заболевания не выявлены у 66,67% женщин, а у 33,33% матерей выявлены различные заболевания. Тогда как в группе детей с ПП ЦНС только 19,17% женщин во время данной беременности не имели соматической патологии. В 80,83% случаев у матерей детей с ПП ЦНС имелись заболевания различных органов и систем. Среди соматических заболеваний матерей преобладала анемия 80,83%. Заболевания желудочно-кишечного тракта во время беременности матерей новорожденных, рожденных с ПП ЦНС установлены в 44% случаев, такие как холецистит, гастрит хронический, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки. Заболевания сердечно-

сосудистой системы (артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония, врожденный порок сердца) наблюдались в 13,53% случаев у женщин детей с ПП ЦНС. При изучении факторов риска перинатального периода (табл. 3.2) нами было выявлено, что в контрольной группе роды в 85,2% случаев протекали без особенностей, что значительно выше показателей основной группы – 37,9% ( $P < 0.0001$ ). Анализируя протекание родов обнаружено, что наибольшая половина рожениц из группы пациентов с ПП ЦНС обладали нарушениями родовой деятельности, в некоторых моментах в совмещении с аномальной позой плода, что вызывало необходимость применения стимуляции и/или родовозбуждения родовой деятельности (30,08%) и достаточного хирургического кесарево -сечения (41,35%). Самостоятельные роды были отмечены в 28,57% случаев в группе детей с ПП ЦНС, тогда как в КГ в 73,33% случаев ( $\chi^2 = 26,510$ ; критическое  $\chi^2 = 16,812$ ;  $p < 0,01$ ). Кесарево -сечение, у женщин детей КГ, в экстренном порядке было проведено у 13,4% женщин, в плановом – лишь в 3,33% случаев. У женщин родивших детей с ПП ЦНС кесаревосечение по экстренным показаниям проведено у 35,34% женщин, плановое – в 6,01% случаев соответственно ( $\chi^2 = 6,967$ ; критическое  $\chi^2 = 5,991$ ;  $p < 0,05$ ).

**Вывод:** Исходя из выше изложенного мы считаем необходимым проведение исследования по раннему выявлению клинических проявлений гастроинтестинальных нарушений у детей с перинатальным поражением ЦНС, с целью планирования и оптимизации организации лечебно-профилактических мероприятий для больных с этими заболеваниями.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>3</b>	<p><b>Ахмаджон А. И.</b></p> <p><b>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДИСК ЧУРРАЛАРИНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАЛАРИ, ВЕРТЕБРОГЕН ОҒРИҚ СИНДРОМЛАР ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ</b></p>
<b>5</b>	<p><b>G'ulomqodirov M.M.</b></p> <p><b>REMITTIRLASHGAN TIPDAGI KECHUVCHI SHIZOFRENIYANING UZOQ BOSQICHLARI: TIPOLOGIYASI, KLINIKO-PSIXOPATOLOGIK XUSUSIYATLARI, PROGNOZI, PROFILAKTIKASI</b></p>
<b>6</b>	<p><b>Ibodulloyeva M.B., Ibodullayev Z.R.</b></p> <p><b>INSULTDAN KEYINGI DAVRDA PSIXOMOTOR REABILITATSIYA SAMARADORLIGINI O`RGANIB VAHOLASH</b></p>
<b>7</b>	<p><b>Камбарова Д.Н., Усманова Д.Д.</b></p> <p><b>ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ</b></p>
<b>8</b>	<p><b>Косимова З. М.</b></p> <p><b>ЦИПРОФЛОКСАЦИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ</b></p>
<b>9</b>	<p><b>Кучимова Ч. А., Болтаев К. К.</b></p> <p><b>СУРУНКАЛИ ДЕПРЕССИЯНИНГ КЛИНИК ПРОГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ</b></p>
<b>10</b>	<p><b>Марупов А.Т.</b></p> <p><b>СУРУНКАЛИ ЖИГАР ЕНСЕФАЛОПАТИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КОГНИТИВ ФУНКЦИЯЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ</b></p>
<b>13</b>	<p><b>Марупов А.Т.</b></p> <p><b>БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ЗЎРИҚИШ БОШ ОҒРИҒИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ</b></p>

15	<p><b>М.Л. Аграновский, А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмутов</b></p> <p><b>МЕТОДИКА АВС И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА</b></p>
16	<p><b>Мурадимова А.Р.</b></p> <p><b>ТРУДНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ: НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ</b></p>
17	<p><b>Мурадимова А.Р., Абдиолимов М.Х.</b></p> <p><b>ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ</b></p>
19	<p><b>Мурадимова А.Р., Усманова Д.</b></p> <p><b>СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ СЕАНСОВ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ</b></p>
20	<p><b>В.К.Абдуллаева, К.Х.Каримов, Ш.И.Парпиев</b></p> <p><b>АНАЛИЗ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2021 ГОДА ПО 2023 ГОД</b></p>
21	<p><b>Рахматжонова Р.Р., Ирмухамедов Т.Б.</b></p> <p><b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ</b></p>
22	<p><b>Турсунова З.А.</b></p> <p><b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b></p>
25	<p><b>Umarova M. P., Ashiraliev I. I.</b></p> <p><b>PSYCHOSOMATIC SYNDROMES AND DIAGNOSTIC CRITERIA FOR PSYCHOSOMATIC RESEARCH (DCPR)</b></p>

26	<p><b>Umarova M. P.</b></p> <p><b>DISSIRKULYATSION ENSEFALOPATIYASI BO'LGAN MEHNATGA LAYOQATLI YOSHDAGI ODAMLARDA KOGNITIV BUZILISHLAR</b></p>
27	<p><b>Fayziyeva R. H., Azizova R. B.</b></p> <p><b>GENERALIZATSIYALASHGAN EPILEPSIYANING NEYROPSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI</b></p>
28	<p><b>Холматов М. Ф.</b></p> <p><b>МИКРОЦЕФАЛИЯНИНГ КЛИНИК ГЕНЕТИК-АСПЕКТЛАРИ, ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ МАСАЛАЛАРИ</b></p>
29	<p><b>Саидова Л.С.</b></p> <p><b>ПРЕ - И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС</b></p>
32	<p><b>Содержание</b></p>